



Meer dan 200 huisartsen hebben ons vragen gesteld over het IZA. Dit zijn de FAQ's:

- A. *Waarom moeten de huisartsen het IZA niet tekenen?*
- B. *Wat is het probleem als de huisartsen wel tekenen?*
- C. *Wat kunnen de huisartsen zoal verwachten als zij het IZA tekenen?*
- D. *Wat staat huisartsen te wachten als zij niet tekenen? Er ligt toch heel veel geld klaar voor de huisartsen als zij het IZA tekenen? Raken de huisartsen dat niet kwijt?*
- E. *Waarom is het onzeker dat de huisartsen de gelden van het IZA ook daadwerkelijk krijgen?*
- F. *Als de tenzij's (NAW en MTVP) zijn uitonderhandeld hebben de huisartsen toch waar ze om vroegen?*
- G. *De minister heeft gezegd dat de huisartsen kunnen fluiten naar de NAW en MTVP afspraken als ze het IZA niet tekenen. Dan hebben de huisartsen toch een groot probleem?*
- H. *Huisartsen willen geen extra werk van buiten hun domein via het IZA op hun bord krijgen maar ze willen wel oplossingen voor hun problemen. Hoe kan dit bewerkstelligd worden?*
- I. *Worden huisartsen niet beschouwd als onbetrouwbare partners als zij alsnog neen zeggen tegen het IZA terwijl aan de tenzij's (NAW en MTVP) is voldaan?*
- J. *We moeten toch een goede verhouding houden met de verzekeraars en de ministers? Verspelen we onze kansen niet als we niet tekenen?*
- K. *Zijn die NAW en MTVP-afspraken eigenlijk wel zo mooi als de LHV ons doet geloven?*
- L. *Iedereen heeft het wel over MTVP maar wat is dat nu eigenlijk?*
- M. *InEen heeft al voor het IZA gestemd en de huisartsenposten zijn aangesloten bij InEen. Wat betekent dat?*
- N. *Als de LHV voor het IZA wil stemmen, heeft het dan nog zin om als LHV-ambassadeur of als VPH tegen te stemmen?*
- O. *Hoe moeten we nu de rol zien van de OTH's?*
- P. *Wat gaan de verzekeraars doen met het IZA?*
- Q. *Maakt het in de verhouding met de verzekeraars uit of de huisartsen het IZA al dan niet tekenen?*

A. *Waarom moeten de huisartsen het IZA niet tekenen?*

Huisartsen moeten zich zo veel mogelijk kunnen richten op het verlenen van persoonlijke patiëntenzorg op basis van continuïteit, dichtbij de patiënt (*basishuisartsenzorg*)¹. Door de problemen elders in de zorg (afvoerputje-probleem) komt die basishuisartsenzorg al enorm in het gedrang maar het IZA geeft de huisartsen er nog een heleboel extra taken “buiten de spreekkamer” bij.

In het vorige Hoofdlijnenakkoord (HLA) werd de basishuisartsenzorg (basisaanbod) beschreven, afgebakend en werden nog randvoorwaarden genoemd waaraan voldaan moest worden om de huisartsen in staat te stellen hun werk te doen². Die randvoorwaarden van het HLA zijn sinds 2105 steeds meer uitgehold. De hoop en verwachting was dat dit Integrale Zorgakkoord (IZA)³ hierin verandering zou brengen.

Niets is minder waar. Dit IZA geeft geen beschrijving meer van de (basis-)huisartsenzorg en deze zorg wordt ook niet afgebakend. Op basishuisartsenzorg wordt EUR 80 miljoen ingehouden, omdat zorgverzekeraars zoveel regels opstelden, dat het niet kon worden uitgegeven.

Maatregelen waar huisartsen echt op zitten te wachten zoals verhoging van de NZA-tarieven rekening houdend met gestegen kosten van personeel, ict, huisvesting en vergoeding voor substitutie zijn niet toegezegd.

De oplossing van de problemen van de huisartsen worden in dit IZA gezocht in samenwerking tussen zorgdomeinen, digitalisering en preventie. Allerlei zaken die liggen buiten het domein van de basishuisartsenzorg.

