

Uitvoering hoofdpijnen- akkoord gaat in de versnelling

De juiste zorg op de juiste plek. Dat was het doel van het hoofdpijnenakkoord 2019-2022. Toch stellen de resultaten die in de eerste twee jaar bereikt zijn teleur. Daarom komen er drie versnellingsprojecten: meer regionale organisatiekracht, meer digitalisering en meer tijd voor de patiënt. Met kansen voor elke regio.

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE

‘Omdat elke regio zijn eigen karakteristieken en problemen kent, is het logisch dat ook de oplossingen per regio verschillen’

Het hoofdpijnenakkoord 2019-2022 ging over prioriteiten en ook over geld. Met meer dan 1 miljard euro aan extra budget zouden de problemen in de huisartsenzorg worden aangepakt. Dat betekende heel concreet: meer tijd voor de patiënt (MTVDP), goede zorg voor kwetsbare groepen, oplossingen voor de spoedzorg, een betere organisatie van de eerste lijn en meer ICT-ondersteuning. De invulling ervan zou per regio worden bepaald en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zou monitoren wat er van de afspraken terecht kwam. Eind vorig jaar is een tussentijdse evaluatie uitgevoerd. Uit die evaluatie, uitgevoerd door onderzoeksbureau Rebel, blijkt dat de uitvoering van het hoofdpijnenakkoord (HLA) de eerste twee jaren geen harde, meetbare effecten heeft opgeleverd. Bestuurders, beleidsadviseurs en huisartsen zitten met een onbevredigd gevoel. Er moet een tandje bij, concludeert het onderzoeksrapport. De aanpak van de problemen in de huisartsenzorg vraagt om niet minder dan een transformatie.

■ INZET OP DRIE THEMA'S

De HLA-partijen hebben afgesproken om de uitvoering van het akkoord op drie concrete thema's te versnellen: Organisatie & Infrastructuur (O&I), Meer tijd voor de patiënt (MTVDP) en Digitalisering. LHV-beleidsmedewerker Hanny Schulten: 'Deze drie thema's worden momenteel uitgewerkt in concrete voorstellen. Voor elk thema wordt een extern bureau ingehuurd. De bureaus krijgen de taak om regionale ondersteuning te geven en voorbeelden en ervaringen te verspreiden.'

De versnelling op het thema O&I gaat over de versterking van de organisatiekracht van de regio's. Het doel is om overal in het land een regionale

aanpak en regionale acties te stimuleren. Voor dit project kunnen zich tien regio's aanmelden.

De versnelling op het thema Meer tijd voor de patiënt bestaat uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel omvat een analyse van zeven lopende MTVDP-projecten. In de afgelopen jaren zijn er vele MTVDP-projecten van start gegaan, met een variatie aan invullingen. In het ene project gaat het om de uitbreiding van ondersteunend personeel of de inzet van een praktijkmanager, in het andere project om de verlenging van de consultduur of een andere invulling van het spreekuur.

De analyse die nu wordt uitgevoerd, betreft zeven specifieke door zorgverzekeraars gefinancierde MTVDP-projecten. Het doel is beter inzicht te krijgen in de organisatie, de gemaakte keuzes, de ingezette middelen en de resultaten van die projecten. Daarmee krijgen we input en een toetsingskader voor nieuwe projecten.

Het tweede onderdeel van de versnelling op het thema MTVDP is gericht op uitbreiding van het aantal MTVDP-projecten. Hiervoor kunnen zich tien tot vijftien regio's aanmelden. Een project bestaat uit circa 10 deelnemende huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. De nieuwe projecten worden actief gemonitord op inzet en resultaten. Op basis daarvan wordt een advies verwacht voor het bekostigen en uitrollen van MTVDP-projecten in de rest van Nederland. Het derde versnellingsthema is digitalisering. Het doel is om de digitalisering in de huisartsenzorg een boost te geven door regionale digitaliseringsplannen op te stellen én uit te voeren. Hier gaat het bijvoorbeeld om regionale ict-ondersteuning voor huisartsenpraktijken en het opleiden en aanstellen van een Chief Medical Information Officer (CMIO) om zo de regionale infrastructuur te versterken. En om het versnellen van regionale,

JAN BOONE,
HUISARTS
IN HERWIJNEN,
LID OTH VGZ



FOTO: INGEBORG VAN BRUGGEN

‘Pilot Meer tijd voor de patiënt verdient landelijke uitrol’

Het lopende 2-jarige contract van VGZ eindigt dit jaar, over het nieuwe 2-jarige contract wordt druk overlegd. Jan Boone, huisarts in Herwijnen, is sinds drie jaar lid van het overlegteam huisartsen VGZ.

