



VAN HOOFDLIJNENAKKOORD NAAR
CONTRACTVOORSTELLEN

KRIJGT U MEER TIJD VAN DE ZORG- VERZEKERAARS?

Het hoofdlijnenakkoord was de eerste stap. Maar de volgende stap is minstens zo belangrijk. Hoe vertalen de zorgverzekeraars het akkoord naar contractvoorstellen voor 2019 en de jaren daarna? Gaat u merken dat de huisartsenzorg er de komende vier jaar 471 miljoen euro aan extra middelen bij krijgt, bijvoorbeeld doordat de tarieven geïndexeerd worden of u de opslag voor achterstandswijken krijgt? Hoe wordt de 133 miljoen voor specifieke programma's zoals ICT, gegevensuitwisseling en onderzoek besteed? En krijgt u meer tijd voor de patiënt?

Alle partijen aan de onderhandelings-tafel hebben er hun handtekening

onder gezet: de landelijke prioriteiten in de huisartsenzorg. Ook de zorgverzekeraars. Die prioriteiten zijn: goede zorg voor kwetsbare groepen, oplossingen voor de ANW-uren, betere organisatie van de eerstelijnszorg en meer ICT-ondersteuning. Helemaal bovenaan staat de prioriteit waar de LHV zich samen met InEen de laatste jaren onvermoeibaar voor heeft ingezet: Meer Tijd Voor de Patiënt.

De afspraken uit het akkoord zijn niet vrijblijvend, zo heeft de LHV geëist. Minister Bruins heeft dat in een schriftelijke reactie aan de Tweede Kamer nog eens bevestigd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gaat monitoren wat er in de praktijk

van de afspraken terecht komt en hoe die worden omgezet in passende regionale afspraken (zie ook het interview met LHV-bestuurder Paulus Lips, pagina 25).

De contractvoorstellen bevatten veel woorden. Maar uiteindelijk gaat het om een paar cruciale dingen. Krijgen huisartsen meer tijd voor de patiënt? Wordt er geïnvesteerd in praktijkondersteuning, organisatie en infrastructuur? De Dokter maakte een rondgang langs acht zorgverzekeraars en sprak met de betrokken zorginkopers, accountmanagers dan wel beleidsontwikkelaars over de voorstellen en ideeën.

CZ

Nathalie van Schoonhoven, zorginkoper:

MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

“Eén van de kopjes in onze overeenkomst voor huisartsenzorg is ‘Vermindering werkdruk, meer tijd voor de patiënt’. Daaronder staan de prestaties waarmee we dat willen realiseren, zoals de inzet van een praktijkmanager. Voor deze prestatie is veel animo onder huisartspraktijken.

Daarnaast hebben we vanaf 2019 de prestatie Inzet Praktijkscaan opgenomen. Met behulp van de praktijkscan kunnen huisartsen de praktijkvoering in kaart brengen. De scan maakt ook zichtbaar wat de verbeterpunten zijn die kunnen bijdragen aan de vermindering van de werkdruk. De uitkomsten verschillen per praktijk. Er is dus ook geen uniforme oplossing voor de vermindering van de werkdruk. Elke praktijk zal moeten kijken wat de beste oplossing is. Naast deze prestaties biedt de overeenkomst ook altijd ruimte voor oplossingen op maat.”

ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR

“Bij O&I gaat het om de versterking van de organisatiekracht van de eerste lijn. De zorggroepen in ons werkgebied richten zich nu vooral op vier chronische zorgpaden, waaronder COPD en diabetes. De komende jaren zal de focus moeten verschuiven van de chronische zorgstraten naar programmatische zorg, zoals ouderenzorg, GGZ en anderhalvelijns zorg. En ook naar het implementeren van de kwaliteitscyclus en het initiëren en begeleiden van innovaties van zorg.