B. Wat is het probleem als de huisartsen wel tekenen?

De huisartsen hebben weinig baat bij het IZA en het levert huisartsen wel méér werk op.

C. Wat kunnen de huisartsen zoal verwachten als zij het IZA tekenen?

Met het IZA krijgen de huisartsen er nog meer werk bij. Dit IZA vraagt van huisartsen om mee te helpen bij het oplossen van problemen in andere domeinen zoals ggz, ouderen- en gehandicaptenzorgen en preventie. Huisartsen hebben juist gekozen voor het huisartsvak en zijn geen maatschappelijkwerkers, AVG-arts, specialist ouderengeneeskunde of lifestyleconsulent.

Enkele voorbeelden uit het IZA:

1. Uiterlijk in 2025 moet er voor *elke* persoon met dementie een diagnose en behandeling op maat beschikbaar zijn⁴. Daar zal de huisarts bij moeten helpen maar de ziet de problemen al op zich afkomen. We weten nu al dat er te weinig SOG's zijn die dit gaan regelen. Dementerenden zijn vaak moeilijk te motiveren om mee te werken aan diagnostiek en de opstelling van behandelplannen ed.

¹ Basis-huisartsenzorg houdt in: medisch generalistische zorg, chronische (keten)zorg, palliatieve en spoedeisende huisartsenzorg en beperkte coördinatietaken een en ander conform het Hoofdlijnenakkoord 2015

² Toereikende financiering noodzakelijk personeel, instrumentarium en inrichting gebouw, meer tijd voor de patient (verkleining van de normpraktijk), afbakening huisartsgeneeskundige zorg en terugdringen van administratieve lasten (HLA 2015)

³ Integraal Zorgakkoord conceptversie 1.0 dd 3 september 2022 (hierna IZA 3-9)

⁴ IZA 3-9; p. 134, r.35,36

2. In 2025 is tot doel gesteld dat 20% minder ouderen met een kwetsbare gezondheid onnodig opgenomen worden op de SEH⁵. Dat betekent dat kwetsbare ouderen allemaal in kaart moeten worden gebracht. Dat geeft werk op het gebied van valpreventie, advanced careplanning etc.. Ook hier ligt een taak voor huisartsen terwijl van veel maatregelen bekend is dat deze nauwelijks effectief en kostenbesparend zijn⁶;
3. Concrete kwantitatieve doelen moeten worden afgesproken (en gehaald) voor 75+'ers tav behandelwensen⁷ (euthanasiegesprekken, wensen tav ziekenhuisopname, intensivecare en beademing ea).
4. Er moeten meer mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en een verhoogd risico op kanker mee gaan doen aan leefstijlinterventies (stoppen met roken, minder alcohol drinken, afvallen ed., verandering zongedrag), deelname aan screeningsprogramma's (BVO darmkanker, baarmoederhalskanker, borstkanker en denk mogelijk ook aan het proef-bevolkingsonderzoek dat onlangs is gestart naar longkanker⁸). Daar moeten nog resultaatcijfers aan gekoppeld worden die uiterlijk 2025 moeten worden behaald.
5. Huisartsen moeten meehelpen om de ggz-zorg te verbeteren en de wachtlijsten te verkleinen. Resultaatsverplichtingen zijn oa. dat mensen met ernstige psychiatrische problematiek in 2025 laagdrempelig bij regionale steunpunten en digitale lotgenootgroepen (ipv verwezen te worden naar de ggz) terecht kunnen⁹. Huisartsen moeten bij een voorgenomen verwijzing naar de GGZ beoordelen welke aanbieder welke wachtlijsten heeft en de kortste wachttijd uitzoeken¹⁰. Zo nodig moet de huisarts herverwijzen. Weliswaar wordt aangestuurd op een soort dashboard en methodes om het inzicht in deze wachtlijsten te verbeteren maar nu al valt te voorzien dat dit een praktisch onhaalbare opgave wordt. Bovendien kan zo ook niet mét de patiënt de best passende zorg worden gekozen, immers de wachtlijst moet leidend zijn.
6. Huisartsen moeten meewerken aan het verkleinen van de gezondheidsverschillen ten behoeve van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden¹¹. Uiterlijk in 2025 moeten mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden zorg en ondersteuning op maat krijgen.
7. Huisartsen moeten meehelpen aan onder meer de optimalisatie van de farmaceutische zorgfunctie van apothekers¹², de inzet van paramedici¹³, medisch generalistische zorg aan mensen met een beperking¹⁴, kwetsbare ouderen thuis en in woon-zorgsetting, en ggz-hulpverlening. Deze zaken vallen veelal buiten het bereik van de spreekkamer van de huisarts en vallen ook niet onder basishuisartsenzorg. Uit

