



Visie op toekomst- bestendige Huisartsenzorg

Definitief (versie 2.5)

26 juni 2023

Hoe is het document tot stand gekomen?

De huisartsenzorg kent vele uitdagingen en staat al enige tijd onder druk. De alsmaar groeiende kloof tussen de zorgvraag en het zorgaanbod is extra voelbaar in de huisartsenzorg. ZN herkent de uitdagingen voor de huisartsen en ziet dat de complexiteit van de problematiek groot is, en niet door partijen afzonderlijk kan worden opgelost. Verzekeraars zien een rol om bij te dragen en tot oplossingen te komen door een heldere, concrete visie op de toekomst van huisartsenzorg vast te stellen, gedragen door de leden van ZN voor de periode tot 2030, met een hieruit volgende strategische werkagenda voor de komende 4 jaar.

Het vertrekpunt is de missie van de zorgverzekeraars zoals dat in de Ambitie 2025 en het ZN advies 'Duurzame toegang: duurzame toegang tot zorg en tot gezonder leven voor iedereen' is opgenomen¹, namelijk: 'Het waarborgen van kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven, nu en in de toekomst'. Vanuit dit vertrekpunt en de overkoepelende positie binnen de zorg, is het mogelijk om grote, gezamenlijke veranderingen in de zorg richting te geven.

De huidige visie en strategische werkagenda geeft de kijk weer van zorgverzekeraars op de huisartsenzorg en de huidige problematiek. Met de ondersteuning van adviesbureau Equalis heeft de ZN Werkgroep Huisartsenzorg (HAZ) hier afgelopen maanden aan gewerkt. De Werkgroep HAZ is periodiek samengekomen voor het ophalen, verhelderen, bundelen, uitwerken en besluiten van informatie om tot één gezamenlijk visie te komen.

Als basis hiervoor hebben we gebruik gemaakt van de reeds beschikbare documentatie en informatie. Zo is er een direct link met de afspraken uit de IZA en met de visies op de Eerstelijnszorg, Preventie en Acute zorg. Ook hebben we bestaande ZN (werk-)documenten en zorginkoopbeleid van de leden meegenomen in de visie. Verder hebben we documentatie van externe stakeholders gebruikt, zoals van de 'Woudschoten conferentie – Toekomst Huisartsenzorg' de 'Visie regionale samenwerking in de Huisartsenzorg' van InEen/LHV/NHG en de door ZN ondertekende 'Green Deal', en hebben we externe stakeholders gesproken over hun zicht op de HAZ in de toekomst².

Werkgroep Huisartsenzorg

De werkgroep bestaat uit de volgende leden: Johan van Wijk (a.s.r.), Nathalie van Schoonhoven (CZ), Liesbeth van Spaandonk-Scheek (CZ), Robin Haverkamp (Eno), Corine Rodenburg (Menzis), Ingrid van Westing (ONVZ), Femke van der Brug (VGZ), Loek Dresden (Zilveren Kruis), Inge Huernink-Zentgraaff (Zorg en Zekerheid), Ingrid Lemmens (Zorg en Zekerheid), Astrid Boode (ZN) en Peter de Braal (ZN). DSW heeft besloten niet aan te sluiten bij dit visie traject. ZN Portefeuillehouders Commissie Eerstelijns Kary Heldoorn, Wieteke van Dijk en Bestuurscommissie Zorg Suzanne Rutten zijn tevens actief betrokken. Vanuit Equalis hebben Barry Egberts, Koen Jansen, Wouter van Straaten en Wouter Bloem dit proces ondersteund.

¹ Ambitie 2025: De visie van zorgverzekeraars op de toekomst van de zorg en hun eigen rol daarbij
² Kenniscentrum HAZ, Kenniscentrum Digitale Zorg, De Jonge Dokter, een HAZ opleider, Rijnmond Dokters, Buurtdokters, Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH)

voorwoord

Huisartsenzorg 2030

belangrijkste veranderingen

Om de toegankelijkheid en continuïteit van de HAZ voor alle inwoners in Nederland in de toekomst te bewaren moeten we de HAZ anders organiseren.

We zetten hierbij in op het voorkomen van onnodige zorgvraag, anders werken in de praktijk, het versterken van het aanbod en bouwen aan veranderkracht. We zien daarbij de grootste verandering op verschillende punten, welke zijn weergegeven in de tabel op de volgende pagina.

onze visie

De Huisartsenzorg in 2030 ...	Impact voor verzekerde	Impact ZN / verzekeraars
1 ... is voor de burger / verzekerde merkbaar anders ingericht om toegankelijkheid te borgen. Niet alle zorgvragen wordend door zorgverleners behandeld (zelfzorg/ zelfredzaamheid of sociaal domein) en de toegang is (deels) digitaal. Dit vraagt een maatschappelijk debat.	Meer digitale zorg. HAZ ziet er niet voor iedereen hetzelfde uit.	Rol voor ZN in landelijke debat. Rol voor verzekeraars in communicatie naar verzekerden.
2 ... betekent nauwe multidisciplinaire samenwerking in de wijk . Dat is de hoeksteen van de lokale zorg. De huisarts heeft hierin een belangrijke rol naast de andere zorg- en welzijn-aanbieders. Het borgen van horizontale samenwerking is duidelijk belegd bij één partij. Het eerste aanspreekpunt kan per patiënt verschillen afhankelijk van aard van zorgvraag en situatie.	Direct terecht bij juiste zorg- en hulpverlening, één aanspreekpunt voor coördinatie van zorg	Verzekeraars faciliteren samenwerking in de wijk, ondersteund door regio-organisatie.
3 ... heeft in de regio één digitale, multidisciplinaire voordeur . Onderdeel van de digitale voordeur is vraagverheldering en toeleiding en digitale zelftriage op zorg- en welzijnsvragen en waar nodig verwijzing naar een triagist HAZ. Het gaat om een gezamenlijke voordeur, geen nieuwe organisatie. Voor spoedvragen verbindt deze voordeur met een regionaal ZCC ¹ . Randvoorwaarde is volledige digitale uitwisseling van gegevens over sectoren en domeinen heen. Digitalisering is geen doel op zich, maar een belangrijk middel om doelen te bereiken.	Eén regionaal digitaal 'loket' voor alle zorg- en welzijnsvragen met direct inzicht en pad naar de best passende aanbieder.	ZN zet landelijk in om te komen tot data standaardisatie. Verzekeraars en regio-organisatie werken toe naar regionale multidisciplinaire voordeur (geen aparte entiteit), wetende dat dit tijd en aandacht vraagt.
4 ... zal digital first als basis zijn, voor patiënten die dat kunnen. In 2030 is de zorg die digitaal kan ook zo georganiseerd. De hybride praktijk wordt dus de norm (zowel voor grote als kleine praktijken), met enerzijds (digitale) zorg op afstand en anderzijds een vaste, eigen huisarts voor chronische en kwetsbare patiënten.	Vaste huisarts voor kwetsbare patiënten, zorg op afstand voor wie dat kan en wil.	Verzekeraars stimuleren en ondersteunen i.s.m. regio-organisaties digitalisering bij praktijken en faciliteren de transitie naar hybride praktijken.
5 ... heeft diversiteit in type huisartsenpraktijken , waarbij naast het 'oude' praktijkhouders-model ook alternatieve constructies bestaan om toegankelijkheid tot goede zorg te borgen. Randvoorwaardelijk is dat alle aanbieders de samenwerking zoeken en alle partijen zich aansluiten bij en committeren aan de regionale lijn en standaarden. M.b.t. huisvesting werken praktijk-gemeente-regio-organisatie en verzekeraar proactief samen.	Goede toegang tot digitale en fysieke huisartsenzorg.	Verzekeraars ondersteunen plek voor passende alternatieve concepten en sturen op regionale inbedding en aansluiting. Verzekeraars bieden ruimte voor regionaal maatwerk waar nodig om zorgplicht te borgen.
6 ... heeft de regio-organisatie ² een zeer belangrijke en brede(re) rol: faciliteren van multidisciplinaire zorg, ondersteuning praktijken, implementatie en vernieuwing, maar ook borgen van opleiding en kwaliteit en een gedeelde verantwoordelijkheid in het borgen van toegankelijkheid / continuïteit.	Goed georganiseerde en toegankelijke multidisciplinaire zorg.	Verzekeraars werken samen met regio-organisaties om toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid te borgen.
Realiseren van deze visie vraagt		
Sterkere multidisciplinaire positionering regio-organisatie en meer afstemming en afspraken op regionaal niveau. Landelijke kaders bieden regionaal ruimte voor passende afspraken die dan gelden voor alle aanbieders in de regio.		Goed werkend volgbeleid en transparantie is nodig, voor HAZ en substitutie
Om te komen tot een gezonde werkrelatie tussen aanbieders, verzekeraars en gemeentes moeten we vertrouwen verstevigen vanuit gezamenlijke doelen en verantwoordelijkheid.		Zorgen voor heldere doelen en afspraken, en transparant en consistent handelen laten zien

¹ De optimale inrichting van regionale zorg coördinatie van acute zorgvragen ook buiten ANW uren zal komende jaren met betrokken partijen moeten worden uitgewerkt

² Afhankelijk van de regionale context kan dit vanuit huidige regiostructuren worden vormgegeven of is een extra impuls nodig om regionale organisatie te versterken. In aansluiting op regionale samenwerkingsverbanden conform IZA

Inhoudsopgave

Aanleiding	6
Huisartsenzorg op dit moment	7-10
Wat zijn de grote thema's van de toekomst?	11-13
Visie op toekomstbestending huisartsenzorg	14-19
Strategisch werkagenda	20-32
Bijlagen	33-43

Om goede zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zetten zorgverzekeraars zich in voor toekomstbestendige huisartsenzorg

Borgen van toegang tot goede en betaalbare huisartsenzorg voor iedereen ligt in de kern van de missie van zorgverzekeraars

Dit sluit aan op de missie van de zorgverzekeraars benoemd in Ambitie 2025, waarmee zorgverzekeraars invulling geven aan hun rol en zorgplicht richting verzekerden: 'Het waarborgen van kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven, nu en in de toekomst'¹.

Hoewel toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit niet los van elkaar kunnen worden gezien, ligt, gezien de stijgende zorgvraag en beperkte aanbod, de prioriteit op het behoud van toegankelijkheid. Bij het uitwerken van oplossingsrichtingen om deze doelstelling te behalen werken we vanuit het gedachtegoed van de Quadruple Aim.

- Continuïteit van huisartsenzorg waar iedereen toegang tot heeft
- Iedere patiënt / verzekerde ervaart goede en passende huisartsenzorg, met aandacht voor kwetsbare groepen
- Betaalbaar houden van huisartsenzorg
- Aantrekkelijkheid beroep en werkomgeving voor huisartsen en ondersteunend personeel

Zorgverzekeraars hebben een rol om zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zoals ook beschreven in het IZA

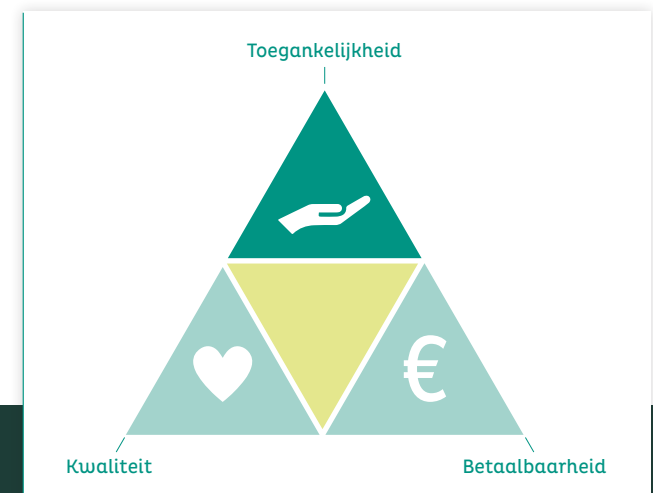
Zorgen voor goede, passende en duurzame toegang tot zorg voor patiënt en verzekerde is de kerntaak van de zorgverzekeraar. Gezien de druk op de huisartsenzorg en benodigde

verandering, zien zorgverzekeraars het belang om zich samen met alle stakeholders in te zetten voor toekomstbestendige huisartsenzorg. Dit betekent een grote uitdaging voor alle betrokken partijen en zeker ook voor de zorgverzekeraars. In lijn met de afspraken in het Integraal Zorgakkoord pakken wij, zorgverzekeraars, hierin onze rol, bestaande uit:

- Inkopen van juiste zorg voor onze verzekerden (nu en in de toekomst)
- Organiseren van zorg door te zorgen voor de juiste prikkels binnen en tussen sectoren om de beoogde werking te faciliteren en transformatie te bewerkstelligen
- Faciliteren en ondersteunen van regionale en multidisciplinaire samenwerking
- Stimuleren en faciliteren van passende innovaties
- Gezamenlijk identificeren en inzetten op benodigde randvoorwaarden

1 Ambitie 2025: De visie van zorgverzekeraars op de toekomst van de zorg en hun eigen rol daarbij

**toekomstbestendige
huisartsenzorg**



De toegankelijkheid van de huisartsenzorg staat en komt steeds verder onder druk

Stijgende zorgvraag door demografie en meer verwachtingen

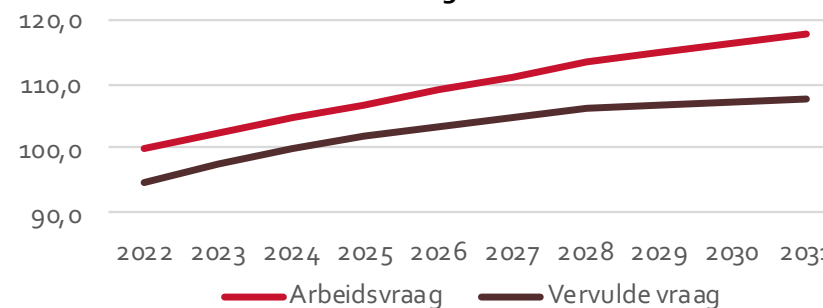
Aan de ene kant hebben praktijken te maken met een toenemende zorgvraag vanuit hun patiëntenpopulatie, zowel doordat patiënten ouder worden, als door meer complexe problematiek en toenemend consumentisme. Daarnaast wordt steeds meer verwacht van de huisartsenzorg, met verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn, veranderingen in ouderenzorg en Wlz¹, een coördinerende rol binnen het netwerk rondom de patiënt en samenwerking met het sociaal domein op gezondheid en preventie. Deze ontwikkelingen gaan gepaard met meer druk op de huisartsenzorg en extra administratieve en organisatorische lasten. Zonder gewijzigd beleid is de verwachting dat het aantal patiëntcontacten in de huisartsenzorg met ca. 30%² stijgt tot 2030.