Daarmee zullen de zorggroepen zich transformeren naar regionale multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en een andere rol gaan vervullen. Om dit proces mogelijk te maken, is mandaat van de achterban van essentieel belang. De resultaten zullen niet meteen zichtbaar zijn, maar uiteindelijk moet deze ontwikkeling bijdragen aan een toegankelijke, kwalitatief goede en doelmatige eerstelijns zorg.”

GELEERDE LESSEN

“Vanaf 2015 hebben we door de inzet van een expertgroep van huisartsen geprobeerd concrete oplossingen te zoeken voor de door huisartsen ervaren knelpunten en werkdruk. Het blijft moeilijk om alle huisartsen individueel te bereiken. Dit blijkt ook uit de LHV-enquête van dit voorjaar, over de relatie met en het vertrouwen in de zorgverzekeraars. Daarom hebben we in overleg met de LHV besloten om de overeenkomst te bespreken met het nieuwe LHV-overlegteam. Daar zijn we dit jaar mee gestart. In het najaar organiseren wij een aantal informatiebijeenkomsten voor huisartsen, waar we ons beleid en keuzes toelichten. We hopen op een hoge opkomst.”

DSW

Martine Fassotte, accounthouder huisartsenzorg

MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

“Ons contract biedt huisartsen alle vrijheid om de praktijkvoering naar eigen inzicht in te richten. Drie jaar geleden hebben wij consultloze financiering ingevoerd. We betalen jaarlijks een vast bedrag per praktijk, gerelateerd aan de zorgzwaarte. De invoering van dit financieringsmodel was een mega-operatie waar we op blijven voortbouwen. Het hoofdlijnenakkoord heeft daar niet direct invloed op, behalve dan dat wij in lijn met het akkoord elk jaar meer geld uitgeven aan huisartsenzorg.

Wij kennen alle 200 huisartsen in onze regio: Delfland, Schiedland en Westland. Ook hebben we elke maand overleg met de huisartsenkring. Als de huisartsen iets willen, dan kijken we of en hoe we dat kunnen organiseren. Wij zien dat huisartsen de vrijheid steeds meer benutten om hun eigen keuzes te maken. Bijvoorbeeld in de vorm van langere consulten, e-consulten, een praktijkmanager of meer overleg met de wijkteams.”

ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR

“Er is volgend jaar extra budgettaire ruimte beschikbaar. Wij bespreken met de huisartsen of deze ruimte voor O&I of op een andere manier wordt ingezet. In onze regio werken we niet met zorgketens. Er is wel een zorggroep die de huisartspraktijken ondersteunt en faciliteert. Samen met de zorggroep kijken we welke problemen er zijn en hoe die kunnen worden aangepakt. Als het gaat om samenwerking, regionaal en in de hele zorgketen, zien wij zeker ook een rol voor onszelf. Wij hebben bijvoorbeeld het initiatief genomen voor projectgroepen die zich bezig houden met het tekort aan eerstelijnsverblijfsbedden, de samenwerking tussen wijkverpleging, huisarts en wijkteam en de wachttijden in de GGZ. We zoeken samen met alle betrokkenen actief naar oplossingen.”

RELATIE MET HUISARTSEN

“DSW is geen standaard zorgverzekeraar, maar voor de huisartsen in onze regio is onze aanpak ‘gewoon’. Ze krijgen veel vrijheid, en ik geloof niet dat iemand daar misbruik van maakt. Iedereen kent elkaar. Bovendien gebruiken we de cijfers van alle praktijken als spiegelinformatie. Als een praktijk slecht telefonisch bereikbaar is of meer doorverwijzingen heeft dan andere praktijken, dan spreken we die praktijk daar op aan. Andersom kunnen de huisartsen ons ook aanspreken als zij dingen anders willen. We vragen hen ook geregeld wat er beter kan. Hun wensen zijn voor ons leidend.”