⁵ IZA 3-9;p. 134, r. 33,34

⁶ H&W 5897) juli 2015 "pro-actieve huisartsenzorg bij kwetsbare ouderen niet kosteneffectief" H&W juni 2019 "valpreventie werkt maar de beste vorm is onduidelijk"

⁷ IZA 3-9;p.134, r. 37,38

⁸ <https://www.longkankernederland.nl/projecten/bevolkingsonderzoek-naar-longkanker-longkankerscreening>

⁹ IZA 3-9; p. 132; sub b en c

¹⁰ IZA 3-9; p.86, sub "wachttijsten".

¹¹ IZA 3-9;p.131,sub 1.

¹² IZA 3-9;p.75 sub e

¹³ IZA 3-9;p.75 sub f

¹⁴ IZA 3-9; p.75 sb h.

wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de resultaten van interventies (denk aan valpreventie; leefstijlverandering ed) vaak tegenvallen¹⁵.

8. Het IZA stuurt aan op integratie van SEH's en spoedposten¹⁶. Uit recent onderzoek is gebleken dat dit leidt tot meer ziekenhuisopnames en hogere kosten¹⁷.

D. Wat staat huisartsen te wachten als zij niet tekenen? Er ligt toch heel veel geld klaar voor de huisartsen als zij het IZA tekenen? Raken de huisartsen dat niet kwijt?

1. Heel kort gezegd staan er wel gelden klaar voor de huisartsen maar het is helemaal niet zeker dat de huisartsen die gelden ook echt krijgen. Verder is het de vraag of al het extra werk dat het IZA voor huisartsen/Regio-Organisaties oplevert, opweegt tegen de onzekere financiële vergoedingen.
2. Voor al dat geld moeten de huisartsen óók extra werk leveren. Voor elke extra euro moet je een extra taak op je nemen.
3. De tarieven van de NZa gaan NIET omhoog en gaan ook NIET compenseren voor al het extra werk dat huisartsen inmiddels doen, sinds het laatste kostenonderzoek met cijfers uit 2015! Huisartsen krijgen alleen (een deel) van de inflatie vergoed.
4. Voor de meer structurele financiering van huisartsenzorg (verschuiving van S3 naar S1) zodat de huisarts de komende jaren weet waar hij aan toe is en niet telkens aan kortlopende arbeidsintensieve zorgprojectjes hoeft mee te doen, bevat het IZA geen toezeggingen. Met andere woorden: de hoepeltjes blijven.

E. Waarom is het onzeker dat de huisartsen de gelden van het IZA ook daadwerkelijk krijgen?

1. De opzet van het IZA is dat de daarin genoemde doelen door de betrokken Zorgpartijen gezamenlijk moeten worden behaald¹⁸. Lukt dit niet dan wordt niet uitbetaald en bij overschrijding van budgetten kan ook nog tussentijds tussen de verschillende zorgsectoren¹⁹ met budgetten geschoven worden.
2. Om de doelstellingen van het IZA te behalen moeten in de gebieden van de Zorgkantoren Regioplannen worden opgesteld waaraan ook de huisartsen moeten meewerken (via hun Regio-Organisaties). Het is de bedoeling dat huisartsen voor de hierboven genoemde voorbeelden van extra taken buiten de basis-huisartsenzorg gelden krijgen (transformatiemiddelen) via hun Regio-Organisaties/zorgverzekeraars om zo de zorgproblemen in de ggz, thuiszorg ed te helpen oplossen (S3). De huisartsen weten inmiddels dat gelden uit S3 tijdelijk zijn en dat de individuele huisartsen door de bekende "hoepeltjes" moeten springen om deze gelden ook daadwerkelijk te krijgen. In het IZA

