



Het Roer en het Zomerakkoord

Geachte deelnemers aan de startbijeenkomst,

Komende 1 juli is een belangrijke dag. Voor alle betrokkenen bij de huisartsenzorg, maar zeker ook voor ons, de huisartsen zelf. Het markeert het huidige, unieke momentum om gezamenlijk wezenlijke verbetering te bewerkstelligen in de positie van de huisartsenzorg. Om het roer om te gooien, met behoud van wat goed en bijzonder is aan de Nederlandse huisartsenzorg.

Bij de start van dit belangrijke proces dragen wij graag aan welke koers wij als Het Roer Moet Om denken dat gevaren zou moeten worden. Geconcretiseerd vanuit ons Manifest van de Bezorgde Huisarts en de gezamenlijke vertrekpunten die het Rode Hoed-debat heeft opgeleverd. Geheel in de geest van onze actie vormt bijgaand stuk geen afvinklijstje. Het proces van de komende maanden kan altijd nieuwe inzichten en betere oplossingen opleveren. Wel dient het ter inspiratie aan alle betrokkenen en ter indicatie in welke richting wij – en met ons 7800 huisartsen – denken dat het roer bijgestuurd zou moeten worden. En tot slot vormen bijgaande punten tezamen natuurlijk ook de bril waardoor we eind september naar het uiteindelijke Zomerakkoord zullen kijken.

Wij wensen u een inspirerend en vruchtbaar proces en een historische zomer toe!

Actiecomité Het Roer Moet Om
Haarlem, 27 juni 2015

Het Zomerakkoord: waar navigeert Het Roer Moet Om op?

I. Gelijkwaardige positie huisartsen en zorgverzekeraars

Het Manifest, onderschreven door 7800 huisartsen:

- 'Haal de huisarts uit de greep van de Mededingingswet en herstel "samenhang door samenwerking" als leidend principe in de eerstelijns zorg.'
- 'Samenwerken en onderhandelen alleen op gelijkwaardige basis. Landelijk en regionaal. Dus geen schijnonderhandelingen meer met de zorgverzekeraar.'

Betrokken instanties tijdens het huisartsendebat (10 juni):

- De minister: 'Tekenen bij het kruisje is terechte kritiek. Dat is nooit de bedoeling geweest van het systeem en dat moet anders.'; 'De bagatelbepalingen zijn problematisch. Daar moeten we naar kijken.'
- De zorgverzekeraars: 'Los van mededingingswetgeving willen wij volgend jaar reëel onderhandelen met groepen huisartsen. Dus niet meer tekenen bij het kruisje.'; 'Wij zetten in op contracten van 3 jaar.'
- De ACM: 'Wij zijn op verzoek van de minister aan het onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de inkoop te normaliseren, waardoor je inhoudelijk en in groepsverband met elkaar in gesprek kan.'

Welke resultaten in het Zomerakkoord zijn voor ons belangrijk?

1 - Met ingang van 1 oktober 2015 kunnen huisartsen en zorgverzekeraars op basis van gelijkwaardigheid onderhandelen over contracten en samenwerkingsafspraken.

Dat betekent:

- a. Dit jaar wordt nog de mogelijkheid gecreëerd tot centrale en regionale onderhandelingen tussen verzekeraars en huisartsen
- b. Gemandateerde vertegenwoordigers van huisartsen kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars over tarieven, financiering en financieringsvoorwaarden
- c. Samenwerkingsafspraken hebben een meerjarige visie en een looptijd die efficiënt en effectief is
- d. Ontwikkeling en innovatie van zorg wordt tot stand gebracht vanuit een dialoog en een gezamenlijke verantwoordelijkheid
- e. Zorgverzekeraar en huisarts werken samen in een constructieve rolverdeling: de huisarts is primair verantwoordelijk voor de medische inhoud, de verzekeraar is primair verantwoordelijk voor de financiering.

2 - De verschillende huisartsenpraktijken in een wijk of regio moeten met elkaar initiatieven kunnen ontplooiën, vanuit hun zicht op wat nodig is in hun werkgebied.