Als als overlegteam huisartsen (OTH) richten we ons op het overleg over de segmenten basiszorg en innovaties; S1 en S3 dus. Het overleg over de ANW- en ketenzorg, S2, gebeurt door InEen en de zorggroepen. Er zit natuurlijk overlap tussen die segmenten. Het zou dus voordelen hebben om samen op te trekken in het overleg, maar zover is het nog niet.

Waar wij het met VGZ vooral over hebben, zijn de mogelijkheden om invulling te geven aan bestaande en nieuwe thema's, zowel inhoudelijk als op de randvoorwaarden. Zoals de thema's Meer tijd voor de patiënt, Service & bereikbaarheid, Kwetsbare ouderen, Diagnostiek & Kwaliteit, de inzet van ICT en de praktijkmanager. Zo vinden wij, gelet op de toegenomen waarde van de praktijkmanager voor een praktijk, dat de vergoeding voor die functionaris omhoog moet, zowel qua uurtarief als qua aantal uren dat per normpraktijk wordt vergoed. Wij onderbouwen dat dan met argumenten. Op bepaalde thema's krijgen we input van werkgroepen die specifieke voorstellen doen of ideeën uitwerken. Ook is er een klankbordgroep van huisartsen die met ons meedenkt. Wij houden VGZ aan de afspraken die in het HLA staan. Aanvankelijk weigerde VGZ om bepaalde vrije tarieven te indexeren, wat wel was afgesproken in het HLA. Dat hebben wij niet geaccepteerd. Uiteindelijk is er op hoger niveau overlegd en is VGZ overstap gegaan.

Je moet als OTH geduld hebben en volhouden. Wat deze keer niet lukt, brengen we een volgende keer weer in. Wij weten hoe regelingen in de praktijk uitvallen, wat wel werkt niet en wat niet. Die kennis brengen wij in. Het is voor ons moeilijk te beoordelen hoeveel geld VGZ precies uitgeeft aan de huisartsenzorg. Kijkend naar de bedragen die zorgverzekeraars gezamenlijk besteden aan huisartsenzorg, is het duidelijk dat er geld op de plank blijft liggen. Of in ieder geval niet wordt besteed aan huisartsenzorg. En dat terwijl heel veel huisartsen in de dagelijkse praktijk een toenemende werkdruk ervaren. Daar zit een spanning die wij als OTH aan de orde blijven stellen. In het hoofdpijnenakkoord zijn immers afspraken gemaakt om daar iets aan te doen. Ik denk dat heel veel huisartsen erg blij zouden zijn als VGZ en de andere verzekeraars de MTVDP-pilots landelijk zouden uitrollen. De regio Gorinchem is als een van de eerste met zo'n pilot gestart. Daar doe ik ook aan mee. Deelnemende praktijken krijgen extra financiering om bijvoorbeeld een extra huisarts of ander personeel in te zetten om het huisartsensprekuren te ontlasten. Een standaardconsult duurt bij ons 15 minuten. Dat kost VGZ geld, maar daar staat tegenover dat het aantal doorverwijzingen omlaag gaat, patiënten meer tevreden zijn en huisartsen meer werkplezier hebben. Wij zouden als huisartsen niet anders meer willen. Maar kennelijk durft VGZ het nog niet aan om de pilots landelijk uit te rollen. Misschien vanwege de financiële consequenties voor VGZ zelf of voor de tweede lijn? Maar als je puur naar de huisartsenzorg kijkt, heeft meer tijd voor de patiënt alleen maar voordelen.'



MARTEN BROEKENS,
HUISARTS
APELDOORN,
LID OTH
ZILVEREN
KRUIS:

FOTO: PAUL REMMELTS

‘Laten we meer naar de langere termijn kijken’

Marten Broekens, huisarts in Apeldoorn en voorzitter van de LHV-Kring Gelre IJssel, is al tien jaar bij het overleg met Zilveren Kruis betrokken. Het lopende Zilveren Kruis-contract eindigt dit jaar, het OTH gaat deze keer voor een 1-jarig contract.