¹⁵ H&W mei 2020 "preventie van overgewicht bij kinderen". Uit de hier besproken Cochranereview blijkt dat interventies bij kinderen een klein tot zeer klein effect hebben op het verlagen van het BMI en het risico op overgewicht en obesitas

¹⁶ IZA 3-9 p. 57 sub d

¹⁷ Association between acute care collaborations and health care utilization as compared to stand-alone facilities in the Netherlands: a quasi-experimental study
a,b Erik M.E. Wackers , Niek W. Stadhouders , Martijn F.H. Maessen ,
c,d Marit A.C. Tanke , Menno I. Gaakeer , Simone A. van Dulmen and
Patrick P.T. Jeurissen

¹⁸ IZA 3-9;p.21

¹⁹ MSZ (medisch specialistische zorg), GZSP (geneeskundige zorg aan specifieke patienten die thuis wonen), ELV (eerstelijnsverblijf), GGZ (geestelijke gezondheidszorg), wijkverpleging, GRZ (geriatrische revalidatieszorg), MDZ (multidisciplinaire zorg), huisartsenzorg

staat ook dat gemeten moet worden hoe effectief de gelden worden besteed. Dat vereist overigens weer nieuwe monitoring en verantwoordingsverplichtingen en die komen bij de individuele huisartsen terecht²⁰.

3. De minister en verzekeraars beoordelen of het resultaat naar hun oordeel is gehaald en de huisartsen hebben hierop geen inspraak. De minister en verzekeraars kunnen dus bij vaststellen dat er nog niet voor elke dementerende in Nederland een behandelplan is en het huisartsenbudget besluiten toe te kennen aan de GGZ.
4. Ook zijn geen bezwaarprocedures vastgelegd (die bestaan gewoon niet) tegen het oordeel of het eindresultaat al dan niet is behaald en wiens schuld dat is. Ofwel de huisartsen moeten aan allerlei projecten buiten de huisartsenzorg meedoen maar gewoon afwachten en er het beste van hopen als het gaat om de financiële tegemoetkoming.

F. Als de tenzij's (NAW en MTVP) zijn uitonderhandeld hebben de huisartsen toch waar ze om vroegen?

Als de NAW en MTVP voor de huisartsen goed worden geregeld met het IZA (tot nu toe zijn er wel erg veel belastende voorwaarden aan gesteld) dan is dat voor de huisartsen inderdaad belangrijk. Dit kan echter prima buiten het IZA worden afgesproken. Daar is het IZA met alle voor huisartsen nadelige verplichtingen niet voor nodig.

G. De minister heeft gezegd dat de huisartsen kunnen fluiten naar de NAW en MTVP afspraken als ze het IZA niet tekenen. Dan hebben de huisartsen toch een groot probleem?

De Minister heeft dat inderdaad gezegd maar de minister heeft de huisartsen nodig om de zorg in Nederland betaalbaar te houden en zorginfarcten te voorkomen. De huisartsen hebben een veel groter probleem als ze zich door tekening van het IZA allemaal oneigenlijke taken op de hals halen.

MTVDP wordt in het IZA, in het coalitie-akkoord én in de miljoenennota gezien als dé manier om de 1,5 miljard bezuiniging binnen te halen. De huisarts wordt er financieel niet beter van, de zorg als geheel wél. MTVDP komt er dus ook wel zonder het IZA.

Voor de ANW zorg geldt hetzelfde: niets doen betekent dat de spoedzorg omvalt. Dat gaat de minister echt niet laten gebeuren.

H. Huisartsen willen geen extra werk van buiten hun domein via het IZA op hun bord krijgen maar ze willen wel oplossingen voor hun problemen. Hoe kan dit bewerkstelligd worden?