Druk op aanbod door verwachte uitstroom en beperkte nieuwe aanwas

Aan de andere kant is er nu al een tekort aan personeel (ca. 1900 professionals in 2022)³ en loopt het vinden van waarnemers, opvolgers en ondersteunend personeel veelal moeizaam. We zien dat er momenteel sprake is van een aanbiedersmarkt voor waarnemers en dat het praktijkhouderschap door starters als onaantrekkelijk wordt beschouwd.

Met de verwachte uitstroom door pensionering de komende 10 à 15 jaar en het feit dat de nieuwe generatie huisartsen vaker kiest voor parttime dan de huidige generatie, zien we de kloof tussen vraag en aanbod verder groeien. Ook met het aantrekken en opleiden van extra zorgprofessionals leidt dit tot te korten in nagenoeg alle regio's in Nederland.

Zorgkloof Huisartsenzorg wordt bij ongewijzigd beleid steeds groter²



Zorgkloof wordt versterkt door ontwikkelingen in huisartsenzorg



- Verschuiving van zorg van de tweede lijn
- Veranderingen in ouderenzorg en WOZO
- Samenwerking met het sociaal domein over gezondheid en preventie

- Moeite met het vinden en behouden van (ondersteunend) personeel
- Praktijkhouderschap niet aantrekkelijk
- Toenemende organisatorische lasten

¹ Bijvoorbeeld de ontwikkeling naar kleinschalig wonen vanuit het WOZO
² Bron: Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg – NIVEL/Prismant (2019)

³ ABF Research, prognosemodelzvw.nl

Toegankelijk houden van huisartsenzorg vraagt een combinatie van veranderingen die verder gaat dan huidige maatregelen

Patiënten zijn tevreden over huisarts, maar zien druk op toegankelijkheid

De Patiëntenfederatie Nederland (PFN) concludeerde op basis van onderzoek in 2021¹ dat de patiënt tevreden is over de huisarts en bevestigt het beeld van de druk op toegankelijkheid (bijvoorbeeld door wachttijden en inschrijfstops). PFN doet daarnaast een aantal aanbevelingen: verruim de mogelijkheden om contact te krijgen met de huisarts, zorg voor meer digitale mogelijkheden, regel iets voor mensen die nergens terecht kunnen voor huisartsenzorg en ga in gesprek met de patiënt over preventie. Recent onderzoek uit 2022 van Nivel en UMCG naar de impact van Covid-19 maatregelen, geeft onder andere aan dat patiënten positief zijn over inzet van digitale consulten bij eenvoudige problemen en meer tijd voor een fysiek consult.²

Verschillende maatregelen zijn ingezet, maar er is meer nodig

Om de zorgkloof op te vangen zijn de afgelopen jaren, door alle veldpartijen, de nodige maatregelen ingezet, zoals inzet van de praktijk-ondersteuning, gebruik van technologie en het opzetten van regio-organisaties. Echter, we zien dat het nog beperkt lukt om hiermee de productiviteit en effectiviteit te vergroten. Prognoses vanuit het Nivel en het Capaciteitsorgaan gaan ervan uit dat de huidige ontwikkeling in preventie, digitalisering en substitutie de benodigde capaciteit in huisartsenzorg nog niet verlagen. Alleen van taakherschikking en –delegatie³ naar POH/PVH/VS/PA/DA⁴ of apotheker, wijkverpleegkundige en paramedicus wordt een dempend effect op de zorgkloof in de huisartsenzorg verwacht.

Opvangen zorgkloof vraagt inzet op zorgvraag, aanbod én anders werken

Er is niet één oplossing. Om de zorgkloof zoveel mogelijk op te vangen zullen we met alle betrokken partijen moeten inzetten op zowel het voorkomen van onnodige vraag naar (huisartsen)zorg (door te kijken naar de instroom, doorstroom en uitstroom)¹ als het versterken van het zorgaanbod. Echter, gezien de stijging van zorgvraag en steeds krappere arbeidsmarkt zijn de mogelijkheden hiertoe beperkt. Een belangrijk deel van de oplossing zal daarom moeten liggen in het anders organiseren van de manier van werken. Ook het Integraal Zorgakkoord '23-'26 bevestigt dat een combinatie van oplossingsrichtingen nodig is.

Grote stappen zetten betekent een grote verandering

We zullen dus grotere stappen moeten zetten om wel het verschil te maken. Met trajecten als Meer Tijd voor de Patiënt zetten we hierin ook stappen. Alles bij elkaar is dit een majeure verandering, die veel verandervermogen vraagt van alle betrokken partijen, inclusief de zorgverzekeraars. Dit zullen we snel en toekomstbestendig met elkaar moeten organiseren.

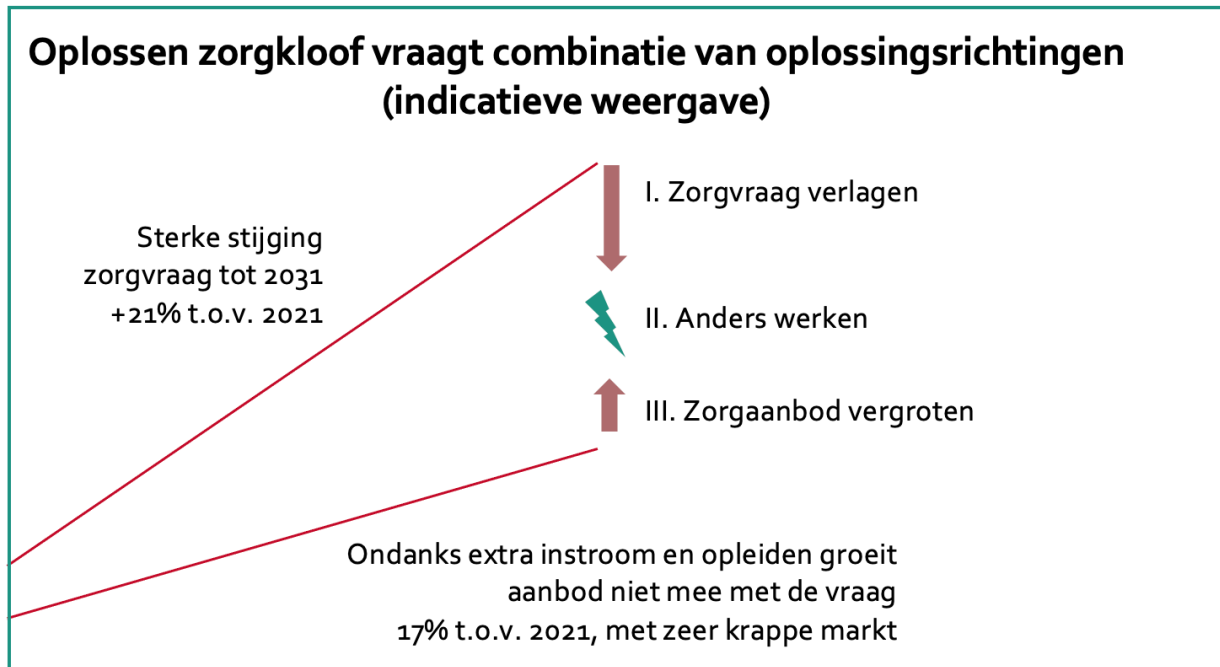
¹ Patiëntfederatie Nederland, rapport Huisartsenzorg (2021)

² Homburg et al., Patient experiences during the COVID-19 pandemic: a qualitative study in Dutch primary care, *BJGP Open* (2022)

³ Taakhaarherschikking- en delegatie zoals gedefinieerd door Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg. Via: <https://stichtingkoh.nl/taakherschikking/begrippen/begrippen-overzicht-definities>

⁴ Praktijkondersteuner Huisartsenzorg, Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg, Verpleegkundig Specialist, Physician Assistant, Doktersassistent

Toegankelijk houden van huisartsenzorg vraagt een combinatie van veranderingen die verder gaat dan huidige maatregelen



Deze visie sluit aan op de kernwaardes en kerntaken zoals die eerder door de sector zijn vastgesteld

Kerntaken en kernwaardes vanuit 'Woudschoten conferentie'¹ als basis

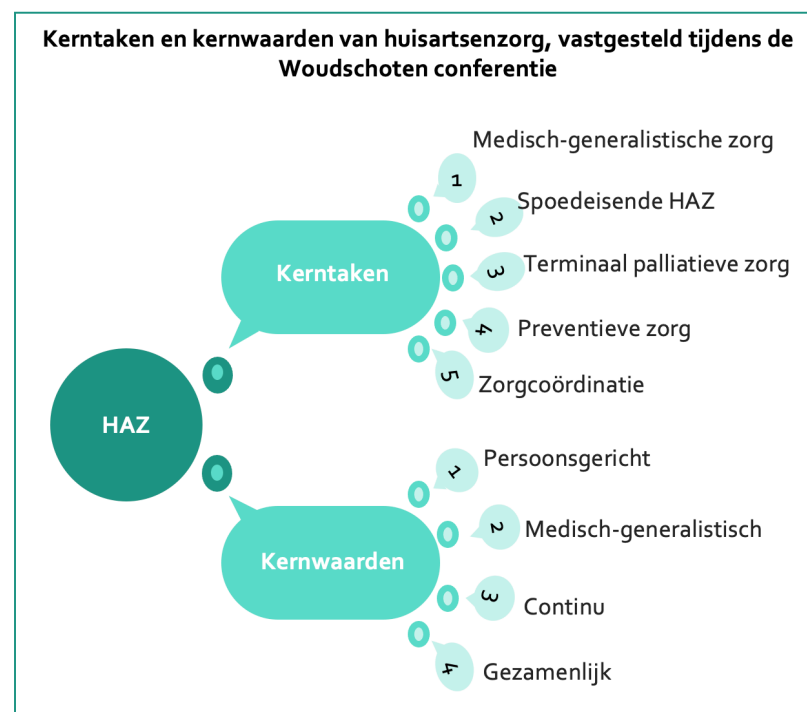
In 2019 zijn in Woudschoten de herijkte kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg vastgesteld – zie bijlage 1¹. Hiermee hebben huisartsen aangegeven wat de kern is van de huisartsenzorg. Binnen de huisartsenzorg kunnen vijf kerntaken worden onderscheiden, met vier kernwaardes als basis voor handeling. Het gaat hierbij om kerntaken van de huisartsenzorg, niet alle handelingen hoeven namelijk door de huisarts zelf uitgevoerd te worden. Optimale uitvoering van kerntaken vraagt ook goede inzet van praktijk-ondersteuning en samenwerking met andere professionals binnen de huisartsenzorg. Zie de figuur aan de rechterzijde van deze pagina voor de kerntaken en kernwaardes, en een uiteenzetting ervan op <https://toekomsthuisartsenzorg.nl>.

Het is belangrijk dat de huisarts hiervoor de gezamenlijke aanpak zoekt, met de patiënt en met andere zorgverleners binnen en buiten de huisartsenzorg. Waarbij de huisarts zelf verantwoordelijk blijft binnen een behandeltraject.

Aandacht voor invulling kerntaken bij veranderend perspectief op zorg

De focus op zorg verschuift naar een focus op gezondheid en welzijn. Dit betekent een sterke verbinding tussen welzijn, het sociaal domein en de zorg. Dit raakt mogelijk aan de kerntaken rond Preventieve zorg en Zorgcoördinatie. Binnen het zorgdomein kunnen ontwikkelingen in anders organiseren van de ouderenzorg en invulling van 1.5 lijn ook leiden tot een andere scope voor de kerntaken van de huisartsenzorg. Om een toe-

gankelijke huisartsenzorg te borgen is het belangrijk om de invulling en afbakening van de kerntaken scherp voor ogen te houden. Het is primair aan de beroepsgroep om het takenpakket aan te passen wanneer mogelijk en gewenst.



