

Visie eerstelijnszorg 2030

26-01-2024



Inhoudsopgave

De visie is van...	3	Hoofdstuk 5 - Landelijk zorgen voor passende ondersteuning	27
Voorwoord: de ingezette verandering	4	Hoofdstuk 6 - Hoe we de visie gaan realiseren	30
Hoofdstuk 1 - Waar we voor staan	6	Bijlage 1 - Verklarende woordenlijst	41
Hoofdstuk 2 - Onze doelen voor 2030 en verder	14	Bijlage 2 - Landelijk beleid om het doel dichterbij te brengen	45
Hoofdstuk 3 - Lokale eerste lijn in hechte verbanden	21		
Hoofdstuk 4 - Volwaardig en aanspreekbaar meedoen in de regio	24		



Deze visie is van



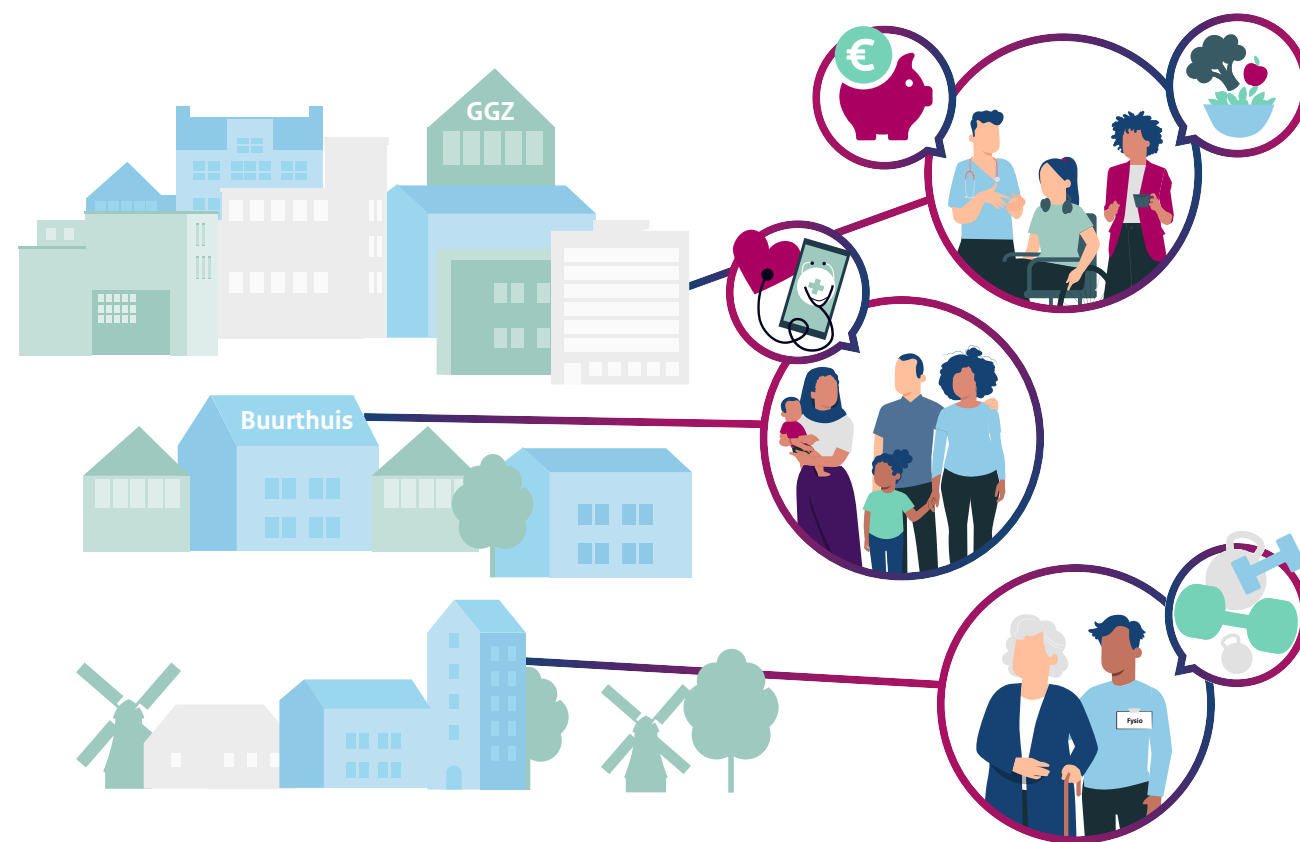
Voorwoord: de ingezette verandering

Gezondheid is een groot goed. Maar gezond zijn is niet vanzelfsprekend. Iedereen krijgt op bepaalde momenten in het leven te maken met vragen over gezondheid en ziekte. En dan is het belangrijk dat je een passend antwoord op die vragen krijgt. Wie je ook bent, waar je ook woont. De eerstelijnszorg speelt daarbij een belangrijke rol. We zijn trots op onze eerste lijn in Nederland. Iedereen kan hier terecht voor vragen over gezondheid, voor zorg of voor verwijzing naar specialisten of juist het sociaal domein. De eerstelijnszorg in Nederland beantwoordt verreweg het grootste deel van de zorgvragen en draagt zo bij aan een krachtige én betaalbare gezondheidszorg. De zorg van onder meer huisartsen, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, arts verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde is van levensbelang.

De betekenis van de eerstelijnszorg voor de samenleving is beschreven door de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.¹ De kernwaarden die de Raad daarbij beschrijft zijn persoonsgerichtheid, continuïteit, integraliteit, samenhang en populatiegerichtheid vanuit een generalistisch fundament. Vanuit deze kernwaarden kan de eerstelijnszorg een laagdrempelig eerste aanspreekpunt zijn en passende zorg dichtbij huis leveren.

Maar een goede eerstelijnszorg is niet vanzelfsprekend. De vergrijzing van de Nederlandse bevolking, de groeiende zorgvraag en de tekorten aan personeel zetten de zorg onder druk. Ook in de eerste lijnszorg en het sociaal domein. Mensen hebben nu al moeite om bijvoorbeeld tijdig wijkverpleging te krijgen en steeds meer huisartsenpraktijken hebben een patiëntenstop. Ondanks de enorme inzet van de zorgverleners zelf.

We staan voor de grote opgave om de eerstelijnszorg toegankelijk te houden voor mensen die dat nodig hebben en deze goed aan te sluiten op het sociaal domein. Daarvoor moeten we allemaal aan de slag. Deze gezamenlijke visie op eerstelijnszorg gaat ons daarbij helpen. We nemen samen de verantwoordelijkheid om de eerstelijnszorg vanuit haar kernwaarden te organiseren en te innoveren. We werken daarvoor samen en stappen over onze eigen schaduw heen. Van deelbelangen naar gedeeld belang. Op weg naar een toekomstbestendige eerstelijnszorg die midden in de samenleving staat, waar zorgverleners met plezier werken en waar juist de mensen in de meest kwetsbare situatie de beste toegang hebben.



¹ De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg
<https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde>

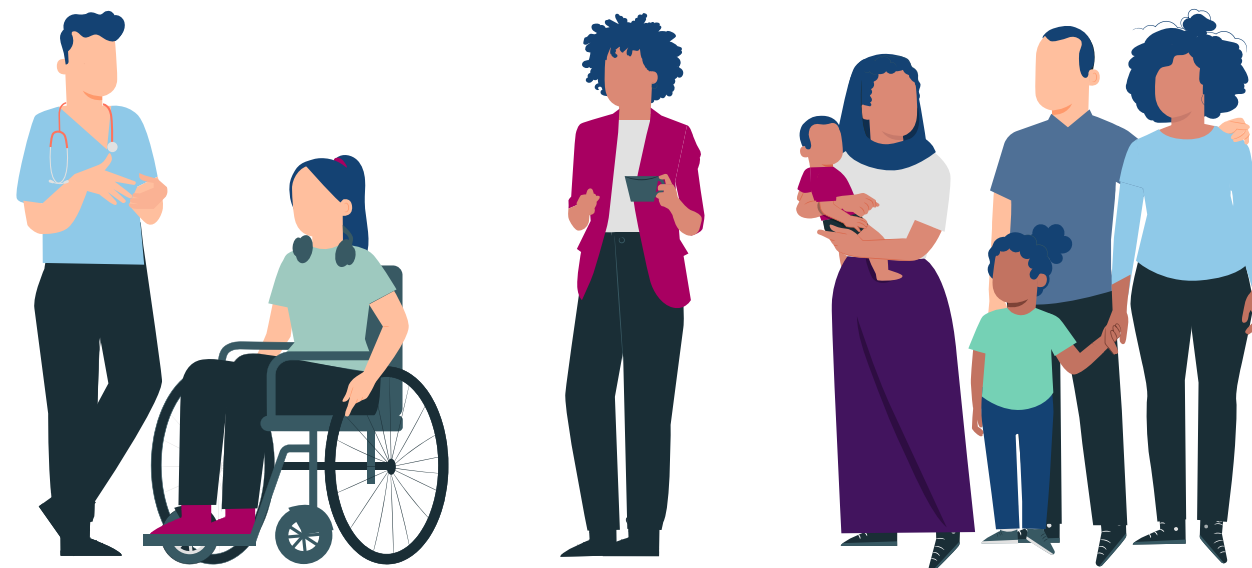
In deze visie beschrijven we een aantal doelen waarmee we aan de slag gaan om te komen tot een sterkere eerstelijnszorg. En we beschrijven wat daarvoor nodig is en wie we daarbij nodig hebben. Op deze manier nemen we allemaal onze verantwoordelijkheid voor het toegankelijk houden van eerstelijnszorg voor iedereen die dat nodig heeft.