‘Wij zien er als OTH naar uit om samen met Zilveren Kruis langere lijnen uit te zetten. Laten we bespreken waar we naar toe willen met de huisartsenzorg en wat daar in welke regio voor nodig is. Op die manier komen we tot meer structurele oplossingen. Daarom willen wij nu een 1-jarig tussencontract, en laten we het dan volgend jaar hebben over een contract voor een langere termijn.’

Zilveren Kruis heeft in het kader van Meer Tijd Voor De Patiënt extra geld voor de huisartsenzorg beschikbaar gesteld. De eisen waren dat projectaanvragen door een samenwerkingsverband van huisartsen moesten worden ingediend, zoals de regionale huisartsen-ondersteuningsorganisaties, en voor het eind van het eerste kwartaal van dit jaar binnen moesten zijn. Dat viel niet overall goed. In de ene regio is de ondersteuningsorganisatie goed georganiseerd, in de andere regio zijn ze nog helemaal niet zo ver. Als er niet voldoende projectaanvragen binnenkomen, wil Zilveren Kruis het resterende budget intrekken. Dat hebben ze tenminste aangekon-

digd. Terwijl er natuurlijk ook andere manieren zijn om het budget te benutten, bijvoorbeeld in de vorm van een betere financiering voor de POH somatiek. Zilveren Kruis stelt nu een regeling voor die een huisartsenpraktijk per saldo geld gaat kosten. Daarmee creëer je dus bepaald niet meer tijd voor de patiënt.

Het overleg verloopt doorgaans in een goede sfeer. We hebben een paar keer meegemaakt dat we dachten met z’n allen iets bereikt te hebben, wat van hogerhand toch weer ineens van tafel werd geveegd. Ik denk dat er soms besluiten worden genomen door mensen die geen idee hebben van hoe het er in een huisartsenpraktijk aan toe gaat. Ook wordt er te weinig integraal naar de zorg gekeken. Investerings in de eerste lijn leiden tot besparingen in de tweede lijn, maar dan moet je daar wel integraal naar kijken. Bij Zilveren Kruis zijn de eerste en tweede lijn nog te veel gescheiden werelden. Ook om die reden willen wij naar de langere termijn kijken.

Een van de thema’s waar we zeker mee aan de slag moeten, is digitalisering. In coronatijd is er op dat gebied van alles gebeurd, maar digitalisering gaat veel verder dan beeldbellen en e-consulten. Maak het mogelijk om als zorgverleners in de regio gegevens te delen. Dan wordt het veel makkelijker en efficiënter om samen te werken.’

zorginhoudelijke projecten. Denk bijvoorbeeld aan het organiseren van gegevensuitwisseling met het ziekenhuis of de wijkverpleging, datamanagement of het beproeven van e-health. Voor dit project is 50 miljoen euro beschikbaar, er kunnen maximaal 25 regio’s aan meedoen.

■ OVERLEGTEAMS

De vraag is of er van deze versnellingsplannen al iets te zien is in het inkoopbeleid dat alle zorgverzekeraars dit voorjaar hebben gepubliceerd. De contracten voor 2022 zijn de laatste kans om de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord (HLA) concreet te maken. In september worden die aan de huisartsen toegestuurd. De overlegteams huisartsen (OTH’s) die met de zorgverzekeraars om tafel zitten om de inkoopplannen te bespreken, staan dit jaar daarom éxtra op scherp. De OTH’s worden vanuit de LHV landelijk en regionaal ondersteund, onder meer door Robbert Polet, beleidsmedewerker, en Jorg Arends, regiocoördinator voor het werkgebied van Menzis en Eno. Arends: ‘We zien duidelijk verschillen per zorgverzekeraar. De ene verzekeraar legt de focus bijvoorbeeld op oudere en kwetsbare patiënten, de andere verzekeraar richt zich meer op de MTVDP-pilots met langere consulten, de volgende zet in op de vermindering van de administratieve lasten en de versterking van regionale ondersteuningsorganisaties. Omdat elke regio zijn eigen karakteristieken en problemen kent, is het logisch dat ook de oplossingen per regio verschillen.’