¹ Kernwaarden en -taken van de huisartsenzorg (<https://toekomsthuisartsenzorg.nl>)

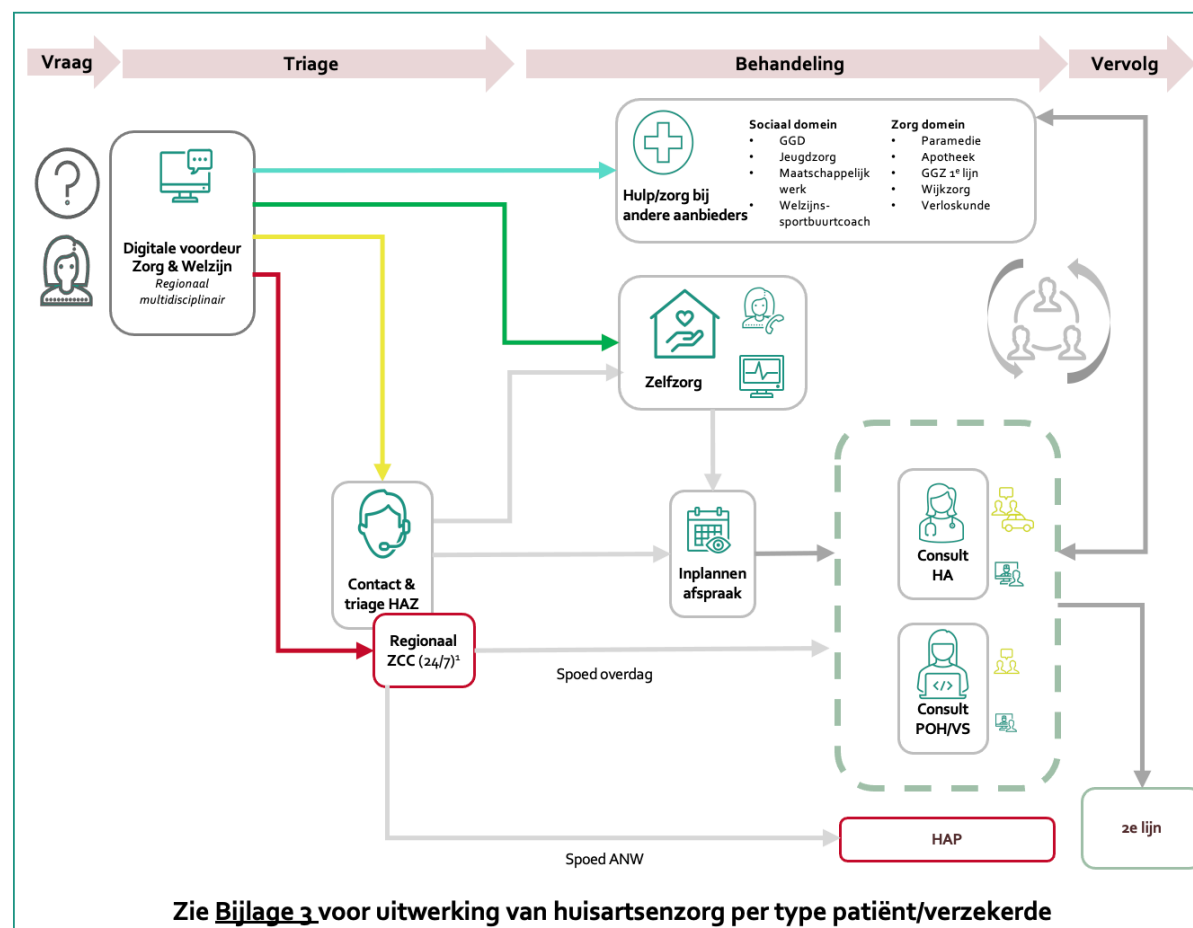
Kijkend naar 2030 zien we dat huisartsenzorg voor onze verzekerden er anders uit gaat zien

Om de zorgkloof tussen vraag en aanbod te verkleinen is het nodig om het patiëntpad van de toekomst anders in te richten. Door te focussen op juiste zorg op de juiste plek, meer inzet van zelfzorg, digitalisering en samenwerking tussen aanbieders zal de zorg doelmatiger, zelfstandiger en efficiënter worden. Dit leidt tot minder werkdruk voor de huisarts en meer tijd voor de patiënt.

Het patiëntpad is vormgegeven op basis van de verschillende behoeftes, gezondheid en vaardigheden van patiënten:

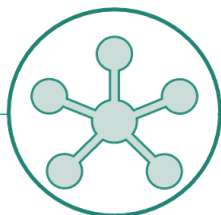
- De spoedpatiënt (donkerrood) heeft directe toegang tot spoed.
- De kwetsbare/chronische patiënt (geel) heeft mogelijkheid tot direct telefonisch contact en vaste huisarts.
- De zelfstandige patiënt (donkergroen) krijgt via digitale voordeur passende zelfzorg en virtuele zorg en ondersteuning, en waar nodig fysiek contact met huisarts.
- De overige (niet HAZ-gerelateerde) zorg- en welzijnsvragen (lichtblauw) komen direct bij de juiste aanbieder terecht, en niet eerst bij de huisarts. In aansluiting met GALA afspraken

Deze paden worden ondersteund door digitalisering (digitale voordeur, data-uitwisseling, digitaal contact), meer zelfzorg (door digitale modules, ondersteuning) en juiste zorg bij juiste hulpverlener (zowel multidisciplinair binnen de wijk als binnen de HAZ met praktijkondersteuners). De patiënt krijgt en houdt daardoor toegang tot passende (huisartsen-)zorg.



¹ De optimale inrichting van regionale zorg coördinatie van acute zorgvragen ook buiten ANW uren zal komende jaren met betrokken partijen moeten worden uitgewerkt
Regionaal ZCC is voor alle acute zorgvragen (niet alleen HAZ)

Dit vraagt ook een andere kijk op de organisatie van huisartsenzorg, zowel binnen de praktijk als in het netwerk



Regio-organisatie¹ ondersteunt, borgt en versnelt

- Aangesloten huisartsen ervaren meerwaarde en geven mandaat.
- Ondersteunen praktijken door de inzet van schaalvoordelen (bijv. personeel, opleiding, inkoop).
- Kassier voor regionale zorgafspraken (MDZ, transformatiemiddelen).
- Versnellen transformatie door implementatie-support en samenwerking ondersteunende partijen.
- Regionale afspraken en beleid, faciliteren coördinatie in de wijk.
- Borgen continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid met proactieve rol om knelpunten te signaleren en aan te pakken i.s.m. stakeholders.



Multidisciplinaire samenwerking in de wijk als hoeksteen

- Focus op 0^e en 1^e lijn.
- Samenwerking vanuit de inhoud, geen 'one-size-fits-all'.
- Vanuit regio-organisatie borgen van effectieve samenwerking op de juiste plek.
- Passende substitutie afspraken met 2^e lijn in lijn met regioplan1 en MTVP.



Hybride huisartsenpraktijk wordt verschillend vormgegeven

- Op basis van regio en context zijn er verschillen binnen praktijkvorm en praktijkhouderschap.
- Sturing op randvoorwaarden vanuit zorgverzekeraar en regio (toegankelijkheid, kwaliteit, continuïteit).
- Ondersteuning komt bij voorkeur vanuit regio, mogelijk i.s.m. innoverende partijen.
- Landelijke ketens kunnen een plek hebben in het huisartsenzorg landschap, mits ze voldoen aan de kwaliteitseisen en aansluiten bij de regio.
- Mate van digitalisering verschilt, maar hybride wordt gezien als de standaard en wordt gestimuleerd.

Huisartsenzorg als onderdeel van netwerkzorg

1 Afhankelijk van de regionale context kan dit vanuit huidige regiostructuren worden vormgegeven of is een extra impuls nodig om regionale organisatie te versterken. In aansluiting op regionale samenwerkingsverbanden conform IZA

We zien drie belangrijke thema's voor toekomstbestendige huisartsenzorg, met veranderkracht als randvoorwaarde

I. Voorkomen van onnodige vraag naar huisartsenzorg

Niet alle zorg die nu bij de huisarts terecht komt is nodig¹ en passend. Sociale en culturele factoren maken dat sommige mensen te snel of vaak bij de huisarts aankloppen. Daarnaast komt er zorg bij de huisarts terecht die daar niet thuis hoort, en zal de vraag naar huisartsenzorg door de vergrijzing sterk stijgen (31% meer contacten in 2031 dan in 2020²). Dit alles maakt sturen op zinvolle en passende huisartsenzorg cruciaal. Dit vraagt aandacht op subthema's als passende zorg, verschuiving van zorg naar gezondheid, in aansluiting op preventie-infrastructuur, zelfregie en ondersteuning (o.a. van digitale toepassingen), en multidisciplinaire ketensamenwerking.

II. Anders organiseren van zorg

De manier van werken in de huisartsenzorg ziet er in 2030 anders uit. Zowel vanuit veranderend verwachtingspatroon van de verzekerde en patiënt als vanuit noodzaak om meer zorg op te kunnen vangen, moet de huisartsenzorg anders georganiseerd worden. Dit vraagt aandacht op sub-thema's als digitalisering, taakherschikking- en delegatie, en regio- en wijkorganisatie in samenwerking met sociaal/publiek domein.

III. Versterken van zorgaanbod

Gezien het landelijke toenemende personeelstekort in de huisartsenzorg² en de stijgende vraag is extra inzet nodig om te zorgen voor voldoende professionals in de toekomst. Hierbij gaat het zowel om het opleiden van voldoende professionals als om te zorgen dat werken in de huisartsenzorg aantrekkelijk is. Dit vraagt aandacht op sub-thema's als werkplezier, landelijke spreiding en beschikbaarheid, de continuïteit van professionals in ondersteunende functies en huisvesting.

IV. Versterken verander- en realisatiekracht van alle betrokken partijen basis voor in te zetten koers

Met ca. 5.700 praktijken en ca. 12.800 huisartsen³ is het landschap zeer gefragmenteerd, waarbij menig praktijk de schaal, visie, mensen en middelen mist om een grote verandering door te kunnen voeren. Hoewel stappen zijn gemaakt om de organisatiegraad te versterken, is de praktijk nog steeds weerbarstig als het gaat om het doorvoeren en breed adopteren van innovaties. Tevens zien we dat de vraagstukken regionaal flink kunnen verschillen, waardoor er geen 'one-size-fits-all' oplossing bestaat. Verder is de gezamenlijke vertrouwensbasis tussen de betrokken partijen (te) dun, wat het verandervermogen in de weg staat. Dit vraagt aandacht op sub-thema's als regionaal maatwerk en versterken van transparantie en consistentie.

¹ Kool RB, et al. Identifying and de-implementing low-value care in primary care: the GP's perspective—a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2020;10:e037019

² ABF Research, *prognosemodelzvw.nl*

³ LHV, *www.lhv.nl/opkomen-voor-uw-belangen/feiten-en-cijfers-huisartsenzorg*

thema's

Op deze thema's ziet ons beeld van de huisartsenzorg in 2030 er als volgt uit

1. In 2030 komt een verzekerde/patiënt via een digitale voordeur direct op de juiste plek en wordt hij/zij ondersteund in zelfzorg en richt de huisarts zich op de zorg die de patiënt nodig heeft. De kwetsbare patiënt heeft een vast aanspreekpunt die zorginhoudelijke regie voert, wat persoonlijke en **passende zorg** mogelijk maakt. Dit gebeurt in optimale samenwerking met zorg en welzijn professionals rondom de patiënt, die allen hun eigen rol optimaal vervullen.
2. De taken in de huisartsenzorg worden opgepakt door de best passende professionals, waarbij zowel naar ondersteuning als inzet van andere disciplines wordt gekeken. **Regio-organisaties** faciliteren multidisciplinaire zorg op regionaal en wijkniveau en ondersteunen praktijken met innovatie en praktijkvoering. De huisartsenpraktijk van de toekomst heeft een **stevige digitale basis**, waarbij 'digital-first'-huisartsenzorg wordt geleverd na digitale zelftriage en de patiënt en zijn behandelaren toegang hebben tot alle benodigde informatie.
3. In 2030 is de huisartsenzorg een **aantrekkelijke plek om te werken**, doordat praktijken en professionals gefaciliteerd worden op de relevante onderwerpen en er ruimte is om te focussen op de kerntaken. Er worden voldoende huisartsen én ondersteunende professionals opgeleid, waarbij werken in regio's met tekorten wordt gestimuleerd. Verder wordt er aan regionale tekorten gewerkt in samenwerking met innovatieve partijen en praktijken, via de regio-organisatie.
4. We zetten in om samen met alle partijen de **realisatie- en veranderkracht te versterken** om te komen tot de beoogde situatie in 2030 en verder. Op basis van een duidelijk gezamenlijk doel, onderling vertrouwen tussen alle stakeholders (gemeentes, zorgverzekeraars, zorgaanbieders) en goede organisatie en governance in regio en wijk lukt het om benodigde transitie met elkaar te realiseren.



In de volgende sectie van de visie staan de vier hoofdthema's verder uitwerkt

1. Inzet op Passende Zorg voorkomt onnodige huisartsenzorg

Passende Zorg is een leidend principe voor ons zorgstelsel. Het is een manier van samenwerking om, ook in de toekomst, te zorgen voor goede zorg voor iedereen. Door met de patiënt samen te komen tot de meest relevante en zinnige zorg of ondersteuning, die waar mogelijk zo dicht mogelijk bij de patiënt wordt georganiseerd met de meest geschikte professionals en die aansluit bij wat de patiënt zelf kan, beperken we onnodige vraag naar huisartsenzorg. Passende zorg is ook de basis van het Integraal Zorgakkoord. Vier principes van passende zorg geven richting aan wat Passende Zorg is^{1,2}.

Passende zorg is waardegedreven zorg

We sturen op inzet van bewezen effectieve zorg en het stoppen van bewezen niet-effectieve zorg. Door vanuit de regio-organisatie uitkomsten en werkwijzen inzichtelijk te maken (waar mogelijk) en intervisie te faciliteren wordt praktijkvariatie verminderd. Zie **Verdieping thema's I.1** (pagina 22) voor een uiteenzetting.



Passende zorg komt tot stand samen met en rondom de patiënt en sluit daarmee aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt

De huisartsenzorg is geen 'one-size-fits-all', maar sluit aan op de individuele behoeften en bestaat uit een combinatie van - (digitale) ondersteuning bij - zelfzorg wanneer dat kan, en zorg (fysiek en op afstand) wanneer dat moet. Verder is multidisciplinaire zorg persoonlijk en gaat deze verder dan vaste ketens, waarvoor regionaal afspraken worden gemaakt. Zie **Verdieping thema's I.2** (pagina 23) voor een uiteenzetting.

Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek

Een gezamenlijke regionale voordeur voor zorg en welzijnsvragen in combinatie met goede vraagverheldering en (digitale) zelftriage en waar nodig verwijzing naar een triagist HAZ zorgt dat een persoon met een (zorg)vraag snel op de juiste plek terecht komt. Samenwerking met publiek/sociaal domein en 2e lijn wordt intensiever, waarbij passende substitutie essentieel is om zorg toegankelijk te houden. Randvoorwaarden zijn dat verschuivingen passen binnen de kerntaken, dat ze de opbouw van benodigde vaardigheden rechtvaardigen en dat bekostiging in lijn is. Zie **Verdieping thema's I.3** (pagina 24) voor een uiteenzetting.

Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte

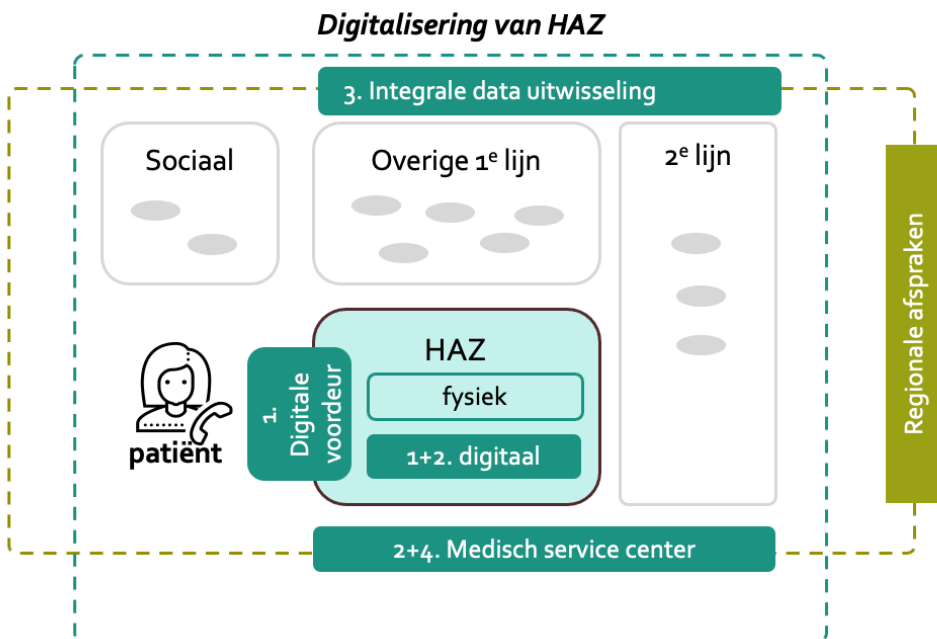
Vanuit samenwerking met het sociaal domein en een duurzame preventie-infrastructuur heeft de huisarts een signaleer- en doorverwijsfunctie. De grootste transitie is de omslag in denken bij de burger en ook de huisarts, met een ander perspectief op en verwachtingspatroon van zorg. Dit vraagt een breed maatschappelijk debat, waar zorgverzekeraars ook een rol in hebben. Zie **Verdieping thema's I.4** (pagina 25) voor een uiteenzetting.

¹ Integraal Zorgakkoord – september 2022

² https://www.eerstekamer.nl/nonav/overig/20201127/samenwerken_aan_passende_zorg/document

2. In 2030 is de huisartsenzorg anders georganiseerd

Om aan het veranderend verwachtingspatroon van de verzekerde en patiënt te kunnen voldoen en om meer zorg op te kunnen vangen, zal de huisartsenzorg anders georganiseerd moeten worden. De huisartsenzorg zal er zowel op wijk en regioniveau, als ook binnen de huisartsenpraktijk anders uit gaan zien. De manier van werken binnen de praktijk, en de manier van samenwerking in de wijk en regio zullen veranderen.



Multidisciplinaire samenwerking in wijk en regio

Regio-organisaties hebben een belangrijke rol om toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid te borgen. Daarvoor maken zij namens aangesloten huisartsen afspraken over continuïteit, organiseren van multidisciplinaire zorg, coördinatie van zorg en welzijn in de wijk, digitalisering en praktijkondersteuning. De inrichting van regionale samenwerking kan per regio verschillen. Zie **Verdieping thema's II.1** (pagina 27) voor een uiteenzetting.

Digitalisering verandert wijze van zorg leveren

Uitgangspunt is hybride zorg (digitaal waar het passend is). Digitalisering verandert de huisartsenzorg op vier manieren: (1) patiënt-huisarts contact wordt hybride, digitaal waar het kan, fysiek waar het moet, (2) huisartsenzorg wordt ondersteund door digitale innovaties, een digitale voordeur, digitalisering van diagnostiek en behandeling en met een integrale digitale infrastructuur als basis, (3) integrale data-uitwisseling met gezamenlijke dossiervorming is een essentiële basis van regionale samenwerking, en (4) huisartsenpraktijken zijn aangesloten bij een Zorg & Medisch Service Center (ZMSC). De regio-organisatie en verzekeraar ondersteunen de huisartsenpraktijken op deze punten. Zie **Verdieping thema's II.2** (pagina 28) voor een uiteenzetting.

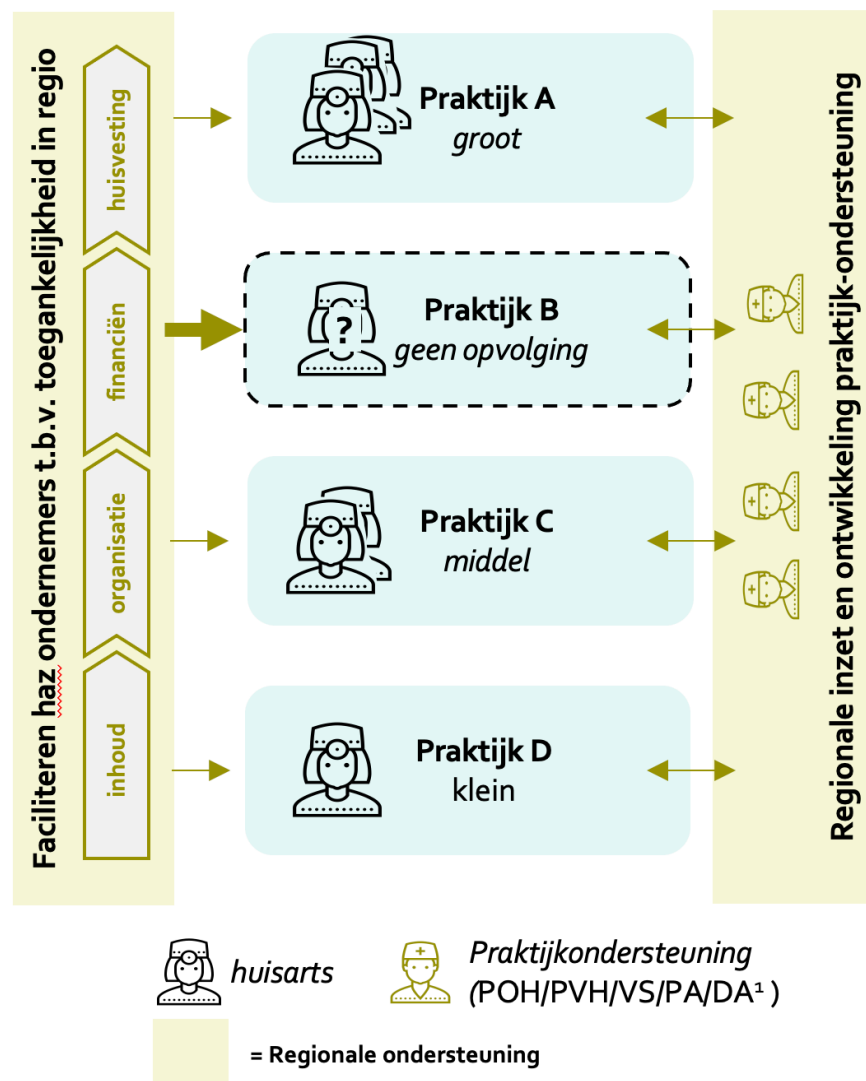
Taakherschikking en –delegatie ontlast de huisarts

Taakherschikking en –delegatie¹ binnen de praktijk en in de wijk creëert ruimte voor de huisarts, zowel binnen de praktijk als in de wijk. De huisarts hoeft geen taken uit te voeren die ook door ondersteunend personeel of andere eerstelijns zorgverleners of met ondersteuning vanuit sociaal/publiek domein gedaan kunnen worden. Dit vraagt meer inzet op beschikbaar maken van praktijkondersteuning en op andere werkwijzen en praktijkvoering. Vanuit multidisciplinaire samenwerking en coördinatie kan ook op wijkniveau de zorg effectiever worden georganiseerd. Zie **Verdieping thema's II.3** (pagina 30) voor een uiteenzetting.

¹Taakhaarherschikking- en delegatie zoals gedefinieerd door Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg. Via: <https://stichtingkoh.nl/taakherschikking/begrippen/begrippen-overzicht-definities>

3. Door het zorgaanbod te versterken kan de huisartsenzorg in de toekomst meer zorgvraag aan

Versterken aanbod vraagt faciliteren van HAZ ondernemers (bestaande en nieuwe spelers) en optimale inzet professionals in regio/netwerk



De huisartsenzorg als aantrekkelijke (toekomstige) werkplek

Ruimte voor huisartsen om zich te richten op de kerntaken is een belangrijk onderdeel van het aantrekkelijk houden van de huisartsenzorg als werkplek. Zowel door goede ondersteuning bij de praktijkvoering als door het terugdringen van de administratielasten zetten zorgverzekeraars hierop in. Zie **Verdieping thema's III** (pagina 32) voor een uiteenzetting.

Landelijke spreiding over regio's

Voor regio's waar de arbeidsmarkt het meest knelt moet gekeken worden naar het beter spreiden van huisartsen en ondersteuning. Hoewel de formele rol van de zorgverzekeraar hierin beperkt is, zet zij zich samen met aanbieders en gemeentes in om hierin, waar mogelijk, te sturen. Zie **Verdieping thema's III** (pagina 32) voor een uiteenzetting.

Borgen van beschikbaarheid van ondersteunend personeel

Door zowel de stijgende zorgvraag als de potentieel grotere rol voor praktijkondersteuning, is inzet op voldoende duurzame inzetbaarheid van ondersteunend personeel¹ essentieel. Zorgverzekeraars kunnen hierin helpen, door regio-organisaties te faciliteren in initiatieven om beschikbaarheid te vergroten over praktijken heen en door opleiding van praktijkondersteuners te stimuleren. Zie **Verdieping thema's III** (pagina 32) voor een uiteenzetting.

Ondersteuning praktijken op de juiste plek

Gemeentes en regio-organisaties werken samen om praktijken en huisartsen te kunnen huisvesten op de juiste plekken. Bij gesignaleerde knelpunten m.b.t. zorgplicht kan de zorgverzekeraar proactief faciliteren, waarbij niet alleen het praktijkhoudersmodel maar ook alternatieve vormen – waar nodig i.s.m. innovatieve partijen – zullen worden ondersteund.

¹ Praktijkondersteuner Huisartsenzorg, Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg, Verpleegkundig Specialist, Physician Assistant, Doktersassistent

4. Deze veranderingen vergen realisatie- en veranderkracht, met een goede vertrouwensband als basis

De huisartsenzorg heeft een uniek karakter met een grote diversiteit aan praktijken met ieder een eigen context, patiëntengroep en benadering van het vak. Dit maakt het mogelijk om de zorg te bieden die past bij regio en populatie. De keerzijde is echter dat het lastig is om grootschalige veranderingen door te voeren. Om de beoogde veranderingen binnen deze visie te kunnen realiseren is het belangrijk om de veranderkracht binnen de huisartsenzorg te versterken.

Vanuit de verzekeraars doen we dit door te werken aan een gezonde werkrelatie waarin de verschillende belangen bij elkaar komen tussen aanbieders, gemeentes en zorgverzekeraars en door een passende, regionale aanpak te ondersteunen.

Transparantie en consistentie op basis van heldere afspraken

Om te komen tot een gezond spanningsveld tussen aanbieders, gemeentes en verzekeraars, moeten we het onderling vertrouwen verstevigen vanuit gezamenlijke doelen en verantwoordelijkheid.

Zowel huisartsen als verzekeraars zullen stappen moeten zetten om vertrouwen op te bouwen. Dit vraagt een continue en open dialoog met begrip van elkaars positie, rol en verantwoordelijkheid in het stelsel. We committeren onszelf tot het maken van heldere afspraken op basis van gezamenlijke (regionale en landelijke) opgaves. In de uitvoering leggen we de nadruk op consistent en congruent handelen, waarbij we eenduidig handelen over de hele linie, sturen op transparante en duidelijke communicatie.

Passende aanpak voor regio-specifieke context

De diversiteit in huisartsen en huisartspraktijken en regionale verschillen vragen om gedifferentieerde aanpak en geen 'one-size-fits-all'. Goed begrip van de regionale context, behoeftes en mogelijkheden zijn hiervoor het startpunt. Op basis van goed begrip van de regionale uitdagingen brengt de regio-organisatie samen met de zorgverzekeraar en andere stakeholders de best passende regionale oplossingsrichting kaart, in lijn met het regioplan¹.

Op basis van een gezamenlijke verantwoordelijkheid committeren regionale stakeholders zich aan regionale oplossingsrichtingen, waarbij de zorgverzekeraars faciliteren met passende regionale afspraken.

Financiering en bekostiging moeten snel volgen op de inhoud. Door passende financiering mogelijk te maken op basis van de gezamenlijke inhoudelijke afspraken, en te sturen op tijdige beschikbaar om knelpunten op te lossen, kunnen we het onderling vertrouwen verder sterken.

Meenemen van de verzekerde in de verandering

De huisartsenzorg van 2030 vraagt niet alleen een verandering van het zorgveld, maar ook van iedere persoon die hier gebruik van maakt. Als zorgverzekeraars hebben we een rol om onze verzekerden mee te nemen in het maatschappelijk debat komende jaren. Begrip van nut en noodzaak en inzicht in de impact leidt tot zowel betere input op als meer draagvlak voor veranderingen. De verzekeraars zullen samen met de andere partijen bijdragen aan het maatschappelijke debat in communicatie naar verzekerden.

Realisatie van de visie leidt tot andere afstemming en afspraken

Meer nadruk op regionale afspraken en afstemming

In 2030 is de huisartsenzorg anders georganiseerd, wat leidt tot een sterke(re) multidisciplinaire positionering van de regio-organisatie.

Dit betekent dat er in 2030- vanuit landelijke kaders- op regionaal niveau afspraken worden gemaakt over multidisciplinaire en chronische zorg, grote innovaties en digitalisering, praktijkondersteuning, opleiding & ontwikkeling.

Waar nodig kunnen op lokaal niveau de regionale afspraken worden aangevuld met specifieke veranderingsgerichte afspraken.

Immers de ene wijk heeft met een andere populatie en zorgvraag te maken, dan de andere wijk.

De regio-organisatie heeft een belangrijke rol om de wijken met elkaar te verbinden.

Op regio-overstijgende thema's als digitalisering kijken verzekeraars over de regio's heen om maximaal van elkaar te leren en waar nodig samen op te trekken.