DE FRIESLAND

Peter Semplonius, accountmanager huisartsenzorg

MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

“Meer tijd voor de patiënt. Iedereen wil dat graag, maar we moeten realistisch zijn. Huisartsen zijn schaars, ook in Friesland. Dat lossen we niet op met meer geld, de kunst is om de zorg slimmer te organiseren. Daarom stimuleren wij huisartsenpraktijken om meer samen te werken, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, personeel, financiën en ICT, en om zich ook te verbinden met andere zorgaanbieders en de sociale wijkteams. Dat levert huisartsen meer tijd op voor de patiënt. Wij waren een van de eerste zorgverzekeraars die met praktijkmanagement begonnen. De helft van de Friese huisartsenpraktijken werkt intussen al met een praktijkmanager. Hopelijk gaan de anderen volgen. Voorwaarde voor vergoeding is wel dat een praktijk met minstens twee andere praktijken samenwerkt en dat ze samen minimaal 7500 patiënten hebben. Daarnaast zetten wij ons samen met provincie, gemeenten en huisartsenorganisatie actief in om het voor huisartsen aantrekkelijk te maken om naar Friesland te komen. Vertrekkende en startende huisartsen krijgen bijvoorbeeld ondersteuning van een transitie-manager. En we proberen voorop te lopen in innovaties als e-health.”

ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR

“Het gaat erom dat mensen goede zorg krijgen en dat die zorg doelmatig is. Wij werken daar op drie niveaus aan: praktijk, regio en provincie. Op praktijkniveau bevorderen wij de samenwerking tussen huisartspraktijken en zetten wij in op adequate praktijkondersteuning. Op regionaal niveau bevorderen wij de samenwerking tussen huisartspraktijken, ziekenhuizen en andere zorgverleners, zodat de patiënt de juiste zorg krijgt op de juiste plek. Op provinciaal niveau pakken we de overkoepelende vraagstukken op, zoals de opvolgingsproblematiek van huisartspraktijken. Wij zetten de O&I-gelden in om samenwerkingsverbanden te faciliteren en we verwachten dat we daar over een paar jaar de resultaten van gaan zien.”

RUIMTE DOOR HOOFDLIJNENAKKOORD

“Meer geld is lang niet altijd de oplossing voor knelpunten. Wij streven naar een goede kwaliteit en naar doelmatigheid van zorg. Daarom kijken we ook naar de toekomst. Hoe zal de huisartsenpraktijk erover tien jaar uitzien? Hoe krijgen we de juiste zorg op de juiste plaats? En hoe houden we voldoende huisartsen? Over die vraagstukken hebben wij met alle betrokken partijen in deze provincie constructief overleg. Het gaat erom dat we de zorg slimmer organiseren.”

ENO

Jan Rosenkamp, zorginkoper

MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

“Er zijn verschillende mogelijkheden om meer tijd te maken voor de patiënt. Een huisarts kan bijvoorbeeld een praktijkmanager of meer praktijkondersteuners inzetten. Daarnaast bieden wij in 2019 ook een nieuwe Meer-tijd-voor-de-patiënt-module aan. Huisartsen krijgen de mogelijkheid om extra huisartscapaciteit in te zetten. Voor een normpraktijk van 2095 patiënten is dit 0,2 fte. Er kan dus voor een dag per week een waarnemer worden ingezet. In feite verkleinen we de normpraktijk tot 1810 patiënten. In overleg met de Huisartsen Coöperatie Deventer en omstreken testen we deze module eerst in een aantal praktijken. De HCDO gaat die praktijken begeleiden en kijkt of de extra inzet daadwerkelijk tot veranderingen leidt, zoals minder verwijzingen naar de tweede lijn en meer verwijzingen naar het sociale domein. Er zijn veel patiënten met problemen die in het sociale domein thuishoren. Als je die (naar het sociale domein) doorverwijst, creëer je sowieso al meer tijd voor patiënten die medische klachten hebben.”

ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR

“Wij maken in onze regio al jaren afspraken die verder gaan dan ketenzorg. Wij zijn met alle betrokken partijen bezig om de focus te verleggen van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG). Dit vraagt een versterking van de eerste lijn en een goede verbinding met het sociale domein. Het accent ligt op positieve gezondheid. We bieden huisartsen de mogelijkheid om hiervoor een training te volgen bij het Bettery Instituut. Ze leren in die training om op een andere manier met patiënten te praten en andere vragen te stellen. Doel is dat patiënten zich eigenaar voelen van hun gezondheid, waardoor ze die gezondheid positiever ervaren en minder zorg vragen.”

JUISTE ZORG OP JUISTE PLEK

“Waar mogelijk willen we zorg van de tweede naar de eerste lijn verschuiven. Daarover maken wij zowel met het ziekenhuis als met de huisartsen afspraken. We denken bijvoorbeeld aan meekijkconsulten, waarbij een specialist meekijkt met de huisarts. De grote kracht van onze regio is dat we hier met één ziekenhuis, één huisartsencoöperatie, één apothekersvereniging en een beperkt aantal gemeenten te maken hebben. Alles is goed afgebakend; mensen kennen elkaar. Daarom krijgen we hier dingen voor elkaar die voor anderen een voorbeeld kunnen zijn. Er komen geregeld afvaardigingen op bezoek om te zien hoe wij dingen aanpakken.”

MENZIS

Eric Juffermans, beleidsmaker

MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

“Ons tweejarig contract loopt door in 2019, maar naar aanleiding van het hoofdlijnenakkoord kijken we wel wat de mogelijkheden zijn om meer tijd voor de patiënt te creëren. De module kwetsbare ouderenzorg is voor ons een speerpunt, omdat ouderenzorg vaak als knelpunt wordt ervaren. Via deze module kunnen huisartsen de kwetsbare ouderen in hun praktijk in kaart brengen en een POH ouderenzorg aanstellen. Ook ondersteunen wij de lokale samenwerking met wijkverpleegkundigen en specialisten ouderenzorg. Ongeveer de helft van de huisartsen maakt hier gebruik van. Anderen kiezen vaak voor de module POH Somatiek: een praktijkondersteuner die breder kan worden ingezet. Verder hebben we een module Praktijkmanagement. Als huisartsen deze modules actief gebruiken, levert dat zeker meer tijd op voor de patiënt.”

ORGANISATIE EN INFRASTRUCTUUR

“Investerings in O&I zijn bedoeld om de samenwerking in de eerste lijn te verbeteren. Wij maken hierover afspraken met regionale samenwerkingsverbanden. Het begint ermee dat zorgverleners en ook de wijkteams elkaar op lokaal en regionaal niveau leren kennen en vervolgens tot werkafspraken komen, op het gebied van de populatie, zoals ouderen, chronisch zieken en zorgvernieuwing.

Meestal maken wij vooraf afspraken maken over wat investeringen moeten opleveren, maar we begrijpen ook dat de samenwerking of organisatie eerst moeten worden opgebouwd. Waar het uiteindelijk om gaat, is dat de zorg beter wordt georganiseerd, zodat de zorg plaatsvindt op de juiste plek en de huisartsenzorg de toenemende en complexe vraag kan opvangen. Het effect is dat meer ouderen thuis blijven wonen, minder zware zorg nodig hebben, er minder crisissituaties zijn en de patiënttevredenheid toeneemt. Ook komt er meer ruimte voor bijvoorbeeld e-health. Een doel is ook dat de werkdruk van huisartsen vermindert. Wij krijgen natuurlijk ook de signalen dat veel huisartsen die te hoog vinden.”

SUBSTITUTIE

“We zijn met de ziekenhuizen in gesprek over de verschuiving van zorg naar de eerste lijn. Voorwaarde is dat de eerste lijn voldoende capaciteit en organisatiekracht heeft om de zorg uit de tweede lijn op te vangen. Als het goed is, wordt dit in de regio's overal goed overlegd. En anders moeten de huisartsen aan de bel trekken.”