Daarbij geldt:

- a. Onderlinge samenwerking in wijken en regio's is mogelijk op een schaal die past bij, en bijdraagt aan het betreffende samenwerkingsdoel.
- b. Samenwerking tussen huisartsenpraktijken wordt niet gehinderd door verschillen in praktijkorganisatie.

3 – Zorggroepen worden primair ondersteunend aan lokale en regionale projecten om chronische zorgprogramma's met de desbetreffende, initiërende huisartsen op te pakken.

Daarbij geldt:

- a. Er vindt een doorontwikkeling plaats van de rol van de zorggroepen zodat zij de organisatie van de chronische zorg in hun gebied ook daadwerkelijk kunnen ondersteunen
- b. Er is adequate financiering aanwezig om deze verscheidenheid aan samenwerkingsverbanden te stimuleren en te bestendigen.

II. Wegsnijden van de administratieve overlast

Het Manifest, onderschreven door 7800 huisartsen:

- 'Toon vertrouwen in de deskundigheid van de beroepsgroep .
- 'Kwaliteit wordt niet verhoogd door administratieve overbelasting, ongebreidelde dataverzameling en cijferfetisjisme.'
- 'Ik weiger verder te verzanden in het georganiseerde wantrouwen van de exploderende zorgbureaucratie.'

Betrokken instanties tijdens het huisartsendebat (10 juni):

- De zorgverzekeraars: 'De fouten in onze verantwoordingsprocessen moeten we gezamenlijk opsporen en die moeten van tafel.'; 'Heel belangrijk om een grote schoonmaak te houden en afspraken te maken om alsnog uitdijen van de indicatoren in de toekomst te voorkomen.'; 'Er is een jaarlijkse doorlichting nodig op zinvolheid of zinloosheid van formulieren.'; 'Levenslange indicaties moeten eenmalig gedocumenteerd worden. Dat moeten we oplossen.'
- Beroepsorganisaties: 'Wij willen met alle zorgverzekeraars tot eenzelfde aanpak van de bureaucratie komen.'

Welke resultaten in het Zomerakkoord zijn voor ons belangrijk?

1 - De overeengekomen maatregelen voorzien in het in kaart brengen en schrappen van de administratieve overlast vanuit de verzekeraars per januari 2016.

Uitgangspunten daarbij:

- a. Alles wat via een recept kan, gaat niet via een formulier
- b. Voor een set van overeengekomen indicaties geldt één landelijk uniform machtigingsformulier voor alle zorgverzekeraars.
- c. Voor levenslange indicaties die in de tijd niet zullen veranderen volstaat een eenmalige, levenslange verklaring.
- d. Een daartoe aangewezen beroepsorganisatie beoordeelt en bekrachtigt vorm, inhoud en noodzaak van elk (nieuw) formulier.

2 - De beroepsgroep treft maatregelen om vanuit de beroepsorganisaties opgelegde administratieve verplichtingen substantieel te verminderen per januari 2016.

Daarbij gaat het om:

- a. Ketenzorgprogramma's.
- b. Praktijkaccreditering.
- c. Deskundigheidsbevordering.

3 – Beroepsorganisaties en verzekeraars monitoren het totaal aan administratieve verplichtingen jaarlijks en treden waar nodig corrigerend op.

4 - De partners van het Zomerakkoord nemen verantwoordelijkheid om ook andere overlastveroorzakers – zoals overheden en thuiszorg - te bewegen tot reductie van alle administratieve verplichtingen voor de huisarts.

Daartoe zijn:

- a. deze overige overlastveroorzakers voor de huisarts in kaart gebracht
- b. deze veroorzakers elk toebedeeld aan een van de Zomerakkoord-partijen, die daarmee individueel verantwoordelijk zijn voor de inspanning om deze veroorzaker tot reductie te bewegen.

III. Zinvolle kwaliteitsmeting

Het Manifest, onderschreven door 7800 huisartsen:

- ‘Toon vertrouwen in de deskundigheid van de beroepsgroep. Stop dan ook de grenzeloze verzameldrift van nutteloze data.’