Om dit te realiseren werken zorgverzekeraars vanuit een zoveel mogelijk uniforme visie op de rol en positionering van regio-organisaties¹, maar vanuit het perspectief dat de regionale opgave altijd leidend is en niet de organisatiestructuur

Het 3-segmenten model moet in de toekomst anders worden ingevuld

De verschuiving naar regionale afspraken vraagt een andere manier van financiering binnen de bekostiging van huisartsenzorg. Zo zal regionaal veel meer worden afgesproken over de inhoud van en manier waarop S3 afspraken gaan worden ingevuld en waar relevant breder worden opgeschaald. Hierbij vinden wij het belangrijk dat landelijk geadopteerde en bewezen effectieve innovaties van S3 naar S1 gaan. Vanaf dat moment is het immers 'standard practice'. Hoe dit exact vorm te geven moet gezamenlijk met de NZa verder worden uitgewerkt. S1 zou zodanig moeten zijn dat hiermee de 'standard practice' bekostigd kan worden en daarmee ook duurzaam kan worden geborgd in de praktijk. Het doel van S3 is het faciliteren van innovaties om hiervan te leren en indien effectief ook op te schalen met tijdelijke financiering. We willen voorkomen dat S3 de functie van S1 overneemt.

Met een toenemende focus op multidisciplinair werken zal ook de S2 financiering in de toekomst breder ingezet moeten worden om deze beweging te faciliteren.

Het daadwerkelijk succesvol doorvoeren van impactvolle transformaties vereist gelijkgericht handelen tussen verzekeraars

Iedere regio heeft zijn eigen context en de regionale marktleider is in de beste positie om daar met de regionale partijen invulling aan te geven. In IZA is afgesproken dat er sprake moet zijn van congruent handelen van de verzekeraars om de regionale transformatie te kunnen laten slagen.

Het beleid waarin verzekeraars de regionale marktleider volgen in afspraken is en blijft daarom belangrijk voor consistentie. Dit beleid en benodigde transparantie over afspraken wordt dan ook consistent doorgevoerd en strekt zich uit tot alle afspraken die de huisartsenzorg raken (transformatie van zorg, waaronder S3 afspraken), zodat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de regio gelijkgericht afspraken kunnen maken over de segmenten / zorgsoorten/sectoren heen. In hoeverre dit ook (juridisch) mogelijk is bij bijvoorbeeld een substitutieafpraak van de 2^{de} naar 1^{ste} lijn gaan we verder uitzoeken.

Bijlage 2 beschrijft zienswijze ZN met betrekking tot samenwerking in inkoop.

1 Afhankelijk van de regionale context kan dit vanuit huidige regiostructuren worden vormgegeven of is een extra impuls nodig om regionale organisatie te versterken. In aansluiting op regionale samenwerkingsverbanden conform IZA



**uiteenzetting
thema's**

Uiteenzetting thema I

Voorkomen van onnodige vraag naar huisartsenzorg

I.1 Inzet op Passende Zorg is nodig om stijgende vraag naar huisartsenzorg te dempen en op te vangen (1/4)

Waardegedreven zorg

De huisartsenzorg van 2030 is zinnig en waardegedreven

Waardegedreven zorg is doelmatig en effectief: het heeft als doel om voor de patiënt relevante winst in de gezondheid en functioneren op te leveren, tegen een redelijke prijs.¹ Focus op zinnige en waardegedreven zorg in de huisartsenzorg, draagt bij aan doelmatige inzet van schaarse mensen en middelen.

Hoewel de zorg er in de praktijk verschillend uit kan zien per regio – afhankelijk van populatie, type zorgvraag en beschikbaar zorgaanbod – is het belangrijk om te sturen op inzet van bewezen effectieve zorg en het stoppen van bewezen niet-effectieve zorg. Dit gaat over de huisartsenzorg zelf, maar ook over de poortwachtersrol van de huisarts richting de 2e lijn. Op basis van transparant inzicht in zinnige zorg (vanuit ZE&GG programma) kan de huisarts gerichter doorverwijzen. Dit vraagt goede samenwerking tussen huisarts en 2e lijn, waarbij de 2e lijn de huisarts meeneemt in aanpassing van verwijsstromen.

Transparantie over variatie en uitkomsten m.b.v. regio-organisatie

Daarom zetten we in op het verder verminderen van praktijkvariatie door uitkomsten en werkwijzen transparant te maken, intervisie te stimuleren en huisartsenpraktijken die achterblijven te ondersteunen.

De regio-organisatie (RO) heeft hierin een steeds belangrijkere rol door praktijkvariatie en resultaten van huisartsenzorg in de regio inzichtelijk te maken. Hiervoor zullen regio-organisaties, zorgaanbieders en waar nodig beroepsgroepen en zorgverzekeraars gezamenlijk optrekken om resultaten inzichtelijk te maken zonder administratielast te vergroten. De zorgverzekeraar blijft hierbij verantwoordelijk voor de beoordeling van de rechtmatigheid.

¹ www.eerstekamer.nl/nonav/overig/20201127/samenwerken_aan_passende_zorg/document

I.2 Inzet op Passende Zorg is nodig om stijgende vraag naar huisartsenzorg te dempen en op te vangen (2/4)

Samen met en rondom patiënt

De huisartsenzorg in 2030 is geen 'one-size-fits-all', maar sluit aan op het type verzekerde / patiënt

Een persoonlijke benadering van patiënten is essentieel, waarbij we een groeiend belang zien van differentiatie:

- Kwetsbare verzekerden, zoals ouderen, chronisch zieken en personen met ggz of sociale problematiek(en) hebben met de huisarts als zorginhoudelijk regisseur een vast aanspreekpunt voor zorgvragen. Zorgaanbieders werken multidisciplinair samen op wijk- en regioniveau.
- Voor de (overwegend) gezonde verzekerde is de huisarts(praktijk) ook het eerste aanspreekpunt. Deze verzekerde heeft een (digitale) plek waar hij/zij laagdrempelig terecht kan met incidentele zorgvragen en heeft waar nodig snel toegang tot Passende zorg.

Een groeiende groep van verzekerden hecht daarnaast steeds meer belang aan eigen regie over hun zorgvraag en wil hiervoor actief geïnformeerd worden. Een grotere inzet op zelfzorg past hierbij.

Persoonlijke multidisciplinaire (keten)zorg vraagt regionale afspraken o.b.v. landelijke kaders

Persoonsgerichte multidisciplinaire zorg vraagt flexibiliteit, die verder gaat dan indicatie-specifieke ketenafspraken. In 2030 hebben we de transitie gemaakt van vaste ketens naar persoonsgerichte multidisciplinaire zorg, die verder gaat dan de huidige vaste ketens en waar naast zorg ook (gecombineerde)leefstijlinterventies in opgenomen zijn.

Om zorg- en ondersteuningsaanbieders op wijkniveau te faciliteren in effectieve samenwerking worden op regionaal niveau afspraken voor multidisciplinaire zorg gemaakt, op basis waarvan op wijkniveau zorgaanbieders de benodigde samenwerking kunnen vormgeven en hierin worden ondersteund. Hiertoe komen zorgverzekeraars landelijk met kaders voor afspraken met regio-organisaties.

Het inhoudelijk vormgeven van benodigde multidisciplinaire zorg ligt bij de gezamenlijke aanbieders in de regio op basis van landelijke kaders. De rol van zorgverzekeraar is het mogelijk maken en waarborgen van multidisciplinaire zorg. We sluiten hierbij aan bij het Gezond & Actief Leven Akkoord (GALA)¹, waarin afspraken zijn gemaakt voor een gerichte lokale en regionale aanpak op het gebied van preventie, gezondheid en sociale basis. Dit vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid als rijksoverheid, gemeenten en zorgverzekeraars.

Toekomstbestendige huisartsenzorg vraagt een verschuiving van alleen zorg naar een combinatie van zelfzorg, ondersteuning en zorg

We zien dat een deel van de zorgvragen in de huisartsenzorg opgevangen kan worden door zelfzorg (voorlichting, handvatten, zelfmonitoring), waar nodig (digitaal) ondersteund op afstand, of door als patiënt met een zorgvraag direct op een andere juiste plek in zorg en sociaal/publiek domein terecht te komen. Pas in het geval dat zorg echt nodig is volgt voor deze vragen de stap naar de huisarts. Dit is met name relevant voor de overwegend gezonde verzekerde met een incidentele vraag. Huisartsenzorg is (ondersteuning bij) zelfzorg wanneer dat kan, zorg wanneer dat moet.

1.3 Inzet op Passende Zorg is nodig om stijgende vraag naar huisartsenzorg te dempen en op te vangen (3/4)

Op de juiste plek en op juiste manier

Richting 2030 zal huisartsenzorg verschuiven over de zorgketen

In de keten van 0^e-1^e-2^e lijn waar fysiek en op afstand zorg en ondersteuning wordt geboden, verandert de positie van de huisartsenzorg – passend binnen de kerntaken. Vanuit de samenwerking met de 0^e lijn en grotere focus op preventie, is (faciliteren van) zelfzorg onderdeel van de scope. Daarnaast zien we verdergaande samenwerking met 2^e lijn (bijv. in – digitale- 1.5 lijns-concepten) en veel meer zorg op afstand.



Een regionale voordeur

Eén multidisciplinaire digitale regionale voordeur maakt het mogelijk om zorg- en ondersteuningsvragen direct op de juiste plek op te vangen door slimme digitale zelftriage en waar relevant via een triagist HAZ. De verzekerde / patiënt krijgt hierdoor snel de (zelf) zorg of ondersteuning die passend is en het voorkomt onnodig verwijzingen binnen de 0^e en 1^e lijn. Direct telefonisch contact blijft nodig voor kwetsbare groepen. De regionale digitale voordeur is geen aparte organisatie. Voor spoedvragen verbindt deze voordeur met het regionaal Zorg Coördinatiecentrum (ZCC) waar de acute zorgvragen worden opgepakt voor zowel huisartsenzorg als overige acute zorg. Momenteel is dit de situatie voor de ANW-uren, de optimale inrichting van regionale zorg coördinatie van acute zorgvragen buiten ANW uren zal komende jaren met alle betrokken partijen moeten worden uitgewerkt. Dit vraagt diepe integratie in Huisarts Informatie Systemen (HIS) in de regio.

Passende substitutie is essentieel voor toegankelijke 1^e en 2^e lijnszorg

Daar waar dit meerwaarde heeft in waarde voor de patiënt en/of (kosten)effectiviteit kunnen bepaalde zorgtaken die nu in de tweedelijns worden uitgevoerd verschuiven naar eerstelijns of thuissituatie, mits passend binnen de kernwaarden en dezelfde meerwaarde niet mogelijk is door anders werken in de tweedelijns.

Zeker bij chronische zorg ligt er een belangrijke regierol bij de huisartsenzorg (bij de vaste huisarts of praktijkondersteuner, en in toenemende mate bij regiearts in ZMSC), waarbij de huisarts geen verlengstuk van de medisch specialist moet worden. Stille substitutie (verschuiving van taken zonder duidelijke onderliggende inhoudelijke afspraken) moet voorkomen worden.

Inhoud is leidend bij substitutieafspraken tussen 2^e en 1^e lijn

Substitutie moet in de eerste plaats altijd vanuit de inhoud worden bepaald. Dit vraagt in eerste instantie overleg tussen 2^e en 1^e lijn, zowel landelijk (beroepsgroepen) als op lokaal niveau. De zorgverzekeraar kan hierin faciliteren. Op de tweede plaats moet gekeken worden naar capaciteit om te bepalen hoe de verschuiving kan worden gerealiseerd.

Passende substitutie vereist dat randvoorwaarden aanwezig zijn

Een voorwaarde voor substitutie naar huisartsenzorg is dat de omvang van de betreffende zorgvraag voldoende groot is om doelmatig en efficiënt in de huisartsenzorg te kunnen organiseren en opbouw van kennis en kunde te rechtvaardigen. Om dit te realiseren kan ook gekeken worden naar horizontale verwijzingen en (sub)specialisatie. Om dubbeling van zorgkosten te voorkomen dient de zorg vanuit 2^e-lijn alleen naar de HAZ overgeheveld te worden als de financiering meegaat.

1.4 Inzet op Passende Zorg is nodig om stijgende vraag naar huisartsenzorg te dempen en op te vangen (4/4)

Focus op gezondheid i.p.v. ziekte

De huisartsenzorg van 2030 heeft een grotere rol in het bevorderen en behouden van gezondheid in samenwerking met het sociaal domein

Preventie bij mensen die gezond zijn is een taak die veelal bij de 0e lijn (gemeentes), maar ook voor de huisarts ligt hierin een rol weggelegd. De huisarts is (vaak) het eerste aanspreekpunt voor patiënten bij hulp- en zorgvragen. Met een regionale multidisciplinaire voordeur kunnen specifieke ondersteuningsvragen direct op de juiste plek in bijv. 0e lijn worden opgevangen. Daarnaast heeft de huisarts een belangrijke signalerende functie om welzijns- / ondersteuningsvragen te identificeren en kan deze de patiënten vroeg in het zorgtraject voorzien van het juiste advies (bijv. leefstijl) of doorverwijzing (bijv. naar schuldhulpverlening of GGZ). Om goed op de hoogte te zijn van de lokale preventie programma's is een goede samenwerking vereist met de gemeentelijke- en sociale domeinen, en de arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en de specialist ouderengeneeskunde (SO).

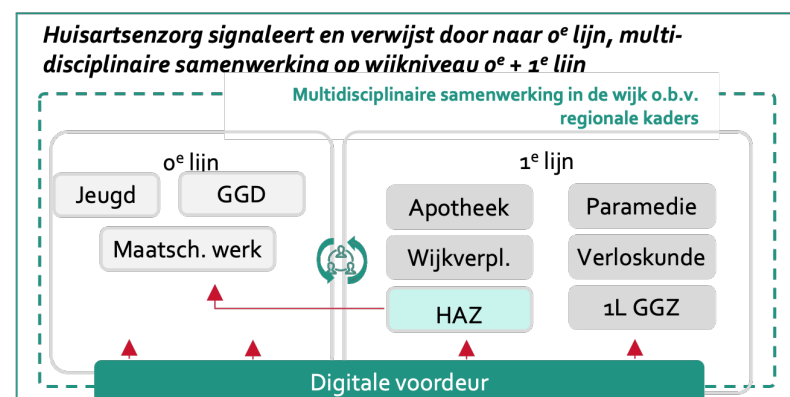
Zoals beschreven in het GALA vraagt preventie om intensieve samenwerking tussen het sociaal/publieke domein, wijkverpleegkundige zorg, huisartsenzorg, jeugdgezondheidszorg en de GGZ¹. Daarbij dient voorkomen te worden dat er een te grote rol bij de huisarts komt te liggen voor niet-medisch generalistische taken. Het zwaartepunt van de opzet en uitrol van preventieprogramma's ligt bij het gemeentelijke- en/of sociale domein ligt.