Als gezegd biedt het huidige IZA geen oplossing voor deze problemen. Deze problemen worden veroorzaakt door partijen (overheid, verzekeraars) die hun verplichtingen op dit moment niet nakomen waardoor de huisartsen overlopen (het afvoerputje). De huisartsen moeten er dus voor zorgen dat deze partijen gedwongen worden hun verantwoordelijkheid te nemen.

²⁰ Uiterlijk 1 juni 2024 is in een BO een besluit genomen over eventueel bijsturen van inhoudelijke en financiële afspraken in het IZA. Naar aanleiding daarvan kan met budgetten van de verschillende IZA-sectoren geschoven worden maar macrobudgetneutraal²⁰.

1. De huisartsen zijn bijvoorbeeld procedures gestart tegen het NZA om af te dwingen dat betere tarieven voor huisartsenzorg worden betaald (de huidige daten uit 2015).
2. Er kunnen klachtprocedures bij de inspectie gestart worden om er voor te zorgen dat wordt opgetreden tegen de uitwassen van de “plofpraktijken” (Comed ed)²¹.
3. De NZa kan gedwongen worden het toezicht op de verzekeraars te verbeteren, desnoods via de rechter. , Zo kan bijvoorbeeld worden afgedwongen dat deze aan hun inkoopverplichtingen voldoen om voldoende GGZ-zorg in te kopen. Dat is een veel betere route dan wanneer de huisartsen door ondertekening van het IZA aanvaarden dat zij medeverantwoordelijk worden gemaakt voor de problemen in de GGZ.
4. Huisartsen kunnen bij de overheid aandringen op naleving van de wet DBA waardoor het werken in dienstverband kan worden gestimuleerd wat een oplossing kan vormen voor de steeds duurder wordende en niet structureel inzetbare zzp'ers (poh-s'en en doktersassistenten die zich steeds meer als zzp'er verhuren).
5. Er wordt gewerkt aan een systeem waarmee huisartsen, zonder in strijd te handelen met mededingingsregels, toch kunnen onderhandelen met verzekeraars om hun belangen te waarborgen. Deze onderhandelaars voor de huisartsen zullen anders dan voorheen strategisch en juridisch professioneel ondersteund worden zodat zij een meer gelijkwaardige partner tov verzekeraars kunnen zijn.
6. Van de overheid kan worden gevraagd evt samen met de verzekeraars publiciteitscampagnes op te zetten om “zorgconsumentisme” te beperken en zo bij te dragen aan vermindering van de overbelasting van de huisartsenposten. Aan dergelijke campagnes wordt door de overheid ook gewerkt inmiddels. Ook daar is het IZA niet voor nodig.

1. Worden huisartsen niet beschouwd als onbetrouwbare partners als zij alsnog neen zeggen tegen het IZA terwijl aan de tenzij's (NAW en MTVP) is voldaan?

Ja dat zal zeker gezegd worden door de minister maar dat klopt niet. De ambassadeurs bij de LHV hebben immers in grote getalen tegen het IZA gestemd. Vervolgens heeft de LHV op eigen initiatief daar een draai aan gegeven door aan te kondigen dat het IZA niet getekend zou worden door de LHV tenzij de NAW en MTVP zouden zijn opgelost. Daarmee is de LHV op eigen initiatief zonder consultatie van de leden een andere route ingeslagen. Dit betekent niet dat de huisartsen een onbetrouwbare partner zijn. De LHV is de boosdoener doordat zij – net als de VPH trouwens - een onbetrouwbare vertegenwoordiger van haar leden is gebleken.

De LHV heeft in het kader van het IZA hetzelfde gedaan als in de POH-S financieringsproblematiek. Ook toen heeft de LHV gezegd dat het best haalbare was bereikt en dat de huisartsen zich er bij moesten neerleggen. Door middel van monitoren (uit te voeren door de huisartsen) zou dan misschien nog iets gecompenseerd kunnen worden ook al was van tevoren duidelijk dat de maatregel bij de meeste huisartsen grote financiële consequenties zou hebben. De bevlogen huisartsen hebben echter deze maatregel van ZK mooi van tafel gekregen.