Wat gaan mensen in Nederland daarvan merken?

- Mensen die dat nodig hebben krijgen eerstelijnszorg die beter past bij hun persoonlijke situatie en bijdraagt aan hun kwaliteit van leven. Daarbij zullen zij ervaren dat ze minder gefragmenteerde antwoorden krijgen door betere samenwerking in wijk of dorp. Een vaste kern van zorg- en hulpverleners zorgt voor samenhangende, continue en persoonsgerichte zorg en ondersteuning voor mensen die dat nodig hebben. Niet voor iedere vraag over gezondheid is een (fysiek) bezoek aan eerstelijnszorgverleners nodig. Dat betekent dat mensen zullen merken dat zij voor het antwoord op hun vraag minder vaak direct contact met een zorgverlener hoeven te hebben. Bijvoorbeeld omdat zij via websites als Thuisarts.nl en apotheek.nl of door online vragenlijsten in te vullen al goed advies hebben gekregen. Als een fysiek bezoek nodig is, blijft deze zorg voor iedereen toegankelijk. Ook voor mensen in kwetsbare situaties, die anders vaak als eerste toegangsdrempels zouden ervaren.
- Eerstelijnszorgverleners kunnen zich meer focussen op de kern van hun werkzaamheden, met meer werkplezier. Mensen die bij hen komen hebben hun zorg echt nodig en zijn beter voorbereid. Zorgverleners ervaren een betere verbinding met de professionals uit het sociaal domein. Er is meer onderling vertrouwen en daarmee ontstaat vermindering van regeldruk en administratieve lasten. Ook worden zorgverleners optimaal ondersteund door betere organisatie van de zorg en betere samenwerking in regio, dorp of wijk. Ze krijgen waar nodig hulp bij onder meer praktijkmanagement en ICT-zaken. Zo zijn ze minder tijd kwijt met randzaken. Tijd die ten goede komt aan het verlenen van zorg.

- Bij deze verandering worden zorgverleners, zorgaanbieders en (regionale) organisaties ondersteund door de landelijke overheid met bekostiging en regelgeving die bijdraagt aan de doelen uit de visie. Ook de zorgverzekeraars moeten vanuit hun rol aan de bak voor een sterke eerstelijnszorg om hun zorgplicht te kunnen blijven waarmaken. Hun inkoopbeleid is in lijn met de kernwaarden van de eerstelijnszorg en de doelen uit de visie.

Deze visie is een mijlpaal. Iedereen beseft dat we gezamenlijk aan de slag moeten om de eerstelijnszorg op een mensgerichte manier houdbaar en duurzaam te maken. De visie ligt er. Nu gaan we met elkaar aan de slag om deze uit te voeren.



1 Waar we voor staan



Hoofdboodschap

De urgentie

De zorgvraag neemt sterker toe dan het zorgaanbod. Bij ongewijzigd beleid zijn er te weinig professionals om zorg en ondersteuning te verlenen waardoor de toegankelijkheid en continuïteit van de eerstelijnszorg² niet langer vanzelfsprekend is.

Onze visie

De eerstelijnszorg is in 2030 toegankelijk voor alle burgers die zorg nodig hebben, en draagt bij aan gelijke kansen op goede gezondheid voor iedereen.



² Dit document is gericht op de eerstelijnszorg waaronder in deze visie wordt verstaan huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapie, logopedie, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

Onze missie

Wij, partijen van de eerstelijnszorg, nemen de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en continuïteit van eerstelijnszorg te waarborgen. Hierbij hebben we oog voor het behouden van de kwaliteit van de zorg. We werken krachtig samen aan het vernieuwen van de eerste lijn³ en versterken de organisatie ervan. Zodat de eerstelijnszorg in 2030 is gebaseerd op de principes van passende zorg, waarbij beschikbare capaciteit en middelen op de beste en meest doelmatige manier worden ingezet.

³ Daar waar we spreken over de eerste lijn bedoelen we naast de eerstelijnszorg ook dat deel van het sociaal domein dat inwoners met een hulpvraag ondersteunt, omdat zij essentieel zijn in het ondersteunen van burgers met een hulpvraag die buiten de eerstelijnszorg ligt en daarmee met het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg. Het gaat dan om sociaal domein professionals, waaronder sociaal werk, een algemene term voor verschillende functies in het sociaal domein, zoals leden van wijkteams, sociaal-maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, cliëntondersteuners, persoonlijk begeleiders, schuldhulpverleners, bijstandsconsulenten. In elke gemeente is het sociaal domein anders georganiseerd en zijn er veel medewerkers actief op vrijwel alle leefgebieden. Samenwerking tussen sociaal domein en de eerstelijnszorg is altijd passend bij de lokale situatie en infrastructuur.

Wat we fundamenteel anders gaan doen:

1. We verminderen de ontstane ongewenste druk op de eerstelijnszorg.
2. We zorgen ervoor dat burgers beter worden voorbereid op en toegeleid naar de eerste lijn.
3. We bieden passende eerstelijnszorg met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar van meerwaarde digitaal ondersteund.
4. We benutten de capaciteit binnen de eerstelijnszorg beter; waar nodig organiseren we taken anders.
5. We realiseren hechte samenwerking tussen professionals in wijken/dorpen, zodat er proactief kan worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen en knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn in de wijk.
6. a. We zorgen voor goede aanspreekbaarheid van de eerstelijnszorg in de regio.
b. We verbeteren de samenwerking met het sociaal domein, de tweede- en derdelijnszorg, en langdurige zorg.
c. We realiseren een 24/7 infrastructuur voor de eerstelijnszorg voor crisissituaties.

Wat betekent dit voor inwoners en zorgprofessionals?



Ons commitment en onze inzet

Wij, partijen van de eerstelijnszorg, nemen de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en continuïteit van eerstelijnszorg te waarborgen. Als collectief van landelijke partijen van de Kerngroep⁴ zetten we ons daarom gezamenlijk in om onze missie vorm te geven en de doelen te behalen.

Als afzonderlijke partijen committeren we ons aan deze visie. We nemen ieder onze verantwoordelijkheid zodat:

- Burgers bij de doorontwikkeling van eerstelijnszorg worden betrokken, en (waar mogelijk) worden gestimuleerd tot meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, meer regie en zelfmanagement;
- Professionals een bijdrage leveren aan de benodigde vernieuwing; o.a. doordat ze in staat zijn (discipline overstijgend) met elkaar samen te werken en de schaarse capaciteit te verdelen;

- Vertegenwoordigers van alle eerstelijnsdisciplines volwaardig kunnen participeren in regionale samenwerkingsverbanden;
- Beroeps- en brancheverenigingen zorgen dat hun achterbannen zich organiseren op regionaal niveau, wat gemandateerde afvaardiging naar de regionale eerstelijns-samenwerkingsverbanden mogelijk maakt;
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de implementatie van de visie op wijk- en regioniveau gelijkgericht handelen. Zorgverzekeraar(s) zullen, afhankelijk van de gekozen vorm van de samenwerking, daarop aansluiten met passende (volgende of gelijkgerichte) contractering van het eerstelijns-samenwerkingsverband. Waar van toepassing vertalen zorgverzekeraars regionale afspraken door in de individuele contractering van zorgaanbieders. Uiteraard blijft afzonderlijke individuele contractering mogelijk in de eerstelijnszorg. Zij handelen hierbij met het belang van patiënten voorop, vanuit principes van gelijkwaardigheid, continuïteit en vertrouwen, waarbij dit leidt tot minder onnodige administratieve lasten en passende verantwoordingseisen;

- Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten zorgen voor gelijkgericht beleid in de regio;
- Gemeenten op regionaal niveau een overlegpartner zijn voor de regionale structuren en dat op lokaal niveau de sociaal domein professional, waaronder sociaal werk, onderdeel uitmaakt van de lokale structuren;
- De Rijksoverheid – in samenspraak met zorgverzekeraars en gemeenten – passende kaders biedt waarbinnen de beweging kan plaatsvinden, zowel landelijk, regionaal als lokaal. Dit betekent in elk geval dat; er blijvend aandacht is voor het behoud en aantrekken van zorgprofessionals en professionals in het sociaal domein, het stimuleren van praktijkhouderschap, het terugdringen van administratieve lasten, de regeldruk en verantwoordingseisen en het wegnemen van belemmeringen om samen te werken, in de regio en wijk én met aanpalende sectoren.

