



LHV ZET IN OP NIEUW
HOOFDLIJENAKKOORD ZORG

**‘Stel huisartsen in
staat om op een
gezonde manier
praktijk te voeren’**

Het kabinet Rutte-IV zet in op passende zorg. De rol en capaciteit van huisartsen worden versterkt. Een mooi perspectief voor een nieuw hoofdlijnenakkoord, maar geen garantie, zo is bij vorige akkoorden gebleken. Daarom staat de LHV op scherp. Huisartsen moeten op een goede en gezonde manier hun praktijk kunnen voeren.

TEKST: CORIEN LAMBREGTSE / FOTOGRAFIE BAS VAN SPANKEREN

Als Ernst Kuipers, de nieuwe minister van VWS, de lijn van zijn voorgangers doorzet, zal in de loop van dit jaar een nieuw hoofdlijnenakkoord (HLA) worden gesloten. Een overkoepelend akkoord voor de zorg als geheel dan wel deelakkoorden per sector. In een HLA worden de kaders, prioriteiten en het budget per zorgsector voor de komende kabinetsperiode vastgelegd. De LHV-delegatie staat al in de startblokken om samen met de andere huisartsenorganisaties het overleg met het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars aan te gaan. LHV-bestuurder Aard Verdaasdonk heeft de bekostiging van de huisartsenzorg en alles wat erbij komt kijken in zijn portefeuille: 'Het huidige hoofdlijnenakkoord loopt dit jaar af. Het was op zichzelf een goed akkoord, met extra geld om de knelpunten in de huisartsenzorg aan te pakken, maar het heeft niet opgeleverd wat we er met z'n allen van hadden verwacht. Huisartsen zagen er over het algemeen te weinig van terug in de contracten waar de zorgverzekeraars mee kwamen. Dat moet bij een nieuw hoofdlijnenakkoord beter.'

■ ONTEVREDENHEID

De belangrijkste knelpunten zijn de afgelopen vier jaar niet opgelost, zo bleek uit het onderzoek dat de LHV jaarlijks liet uitvoeren om de tevredenheid van huisartsen te meten. Volgens het onderzoek van Newcom Research & Consultancy willen huisartsen nog steeds meer tijd voor de patiënt, oplossen voor de ANW-zorg en minder administratieve lasten. Maar dat is niet het enige dat speelt,

zegt Verdaasdonk. 'Een bron van ontevredenheid is ook dat zorgverzekeraars 'innovaties' jaar na jaar als pilot blijven vergoeden, in plaats van deze structureel te maken. Kijk naar de pilots Meer Tijd voor de Patiënt: sommige lopen al jaren, maar zijn ondanks de positieve resultaten nog steeds niet definitief in contracten verankerd en ook niet vrij toegankelijk voor huisartsen die dat willen. Hetzelfde speelt bij de inzet van praktijkondersteuners; een innovatie die nog steeds niet structureel wordt gefinancierd. Voor huisartsen en personeel veroorzaakt dit grote onzekerheid. Wat als de zorgverzekeraar de bekostiging ineens stopzet?'

Die angst blijkt terecht. Zo besloot Zilveren Kruis vorig jaar, ondanks grote bezwaren van het overlegteam huisartsen (OTH), de vergoeding voor

'Het gevoel dat huisartsen niet serieus werden genomen, bleef hangen'

praktijkondersteuners (POH's) te beperken tot een vergoeding per consult of verrichting. Dit betekent dat de regisserende functie van de POH, het organiseren, overleggen en nabellen, niet meer wordt vergoed. Huisartsen vreesden dat hun praktijkondersteuner daardoor onbetaalbaar zou worden.

Volgens Zilveren Kruis is de wijziging budgetneutraal, maar bij de LHV

Uitkomsten 4 jaar contracteringsonderzoek

Huisartsen zijn nog steeds ontevreden over het contract dat ze van hun zorgverzekeraar krijgen. De contracten zijn onvoldoende om patiënten de juiste zorg te geven en om de praktijk op een gezonde manier draaiend te houden. Dat is de belangrijkste conclusie van de contracteringonderzoeken die de LHV de afgelopen vier jaar heeft laten uitvoeren door Newcom Research & Consultancy.

LHV-beleidsadviseur Robbert Polet coördineert vanuit het landelijke LHV-bureau het contracteringsproces en begeleidt de regionale overlegteams huisartsen (OTH's). 'Uit het vierde ledenonderzoek op rij, van december 2021, blijkt dat de zorgverzekeraars gemiddeld een 4,9 scoren op de inhoud van contracten, een 4,6 op het contracteringsproces en een 3,2 op de mogelijkheden voor maatwerk-afspraken. De belangrijkste knelpunten zijn: het uitblijven van structurele financiering voor innovaties, te lage tarieven en het ontbreken van maatwerkmogelijkheden.'