Polet: ‘In het overleg tussen zorgverzekeraars en OTH wordt besproken wat een regio nodig heeft en hoe de huisartsenzorg daarbij kan aansluiten. De zorgverzekeraars hebben daar

ideeën over, maar de huisartsen in een regio natuurlijk ook. Zij weten wat de knelpunten zijn. Daarom is het heel belangrijk dat er in de OTH’s huisartsen zitten die met hun voeten in de klei staan. Zij kunnen bijvoorbeeld uitleggen waarom bepaalde regelingen mooi lijken, maar in de praktijk onwerkbaar zijn. Een voorbeeld is de tijdelijke bekostiging van een POH of praktijkmanager. Op korte termijn biedt zo’n regeling een oplossing, maar hoe houd je als huisartsenpraktijk goede medewerkers vast als je hen geen zekerheid kunt bieden over hun baan?’

■ GEZAMENLIJKE VISIE

Volgens Arends en Polet zijn huisartsen niet gebaat bij kortetermijnoplossingen, maar bij langetermijnvisies en meerjarige contracten. ‘Contracten van een of twee jaar zijn in feite te kort. Op basis daarvan kun je nauwelijks medewerkers aannemen, laat staan grotere investeringen in bijvoorbeeld huisvesting doen. Onzekerheden in de contractering en de vergoedingssystematiek belemmeren investeringen in innovaties. Om investeringen te kunnen doen, is voor een langere termijn zekerheid nodig.’ Het is nog maar de vraag of een nieuw kabinet opnieuw hoofdlijnenakkoorden gaat sluiten met de huisartsen, de ziekenhuizen, de wijkverpleging en de ggz, en of er een vervolg komt op het akkoord over preventie. Polet: ‘De hoofdlijnenakkoorden waren bedoeld om de zorgkosten beheersbaar te houden, we gaan zien of een nieuw kabinet dat na 2022 ook wil. Maar het belangrijkste is dat we een gezamenlijk idee hebben van waar we met de zorg in Nederland naar toe willen, hoe we die betaalbaar houden, wat daarbij de rol is voor de eerste en de tweede

Vergelijking inkoopplannen zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars hebben bij hun inkoopbeleid voor 2022 de versnellingsplannen duidelijk in het vizier. Uit een vergelijking van het inkoopbeleid van 8 zorgverzekeraars blijkt dat er in alle plannen aandacht wordt besteed aan samenwerking (O&I), digitalisering (ICT) en kwetsbare patiënten (MTVDP).

De meeste zorgverzekeraars zetten in op samenwerking en samenhangend regionaal beleid. Ook is er veel aandacht voor digitalisering en de voordelen die digitalisering kan hebben voor onder meer patiëntcontact en informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders. Digitalisering wordt ook als mogelijke oplossing gezien voor (aankomende) tekorten op de arbeidsmarkt.

Daarnaast is er veel aandacht voor kwetsbare groepen, met name ouderen. Hiervoor stellen de meeste zorgverzekeraars extra middelen beschikbaar.

Blijf op de hoogte via www.lhv.nl

‘Onzekerheden in de contractering en vergoedingssystematiek belemmeren investeringen in innovaties’

IDSNederland
Healthcare Intelligence

Uw patiënten makkelijk informeren?
Gebruik een wachtkamerscherm

€1,- per dag

Waarom een wachtkamerscherm van IDS Nederland

- ✓ Hulp bij het opzetten en managen van uw praktijkinformatie
- ✓ Actuele en relevante gezondheidsinformatie via gevestigde partners
- ✓ Een all-in-prijs zonder verborgen kosten: Scherm + Installatie + Software + Service
- ✓ Altijd up-to-date met seizoensgerelateerde gezondheidsinformatie

Kijk voor de mogelijkheden op www.ids-nederland.nl/dedokter



McFERMOIR
DOEKTER BAGS

McFERMOIR VISITERUGTAS ZIPPER BRUIN & NAVY

De ultieme tas voor op de fiets. Blijft mooi open staan. Handtas en rugtas in één. Extra comfortabel voor de rug. Stevig ritsvak en handige trolleystrap.