⁴ Partijen uit de Kerngroep: Actiz, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NVAVG, Paramedisch Platform Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Sociaal Werk Nederland, Verenso, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Als toehoorders betrokken bij de Kerngroep: NZa, Zorginstituut Nederland (ZINL), ZonMw, en IGJ.

Waar we voor staan



Streven naar een vitale samenleving, met gelijke kansen op goede gezondheid

In een welvarend land als Nederland moet iedereen gelijke kansen hebben om veilig op te groeien, een betekenisvol leven te leiden, een onbezorgde oude dag te genieten en zich in alle levensfasen onderdeel te voelen van de samenleving. Hoe we onze gezondheid ervaren is van veel meer dingen afhankelijk dan van de aan- of afwezigheid van ziekte. Gezond zijn betekent ook dat je je leven zinvol vindt, een goede levenskwaliteit ervaart en actief kunt meedoen in de samenleving.

Sociale en economische factoren, evenals de omgeving waarin we leven, hebben een grote invloed op onze gezondheid. Denk aan de mate waarin mensen kunnen rondkomen, hoe aantrekkelijk het is om gezonde (leefstijl)keuzes te maken, hoe we onze fysieke omgeving inrichten, ons onderwijs, hoe de overheid burgers in kwetsbare posities bejegt, of er ruimte is

om jezelf te zijn, of je waar nodig voor anderen kunt zorgen. Keuzes die we als samenleving daarin maken, zijn in hoge mate bepalend voor hoe gezond mensen zijn en dus ook voor hoeveel zorg en ondersteuning nodig is.

Iedereen heeft op enig moment in zijn of haar leven zorg of ondersteuning nodig. Gelijke kansen bieden op goede gezondheid vraagt dat die zorg toegankelijk en van goede kwaliteit is, en waar mogelijk aansluit op de veerkracht van mensen en de gemeenschappen waarin zij leven. De eerste lijn speelt daarin een belangrijke en onmisbare rol.

De eerste lijn heeft een cruciale rol in het bevorderen van de gezondheid

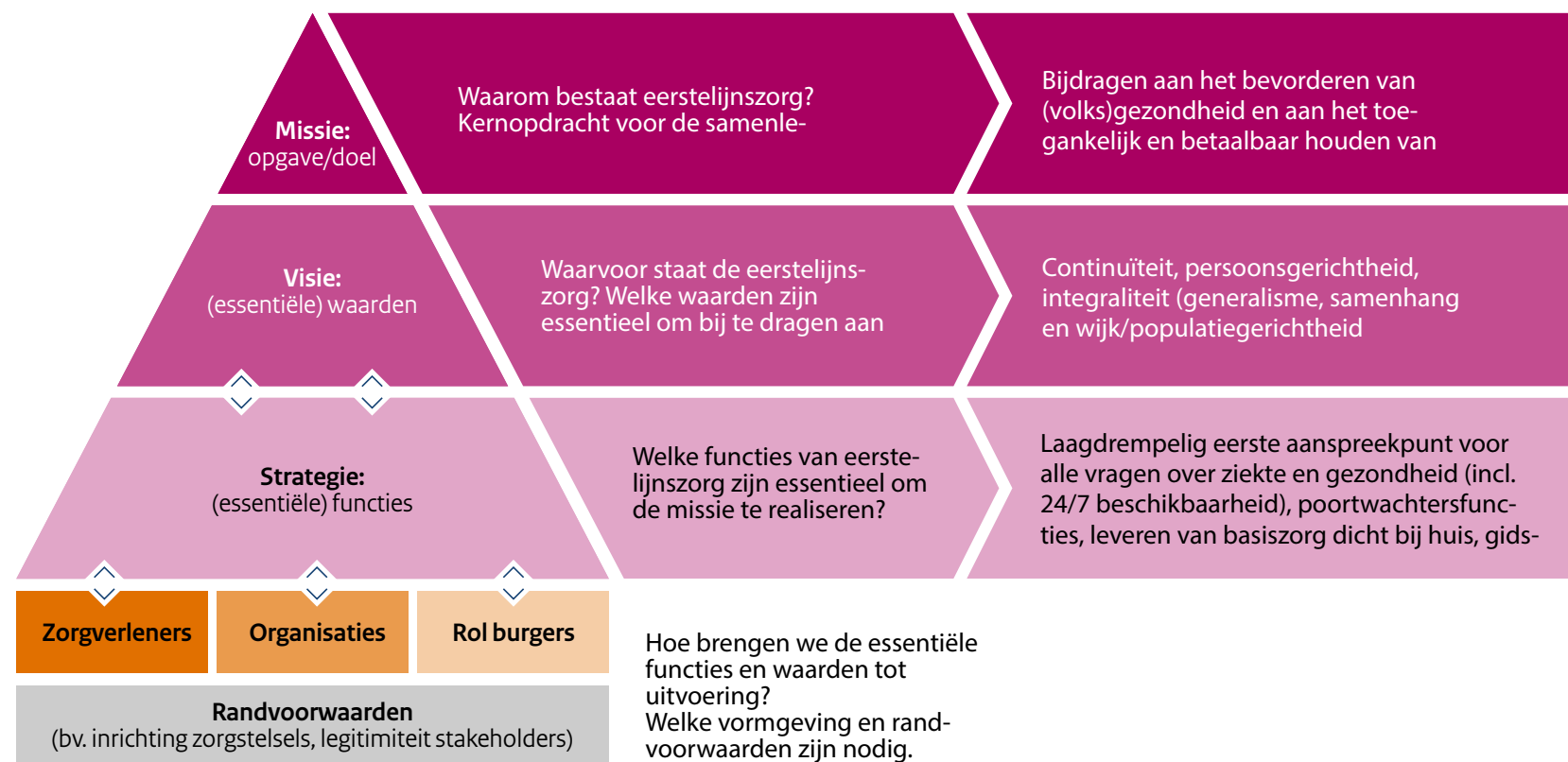
De eerstelijnszorg in Nederland is van hoog niveau. De kracht ervan schuilt in het laagdrempelige, generalistische en integrale karakter ervan. Samen met de continuïteit die de eerstelijnszorg kan bieden, zijn de diverse generalistische professionals in de eerstelijnszorg bij uitstek in staat om de context van de burger te betrekken. En van daaruit aandacht te geven aan de lichamelijke, psychische en sociale factoren die van invloed zijn op iemands welzijn en gezondheid. Tevens zijn zij in de positie om te bepalen óf en zo ja, welke zorg passend is, of dat er eventueel hulp of ondersteuning nodig is. Dit doen zij op basis van kennis over bijvoorbeeld de levensloop, achtergrond en behoeften van de patiënt en beschikbare alternatieven voor

zorg en ondersteuning. De eerstelijnszorg behandelt een groot deel van de gezondheidsvragen zelf en heeft in het zorgstelsel zowel een preventieve, als een behandelende en een begeleidende rol. De laagdrempelige beschikbaarheid van de eerstelijnszorg waarbij er snel contact kan zijn, is daarin erg belangrijk voor deze functie.

Deze kenmerken samen maken van de eerste lijn een cruciale voorziening om de volksgezondheid te bevorderen, nu en in de toekomst.

Dit document is gericht op de eerstelijnszorg doorgaans bestaande uit huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapie, logopedie, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

Daar waar we spreken over de **eerste lijn** bedoelen we naast de eerstelijnszorg ook sociaal domein professionals waaronder sociaal werk, omdat zij essentieel zijn in het ondersteunen van burgers met een hulpvraag die buiten de eerstelijnszorg ligt en daarmee met het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg.



Figuur 1 Doelen, waarden en functies van eerstelijnszorg vanuit samenlevingsperspectief volgens de Raad (RVS, 2023)

Maatschappelijke ontwikkelingen zetten de eerste lijn onder druk

Net als andere sectoren heeft ook de eerste lijn te maken met maatschappelijke ontwikkelingen die de houdbaarheid ervan onder druk zetten. Bij ongewijzigd beleid is de toegankelijkheid en continuïteit van de eerste lijn niet langer vanzelfsprekend.

Een toenemende zorgvraag bij een teruglopende zorgcapaciteit.