De uitkomsten verschillen wel per verzekeraar. 'De trend is negatief, maar sommige verzekeraars doen het beter dan andere. De waardering ligt hoger naarmate huisartsen zich meer gehoord voelen, de inhoud van de contracten beter is en er meer maatwerkafspraken mogelijk zijn. Daarom is het belangrijk dat verzekeraars niet alleen inzetten op de inhoud, maar ook op het proces. Hoe beter ze luisteren, hoe beter het contract en hoe hoger de waardering. En naarmate het contract beter aansluit op de praktijkvoering, hoe beter de zorg die huisartsen kunnen leveren aan de patiënten. Want zorg is maatwerk.'

Ondanks de ontevredenheid staan huisartsen positief tegenover een nieuw hoofdlijnenakkoord. Polet: 'Maar ze willen dan wel dat het akkoord aandacht geeft aan de voornaamste knelpunten en vooral ook dat het door zorgverzekeraars wordt nageleefd.'

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangt het gehele Newcom-rapport over het contracteringsonderzoek. De overlegteams huisartsen beschikken over de deelrapportages per verzekeraar en kunnen die met hun verzekeraar bespreken.

Meer weten over contractering en de uitkomsten van de Newcom-onderzoeken?
Kijk op www.lhv.nl/contractering

Woordenlijstje bekostiging huisartsenzorg

Bekostigingssysteem

Het huidige bekostigingssysteem is in 2015 ingevoerd. Bij dit model zijn drie partijen betrokken, met elk hun eigen taak en verantwoordelijkheid: het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. De gedachte is dat het tripartiete model tot een goede balans leidt tussen kwaliteit, kosten en toegankelijkheid. Het bekostigingsmodel bestaat uit een gemengd systeem van een inschrijfvergoeding en declaraties op basis van verrichtingen en consulten, verdeeld over 4 segmenten (zie Segmentenbekostiging).

Contracteringsproces

Een cyclisch proces waarbij zorgverzekeraars en overlegteams huisartsen (OTH's) overleggen over de inhoud van een contract. Het gaat om overleg, niet om onderhandelingen. De Mededingingswet staat huisartsen niet toe om collectief te onderhandelen over voorwaarden of vergoedingen. De zorgverzekeraars bepalen dus uiteindelijk wat er in het contract komt te staan. Dit leidt bij veel

huisartsen tot het gevoel dat zij moeten 'tekenen bij het kruisje'. Om de onvrede onder huisartsen over het contracteringsproces te verbeteren, heeft de LHV de afgelopen vier jaar veel energie gestoken in de versterking en begeleiding van de regionale overlegteams huisartsen (zie Overlegteams huisartsen).

Hoofdlijnenakkoord (HLA)

De HLA's geven per zorgsector de kaders, prioriteiten en budgetten aan voor de komende kabinetsperiode. Het doel is dat alle betrokken partijen (ministerie van VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) weten wat ze van elkaar kunnen verwachten (zie Contracteringsproces).

Overlegteam huisartsen (OTH)

Er zijn 8 regionale overlegteams huisartsen (OTH's), elk gekoppeld aan een zorgverzekeraar, die met de zorgverzekeraar overleggen over de vertaling van de afspraken uit het HLA naar het contract (zie Contracteringsproces).

Segmentenbekostiging

Het bekostigingsmodel huisartsenzorg bestaat uit 4 segmenten:

Segment 1: basishuisartsenzorg (circa 75 procent van de omzet van een huisartsenpraktijk). Deze zorg wordt standaard bekostigd volgens het vergoedingsoverzicht van de Nederlandse Zorgautoriteit en is voor alle huisartsen gelijk. De vergoedingen worden periodiek via een bekostigingsonderzoek bijgesteld.

Segment 2: chronische zorg ofwel ketenzorg (circa 10 procent van de omzet van een huisartsenpraktijk). Op dit moment loopt de vergoeding van de ketenzorg via

zorggroepen en regionale huisartsenorganisaties. Zij ondersteunen huisartsenpraktijken bij de uitvoering van ketenzorg en betalen de huisartsenpraktijken een vergoeding voor die uitvoering.

Segment 3: de kraamkamer voor innovaties op het gebied van digitalisering, organisatie & inrichting, spoedzorg en meer tijd voor de patiënt. De hoogte van de vergoedingen wordt bepaald door de zorgverzekeraars (circa 15 procent van de omzet van een huisartsenpraktijk).