Betrokken instanties tijdens het huisartsendebat (10 juni):

- De zorgverzekeraars: ‘Zorgverzekeraars zijn niet in staat zijn de kwaliteit van de zorg te beoordelen. We kunnen nooit op tegen de medische kennis die er in het veld aanwezig is.’; ‘Wij gaan minder beleid maken op kwaliteit en meer naar jullie kijken waar er goede zorg wordt geleverd. Het meetfetisjisme moet eruit.’; ‘Wij moeten informatie waardevrij terug spiegelen, als stimulans voor de huisarts die onderling aan kwaliteit werken.’
- De beroepsorganisaties: ‘Wij moeten komen tot een kleine set aan gegevens die zeggen waar het daadwerkelijk om gaat. Indicatoren die toch al geregistreerd worden in het kader van goede zorg.’; ‘Als wij de accreditering en visitatie goed organiseren dan moet externe verantwoording ophouden.’
- De toezichthouder: ‘Je moet het aantal indicatoren ongelofelijk beperken. Een set van drie indicatoren kan tot grote kwaliteitsverbetering leiden.’

Welke resultaten in het Zomerakkoord zijn voor ons belangrijk?

1 – Adoptie van het uitgangspunt dat de kwaliteit van de huisartsenzorg in de relatie huisarts-patiënt ligt.

Dat betekent:

- a. Alle partijen erkennen dit primaat en daarmee ook dat deze relatie niet te kwantificeren is.
- b. Het (product)denken in ketens, waarbij een patiënt wordt opgeknipt in ziektes, stopt.
- c. Er wordt ingezet op de ontwikkeling van chronische zorgprogramma’s die passend zijn bij de situatie van de patiënt en geïnitieerd worden door het lokale werkveld.

2 – Het bepalen van wat medische kwaliteit is, is de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf.

Daarbij geldt:

- a. Er is een samenhangend kwaliteitssysteem van de beroepsgroep, waarin de verschillende onderdelen per individuele huisarts en huisartsenpraktijk zijn beschreven. Binnen dit systeem stellen de huisartsen zich toetsbaar op.
- b. Externe partijen erkennen dit kwaliteitssysteem als toereikend.
- c. Beroepsorganisaties focussen op goede kwaliteit van de hele beroepsgroep, niet op excellente zorg door een klein aantal huisartsen.
- d. Het proces van kwaliteitsbewaking is teruggebracht tot de meest eenvoudige essentie.
- e. Registratie in het BIG register, voldoen aan de RGS-eisen voor herregistratie, lid zijn van een toetsgroep en open staan voor visitatie zijn voldoende waarborgen voor de kwaliteit.

3 - De verzameling indicatoren is geminimaliseerd en helder gespecificeerd:

Dat betekent:

- a. Proces- en structuur indicatoren vervangen uitkomstindicatoren, als deze niet gevalideerd zijn.
- b. Het kwaliteitssysteem maakt onderscheid tussen toetsen van professionaliteit van de huisarts, de dienstverlenende kwaliteit van huisartspraktijk en de patiënttevredenheid

4 - Zorgverzekeraars en huisartsenpraktijken leveren spiegelinformatie. Op basis daarvan en van patiëntervaringen en intercollegiale toetsing stimuleren huisartsen elkaar en zichzelf tot kwaliteitsverbetering.

Dat betekent:

- a. Huisartsenpraktijken gebruiken spiegelinformatie om bewust en blijvend de kwaliteit van het eigen handelen te beoordelen.
- b. Intervisie- en toetsgroepen hebben een volwaardige plaats in het kwaliteitssysteem.
- c. Huisartsenpraktijken worden extern (NHG, IGZ, ZV ect) maximaal gefaciliteerd en structureel gefinancierd om intrinsieke ambitie en kwaliteit te kunnen verbeteren
- d. De patiënt heeft een veel uitgebreidere rol bij de beoordeling van kernkwaliteiten van de huisarts, zoals vertrouwen, bejegening en het leveren van zorg op maat.