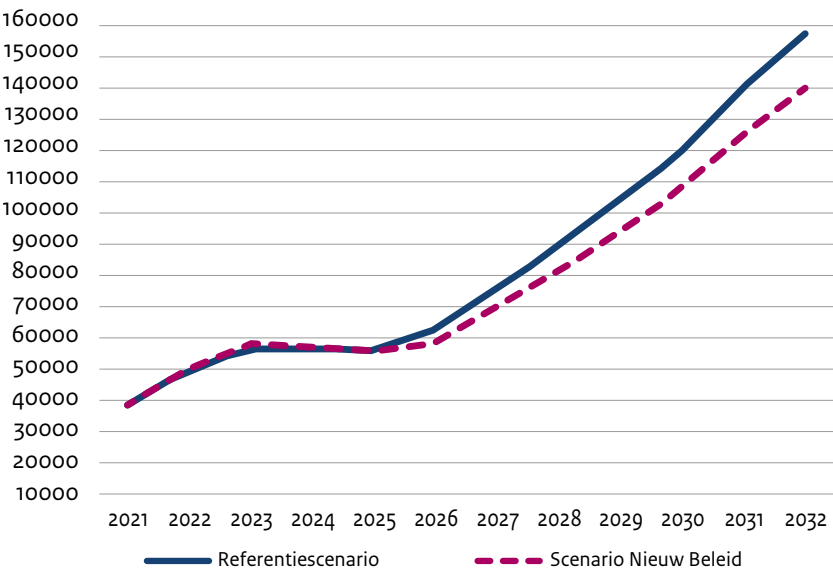
De zorgvraag neemt toe, als gevolg van vergrijzing, meer mogelijkheden om te behandelen en toenemende eisen en verwachtingen. Personeelsschaarste is landelijk een groot knelpunt, ook in de zorg, en dat zal de komende tijd nog meer worden. Figuur 2 toont de prognose voor het personeelstekort in de zorg- en welzijnssector. Toenemende tekorten – die ook nu al in delen van de eerstelijnszorg zichtbaar zijn – leiden tot risico's op hogere werkdruk en minder werkplezier, en kunnen de uitstroom van personeel verder vergroten.

Gegeven die schaarste zal in de hele keten van zorg, hulp en ondersteuning scherper moeten worden afgewogen waar zorg en ondersteuning het meeste nodig is, wat we onder 'passende zorg' verstaan, in hoeverre de inzet van mensen en middelen in verhouding staat tot meerwaarde voor de inwoner en wat we van partijen buiten de zorg en burgers mogen verwachten. Alleen zo kunnen we de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg overeind houden.

Specifiek voor de eerstelijnszorg geldt dat deze een belangrijke rol kan innemen bij het toepassen van passende zorg, door samen met patiënten te bepalen wat nodig is, meer nadruk te leggen op gezondheid en zo onnodig beroep op zorg te voorkomen.

Stagnerende door- en uitstroom legt extra druk op de eerste lijn.

Sterker dan andere sectoren in de zorg wordt de eerste lijn belast als er problemen zijn om mensen die dat nodig hebben zorg te bieden. In de verpleeghuiszorg, de (specialistische) GGZ, het sociaal domein en delen van de medisch specialistische zorg (MSZ) leiden wachtlijsten, personeelstekorten en beleidsontwikkelingen tot toenemende werkdruk. Omdat de eerste lijn (en zeker de huisartsenzorg, de wijkverpleging en het sociaal domein waaronder sociaal werk) voor veel mensen het eerste aanspreekpunt is, en direct verbonden is met deze sectoren is er sprake van een ‘waterbedeffect’. Knelpunten in door- en uitstroom leiden tot extra werkzaamheden voor de eerste lijn; bovendien kan het uitblijven van tijdige en juiste hulp leiden tot extra verslechtering van de situatie van burgers/patiënten en hun omgeving.



Figuur 2 Verwacht arbeidsmarkttekort zorg en welzijn (exclusief kinderopvang)

Belemmeringen voor anders werken en samenwerking tussen en binnen sectoren.

Er is meer ruimte nodig om oplossingen te vinden bij patiënten zelf, in hun netwerk, door zorg anders in te richten en/of oplossing buiten de zorg te vinden⁵. Op dit moment wordt het bieden en organiseren van ‘passende zorg’ in de lokale context nog onvoldoende gestimuleerd. Bekostiging vindt vaak plaats

per activiteit of consult en soms via abonnementen en groepsfinanciering. Zorgaanbieders worden geacht ook met elkaar te concurreren. Contractering vindt vooral per (mono) discipline plaats, vanuit verschillende wetten en (budgettaire) kaders.

Hoe we de eerste lijn organiseren speelt een rol bij het toegankelijk houden van zorg en ondersteuning. Binnen de eerste lijn zijn lokaal vaak veel partijen actief, die wisselend zijn georganiseerd. Hierdoor kennen professionals elkaar niet altijd voldoende en weten elkaar niet goed te vinden bij hulpvragen van burgers. Het ontbreken van vaste aanspreekpunten, personele wisselingen en verschillen in de manier waarop niet-patiëntgebonden tijd wordt vergoed, maken het ingewikkelder om op lokaal niveau goed samen te werken.

Op regionaal niveau zien we grote verschillen in de mate waarin eerstelijnszorgaanbieders aanspreekbaar zijn voor het maken van afspraken. Dat belemmert de eerstelijnszorg om met voldoende gezag en mandaat mee te praten met beleidsontwikkelingen, een stevige partner te zijn voor andere partijen en goede samenwerkingsafspraken te maken in de regio.

⁵ Waarbij een extra complicatie is dat er minder alternatieven voor zorg in de informele sfeer beschikbaar zijn. Zie o.a.: In 2040 meer mantelzorg van ouderen voor andere ouderen | Nieuwsbericht | Sociaal en Cultureel Planbureau (scp.nl)

Als eerstelijnszorg nemen we onze verantwoordelijkheid

Wij, partijen van de eerstelijnszorg, nemen de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en continuïteit van eerstelijnszorg te waarborgen.

Als collectief van landelijke partijen⁶ zetten we ons in voor een sterke, aanspreekbare en hecht georganiseerde eerstelijnszorg. Die zichzelf blijft vernieuwen, effectief samenwerkt en afspraken maakt met partners in het sociaal domein, de tweedelijns- en derdelijnszorg en langdurige zorg, en vanuit haar rol een bijdrage levert aan gelijke kansen op goede gezondheid.

Met deze visie bouwen we voort op de uitgangspunten van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en sluiten we aan bij de uitwerking van de andere IZA-thema's, en bij andere integrale afspraken zoals het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), het Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) en de Nationale Dementiestrategie 2021-2030.

⁶ Partijen uit de Kerngroep: Actiz, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NVAVG, Paramedisch Platform Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Sociaal Werk Nederland, Verenso, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Als toehoorders betrokken bij de Kerngroep: NZa, Zorginstituut Nederland (ZINL), ZonMw, en IGJ.



Er zijn heel veel zaken van invloed is op de gezondheid en dus ook hoeveel mensen er binnen komen bij de eerstelijnszorg. Dit is afhankelijk van onderwijs, mobiliteit, gezonde keuzes toegankelijk maken en luchtkwaliteit.

DE KERN VAN ONZE VISIE

Onze visie

De eerstelijnszorg is in 2030 toegankelijk voor alle burgers die zorg nodig hebben, en draagt bij aan gelijke kansen op goede gezondheid voor iedereen.

Onze missie

Wij, partijen van de eerstelijnszorg, nemen de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en continuïteit van eerstelijnszorg te waarborgen. Hierbij hebben we oog voor het behouden van de kwaliteit van de zorg.

De komende jaren zetten we in op **zes doelen**.

In 2030:

1. is de ontstane ongewenste druk op de eerstelijnszorg substantieel teruggedrongen.
2. zijn patiënten beter voorbereid op en toegeleid naar de eerste lijn.
3. wordt meer dan nu passende eerstelijnszorg geboden met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar mogelijk digitaal ondersteund.
4. wordt binnen de eerstelijnszorg capaciteit beter benut en waar nodig worden taken optimaler georganiseerd.
5. wordt er binnen de eerste lijn in de wijk hecht samengewerkt tussen professionals zodat er proactief kan worden

ingespeeld op de gezondheidsproblemen en knelpunten in het aanbod van zorg en welzijn in een wijk.

6. a. is de eerstelijnszorg in de regio aanspreekbaar
- b. is de samenwerking met partijen in het sociaal domein, de tweede- en derdelijnszorg en langdurige zorg op een niveau dat bijdraagt aan het oplossen van problemen in de hele keten.
- c. is in de eerstelijnszorg 24/7 de infrastructuur in de acute zorgketen voor crisissituaties goed afgestemd en verbeterd.