Segment 4: bijzondere verrichtingen als vaccinaties en keuringen.

Versnellingstrajecten

Vanwege de teleurstellende resultaten in de eerste helft van het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 zijn er in 2021 drie versnellingstrajecten op poten gezet:

O&I: versterken van de regionale organisatiekracht in circa 10 regio's met een gerichte, landelijk georganiseerde ondersteuning in de regio.

Digitalisering en e-health: opstellen van een gedragen digitaliseringsplan en starten met de uitvoering, in maximaal 25 regio's

Meer tijd voor en met de patiënt.

Doelen: 1. beter inzicht in de huidige zeven door zorgverzekeraars gefinancierde MTVDP-projecten en 2. uitbreiding van het aantal MTVDP-projecten met 10 tot 15 projecten, resulterend in een advies voor het bekostigen en uitrollen van MTVDP-projecten in heel Nederland.

regende het klachten.

Verdaasdonk: 'Het vervelende was dat Zilveren Kruis de bewijslast bij de huisartsen legt. Wij moesten aantonen dat de wijziging wel degelijk tot problemen in de financiering van de POH leidt. Dat kost ons dus tijd en energie.'

In het Newcom-onderzoek daalde de tevredenheid over Zilveren Kruis tot een dieptepunt. Meer dan 500 huisartsen en POH's ondertekenden een petitie met een oproep aan Zilveren Kruis om de afbraak van de POH's te stoppen en niet te bezuinigen op preventie en zorgcoördinatie. Een groep van 168 huisartsen kondigde een kort geding aan. Onder die grote druk heeft Zilveren Kruis inmiddels besloten het ingezette beleid voorlopig terug te draaien en huisartsen de optie te geven om de POH op de huidige manier te blijven financieren.

■ VERSNELLINGSTRAJECTEN

Het Newcom-onderzoek was niet het enige onderzoek dat laat zien dat de uitvoering van het lopende HLA tekort schiet. In 2020 voerde managementadviesbureau Rebel een tussentijdse evaluatie uit. Daaruit kwam eveneens naar voren dat de uitvoering van het HLA de eerste twee jaren geen harde, meetbare effecten had opgeleverd. Volgens Rebel moest er 'een tandje bij'. De HLA-partijen besloten daarop de uitvoering op drie concrete thema's te versnellen: Organisatie & Infrastructuur (O&I), Meer tijd voor de Patiënt (MTVDP) en Digitalisering (zie kader Woordenlijst: Versnellingstrajecten). De thema's zijn vorig jaar uitgewerkt in projectvoorstellen, waarvoor regio's zich kunnen aanmelden. Zo richt het versnellingsproject MTVDP zich op uitbreiding van het aantal MTVDP-projecten in het land. Er kunnen vijftien regio's aan meedoen, met groepen van circa tien huisartsenpraktijken en/of gezondheidscentra. De zorgverzekeraars stellen voor de versnellingstrajecten extra geld beschikbaar, zoals in het HLA was afgesproken.

Aan het eind van 2022 zal duidelijk

worden of de versnellingsprojecten daadwerkelijk effect hebben, maar daar kunnen de onderhandelaars over het nieuwe HLA niet op wachten. De inzet van de LHV is voor de komende jaren opnieuw gericht op het oplossen van de knelpunten in de huisartsenzorg, meldt Verdaasdonk. 'Het nieuwe HLA moet huisartsen in staat stellen om op een goede en gezonde manier praktijk te voeren. Dat betekent meer tijd voor de patiënt, betere ondersteuning, adequate bekostiging, maar ook minder administratieve lasten. Daarom moet het bekostigingssysteem worden vereenvoudigd.'

■ MEER TIJD VOOR DE PATIËNT

Om goede huisartsenzorg te kunnen blijven leveren, is het volgens Verdaasdonk van cruciaal belang om de fijnmazigheid en kleinschaligheid van huisartsenpraktijken in stand te houden. 'Huisartsen hebben een cruciale rol in hoe we de zorg in Nederland hebben geregeld. Het kabinet ziet

**'Er blijven
miljoenen euro's
op de plank liggen,
terwijl huisartsen
met de problemen
blijven zitten'**



Nieuwe training Meer tijd voor de patiënt

Wilt u meer tijd voor je patiënten, maar weet u niet waar u moet beginnen? De nieuwe training 'Meer tijd voor de patiënt' van de LHV academie laat u kennismaken met oplossingsrichtingen, verschillende aanpakken en praktijkvoorbeelden. De training vindt plaats op donderdag 24 maart 2022, van 16 tot 20 uur. locatie: Utrecht.