²¹ <https://www.volkskrant.nl/columns-opinie/waarom-laat-de-overheid-commerciele-plofpraktijken-in-de-huisartsenzorg-toe~b0a96c50/>

J. *We moeten toch een goede verhouding houden met de verzekeraars en de ministers? Verspelen we onze kansen niet als we niet tekenen?*

Neen, we vergroten onze kansen en versterken onze onderhandelingspositie juist als de huisartsen niet tekenen. Verzekeraars en de minister zijn pragmatisch. De maatregelen die het IZA bevat om de huidige zorgproblemen (personeelstekort, huisvestingsproblemen, wachtlijsten GGZ, ouderenzorg, interconnectie ICT) op te lossen liggen buiten de spreekkamer en de invloedssfeer van de huisarts en dat willen we ook graag zo houden. De overheid en de verzekeraars kunnen echter niet zonder de huisartsen. Die leveren namelijk 95% van de zorg voor nog geen 5% van het budget en leveren met hun zorg ook bewezen besparingen op. Als de huisartsenzorg instort (doordat het IZA het werk als huisarts nog onaantrekkelijker maakt) veroorzaakt dit grote verstoppingen en enorme kostenverhogingen van de zorg in Nederland. De minister realiseert zich heel goed dat hij afhankelijk is van de huisartsen. Dat hebben we ook wel gemerkt toen minister Kuipers opeens snel de NZA wist te bewegen tot het aanpassen van de ANW-tarieven terwijl tot dan werd gezegd dat dat onmogelijk was op korte termijn. Dus als de huisartsen niet tekenen zal de minister met de huisartsen aparte afspraken moeten maken buiten het IZA om. Dat kan ook prima. Die afspraken zijn er namelijk grotendeels al (HLA 2015). De huisartsen hoeven dus alleen maar daarop te wijzen en over die zaken te onderhandelen met de minister en verzekeraars. Als de minister en verzekeraars dat niet willen zitten ze gewoon nog vast aan het HLA en zullen De Bevlogen Huisartsen (DBH) dmv bezwaren tegen de NZA, proberen af te dwingen dat de overheid en verzekeraars hun verplichtingen jegens de huisartsen nakomen.

K. *Zijn die NAW en MTVP-afspraken eigenlijk wel zo mooi als de LHV ons doet geloven?*

Kortgezegd Neen! Zie ook bij G.

L. *Iedereen heeft het wel over MTVP maar wat is dat nu eigenlijk?*

MTVP houdt in dat de huisarts ipv 10 min bijv 15 minuten per consult kan rekenen. Eerder zijn er in verschillende regio's en bij verschillende verzekeraars proeven mee gedaan en het blijkt dat MTVP leidt tot minder verwijzingen. Financieel schiet de huisarts er echter niet heel veel mee op. Het vergoedingensysteem van de NZA blijft namelijk in de basis ongewijzigd. Dat betekent dat indirect patiëntgebonden tijd nog altijd niet vergoed wordt. De steeds groter belasting van huisartsen door complexere (chronisch zieke, oudere, anderstalige) patiënten wv meer overlegd moet worden met specialisten, ouderenzorg, familie ed. wordt daarmee nog steeds niet vergoed. Dit is niet langer houdbaar. Ook is er met MTVP nog steeds geen geld bij voor de gestegen kosten van huisvesting en personeel. Daartoe zal het vergoedingensysteem van de NZA toch echt op de schop moeten.

M. *InEen heeft al voor het IZA gestemd en de huisartsenposten zijn aangesloten bij InEen. Wat betekent dat?*

InEen is een typische bestuurdersclub. In veel regio's zijn de leden (de huisartsen) van de huisartsenposten niet eens geraadpleegd. InEen kan dus wel tekenen, maar als de huisartsen het niet willen, staan de bestuurders toch echt met lege handen. InEen heeft de HAP's niet om haar mening over het IZA gevraagd. De spoedposten voelen zich en zijn formeel ook niet vertegenwoordigd door InEen.