Om krachtig te kunnen vernieuwen is een **sterkere organisatie van de eerste lijn** nodig. Daarom vergroten we de mogelijkheden voor duurzame samenwerking: binnen de eerste lijn, tussen de eerste lijn en andere domeinen en tussen de eerste lijn en haar financiers. We beperken waar nodig de focus op concurrentie⁷; we zien voor ons dat samenwerking en contractering meer dan nu gebaseerd zijn op continuïteit, wederzijds vertrouwen en een perspectief op de langere termijn.

Concreet betekent dit dat professionals in 2030 in de wijk of in het dorp in *hechte wijkverbanden* samenwerken. Kernspelers van de hechte wijkverbanden, met daarin in elk geval de huisarts,

⁷ Zie IZA onderdeel J p98: "Het grootste deel van de zorg binnen de Zorgverzekeringswet wordt concurrentieel ingekocht en individueel gecontracteerd. Dat is en blijft het uitgangspunt binnen ons zorgstelsel. In dit hoofdstuk ligt de nadruk echter op gelijkgerichtheid in contractering bij de impactvolle transformaties naar passende zorg, omdat hier in het kader van het IZA nieuwe afspraken over worden gemaakt."

wijkverpleegkundige, sociaal domein professional waaronder sociaal werk en apotheker, hebben korte lijnen met elkaar, en kunnen inspelen op de specifieke behoefte van burgers en samen werken aan vernieuwing en preventie.

Ook betekent dit dat in 2030 in elke regio een *eerstelijnsamenwerkingsverband* actief is, dat de diverse disciplines van de eerstelijnszorg vertegenwoordigt en ontzorgt. Het eerstelijnsamenwerkingsverband kan met mandaat en draagvlak vanuit de respectievelijke achterban optreden en wordt door professionals gezien als hun vertegenwoordiger. Via het verband worden duurzame afspraken gemaakt met verzekeraars, gemeenten en andere zorgdomeinen over de organisatie, infrastructuur en activiteiten die nodig zijn om de eerstelijnszorg duurzaam toegankelijk te houden en te versterken.

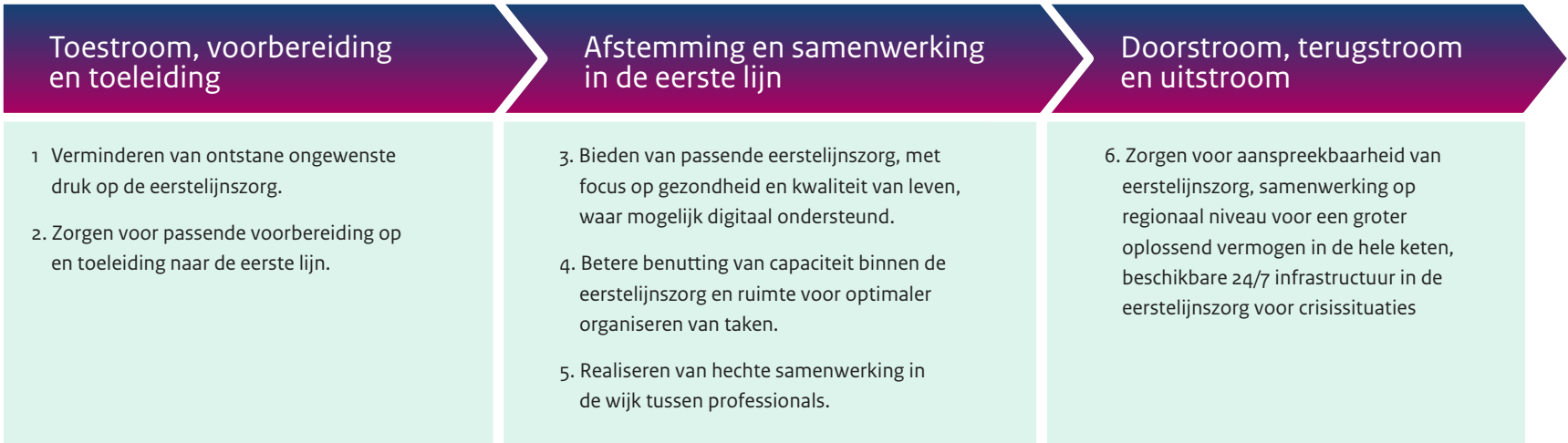
Bovenstaande ontwikkelingen worden gesteund door zorgverzekeraars, gemeenten en door landelijk beleid gericht op het blijvend inzetten op; het behoud en aantrekken van zorgprofessionals, het terugdringen van administratieve lasten, het wegnemen van belemmeringen om samen te werken ten behoeve van de patiënten en het versterken van de sociale basis en aandacht voor mensen in de meest kwetsbare posities.

2

Onze doelen voor 2030 en verder



Onze doelen voor 2030 en verder



Figuur 3 Doelen visie eerstelijnszorg

De komende jaren zetten we in op transformatie van de zorg en ondersteuning in de eerste lijn. Waar we naar toewerken, beschrijven we aan de hand van **zes doelen**.

Doel 1: Verminderen van ontstane ongewenste druk op de eerstelijnszorg

Een deel van de hulpvragen van burgers hoort niet thuis in de eerstelijnszorg. Deze hulpvragen kunnen deels door burgers zelf worden opgepakt, met betere voorbereiding en informele hulp dan wel formele ondersteuning vanuit het sociaal domein. We werken toe naar de situatie in 2030 waarin burgers (waar mogelijk) eigen regie en eigen initiatief nemen om met inzet

van (digitale) hulpmiddelen en een sterk sociaal netwerk zo lang mogelijk zelfredzaam te zijn.

Het tijdig signaleren en oplossen van sociaal-maatschappelijke problematiek voorkomt gezondheidsproblemen in de toekomst. Door landelijk en lokaal meer in te zetten op het verminderen van factoren waarvan we weten dat ze gepaard gaan met ziektelast, willen we de zorgvragen aan de eerstelijnszorg verminderen.

Dit betekent dat we in 2030 de oneigenlijke instroom en de daaruit voortvloeiende ongewenste druk op eerstelijnszorg substantieel hebben teruggedrongen door:

- Bij te dragen aan initiatieven die een gezondere en vitale samenleving en leefomgeving bevorderen.*
Door het ontbreken van bestaanszekerheid, een gezonde leefomgeving en goede gezondheidsvaardigheden ontstaan er veel gezondheidsproblemen met als gevolg meer druk. Er is nog veel te winnen door het perspectief van gezondheid te versterken in de keuzen die we als samenleving maken (health in all policies). Als eerste lijn dragen we bij aan initiatieven die een gezondere en vitale samenleving bevorderen. Gelijktijdig vragen we van het Rijk een gedifferentieerde aanpak, met gerichte inzet om te komen tot minder gezondheidsproblemen. En daarmee inzet op het verminderen van bestaansonzekerheid door de oorzaken ervan aan te pakken, ongezonde keuzes te ontmoedigen, en in te zetten op het verminderen van gezondheidsverschillen.
- Burgers te stimuleren tot het nemen van meer eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, meer eigen regie en zelfmanagement.*
Het sociaal domein en de eerstelijnszorg hebben, versterkt door het GALA, een belangrijke rol in gezondheidsbevordering en het vergroten van gezondheidsvaardigheden (waar mogelijk en nodig) onder specifieke groepen in de samenleving. Door (wijkgerichte) preventie, ondersteuning en betrouwbare informatie zorgen we ervoor dat burgers waar mogelijk ondersteund worden in het vergroten van hun gezondheidsvaardigheden, zodat zorgvragen voorkomen of

minder zwaar worden. Aanvullend stimuleren we eigen regie en zelfmanagement bij burgers met voldoende draagkracht. Door meer in te zetten op bijvoorbeeld (digitale) zelfhulp, technologische hulpmiddelen, preventieve oefeningen en juiste voorzieningen. Via landelijke initiatieven kunnen betrouwbare zelfmanagement bronnen zoals Thuisarts.nl worden uitgebreid en kan het gebruik ervan worden gestimuleerd. Dit helpt in het ondersteunen van burgers voorafgaand en tijdens het zorgproces op een interactieve en persoonsgerichte wijze. Dit leidt er uiteindelijk toe dat meer capaciteit inzetbaar blijft voor burgers voor wie de zorg en ondersteuning essentieel is.