Meer info en aanmelden: www.lhv.nl/lhv-academie, zoek op de naam van de training.

passende zorg als de norm. Dat kan alleen als huisartsen meer tijd krijgen voor de patiënt en in de buurt bereikbaar zijn. Zij kennen hun patiënten, patiënten vertrouwen hen. Huisartsen zijn het best in staat om samen met de patiënt te beoordelen wat die nodig heeft. Zo nodig moeten zij patiënten kunnen doorverwijzen: naar de tweede lijn of naar het sociaal domein. Huisartsen zijn er dus niet om alle problemen in de zorg op te lossen, zoals het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde en de wachtlijsten in de ggz, maar om goede huisartsenzorg te leveren.'

■ EENVOUDIGER BEKOSTIGING

Om op een gezonde manier praktijk te kunnen voeren, moeten daarnaast de administratieve lasten omlaag. Dat begint bij een eenvoudiger bekostigingssysteem. Verdaasdonk: 'Het huidige systeem is nodeloos ingewikkeld. Het is continu zoeken wat waar en hoe gedeclareerd moet worden. Het gemengde systeem van een inschrijfvergoeding en declaraties van consulten en verrichtingen is op zichzelf prima, maar de verdeling in drie segmenten moet eenduidiger en simpeler.' De LHV stelt een eenvoudig basisprincipe voor. 'Begin bij de basishuisartsenzorg en vergoed die zorg aan degene die de zorg levert.' Daarmee wordt de bekostiging volgens Verdaasdonk

HÉT LANDELIJKE, GESPECIALISEERDE ZIEKENHUIS VOOR BORST(KANKER)ZORG



GESPECIALISEERDE, EXCELLENTE BORST(KANKER)ZORG
SNEL DUIDELIJKHEID
EXPERT IN SECOND OPINIONS
PERSOONLIJKE AANDACHT EN GASTVRIJ

Verzekerde zorg voor iedereen | Verwijzingen via Zorgdomein

www.alexandermonro.nl



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.



Nu verkrijgbaar bij:



DOKTERSTASSEN.NL
Een tas voor het leven

Het Fonds Alledaagse Ziekten stimuleert en financiert onderzoek

Het Fonds is er om onderzoek mogelijk te maken naar wat de huisarts nog niet weet over alledaagse ziekten. Hierdoor krijgen patiënten een beter advies over wat de beste en meest effectieve behandeling is bij veel voorkomende kwalen.

Bij de keuze van projecten letten wij op wat huisartsen en patiënten belangrijk vinden:

Huisartsen hebben deze onderwerpen (naast vele andere) op de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde gezet.

Steunt u ons met uw donatie? Wilt u periodiek doneren of een legaat aan het Fonds schenken? Kijk op onze website www.fondsalledaagseziekten.nl of scan de QR code.

- Hoe kun je acne bij een donkere huid het best behandelen?
- Wat is een veilige aanpak voor vrouwen met hinderlijke vaginale klachten na de menopauze?
- Hoelang en waarmee kan de huisarts het beste mannen met een blaasontsteking behandelen.