Bruin

Navy

Nu verkrijgbaar bij: **DOKTERSTASSEN.NL**
Een tas voor het leven




Veroval® Bloeddrukmeters

Nauwkeurig, betrouwbaar en comfortabel meten zowel in de praktijk als thuis

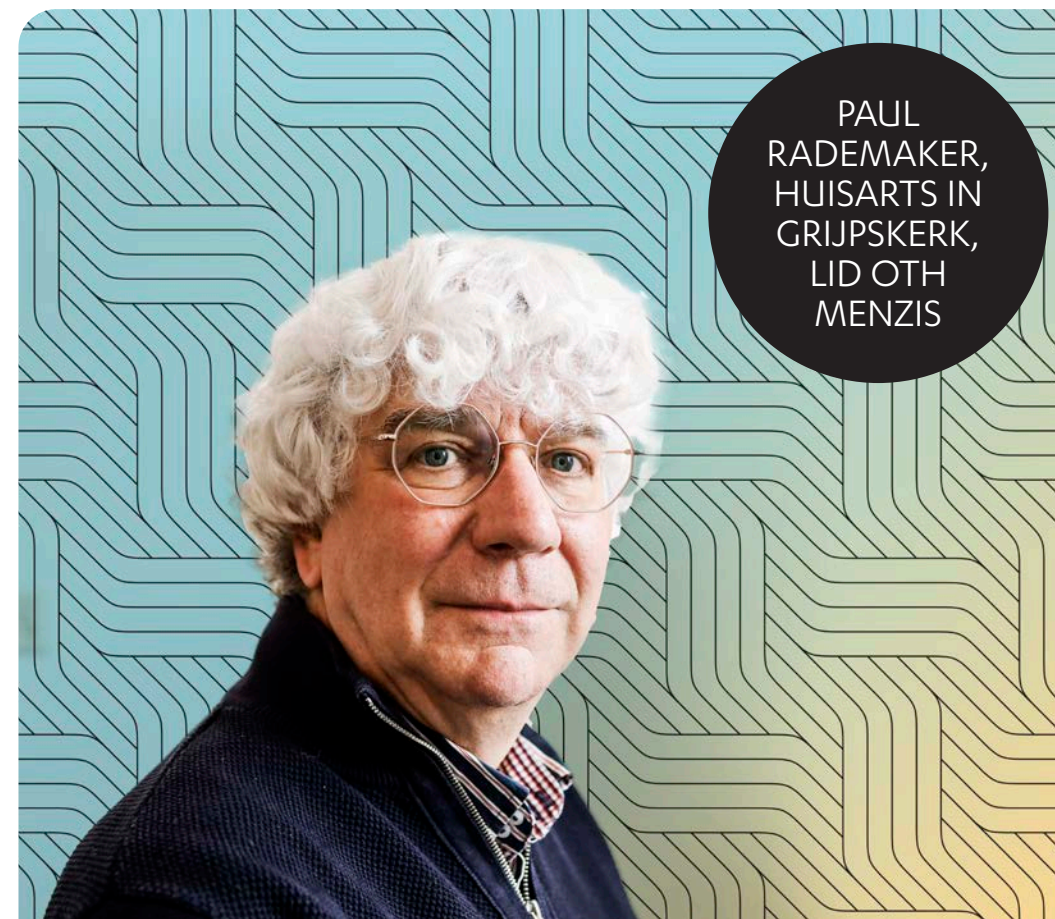
Veroval® bloeddrukmeters zijn klinisch gevalideerd, staan vermeld op de StrideBP lijst en worden aanbevolen door de Nederlandse Hartstichting.

ACTIE: Praktijkpakket*
Bloeddrukmeters voor gebruik in de praktijk of om mee te geven aan uw patiënten voor een betrouwbare thuismeting. Deze actie bestaat uit 3 Veroval® Compact bloeddrukmeters en 1 Veroval® Duo Control bloeddrukmeter (met Medium en Large manchet). Inclusief GRATIS kalibratieservice.* Enkel geldig bij aankoop via Bloeddrukmeter.shop.

van 259,95 voor **€199,-**

Scan de QR code met uw smartphone om naar de actiepagina* te gaan bloeddrukmeter.shop/praktijk

HARTMANN

PAUL RADEMAKER, HUISARTS IN GRIJPSKERK, LID OTH MENZIS

FOTO: HENK VEENSTRA

‘Veel meer inzetten op digitalisering’

Het lopende Menzis-contract eindigt dit jaar. Het nieuwe contract wordt een contract voor 1 jaar. Paul Rademaker, huisarts in Grijpskerk, is al tien jaar bij het overleg met Menzis betrokken, zowel op landelijk als op regionaal niveau.