- *Het uitdragen van een visie die bijdraagt aan het stimuleren van burgers tot meer verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, eigen regie en zelfredzaamheid.*

Op landelijk niveau maken we helder waar eerste lijn wel en niet voor is bedoeld en hoe de toegankelijkheid is geregeld. Het is belang om richting burgers in het algemeen, en kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen in het bijzonder, te communiceren over de veranderingen binnen de eerstelijnszorg, zodat zij weten wat ze van de eerstelijnszorg kunnen verwachten en wat hun eigen rol is. We geven aandacht aan wat burgers zelf kunnen doen (afhankelijk van hun situatie en gezondheidsvaardigheden) en waar zij zorg voor kunnen ontvangen en waarvoor niet, inclusief informatie over eigen kosten en vergoedingen, in het kader van verwachtingsmanagement. Zo helpen we professionals

in het voorkomen of afschalen van zorg en ondersteuning waar deze niet (meer) nodig is. We betrekken zorgverleners en burgers actief in het ontwikkelen van deze boodschap, juist ook omdat de behoeften en beelden van burgers versus de mogelijkheden van de zorg in de komende jaren meer uit elkaar kunnen gaan lopen door krapte.

- *Betere afstemming en nauwere samenwerking met het sociaal domein over juiste zorg en ondersteuning op de juiste plek.*

Niet alle vragen van burgers aan de eerstelijnszorg kunnen en hoeven met zorg te worden beantwoord, bijvoorbeeld omdat ze van sociale aard zijn of voortkomen uit problematiek op het gebied van bestaanszekerheid of soms niet-medische ondersteuning betreffen. Voor deze vragen is het sociaal domein (waaronder de sociale basis, sociaal-maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, inkomensondersteuning, beschermd wonen, jeugd- en gezinsondersteuning) de aangewezen plek. Ook informele initiatieven in de wijk leveren hieraan een grote bijdrage. Door een sterkere verbinding en samenwerking tussen het sociaal domein en de eerstelijnszorg brengen we burgers sneller bij de juiste hulp en waar nodig hulpverlener. We sluiten breed aan bij de vijf ketenaanpakken van de regionale preventie-infrastructuur⁸.

⁸ Onderdeel van de regionale preventie-infrastructuur zijn vijf ketenaanpakken: Valpreventie, Kansrijke Start, Welzijn op Recept, Gecombineerde Leefstijlinterventie Volwassenen en Aanpak Kind naar Gezonder Gewicht.

Doel 2: Passende voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn



We zorgen voor passende voorbereiding op- en toeleiding naar de eerste lijn. We verbeteren de toegang tot de eerste lijn door:

- *(Digitale) vraagverheldering en toeleiding in te zetten.*

Vraagverheldering helpt burgers om hun hulpvraag scherp te formuleren; goede toeleiding helpt om te bepalen of een gezondheidsvraag een zorgvraag is, en welke maatregelen burgers zelf kunnen nemen. Het helpt zorgprofessionals om vooraf in te schatten welke zorg (van wie) vereist is. Bestaande hulpmiddelen (zoals Thuisarts.nl) worden in samenhang uitgebreid om burgers informatie te bieden en te ondersteunen. Daarnaast wordt onderzocht of er (digitale) hulpmiddelen kunnen worden ontwikkeld die burgers helpen het juiste loket te vinden voor hun hulpvraag, zodat zij (indien mogelijk) beter zelf kunnen uitzoeken welk zorg- en welzijnsaanbod het beste past bij diverse hulpvragen. Ook verkennen we de mogelijkheden om kunstmatige intelligentie meer in te zetten voor vraagverheldering, met oog voor (privacy)risico's. Vraagverheldering en zelftriage zijn niet voor iedereen weggelegd, maar kunnen helpen in het efficiënter omgaan met de capaciteit. Een alternatieve route blijft beschikbaar voor burgers die door beperkte gezondheidsvaardigheden, taalbarrière of digitale vaardigheden niet gebruik kunnen maken van dit soort mogelijkheden.

- *Het (digitaal) ontsluiten van betrouwbare informatie over de toegang tot en kwaliteit van zorg.*

Veel burgers zoeken informatie op het internet over waar zij met hun hulpvraag terecht kunnen. Het beschikken over de juiste, betrouwbare informatie helpt burgers en professionals om passende zorg en ondersteuning te vinden (inzicht in beschikbare capaciteit, kwaliteit van zorg, afstand tot een zorgprofessional, wachttijd tot behandeling, termijn waarop het raadplegen van een zorgprofessional gewenst is, etc.). Niet iedereen kan direct terecht om elke vorm van vereiste zorg te ontvangen. Wanneer burgers weten hoe lang de wachttijd is voor de gevraagde zorg helpt dat bij het toewerken naar realistische verwachtingen over wie welke zorg wanneer en van wie krijgt.

Doel 3: Passende eerstelijnszorg, met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar van meerwaarde digitaal ondersteund

Passende zorg is zorg die aansluit bij de behoefte van de patiënt, waarbij patiënt en zorgverlener samen beslissen, waarbij de focus ligt op gezondheid en wat iemand wel kan, al dan niet met (digitale) hulpmiddelen. Door vanuit dit perspectief samen te werken, zorgen we ervoor dat iedereen die zorg nodig heeft, in de toekomst passende zorg kan blijven krijgen.

In 2030 is passende zorg als uitgangspunt breed verankerd in ons handelen. Concreet betekent dit onder andere dat:

- *Elke eerstelijnszorgverlener bijdraagt aan ‘de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment bij de juiste persoon’ en er inzicht is in elkaars capaciteit.*
Om schaarse capaciteit optimaal in te zetten is het belangrijk dat mensen met een hulpvraag snel op de plek komen waar hun vraag het beste kan worden beantwoord. Soms is dat bij de betreffende eerstelijnszorgverlener, maar soms kan het ook in de eigen omgeving, het sociaal domein of is een doorverwijzing naar een andere hulpverlener passender. Randvoorwaarde is dat er *realtime* inzicht is in de capaciteit bij andere sectoren/zorgaanbieders voor burgers en professionals, dat hiermee goede samenwerkingsafspraken bestaan en dat deze aanbieders ruimte hebben en bekostigd worden om waar nodig de patiënt over te nemen.
- *Samen beslissen een integraal onderdeel is van de eerstelijnszorg.*
Patiënt en zorgprofessional nemen samen beslissingen over passende zorg. Dit vraagt om goede informatie voor de hulpvrager en diens mantelzorgers, wat onder meer via het digitaal aanbod kan worden geboden. Dit houdt ook in dat via samen beslissen hybride zorg kan worden aangeboden. Samen met de patiënt of diens naaste wordt wanneer nodig periodiek geëvalueerd.

- *Bij complexe en langdurige zorgvragen proactieve zorgplanning wordt ingezet.*
Zo kunnen patiënt en zorgprofessional(s) gezamenlijk keuzes maken over (toekomstige) zorgvragen. Dit voorkomt de inzet van niet-passende zorg. Door vooraf de mogelijkheden te bespreken en keuzes te maken, is de patiënt bovendien beter voorbereid.
- *Digitale en hybride zorg binnen de eerstelijnszorg wordt nagestreefd, mits passend bij de zorgvraag, mogelijkheden van de patiënt en de toegevoegde waarde hiervan wetenschappelijk is bewezen.*
Er zijn veel mogelijkheden, waaronder thuismonitoring, e-consult, beeldbellen en AI. Digitale en hybride zorg zijn manieren om zorg ‘dichtbij’ de patiënt te bieden. Hierin kan het vergroten van de bekendheid van hybride zorg door het opdoen van positieve ervaringen mogelijk bijdragen aan het enthousiasmeren van de groep inwoners die terughoudend is als het gaat om hybride zorg. Daarnaast moet de kwaliteit van de zorg ook bij digitale alternatieven goed zijn geborgd.



Doel 4: Betere benutting van capaciteit binnen de eerstelijnszorg en ruimte voor optimaler organiseren van taken

Binnen de lokale eerste lijn heeft de huisartsenzorg en wijkverpleging een centrale positie tussen de diverse zorg- en welzijnsverleners. Het is nodig en wenselijk om de toenemende druk op de huisartsenzorg te verlichten en de capaciteit van professionals in de eerstelijnszorg beter te benutten.

Concreet betekent dit dat we:

- *De capaciteit aan (eerstelijns) zorgverleners op peil houden en verbeteren*, door landelijk en regionaal in te zetten op arbeidsmarktbeleid, opleiding, behoud, en verminderen van uitstroom uit de zorg. De inzet raakt alle aspecten die daarbij horen zoals goed werkgeverschap, aanbieden van vaste/ grotere dienstverbanden, stimuleren van praktijkhouderschap en verminderen van administratieve lasten.
- *Waar mogelijk hybride zorg inzetten, met het doel om capaciteit beter te benutten en werkdruk te verlagen.*

Dit vraagt om het herontwerpen van zorgpaden en -processen en het zorgen voor het afschalen van traditionele processen.

We sluiten aan bij de afspraak gemaakt in het IZA⁹.