N. Als de LHV voor het IZA wil stemmen, heeft het dan nog zin om als LHV-ambassadeur of als VPH tegen te stemmen?

Jazeker.... Als de ambassadeurs tegen zijn, dan kan de LHV niet alsnog vóór stemmen. Het is een vereniging die moet doen wat haar leden willen.

Daarbij, als de ambassadeur uit jouw regio tegen het IZA heeft gestemd, heeft jouw regio-organisatie een argument om bij de ziektekostenverzekeraar waarmee moet worden samengewerkt ter uitvoering van het IZA duidelijk te maken dat de Regio-Organisatie zich niet aan het IZA gebonden acht. Daarmee kunnen de huisartsen op lokaal niveau dan bezwaar maken tegen RegioPlannen en andere samenwerkingsprojecten ter uitvoering van het IZA.

O. Hoe moeten we nu de rol zien van de OTH's?

Enkele verzekeraars hebben al gezegd dat ze niet meer met OTH's praten omdat ze die niet beschouwen als vertegenwoordigers van de huisartsen. Dit staat los van het IZA. Daarvoor in de plaats willen de verzekeraars steeds meer uitsluitend met de Regio-organisaties onderhandelen. Tegenover grote doorgewinterde strategische partners als ziektekostenverzekeraars staan Regio-organisaties - die vooral bestaan uit huisartsen - tamelijk machteloos, wat ze zich overigens vaak onvoldoende realiseren.

Er wordt door DBH gewerkt aan een systeem waarmee huisartsen, zonder in strijd te handelen met mededingingsregels, toch kunnen onderhandelen met verzekeraars om hun belangen te waarborgen. Deze onderhandelaars voor de huisartsen zullen anders dan voorheen strategisch en juridisch professioneel ondersteund worden zodat zij een meer gelijkwaardige partner tov verzekeraars kunnen zijn.

P. Wat gaan de verzekeraars doen met het IZA?

De verzekeraars zijn al begonnen met de uitwerking van het IZA door plannen te maken en tijdspaden. Uit bijeenkomsten van huisartsen met verzekeraars in verschillende regio's komt naar voren dat de verzekeraars aan de Regio-Organisaties wel geld beschikbaar willen stellen bijv voor de ontwikkeling van preventieprogramma's (preventie van obesitas bij kinderen ed), digitalisering (ontwikkeling van triage-apps), samenwerking (lees de huisarts moet meer overnemen van de GGZ, meer zorg leveren aan verstandelijk gehandicapten, geriatrische patienten ed). Gevraagd naar de concrete uitwerking weten de verzekeraars echter zelf niet hoe ze de resultaatsverplichtingen uit het IZA kunnen behalen en hoe valpreventieprogramma's, preventieprogramma's in de wijk ed uitgevoerd zouden moeten worden. Die uitvoeringsproblemen besteden de verzekeraars dus graag uit aan de huisartsen. Nog belangrijker is misschien wel dat de verzekeraars niet op de hoogte zijn van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek waaruit blijkt dat de meeste van dergelijke preventieprogramma's niet (kosten)effectief zijn.

Overigens is tekenen van het IZA wél risicovol. De zorgverzekeraars zullen de afspraken uit het IZA gaan doorvertalen naar de individuele contracten. Dat zal heel wat moeilijker te bevechten zijn, als er vóór het IZA wordt gestemd.

Q. Maakt het in de verhouding met de verzekeraars uit of de huisartsen het IZA al dan niet tekenen?

Sommige verzekeraars hebben al aangegeven dat zij het IZA getekend hebben en zich daar dus ook aan zullen houden. Ze negeren het feit dat de huisartsen het IZA niet getekend

hebben tot nu toe en beginnen gewoon met de uitvoering door de Regio-organisaties te vragen de uitvoering in gang te zetten om voor S3 gelden in aanmerking te komen. Regio-organisaties zijn geneigd met deze geldpotjes in het vooruitzicht aan het werk te gaan voor de verzekeraars.

Andere verzekeraars stellen zich op het standpunt dat de huisartsen gewoon geen geld krijgen, omdat ze niet getekend hebben.