VGZ

Mijke Wingens en Michel Saras, afdeling Inkoop en Beleid

MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

“Continuïteit is heel belangrijk, zowel voor de huisartsen als voor ons. Daarom gaan we nu niets veranderen in het lopende tweejarig contract. Wel gaan we de komende periode met het veld bespreken hoe we in 2020 invulling kunnen geven aan het hoofdlijnenakkoord. Vorig jaar hebben wij de module praktijkmanagement ingevoerd, waar inmiddels veel huisartsen gebruik van maken. We stellen wel voorwaarden aan de praktijkomvang en het opleidingsniveau van de manager. Ook zijn we bezig met de pilots in Afferden en Gorinchem, waarbij huisartsen onder meer door langere consulten meer tijd krijgen per patiënt. Als de uitkomsten van die pilots na afloop nog steeds zo positief zijn, dan overwegen we of en hoe verdere uitrol mogelijk is.”

ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR

“Het doel van O&I is dat de huisarts optimaal wordt ondersteund door netwerken om de praktijk heen. O&I draagt bij aan de versterking van de eerstelijnszorg en aan de borging van de continuïteit van de huisartsenzorg. Veel zaken worden efficiënter en beter geregeld als ze gezamenlijk worden opgepakt. O&I krijgt vier betaaltitels: ketenzorgondersteuning, praktijkmanagement, wijkmanagement en regiomanagement. Ketenzorgondersteuning kopen wij al jaren in bij zorggroepen. Met praktijkmanagement zijn we dit jaar begonnen. Wijkmanagement blijft in 2019 nog gekoppeld aan de centra voor Geïntegreerde Eerstelijns Zorg. Vanaf 2020 wordt er een prestatie ontwikkeld die breed inzetbaar is. Regiomanagement wordt een nieuwe betaaltitel. Wij gaan met het veld in overleg hoe we hieraan invulling kunnen geven.”

GELEERDE LESSEN

“Het is jammer dat veel huisartsen ontevreden zijn over de relatie met de zorgverzekeraar. Als huisartsen en zorgverzekeraars hebben we ieder onze eigen rol, maar een goede relatie is voor alle partijen belangrijk. Daarom hechten wij erg aan het overleg met de huisartsen. Wij spreken periodiek met diverse koepels van de beroepsgroep. Ook overleggen we met zorggroepen en organiseren we regelmatig regiobijeenkomsten voor huisartsen. De input die we krijgen via de verschillende overleggen helpt ons om ons beleid rondom zinnige zorg en de overeenkomsten vorm te geven. Uiteindelijk hebben zorgverzekeraars en huisartsen een belangrijk gemeenschappelijk doel: kwalitatief goede zorg dichtbij de patiënt.”

ZILVEREN KRUIS

Mirjam Vos, beleidsontwikkelaar zorginkoop

MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

“Niet elke patiënt is hetzelfde. Niet elke patiënt heeft evenveel tijd nodig. Voor oudere patiënten bijvoorbeeld is het belangrijk om de huisarts overdag te kunnen zien. Voor jongeren is het vaak fijner om digitaal contact te hebben of 's avonds naar het spreekuur te gaan. Een huisarts die dat wil, moet daarin flexibel kunnen zijn. Het maakt niet uit welke vorm van consult ze aanbieden of wanneer, ze kunnen voortaan zowel kortere als langere consulten declareren. De juiste hoeveelheid tijd voor elke patiënt; daar gaat het om. Dat betekent dat niet elke huisarts evenveel merkt van ons beleid en inzet. Wij focussen bijvoorbeeld op krachtige basiszorg in de grote steden, omdat daar veel van onze verzekerden zitten. Gelukkig is er nu meer geld beschikbaar voor achterstandswijken en komen daar ook meer huisartspraktijken voor in aanmerking.”

ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR

“Iedere zorgaanbieder moet in zijn regio op een passend ondersteunend aanbod kunnen rekenen, zodat hij de beste zorg kan leveren. Daarom willen wij dat er op regioniveau organisaties worden opgezet die voor samenhang zorgen en niet-patiëntgebonden taken overnemen. Dat gaat verder dan wat de zorggroepen en GEZ-centra nu doen. De financiering van deze organisaties wordt gaandeweg afgebouwd. Intussen krijgen organisaties de tijd om de transitie te maken. We moeten de juiste dingen op de juiste schaal doen. Hetzelfde geld wordt straks op een efficiëntere manier ingezet. Natuurlijk heeft zo'n regio-organisatie daar ook mandaat voor nodig van de huisartsen.”

UITWERKING HOOFDLIJNENAKKOORD

“Het hoofdlijnenakkoord bepaalt de agenda voor de komende jaren. Het beleid voor 2019 hebben wij in april gepubliceerd. Het is begrijpelijk dat huisartsen nu iets van ons verwachten, maar de tijdslijnen lopen niet parallel. Aan de andere kant: de thema's uit het akkoord zijn niet nieuw. Wij zijn hier ook al mee bezig. Wij zijn ons ervan bewust dat huisartsen de relatie met zorgverzekeraars nog niet optimaal vinden, al speelt dit naar onze ervaring lang niet in alle regio's. Wij kunnen helaas onmogelijk met elke huisarts apart in gesprek. Wij praten met vertegenwoordigingen van huisartsen en gaan ervan uit dat de achterban vertegenwoordigd is. Alle partijen aan tafel hebben een eigen rol, maar we komen alleen verder als we samen optrekken.”

ZORG EN ZEKERHEID

Inge Huernink, senior zorginkoper

MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

“Het hoofdlijnenakkoord is een bevestiging van waar wij al langere tijd mee bezig zijn. Op dit moment loopt er een tweejarig contract voor huisartsenzorg, maar er is ruimte om tussentijds dingen anders te doen. Wij gaan nu bijvoorbeeld meer inzetten op praktijkmanagement. Huisartspraktijken kunnen niet-patiëntgebonden werkzaamheden laten uitvoeren door een praktijkmanager. Omdat het efficiënter is om die werkzaamheden op wijkniveau te bundelen, stimuleren we dat één praktijkmanager voor meerdere praktijken in een wijk werkt. Door op dezelfde manier te werken, wordt samenwerking makkelijker. En door taken uit te besteden, krijgt de huisarts meer tijd voor de patiënt. Praktijkmanagement financieren we op twee manieren. Huisartsen die nog niet samenwerken, krijgen ondersteuning om binnen twee jaar tot een wijksamenwerkingsverband te komen. Huisartsen die al wel in een wijksamenwerkingsverband zitten, krijgen via dat verband een vergoeding voor praktijkmanagement.”

ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR

“Wij zetten bewust in op samenwerking in de wijk. Daarom willen wij de huidige centra voor Geïntegreerde Eerstelijns Zorg versterken en verbreden op het gebied van zorg én welzijn. Het is belangrijk dat huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen en andere eerstelijns zorgverleners in een wijk nauw samenwerken met het sociale wijkteam en ook goede afspraken maken met de ziekenhuizen en de ggz. Zo bieden zij gezamenlijk een aanbod aan zorg en welzijn dat aansluit bij wat mensen in die wijk nodig hebben. Waar nodig kan een regio-organisatie de wijksamenwerkingsverbanden ondersteunen, bijvoorbeeld bij overleg op gemeentelijk niveau. De focus ligt bij ons dus echt op de wijk. Wij zijn ervan overtuigd dat we de zorg op die manier toekomstbestendig houden. Als zorg- en hulpverleners elkaar goed weten te vinden, krijgen mensen de juiste zorg op de juiste plek.”

PRAKTIJKVERKLEINING

“Praktijkverkleining kan een oplossing zijn voor praktijken met een hoge zorgzwaarte. Maar er zijn nog steeds praktijken die 2300 of zelfs meer patiënten hebben, terwijl de normpraktijk is verlaagd naar 2095 en de NZa-financiering hierop is aangepast. Er is dus ruimte voor extra inzet van een huisarts, waarnemer of praktijkverpleegkundige. Maar kennelijk hoeft die oplossing niet voor iedereen.”