⁹ Pagina 92 IZA: "Sectoren onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van deze geschikte zorg komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. Van alle zorg die hybride wordt aangeboden, streven we naar een inclusie van c.q. het gebruik door minimaal 50% van de patiëntenpopulatie waarvoor de hybride zorgpaden geschikt zijn"

- *Meer inzetten op optimaler organiseren van zorgtaken.*

Zorgprofessionals kunnen ook nu al kiezen om bepaalde zorgtaken niet zelf uit te voeren, maar wel zelf de regie over de behandeling als geheel te houden¹⁰. Dit kan zowel binnen de eigen praktijk (denk hierbij aan taakdelegatie naar praktijkondersteuners binnen de huisartsenpraktijk) als in samenhang met andere disciplines, zoals wijkverpleging of paramedisch professional¹¹ (taakherschikking)¹². Door hier verder op in te zetten, ontstaat ruimte voor een betere verdeling van taken.

- *Passende mogelijkheden creëren, waaronder passende bekostiging om het regiebehandelaarschap primair bij een andere professional dan de huisarts te beleggen.*

Nu al zijn er goede afspraken met specialisten ouderengeneeskunde of artsen verstandelijk gehandicapten over een betere verdeling van de werklust (met duidelijkheid over de verantwoordelijkheidsverdeling als belangrijke randvoorwaarde). Tussen zorgverleners kunnen – mede afhankelijk van de context en problematiek van de populatie in de regio – afspraken worden gemaakt over het (tijdelijk)

¹⁰ Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2022)

¹¹ Paramedisch professionals in de eerste lijn: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, huidtherapie, logopedie, optometrie en oefentherapie

¹² Taakdelegatie en taakherschikking vindt altijd plaats in een gezamenlijk besluit tussen zorgprofessional en patiënt



beleggen van het regiebehandelaarschap¹³ bij een verpleegkundig specialist of gedragswetenschapper¹⁴. Mogelijk kan dit op termijn en in bepaalde omstandigheden bij bepaalde doelgroepen ook bij de (wijk)verpleegkundige. Waarbij wel moet worden afgestemd op welke wijze dit goed kan en wat dit vraagt, naast samenwerkingsafspraken, aan aanvullende regelgeving. Hiervoor zijn aanvullende landelijke afspraken over het regiebehandelaarschap bij specifieke doelgroepen noodzakelijk. Om het regiebehandelaarschap optimaal in te richten zijn inzicht en capaciteit in aanpalende sectoren, eenduidigheid in aanspraken, bekostiging en de toepassing van het eigen risico randvoorwaardelijk. Belangrijk is dat voor de patiënt duidelijk blijft wie de regiebehandelaar is.

¹³ Bij regiebehandelaarschap heeft in de huidige situatie elke zorgverlener een eigen professionele verantwoordelijkheid, conform de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) uit januari 2021

¹⁴ Gedragswetenschappers kunnen regiebehandelaar zijn bij mensen met een beperking en voorliggende gedragsmatige problematiek

- *Experimenteren met het op een andere manier organiseren van verwijzing naar gespecialiseerde zorg.*

Uitgangspunt is dat de poortwachtersfunctie belegd blijft bij de huisarts, maar met gerichte samenwerkingsafspraken kan er onder bepaalde voorwaarden doorverwezen worden door andere professionals. Om de huisarts te ontlasten, dubbel werk of onnodige administratieve lasten te voorkomen, en deskundigheidsbevordering mogelijk te maken, verkennen we in de komende periode en doen we onderzoek naar of en hoe doorverwijzingen op een andere manier georganiseerd kunnen worden. Bijvoorbeeld vanuit de fysiotherapie voor specifieke aandoeningen en bij eenvoudige problemen. Afspraken over doorverwijzen door andere professionals maken we in landelijk verband en in afstemming met de gespecialiseerde zorg.

- *Paramedici bijdragen aan het voorkomen van (en verergering van) problemen en daarmee de doorstroming naar de tweede lijn helpen verminderen.*

Paramedici zijn een belangrijke schakel tussen verschillende domeinen. Zij kunnen ondersteunen in de wijk, ontzorgen voor de huisartsenpraktijken, verbinden naar het sociaal domein en in veelvoorkomende gevallen doorstroming naar de tweede lijn helpen verminderen. Dit vraagt samenwerking en elkaars expertise goed kennen tussen paramedici, en medisch specialisten. Deze rol vereist ook een passende

aanspraak en financiering. Dit betekent ook dat de inkoop en tarieven dit mede mogelijk moeten maken en passend moeten zijn bij deze ambities.

- *Afspraken maken over regelruimte voor zorgprofessionals bij specifieke en/of complexe situaties* zodat zij direct kunnen handelen bij de patiënt. Dit kan als er goede kaders zijn vastgelegd in wijk- en regionale samenwerkingsafspraken en professionals hieraan mandaat verlenen en verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen handelen. Dit kan ook betekenen dat er (al dan niet landelijk) afspraken worden gemaakt over bepaalde bevoegdheden beleggen bij andere zorgverleners dan nu het geval is, zoals aanvragen van specifieke hulpmiddelen.



Doel 5: Hechte samenwerking in de wijk tussen professionals, zodat er proactief kan worden ingespeeld op de gezondheidsproblemen

Nauwe samenwerking tussen professionals in de wijk of het dorp helpt om de zorg en ondersteuning beter te laten verlopen. Elkaar kennen helpt om trajecten beter op elkaar aan te laten sluiten, taken van elkaar over te kunnen nemen en praktische knelpunten aan te pakken. Specifiek voor generalistische professionals (in het bijzonder de huisarts, wijkverpleging, apotheker en sociaal domein professional, waaronder sociaal werk) geldt dat zij een belangrijke rol kunnen spelen bij het bevorderen van de gezondheid van de bevolking als geheel en de toegang tot zorg. Daarbij kan huishoudelijke hulp en ondersteuning ook een belangrijke signalerende rol vervullen bij samenwerking in de eerste lijn.

In 2030 zorgen we dat er effectieve en intensieve samenwerking in dorpen en wijken is tussen professionals in de eerste lijn, door:

- *Te zorgen dat er op wijkniveau korte lijnen bestaan tussen generalistische professionals*, met vaste aanspreekpunten en voldoende ruimte en tijd om de samenwerking ook concreet invulling te geven. Dit wordt nader toegelicht in hoofdstuk 3.

- *Als wijkverpleging samen te werken in herkenbare en aanspreekbare wijkteams.*

In iedere wijk is het voor burger/patiënt, aanbieders van wijkverpleging, andere zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars (afdeling bemiddeling) duidelijk wie ze kunnen benaderen voor de wijkverpleging overdag, 's avonds, 's nachts en in het weekend. Burger/patiënt, aanbieders van wijk-verpleging en andere zorgaanbieders en -professionals hebben in hun wijk een actueel inzicht waar ze met hun vraag voor wijkverpleging terecht kunnen. Zo weet iedereen altijd bij welke aanbieders of professionals ze terecht kunnen voor zorg- en ondersteuningsvragen, in welke vormen van zorg aanbieders gespecialiseerd zijn en hoe zij samenwerken in de regio¹⁵.

- *De rol en positie van het sociaal domein (waaronder het sociaal werk) te versterken*, zodat er in elke wijk en dorp een duurzame en stevige infrastructuur is voor het sociaal domein, met voldoende herkenbaarheid en continuïteit, zodat het sociaal domein een volwaardige partner is voor de zorg.

- *De rol en positie van de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten te versterken in de wijk*, zodat specifieke doelgroepen in de eigen omgeving passende zorg en behandeling kunnen ontvangen. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten, o.a. op het gebied van proactieve zorg-planning, draagt bij aan het verminderen van de druk op de eerste lijn en kan ziekenhuisopnames voorkomen. Aanvullend hierop vraagt de afname van het aantal intramurale plekken dat specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten vaker (ook) extramuraal werken, zodat zij naast of in samenwerking met de huisarts deze patiëntengroepen kunnen begeleiden en behandelen.

- *Als apothekers zich te verbinden aan de wijk en meer invulling te geven aan een generalistische rol.*
Apothekers kunnen een proactieve rol spelen in medicatie-veiligheid en passend medicijngebruik. Door goede samenwerkingsafspraken in de wijk kan ook langs deze weg een bijdrage worden geleverd aan het vergroten van de gezondheid van de patiënt en het verminderen van de druk op de eerstelijnszorg.

- *Als paramedische zorgverleners zich te organiseren in de wijk en op regioniveau.*

Door een hogere organisatiegraad kunnen paramedisch professionals ook een grotere bijdrage leveren aan goede zorg en collectief aanbod voor bepaalde gezondheidsproblemen.