In 2030 beschikt elke regio over een duurzame preventie-infrastructuur die samen met het sociaal domein is opgezet

Een regionale infrastructuur is onontbeerlijk om te komen tot de juiste preventieprogramma's en uitrol daarvan. Voor de huisartsenzorg is het belangrijk aangesloten te zijn om vanuit haar kerntaken de juiste rol te kunnen pakken.

De transitie vraagt omslag in denken van de burger van zorg naar gezondheid

In 2030 heeft de burger zelf ingezien dat de belangrijkste transitie de omslag in denken was: gezondheid en niet ziekte moet de 'maat der dingen' zijn. Een breed maatschappelijk debat en landelijke aandacht is nodig om deze omslag in denken te bewerkstelligen. In de communicatie naar de verzekerden kunnen de zorgverzekeraars deze beweging ondersteunen.



Uiteenzetting thema II

Anders organiseren van zorg

II.1 In het anders organiseren van de huisartsenzorg is een grote rol weggelegd voor de regio-organisatie

De huisartsenzorg van 2030 past in een naadloze samenwerking op wijk- en regioniveau om te komen tot juiste zorg op juiste plek op juiste manier

De solistisch opererende huisartspraktijk is in 2030 verleden tijd. Voor een optimale samenwerking in de regio is het noodzakelijk dat huisartsen(praktijken) en regiopartijen redeneren vanuit regio-problematieken en samenwerken om deze problematieken op te lossen.

We zien hierin een belangrijke rol weggelegd voor regio-organisaties om te sturen, te ondersteunen en te versnellen. Sterke regio-organisaties zijn nodig om multidisciplinaire zorg en sociaal/publieke ondersteuning in de regio goed te organiseren, om benodigde regionale transformatie te kunnen realiseren, en om huisartsen te ondersteunen bij praktijk-overstijgende vraagstukken.

Belang en rol van regio-organisatie groeit

Dit belang wordt versterkt door de grote veranderopgave waar de huisartsenzorg voor staat, waarbij de rol en verantwoordelijkheid van de regio-organisatie breder wordt dan in de huidige situatie, met onder meer:

- Continuïteit in de regio waarborgen door knelpunten in aanbod te signaleren en proactief op te pakken met stakeholders (gemeente, verzekeraar en betrokken praktijken)
- Organiseren van multidisciplinaire zorg en (her)verdelen van taken binnen de regio (breder dan alleen de kassiersrol).
- Faciliteren van coördinatie op wijkniveau, waaronder het maken van domein overstijgende afspraken met sociaal/publieke domein².
- Ondersteunen, coördineren en versnellen van digitale transformatie en ICT infrastructuur.
- Faciliteren van praktijkondersteuning incl. inzet en opleiding personeel.

- De regio-organisatie heeft het mandaat om deze taak in te vullen en scherpe keuzes te maken waar nodig. Op regio-niveau zet de regio-organisatie daarmee de grote lijnen uit. De coördinatie van zorg en ondersteuning rondom de individuele patiënt ligt op wijkniveau, met een belangrijke rol voor de huisarts vanuit medisch generalistisch perspectief.

Op basis van het regioplan¹ maken regio-organisaties en zorgverzekeraars afspraken op deze onderwerpen namens de aangesloten (eerstelijns) zorgverleners. Iedere huisartsenpraktijk is aangesloten bij een gecontracteerde regio-organisatie. Afspraken op praktijkniveau zijn in lijn met deze regio-afspraken.

Regionaal maatwerk in bepalen van de beste inrichting

Toekomstbestendige huisartsenzorg staat of valt bij effectieve multidisciplinaire samenwerking in de wijk. Hiervoor zijn kaders en samenwerkingsafspraken tussen de betrokken disciplines op regionaal (wijk-overstijgend) niveau nodig. Om dit te realiseren zijn regio-organisaties ofwel multidisciplinair georganiseerd ofwel is er een structureel overleg waar multidisciplinaire afspraken worden gemaakt.

De exacte inrichting van de regionale samenwerking is afhankelijk van de karakteristieken en problematiek in de regio. We vinden daarom dat binnen de regio ruimte moet zijn voor eigen accenten, zodat gekozen kan worden voor de meeste passende organisatievorm. Zorgverzekeraars zijn hierin natuurlijk een essentiële partner om de ambities te realiseren.

¹ Conform IZA afspraken (september 2022) is er voor iedere regio een regioplan in 2024, dat als basis dient voor alle onderliggende verander- / transformatieafspraken

² In aansluiting met de regionale samenwerkingsverbanden conform IZA

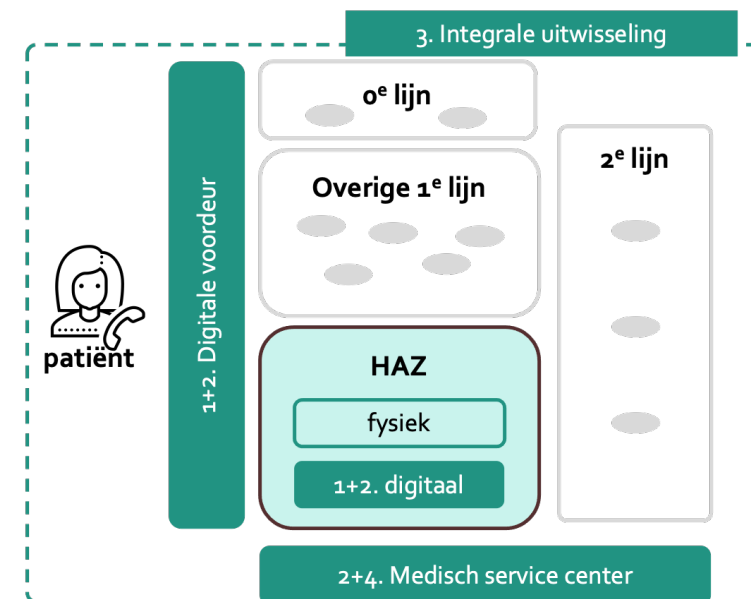
II.2 Digitalisering wordt ingezet om de efficiëntie en toegankelijkheid te bevorderen, en de patiëntervaring te verbeteren (1/2)

Digitalisering verandert wijze van zorg leveren

Het verder digitaliseren van de huisartsenzorg is een essentieel onderdeel van de toekomst. Dit zal zowel een positief effect hebben op de efficiëntie en toegankelijkheid van de huisartsenzorg als op de ervaring van de verzekerde. Voor de HAZ 2030 komt dit tot uiting op vier gebieden, welke aansluiten bij de Ambities Zorginkoop Digitalisering 2024¹:

- 1. Het contact van patiënt met de huisarts is overwegend Digital First.** Patiënten hebben laagdrempelig, tijdsafhankelijk toegang tot huisartsenzorg via een digitale voordeur, welke de patiënt mogelijkheid tot vragen en online consulten biedt. Fysieke huisartsenzorg verdwijnt niet en moet voor iedere patiënt toegankelijk zijn, maar een deel van de huisartsenzorg kan op deze manier op afstand plaatsvinden, afhankelijk van behoefte en achtergrond patiënt.
- 2. Huisartsenzorg wordt ondersteund door digitale innovaties.** Door gebruik te maken van beschikbare technische mogelijkheden kan de productiviteit van huisartsenzorg worden vergroot, werkdruk verlaagd en patiëntervaring verbeterd. Het gaat hierbij o.a. om digitale zelftriage (onderdeel van de digitale voordeur), telemonitoring waar het moet en zelfmonitoring waar het kan, zelfstandige zorg thuis en technologie ter preventie van zorg. Op landelijk, regionaal en lokaal niveau onderzoeken en toetsen partijen nieuwe mogelijkheden, waarna bewezen effectieve innovaties op regionaal of landelijk niveau kunnen worden opgeschaald.
- 3. Integrale digitale infrastructuur voor de verwerking en delen van (patiënt-)informatie.** Hierbij kan gedacht worden aan digitale netwerken voor het delen van informatie. Om dit te bereiken zijn er concrete stappen nodig waarbij samengewerkt wordt tussen huisartsen, verzekeraars en regionale organisaties.

- 4. Databronnen worden bij elkaar gebracht en geanalyseerd in Zorg & Medisch Service Center (ZMSC).** Een essentieel onderdeel van digitalisering van de huisartsenzorg is dat elke huisartsenpraktijk in de toekomst is aangesloten bij een ZMSC. ZMSC's hebben een rol in het bij elkaar brengen en verwerken van verschillende databronnen, zoals bij het op afstand monitoring van patiënten. Op deze manier wordt de huisartsen(praktijk) ontlast doordat routinematige en administratieve taken uit handen worden genomen en kunnen patiënten thuiszorg blijven ontvangen.



II.2 Digitalisering wordt ingezet om de efficiëntie en toegankelijkheid te bevorderen, en de patiëntervaring te verbeteren (2/2)

Huisarts(praktijken) staan er niet alleen voor, digitalisering doe je samen

Digitalisering vraagt een andere manier van werken binnen de huisartsenpraktijk. Deze verandering zal niet voor elke praktijk makkelijk zijn. Het vraagt om keuzes te maken in welke digitale technieken ingezet worden, omarming van deze technieken door patiënt en medewerker, en aanpassing of zelfs vervanging van standaard werkprocessen. Gelukkig staan huisartsen(praktijken) er niet alleen voor.

Het landelijk Kenniscentrum Digitale Zorg (KCDZ), bestaande uit verzekeraars en branche- en systeempartijen, ontwikkelt een menukaart met werkvormen en innovaties die in de praktijk effectief gebleken zijn en kunnen voldoen aan de zorgvraag en/of het vergroten van de professionele ruimte van professionals. In de menukaart is ook aandacht voor de randvoorwaarden voor implementatie van werkvormen en innovaties. De menukaart wordt elk halfjaar geüpdatet. De eerste versie wordt eind 2022 verwacht, zodat zorg-aanbieders deze kunnen gebruiken in de uitwerking van hun transformatieplannen

De regionale organisatie heeft een belangrijke rol om te ondersteunen in de verandering naar hybride huisartsenpraktijken. Zorgverzekeraars stimuleren de implementatie van digitale innovatie door het maken van afspraken over de inzet van digitale zorg.

Digitalisering als middel om doelen te bereiken, niet als doel op zich

We vinden dat de inzet van digitale innovatie geen doel op zich is, maar een middel om de efficiëntie en toegankelijkheid van, en de ervaring op HAZ te verbeteren. We zien daarentegen dat de implementatie achterblijft. Deze beweging beperkt zich daarom niet tot de innovatieve aanbieders. In 2030 zal de hybride huisartsenpraktijk de standaard zijn.

II.3 Huisartsenzorg taken worden binnen de praktijk en de wijk/regio verdeeld om de huisarts te ontlasten

Taakherschikking en –delegatie binnen de praktijk en in de wijk creëert ruimte voor de huisarts

Huisartsenzorg is niet beperkt tot de huisarts zelf. Om de huisarts te ontlasten is taakherschikking een belangrijk onderdeel van de oplossing, waarbij zowel gekeken kan worden naar de taakverdeling binnen de praktijk als intensievere samenwerking en effectieve inzet van andere zorg & welzijn aanbieders in de wijk of regio.

- **Taakherschikking en –delegatie¹ binnen de praktijk.** De verpleegkundig specialist (VS), physician assistant (PA), praktijkondersteuner huisarts (POH) en de dokters-assistent (DA) nemen meer taken van de huisarts uit handen. We vinden dat de huisarts in de toekomst geen taken meer uitvoert die ook door ondersteund personeel uitgevoerd kan worden. Dit vraagt enerzijds om meer aandacht voor het opleiden en beschikbaar hebben van voldoende ondersteunend personeel (zie 'Versterken Zorgaanbod'). Anderzijds vraagt het een andere werkwijze en praktijkvoering.
- **Taakherschikking en –delegatie¹ binnen de wijk/regio.** Een deel van de zorg of ondersteuningstaken die op dit moment nog bij de huisarts(praktijk) liggen kunnen effectiever worden ingevuld door andere aanbieders, zoals het sociaal/publieke domein en de paramedie. Deze taken worden in de toekomst niet meer door de huisartsen(praktijk) uitgevoerd. Vanuit intensieve multidisciplinaire samenwerking in de wijk, gecoördineerd door de regio-organisatie, ontstaat goed inzicht en vertrouwen in elkaars kennis, kunde en capaciteit, waardoor effectieve samenwerking rondom de patiënt mogelijk wordt. Het borgen van horizontale samenwerking is duidelijk belegd bij één partij, waarbij het eerste aanspreekpunt per patiënt kan verschillen. We vinden dat substitutie altijd vanuit de inhoud bepaald dient te worden. Wanneer er weinig schaal lijkt te zijn of de capaciteit niet toereikend is dan zal dat binnen de regio-organisatie opgelost moeten worden.

Er zal ook substitutie van de 2e lijn naar de huisartsenzorg plaatsvinden. We willen er voor waken dat enkel substitutie naar de huisartsenzorg plaatsvindt die tot de kerntaken van de huisarts behoort.

De zorgverzekeraar faciliteert in het realiseren van en taakherschikking en –delegatie door het delen van goede voorbeelden en ervaringen binnen regio's, door geschikte (domein overstijgende) bekostiging in te regelen en door financiële prikkels toe te passen.

Situatie	Uitvoering	Eindverantwoordelijk
Standaard	Huisarts	Huisarts
Taakherschikking	Praktijk: POH/PVH/VS/PA/DA ² - Wijk: andere aanbieder	Huisarts
Taakdelegatie	Praktijk: POH/PVH/VS/PA/DA ² - Wijk: andere aanbieder	Praktijk: POH/PVH/VS/PA/DA ² - Wijk: andere aanbieder

¹ Taakhaarherschikking- en delegatie zoals gedefinieerd door Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg.