Huisartsen hebben een cruciale rol als het gaat over doelmatige zorg. Goede huisartsenzorg kan veel duurdere zorguitgaven voorkomen. Ik denk dat Menzis en de huisartsen daarin op dezelfde lijn zitten. Menzis denkt in alle regio's constructief mee over wat goede huisartsenzorg is en hoe dat per regio het beste kan worden georganiseerd. Sommige dingen moeten landelijk worden geregeld, andere dingen moeten vooral per regio worden bedacht en ingevuld. De ene regio heeft andere problemen dan de andere. En er zijn natuurlijk ook verschillen tussen huisartsenpraktijken. We willen allemaal Meer tijd voor de patiënt. Maar dat hoeft niet te betekenen dat in iedere praktijk consulten van 15 minuten worden ingevoerd. Laat huisartsen vooral zelf aangeven wat in hun situatie de beste oplossing is. In de ene praktijk kan een extra huisarts lucht geven, maar als er al een tekort aan huisartsen in een regio is, moet het ook mogelijk zijn om een extra POH of verpleegkundig specialist in te zetten. Of een

praktijkmanager die de huisarts echt alle organisatorische zaken uit handen neemt. Het inzetten van extra personeel is overigens ook niet altijd een oplossing. Op het moment dat je extra capaciteit inzet, creëert dat ook weer extra vraag. Wat denk ik het meest effectief is, is inzetten op preventie. In een regio als Oost-Groningen, waar veel gezondheidsproblemen samenhangen met overgewicht en leefgedrag, is daarmee veel winst te behalen. En dat geldt vast en zeker ook voor andere regio's. We kunnen ook nog veel meer inzetten op digitalisering. En dan bedoel ik niet alleen richting de patiënt, met beeldbellen en digitaal afspraken maken, maar vooral overling tussen zorgverleners. We kunnen veel tijdswinst behalen en kosten besparen als de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners wordt verbeterd. Daar moet dan wel een goed plan voor komen. We spreken nu met Menzis over een 1-jarig tussencontract. Maar als er na volgend jaar een nieuw hoofdlijnenakkoord komt, zou het mooi zijn om weer een meerjarig contract te sluiten met een visie voor de toekomst van de huisartsenzorg. In de ontwikkeling van die visie hebben we het afgelopen jaar al grote stappen gezet.'

lijn en wat we willen met preventie. Als de betrokken partijen het daarover eens zijn, geeft dat ruimte en vertrouwen. Dan staan de OTH's en de zorgverzekeraars niet tegenover maar naast elkaar, en dienen ze beide het belang van de patiënt.'

MEEDOEN MET RESULTAAT
Tot eind 2022 moet er nog heel wat gebeuren om de afspraken uit het HLA gerealiseerd te krijgen. Schulten: 'Voor de toekomst van de huisartsenzorg is het van cruciaal belang dat de zorgverzekeraars en regio's samen aan de slag gaan in een of meer versnelingstrajecten. De regionale huisartsenorganisaties spelen een belangrijke rol in de versnelling, maar het gaat pas werken als ook individuele huisartsen in een regio enthousiast zijn en zich melden omdat ze mee willen doen aan MTDVP-pilot of een project voor digitalisering.' Schulten snapt dat huisartsen vaak zo druk zijn dat ze geen tijd en energie hebben om een nieuwe werkwijze of nieuwe instrumenten uit te proberen. 'Toch zouden ze dat deze keer wel moeten doen. Want de versterking van de regio-organisaties, de inzet op MTVDP en digitalisering leveren op termijn juist tijdswinst en meer werkplezier op.' Daarom is zij er optimistisch over dat het gaat lukken met de versnelingen. 'Laten we zeggen dat we voor elk thema tien regio's zoeken die concrete stappen willen zetten: dus tien voor Oe-I-projecten, tien of meer voor uitbreiding van MTVDP-pilots en tien voor digitalisering. Dan komen we een heel stuk dichterbij het doel: de juiste zorg op de juiste plek, op een manier die ook de huisartsen vol kunnen houden.' ¶