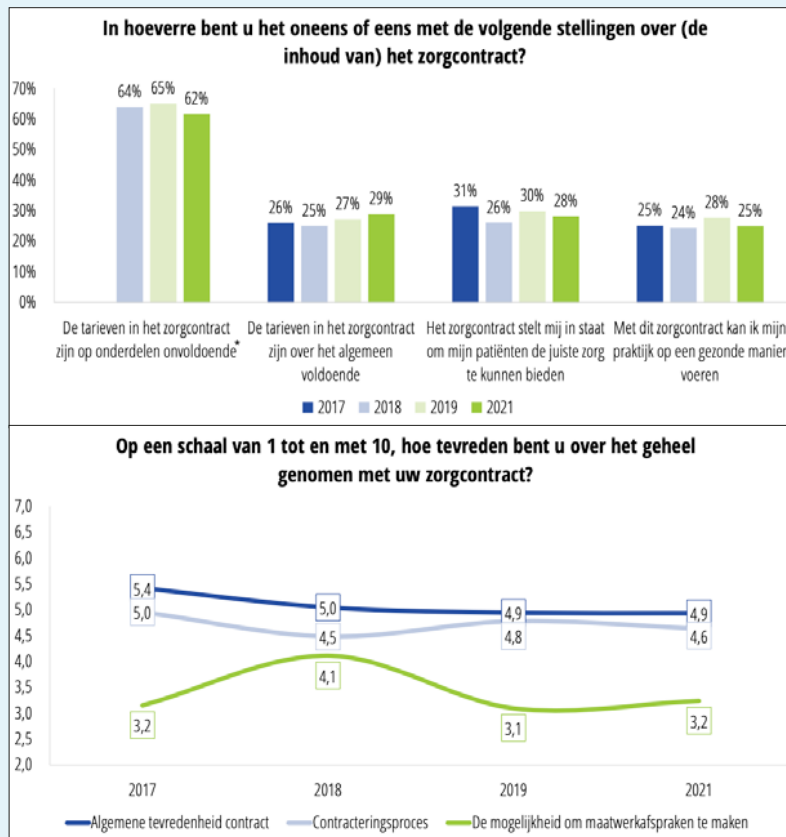


 **Fonds Alledaagse Ziekten**

Input LHV-leden voor simpeler bekostiging

Het bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg moet eenvoudiger. De betrokken partijen NZa, VWS, zorgverzekeraars, Patiëntenfederatie Nederland, LHV, InEen en VPHuisartsen zijn daarover inmiddels in overleg. Aanleiding is de evaluatie van het huidige 3-segmentenmodel, dat in 2015 is ingevoerd. Het streven is dat het nieuwe systeem in 2024 in werking treedt. Om de wijzigingen tijdig door te kunnen voeren in systemen en contracten, moeten die voor 1 juli 2023 duidelijk zijn. Voor die tijd moeten alle achterbannen de kans hebben gekregen om hun inbreng te leveren. De LHV heeft een heel traject opgezet om input van leden te krijgen, door middel van een serie enquêtes in de LHV-nieuwsbrieven, workshops en regiobijeenkomsten. De LHV blijft ook de komende periode de mening van huisartsen over de bekostiging peilen.

In de novembereditie van De Dokter verscheen het artikel 'LHV-regiotoer 2021 belicht beleid, plannen en ontwikkelingen in de huisartsenzorg. U kunt het terugvinden op www.lhv.nl/actueel/de-dokter



een stuk eenvoudiger. 'Het betekent meer financiering voor segment 1: het leveren van basisgezondheidszorg. De financiering in segment 2 betreft de vergoeding voor de zorggroepen en regionale huisartsenorganisaties; zij leveren regionaal maatwerk en ondersteunen de huisartsenpraktijken. Segment 3 blijft een aparte pot voor zorginnovaties, maar die kan een stuk kleiner als alle bekende en bewezen innovaties in de basiszorg komen.'

■ MEER UNIFORMITEIT

Het probleem van de pot voor segment 3 is dat er geld in blijft zitten. Verdaasdonk: 'Zorgverzekeraars stellen hoge eisen aan innovatievoorstellen. Zo moet er vaak een businessplan worden aangeleverd. De eisen zijn zo hoog dat je als huisartsenpraktijk of groep

huisartsen niet eens aan een projectvoorstel begint. De zorgverzekeraars zeggen vervolgens dat zij het geld dat beschikbaar is voor innovaties niet kunnen uitgeven. Het effect is dat er miljoenen euro's voor de huisartsenzorg op de plank blijven liggen, terwijl de huisartsen met de problemen blijven zitten.'

De LHV wil dat innovaties die bewezen effectief zijn, zoals de inzet van praktijkondersteuners en praktijkmanagers, worden opgenomen in de basishuisartsenzorg (segment 1). Deze zorg bestaat grotendeels uit gereguleerde zorgprestaties waar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maximum tarieven voor vaststelt. Deze tarieven worden periodiek herijkt via een kostenonderzoek gebaseerd op cijfers uit een vorig jaar. Dit is voor het laatst

gedaan over 2015.

Het feit dat de NZa de prestaties én tarieven vaststelt, scheelt niet alleen veel discussies met verzekeraars, maar zorgt ook voor meer uniformiteit in de contractering: de tarieven liggen vast en zijn voor iedereen gelijk. Dat geeft huisartsen de zekerheid dat ze extra personeel kunnen aannemen of hun huisvesting kunnen uitbreiden. Verdaasdonk hoopt dat het nieuwe HLA er komt én dat het een goede basis wordt voor de gesprekken tussen de overlegteams huisartsen en de zorgverzekeraars, die komend jaar ook weer van start gaan. 'En laten we dan ook toewerken naar langjarige contracten. Dat geeft huisartsen veel meer zekerheid over de investeringen die ze kunnen doen om de continuïteit van goede zorg voor patiënten te borgen.'