Via: stichtingkoh.nl/taakherschikking/begrippen/begrippen-overzicht-definities

² Praktijkondersteuner Huisartsenzorg, Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg, Verpleegkundig Specialist, Physician Assistant, Doktersassistent

Uiteenzetting thema III

Anders organiseren van zorg

III Versterken van het zorgaanbod

De huisartsenzorg als aantrekkelijke (toekomstige) werkplek

Met de stijgende zorgvraag voor ogen hebben we in de toekomst meer HAZ professionals nodig en met name meer praktijkhouders. Een belangrijk onderdeel hierin is het aantrekkelijk houden van het beroep van huisarts. Volgens het initiatief Zin in Zorg zijn de factoren die het werken in de zorg voor een arts aantrekkelijk maken persoonlijke veerkracht, organisatie van zorg, zingeving en cultuur & welzijn¹. Ruimte om zich te richten op de kerntaken van de huisartsenzorg is hierbij een essentieel onderdeel, wat zowel kan door ondersteuning bij praktijkvoering, versterken van de opleiding als vermindering van administratieve lasten:

- Er is ondersteuning bij de praktijkvoering. Dit kan via initiatieven vanuit regionale organisaties, die gefaciliteerd worden door zorgverzekeraars. Vanuit een ‘gezamenlijke pool’ van personeel en middelen kunnen regio-organisatie kleine en grote praktijken gericht ondersteunen.
- Binnen de opleiding is het van belang dat de praktijkvoering, bedrijfskundige aspecten en de werking van het zorgstelsel goed opgenomen worden, zodat huisartsen beter voorbereid zijn op hun toekomstige verantwoordelijkheden.
- De zorg wordt verder ontregeld en er zullen minder administratieve lasten zijn. Verzekeraars en beroepsgroepen bekijken actief welke administratie weg kan – in lijn met het OntRegel De Zorg programma.

Landelijke spreiding over regio's

Eén van de grote problemen bij de huidige krapte op de arbeidsmarkt is dat er regionaal grote verschillen zijn. Voor de regio's waar de arbeidsmarkt het meest knelt, moet er gekeken worden naar het beter spreiden van huisartsen en patiënten. Hoewel de formele rol van de zorgverzekeraar beperkt is als het gaat om de arbeidsmarkt, zal de zorgverzekeraar vanuit haar verantwoordelijkheid samen met overheid en veldpartijen (waaronder regio-organisatie) zich inzetten om dit te realiseren.

Borgen van beschikbaarheid van ondersteunend personeel

Door de krapte op de arbeidsmarkt is het aanbod van ondersteunend personeel niet toereikend voor de vraag, mede gezien de in potentie grotere rol voor praktijkondersteuning. Daarnaast is praktijkondersteuning niet altijd optimaal te organiseren op praktijkniveau en is er verloop tussen praktijken en sectoren. Inzet op voldoende en duurzame inzetbaarheid van ondersteunend personeel is essentieel.

Regio-organisaties hebben een belangrijke rol om beschikbaarheid van praktijkondersteuning te faciliteren over praktijken heen, ondersteund door de zorgverzekeraar. Daarnaast is stimuleren van opleiding van praktijkondersteuners en verlaging van (financierings-)drempels van belang

Ondersteuning praktijken op de juiste plek

Als er knelpunten zijn die de zorgplicht raken signaleert de regio-organisatie dit en werken de betrokken partijen – de leidende zorgverzekeraar, gemeente, regio-organisatie en betrokken praktijk(en) – samen aan een passende oplossing.

Zorgverzekeraars ondersteunen naast het praktijkhoudersmodel ook alternatieve constructies worden ondersteund. Dit kan – maar hoeft niet – i.s.m. innovatieve partijen, met de randvoorwaarde dat alle partijen zich aansluiten bij regionale samenwerking en standaarden.

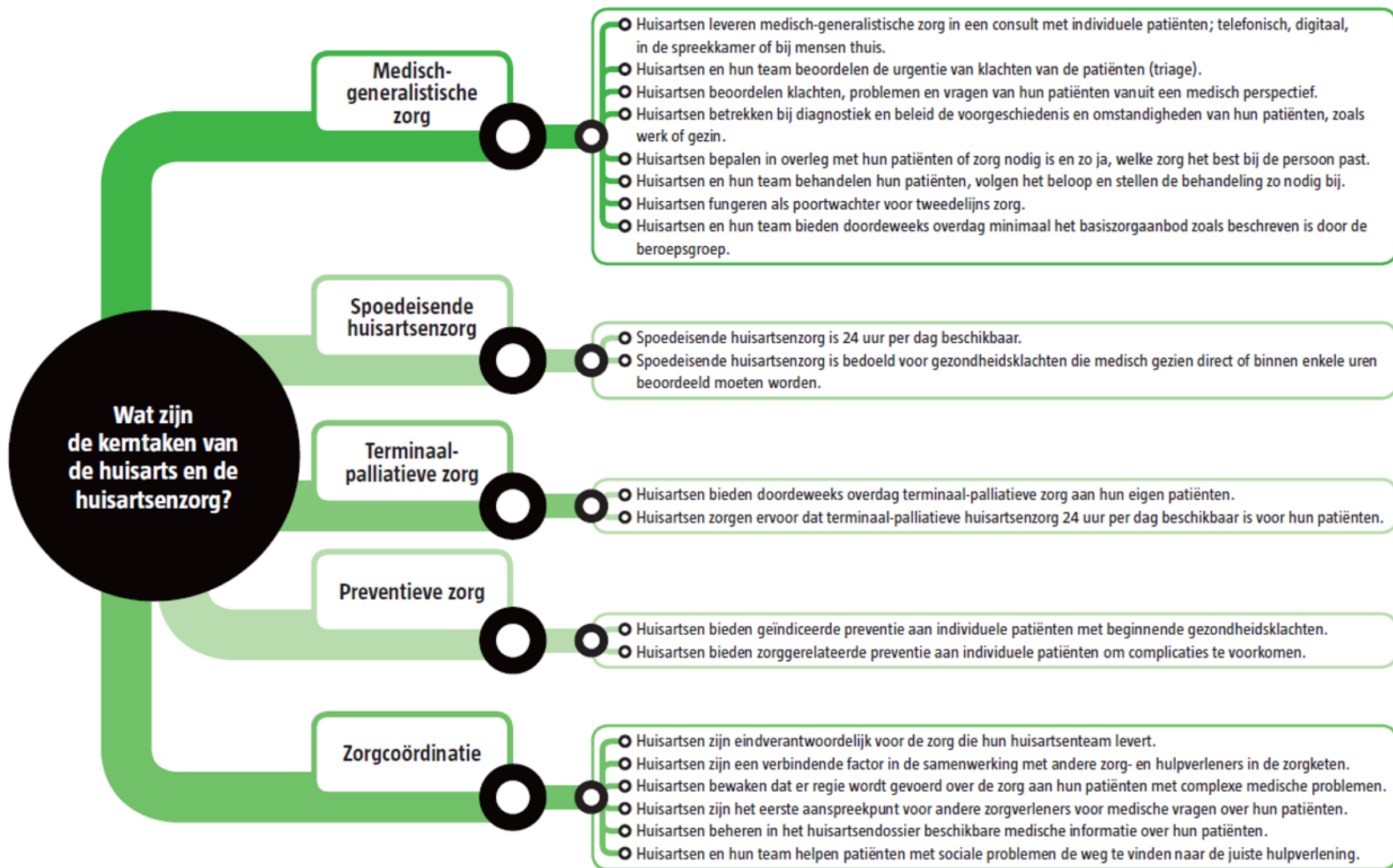


bijlagen

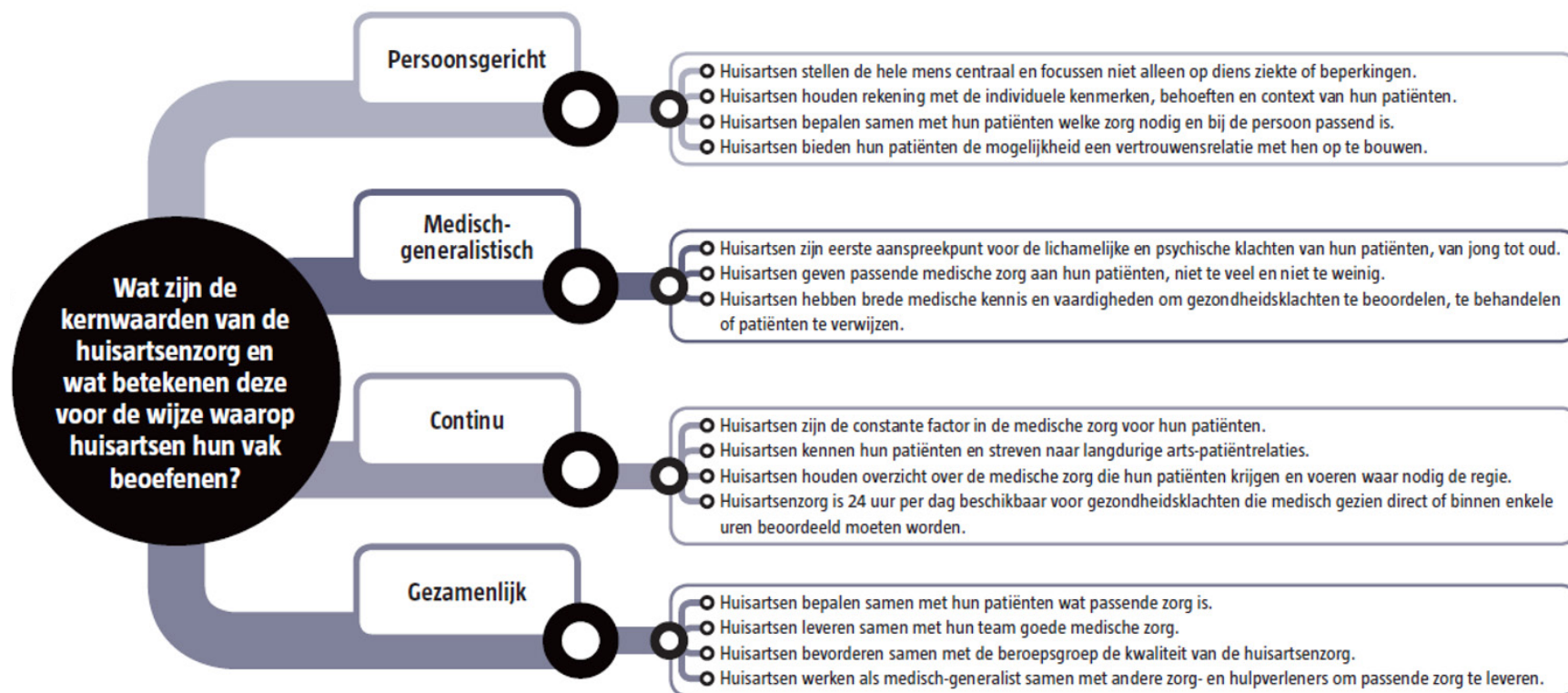
Bijlage 1

Kerntaken en kernwaarden huisartsen o.b.v. Woudschoten
conferentie

Kerntaken Woudschoten conferentie



Kernwaarden Woudschoten conferentie



Bijlage 2

Uiteenzetting congruent gedrag

Samenwerking tussen verzekeraars op de inkoop (1/2)

In de ZN-memo “Duiding samenwerking zorgverzekeraars op de inkoop” (v.2.9 dd 20 juni 2023) is een kader ontwikkeld van de mogelijke samenwerkingsvormen tussen zorgverzekeraars, waarbij is uitgewerkt hoe verschillende samenwerkingsvormen eruit zien, hoe deze aansluiten op de verschillende onderdelen van het zorglandschap en wat de aanleidingen zijn om bepaalde samenwerkingsvormen te hanteren.

Inkoopmodel	Duiding incl. verplichtend karakter	Initiatief voor samenwerking bij...	Verplichtend karakter	Gelijke inhoud	Gelijke prijs	Voorbeelden uit zorginkoop
Individuele zorginkoop = standaard werkwijze	Zorgverzekeraars kopen in onderlinge concurrentie zorg in voor hun eigen verzekerden op basis van eigen beleid en inhoudelijke- en prijsafspraken	N.v.t.	-	-	-	• MSZ • GGZ (behalve acuut) • Fysiotherapie, paramedie • Wijkverpleging
Volgen op inhoud en/of prijs	Een zorgverzekeraar onderhandelt met de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid de andere zorgverzekeraars te vragen de afspraken te volgen, op inhoud en/of prijs. Geen toets aan ACM regelgeving nodig, omdat initiatief bij aanbieders ligt en zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben al dan niet de gemaakte afspraken (gedeeltelijk) te volgen (en hier niet verplicht toe zijn).	Zorgaanbieder	- (wel: moreel appèl)	✓	-/✓	• Ketendementie • Coördinatiefunctie ELV • GLI (voorlopig) • Onplanbare nachtzorg • Huisartsenzorg (segment 3)
Gelijkgerichte zorginkoop op inhoud	Zorgverzekeraars stimuleren op basis van vooraf bestuurlijk geaccordeerde en gepubliceerde afspraken (bijv. een landelijke of ZN-leidraad) en zo nodig geconcretiseerd in specifieke plannen, passend binnen de Mededingingswet, met eigen contractuele afspraken voor eigen verzekerden dezelfde beweging (gelijke richting) voor alle verzekerden van NL.	Landelijke afspraken, zorgaanbieder(s) of zorgverzekeraars	✓ (Bestuurlijk)	Inhoud is niet gelijk, maar eigen contract stimuleert dezelfde beweging	-	• ANW leidraad • MTPV (Meer Tijd voor de Patiënt)

Samenwerking tussen verzekeraars op de inkoop (2/2)