PAULUS LIPS, BESTUURSLID LHV OVER HET
CONTRACTERINGSPROCES:

‘ZORGVERZEKERAARS MOETEN NU GAAN INVESTEREN’

Het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 biedt mooie kansen en ook het geld om die kansen waar te maken. De komende tijd moet blijken of en hoe dat gebeurt. LHV-bestuurslid Paulus Lips verwacht dat de contractvoorstellen voor 2019 de goede richting uitgaan. “Als de zorgverzekeraars zich aan de afspraken houden, gaat elke huisarts merken dat er meer ruimte komt voor de patiënt.”

Er is de afgelopen maanden veel overlegd tussen zorgverzekeraars en huisartsen. Hoe is het beeld?

“In veel gevallen constructief. Daar is van onze kant ook in geïnvesteerd. Er zijn nu overal in het land regionale overlegteams die gesprekspartner zijn voor de verzekeraars. Als het goed is, vertegenwoordigen zij de huisartsen en de zorggroepen in de regio. Inhoudelijk worden de overlegteams ondersteund door specialisten van het landelijk bureau, die bijvoorbeeld kennis hebben van de financiële stromen en weten wat er volgens de Mededingingswet wel of niet mag. Het landelijk bureau zorgt er ook voor dat openbare informatie wordt gedeeld, zodat het wiel niet telkens opnieuw hoeft te worden uitgevonden.”

Er lopen nogal wat meerjarige contracten. Moeten die worden opgebroken?

“Het hoofdlijnenakkoord loopt tot 2023. Het is de bedoeling dat er in 2019 een begin mee wordt gemaakt. Dus als een zorgverzekeraar en overlegteam kansen voor verbetering

zien, moeten ze het niet nalaten om een lopend contract open te breken. Het is niet realistisch om te verwachten dat alle knelpunten in 2019 worden opgelost, maar het moet wel duidelijk zijn dat er in oplossingen wordt geïnvesteerd. En dat op z’n minst de indexering van tarieven wordt doorgevoerd, want die is de laatste jaren hier en daar achterwege gebleven.”

Veel huisartsen denken: eerst zien, dan geloven.

“Het hoofdlijnenakkoord biedt mooie kansen en miljoenen euro’s om die ook waar te maken. Laten we dat uitgangspunt vasthouden. Bovendien: het akkoord is niet vrijblijvend. De NZa gaat erop toezien wat er van de afspraken terecht komt en hoe die worden omgezet in regionaal maatwerk. Voor achterstandswijken bijvoorbeeld vraagt dat een ander pakket dan voor een regio met veel ouderen.”

Kan de NZa die monitoring echt hard maken?

“Zeker. En daar zullen we ook op toezien. De NZa gaat kijken hoeveel

budget er daadwerkelijk aan de huisartsenzorg wordt uitgegeven en of dat overeenkomt met de afgesproken groeirimte. Ook gaat zij analyseren wat er in de contracten staat en of dat in lijn is met het hoofdlijnenakkoord. Bijvoorbeeld: hoeveel wordt er geïnvesteerd in ouderenzorg en in O&I? En hoeveel tijd levert dat op voor de patiënt?”

En wat als zorgverzekeraars dwingende voorwaarden opleggen voor bepaalde vergoedingen?

“Het opleggen van voorwaarden brengt mensen niet in de modus van samenwerking. Als die voorwaarden niet door de huisartsen worden gedragen, gaat het niet werken. Daarom hebben we in het hoofdlijnenakkoord ook afgesproken dat er in elke regio eerst een analyse wordt gemaakt van wat er speelt. Op basis daarvan wordt een plan gemaakt voor wat er in die regio moet gebeuren. Regionaal maatwerk ontstaat alleen als de zorgverzekeraars, huisartsen, medisch specialisten, wijkverpleging en sociale wijkteams samenwerken.”