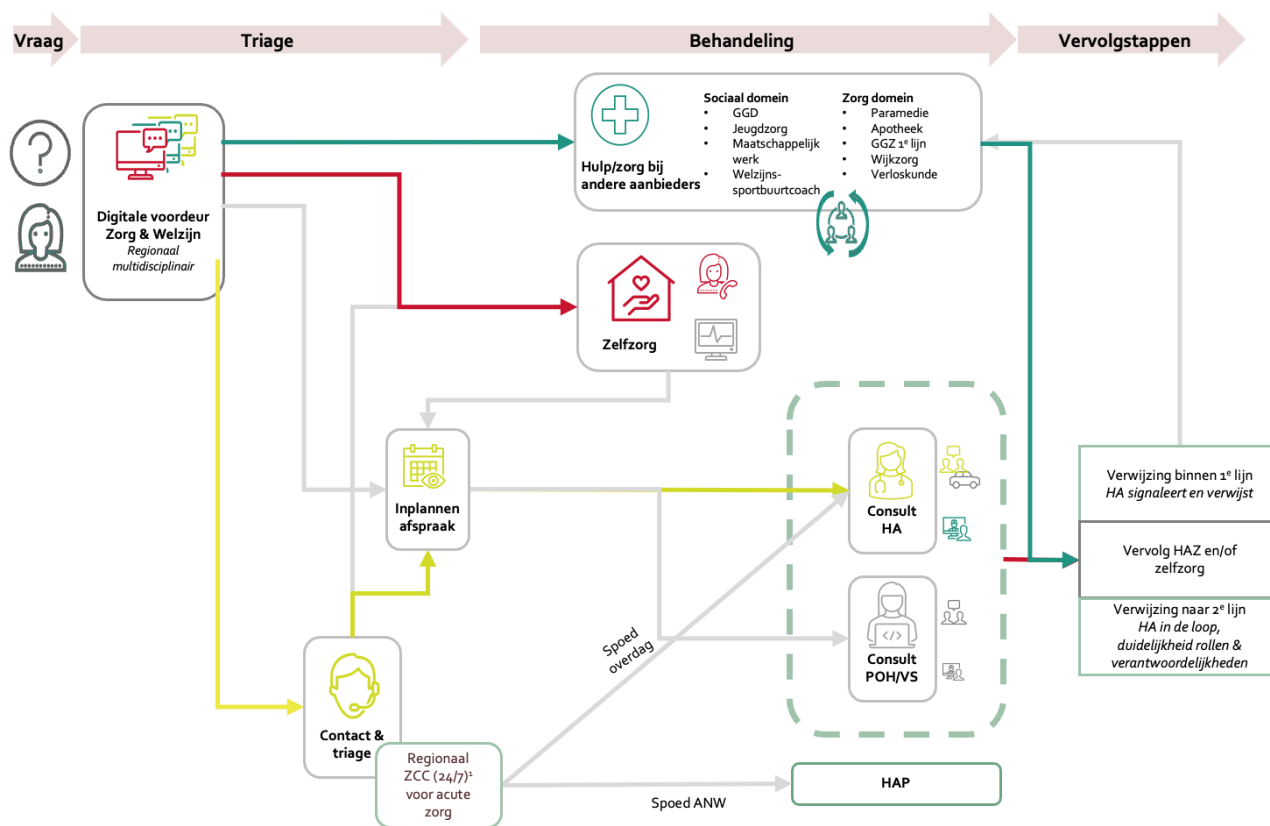
In de ZN-memo “Duiding samenwerking zorgverzekeraars op de inkoop” (v.2.9 dd 20 juni 2023) is een kader ontwikkeld van de mogelijke samenwerkingsvormen tussen zorgverzekeraars, waarbij is uitgewerkt hoe verschillende samenwerkingsvormen eruit zien, hoe deze aansluiten op de verschillende onderdelen van het zorglandschap en wat de aanleidingen zijn om bepaalde samenwerkingsvormen te hanteren.

Inkoopmodel	Duiding incl. verplichtend karakter	Initiatief voor samenwerking bij...	Verplichtend karakter	Gelijke inhoud	Gelijke prijs	Voorbeelden uit zorginkoop
Gelijkgerichte zorginkoop op inhoud en prijs	Idem ‘gelijkgerichte zorginkoop op inhoud’, met dien verstande dat (vaste) tarieven of een lumpsum-tarief noodzaak zijn om de kosten (o.b.v. een vooraf overeengekomen verdeelsleutel) te verdelen (ter voorkoming van free-rider gedrag).	Landelijke afspraken, zorgaanbieder(s) of zorgverzekeraars	✓ (Bestuurlijk)	Inhoud is niet gelijk, maar eigen contract stimuleert dezelfde beweging.	✓	• Inzet tranformatie-middelen • t.b.v. impactvolle zorgtransformaties • Systeemfuncties, zoals consultatiefunctie GGZ voor sociaal domein (per 2024) • Kraamzorg
Collectieve zorginkoop Zvw	Door een gezamenlijke entiteit wordt namens alle zorgverzekeraars zorg ingekocht. Hiervoor is altijd goedkeuring nodig vanuit ACM.	Zorgverzekeraars	✓ (Bestuurlijk)	✓	✓	• Enkele benoemde dure geneesmiddelen • Bepaalde dure hulpmiddelen (bijv. Flash Glucosemeting)
Representatie	Eén of twee zorgverzekeraars kopen de zorg namens alle zorgverzekeraars in. Hiervoor is eerst vastlegging in NZa-regelgeving nodig.	Overheid	✓ (Wettelijk)	✓	✓	• Huisartsenposten (HAP) • Huisartsenzorg (segment 1 & 2) • Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) • Acute GGZ • Farmaceutische spoedzorg • Prinses Maxima centrum

Bijlage 3

Visualisatie huisartsenzorg in de toekomst

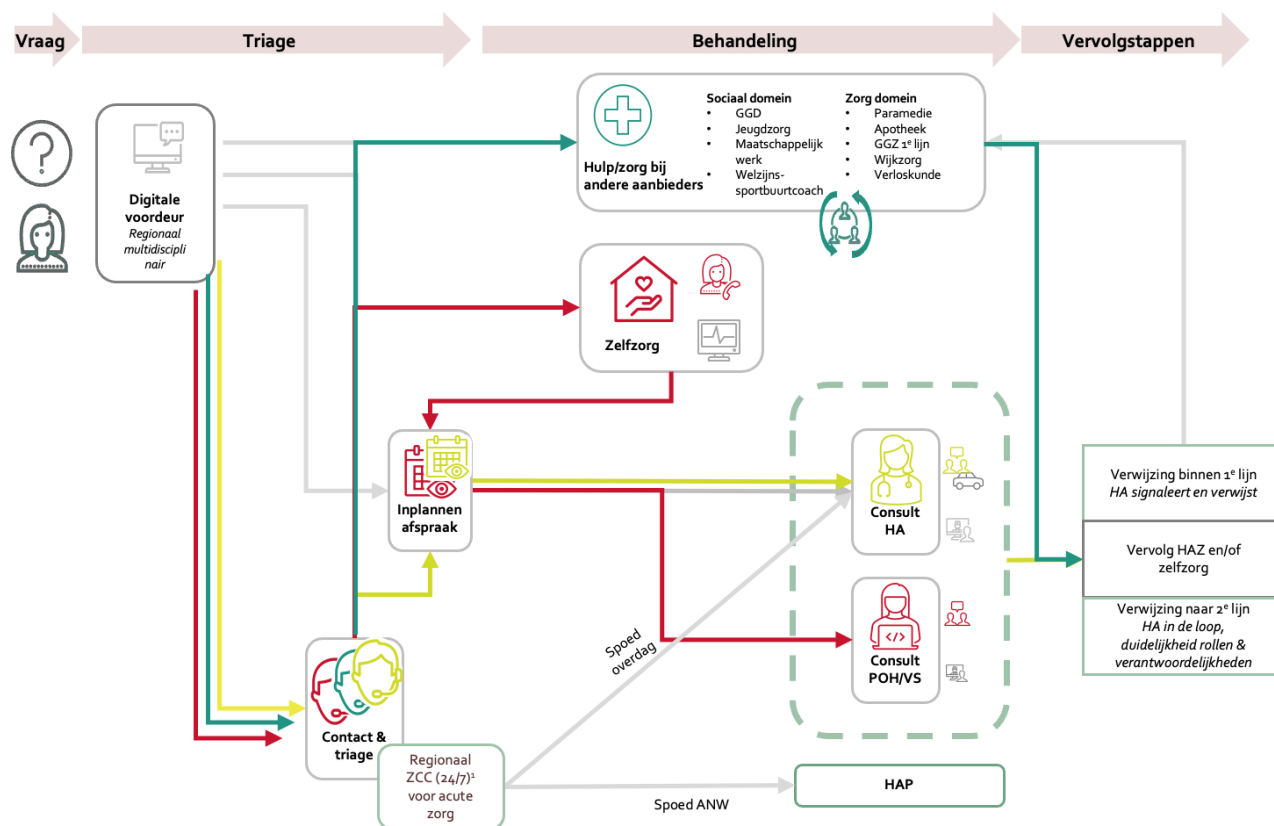
Hoe ziet de HAZ er in 2030 uit vanuit patiëntperspectief?



Niet-kwetsbare verzekerde/patiënt met goede gezondheidsvaardigheden

1. **Patiënt met een eenvoudige zorgvraag** krijgt via digitale voordeur zelfzorg. Bij twijfel schakelt patiënt online met assistent/PA
2. **Patiënt met een niet-huisartsgerelateerde ondersteuningsvraag** komt via digitale voordeur terecht op de juiste plek voor benodigde ondersteuning. Indien HAZ-vraag ontstaat kan de patiënt op basis van multidisciplinair overleg en uitwisseling gegevens bij (online) huisartsenzorg terecht.
3. **Patiënt met een mogelijk complexere huisartsenvraag** krijgt via digitale voordeur contact met assistent die op basis van triage een fysieke afspraak met huisarts van dienst implant

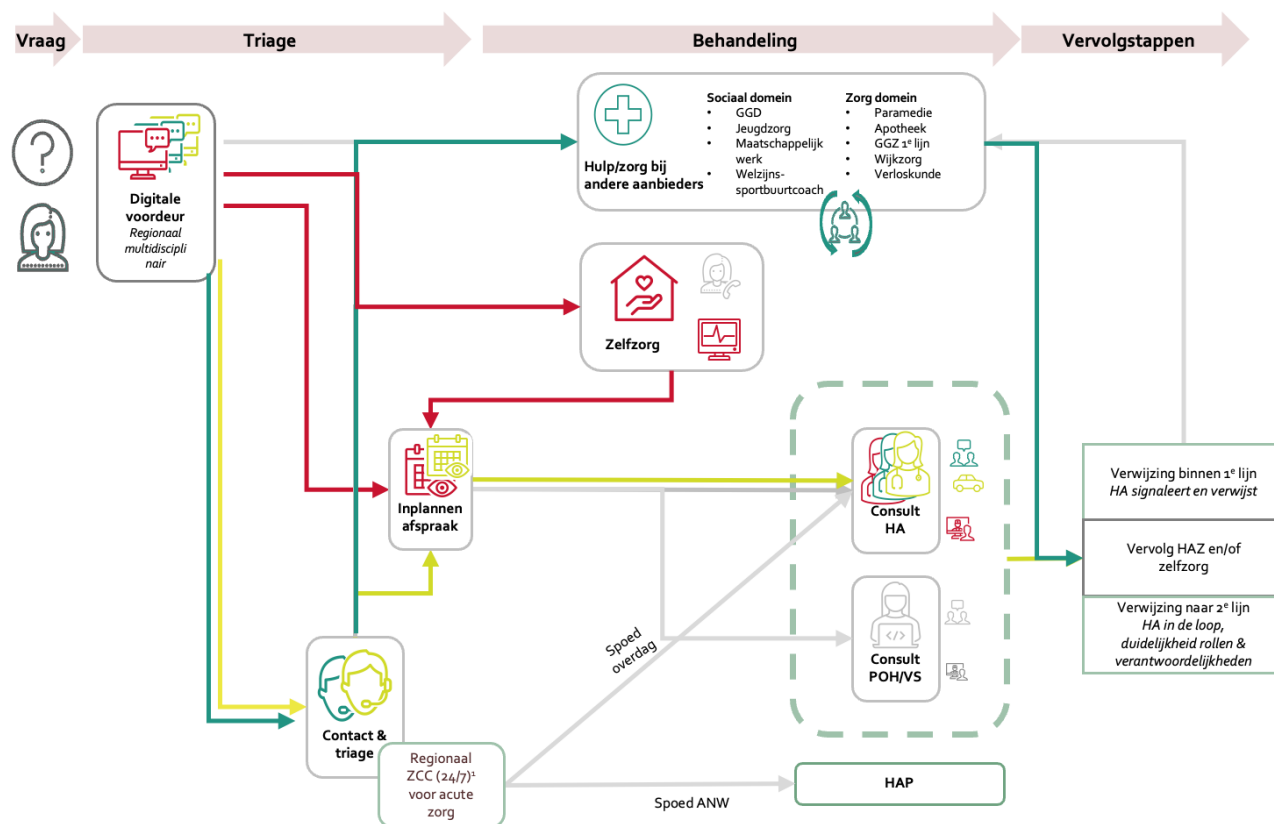
Hoe ziet de HAZ er in 2030 uit vanuit patiëntperspectief?



Sociaal kwetsbare patiënt met lage gezondheids- of taalvaardigheden

1. **Patiënt met een eenvoudige zorgvraag** neemt direct contact op met het nummer van de huisartsenpraktijk. De triagist HAZ / doktersassistent/PA begeleidt patiënt zoveel mogelijk in benodigde zelfzorg. Als patiënt er niet uitkomt wordt een afspraak gemaakt met POH.
2. **Patiënt met een niet huisartsgerelateerde ondersteuningsvraag** neemt direct contact op met huisartsenpraktijk en komt via triagist HAZ bij het juiste loket / andere zorgaanbieder terecht, die hem op basis van inzicht in gegevens kan helpen
3. **Patiënt met een mogelijk complexere huisartsenvraag** neemt direct contact op met huisartsenpraktijk en triagist HAZ plant een fysieke afspraak in met vaste huisarts

Hoe ziet de HAZ er in 2030 uit vanuit patiëntperspectief?



Kwetsbare patiënt met co-morbiditeit en/of chronische ziekte

- Patiënt met een chronische follow-up zorgvraag** kan via digitale voordeur zelfzorgadvies krijgen waar nodig - inclusief inzicht in eigen (meet)gegevens en zelf vervolgafspraak maken met vaste huisarts (waar relevant digitaal).
- Patiënt met een niet huisartsgerelateerde ondersteuningsvraag** komt via digitale voordeur terecht bij triagist HAZ, die patiënt ondersteunt naar juiste aanbieder/loket, die hem op basis van inzicht in gegevens kan helpen. In multidisciplinair overleg kan op basis van inzichten uit systeem afspraak met vaste huisarts worden gemaakt
- Patiënt met een mogelijk complexere huisartsenvraag** neemt direct contact op met huisartsenpraktijk en triagist HAZ plant een fysieke afspraak in met vaste huisarts, waar nodig bij patiënt thuis