¹⁵ Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Doel 6: Zorgen voor aanspreekbaarheid van eerstelijnszorg, samenwerking op regionaal niveau voor een groter oplossend vermogen in de hele keten, beschikbare 24/7 infrastructuur in de eerstelijnszorg voor crisissituaties

Om knelpunten rondom instroom, doorstroom en uitstroom op te lossen is samenwerking op gelijkwaardig niveau met aanpalende sectoren essentieel. Daarnaast vraagt de focus op gezondheid en kwaliteit van leven om een bredere blik en dus meer geïntegreerd werken. Dit vraagt aanspreekbaarheid, verbeterde samenwerking en afvaardiging op niveau van de gehele eerstelijnszorg. Hiermee kan in samenwerking met de tweede- en derdelijnszorg, maar ook GGZ en sociaal domein, worden onderzocht hoe de bestaande knelpunten kunnen worden opgelost¹⁶. Daarnaast is het voor de eerstelijnszorg noodzakelijk dat er een 24/7 infrastructuur wordt gerealiseerd met de eerstelijnszorg voor crisissituaties (ELV, acute wijkverpleging, crisisbedden voor de GGZ, respijtzorg, Wlz crisis, zorgcoördinatie). Dit ligt ook op de thematafel acute zorg, maar vraagt verdieping in de volgende fase.

¹⁶ Voor samenwerking rondom patiënten met GGZ problematiek zal worden aangesloten bij de IZA thematafel samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz.

Concreet streven we na dat in 2030:

- *Elke regio een aanspreekbare eerstelijnszorg heeft.*
Per regio wordt toegewerkt naar een regionaal eerstelijns-samenwerkingsverband waar de eerstelijnsdisciplines in zijn vertegenwoordigd.
- *In elke regio dekkende afspraken zijn gemaakt over organisatie, (transmurale) samenwerking en zorgcoördinatie tussen sociaal domein, eerste-, tweede- en derdelijnszorg ten behoeve van 'zorg dichtbij'.*
Deze afspraken worden gemaakt vanuit het belang van burgers en met een goede en gemandateerde afvaardiging vanuit de eerstelijnszorg en met betrokkenheid van burgers/patiënten¹⁷.
- *Elke regio een plan van aanpak¹⁸ heeft geïmplementeerd om de belangrijkste capaciteits- en ketenknelpunten op te lossen.*
Denk daarbij aan regionale coördinatie van GGZ-wachlijsten, aanmeldpunten en coördinatie voor plekken in verpleeghuis- en revalidatiezorg, vernieuwing van de spoedzorg, et cetera. Op dit moment is de eerstelijnszorg veel tijd kwijt om mensen toe te leiden naar een passende plek. Concreet vraagt een toegankelijke eerstelijnszorg beschikbare crisisplekken (ELV, Wlz crisis/Wmo spoed), een duidelijk

¹⁷ Idealiter wordt de samenwerking met burgers vormgegeven via de Regiotafel/tafel Regioplan waar inwonerparticipatie is geborgd, zodat inwonerparticipatie niet dubbelop wordt georganiseerd

¹⁸ Op basis van het Regiobeeld/Regioplan

aanspreekpunt en verantwoordelijkheid bij GGZ en VVT om patiënten (tijdelijk) over te nemen van de eerstelijnszorg.

- *Elke regio afspraken heeft gemaakt over overbruggingszorg*, indien de gewenste zorg niet beschikbaar is (o.a. bij wachtlijsten), om niet-passende aanspraak op eerstelijnszorg te voorkomen. Het eerstelijns-samenwerkingsverband (nader toegelicht in hoofdstuk 4) vervult hier vanuit de eerstelijnszorg op regionaal niveau een essentiële rol bij.
- *In alle regio's effectieve initiatieven op het gebied van samenwerking en verplaatsing tussen tweede-, derde- en eerstelijnszorg lopen en worden opgeschaald.*
Inzet van bijvoorbeeld meekijkconsulten, vormen van anderhalvelijnszorg en geïntegreerde spoedpleinen helpen om taken in de regio met elkaar te verdelen. Ook kunnen dit soort initiatieven ervoor zorgen dat het werken in de eerstelijnszorg aantrekkelijker wordt. We versterken de inzet op deze initiatieven en rollen ze waar mogelijk landelijk uit.



3

Lokale eerste lijn in hechte verbanden



Lokale eerste lijn in hechte verbanden

De eerste lijn heeft lokale binding en kan daarmee proactief en integraal werken

De kracht van eerstelijnszorg is dat mensen er terecht kunnen met vaak ongedifferentieerde vragen over gezondheid en ziekte. Hierbij past een generalistische en integrale blik met oog voor de lichamelijke, psychische en sociale factoren die van invloed kunnen zijn op gezondheid en ziekte, maar het betekent niet dat zorgverleners zelf de hulp of zorg moeten kunnen bieden. Korte lijnen zijn nodig om andere professionals tijdig en laagdrempelig te kunnen betrekken, elkaar om advies te vragen, en burgers beter te kunnen helpen.

De eerste lijn, dus de eerstelijnszorg en het sociaal domein, waaronder sociaal werk, tezamen, heeft naar zijn aard een sterke verbinding met de wijk/het dorp, de burgers en lokale netwerken. Professionals in de eerste lijn kunnen niet alleen proactief en gericht inspelen op gezondheidsproblemen van individuen en deze sneller koppelen aan de juiste hulp, maar ook een rol spelen in gezondheidsthema's die patiëntoverstijgend/ lokaal spelen. Bijvoorbeeld door gericht in te spelen op risicogroepen, te werken aan praktische oplossingen voor knelpunten in de zorg- en welzijnketen en waar nodig op hoger niveau knelpunten te agenderen. Op die manier levert de eerste lijn in de wijk bijdragen aan het verkleinen van gezondheidsachterstanden en verbeteren van de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

Complexe zorgvragen vragen om betere multi-disciplinaire samenwerking

Omdat de problematiek onder burgers in de eerste lijn toeneemt, is multidisciplinaire samenwerking vaker nodig om passende ondersteuning, hulp of zorg te bieden. Multidisciplinaire samenwerking is zeker niet nieuw (denk aan MDO's, PaTz-groepen, FTO-groepen, et cetera).

De groeiende groep burgers die multidisciplinaire zorg en ondersteuning nodig heeft, maakt het noodzakelijk dat dit onderling beter wordt georganiseerd en gecoördineerd. Als eerste denken we aan de sterk groeiende groep ouderen met een kwetsbare gezondheid waarbij zorg wordt geboden vanuit de wijkverpleging, huisarts, apotheker, specialist ouderengeneeskunde en de sociaal domein professional, waaronder sociaal werk. Ook voor burgers met een verstandelijke handicap en burgers met psychische klachten en sociaal-maatschappelijke problemen is goede multidisciplinaire zorg en ondersteuning nodig. Dit vraagt wel mogelijkheden om gegevens te kunnen delen over deze casussen, waar het kan anoniem dan wel met toestemming van de betreffende burger.

Het toekomstperspectief: hechte wijkverbanden met een integraal en generalistisch perspectief die verantwoordelijkheid nemen voor de populatie (in de wijk)

Ons doel is dat in 2030 professionals in de eerste lijn samenwerken in hechte wijkverbanden¹⁹. Vanuit dit hechte wijkverband kunnen professionals op populatieniveau inspelen op de specifieke behoefte van burgers in de wijk/het dorp en samen werken aan vernieuwing en verminderen van knelpunten. Deze wijkverbanden omvatten minimaal de huisartsenzorg, de wijkverpleging, de apotheker en de sociaal domein professional, waaronder sociaal werk als belangrijke kernspelers die een rol hebben richting de bevolking als geheel. Afhankelijk van de problematiek in de wijk kan gekozen worden voor een bredere samenstelling, denk aan de fysiotherapeut, diëtist, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en in specifieke gevallen eventueel mondzorgprofessional of de verloskundige²⁰.

¹⁹ Waar wijkverband staat, kan ook dorpsverband of lokaal niveau worden gelezen.

De 'wijk' is een niet vastomlijnd begrip, waarbij wordt gedacht aan een populatie van 10.000 à 20.000 inwoners. Afhankelijk van de lokale context kan een passende schaal worden gekozen.

²⁰ Op diverse plekken in het land worden initiatieven analoog aan mentale gezondheidscentra opgezet. Waar passend kan vanuit deze initiatieven ook verbinding worden gemaakt tussen het hechte wijkverband en de GGZ. Hiervoor kan worden aangesloten bij de Voetnoot toevoegen: Voor samenwerking rondom patiënten met GGZ problematiek zal worden aangesloten bij de IZA thematafel samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz.

Hecht wijkverband met minimale taken

1) **Aanspreekbaar** zijn voor professionals, voor het regionale eerstelijnsamenwerkingsverband en voor externe partijen om **samenwerkingsafspraken te maken** met elkaar en te zorgen dat ze worden nageleefd, bijvoorbeeld over het implementeren van regionale afspraken en programma’s, communicatie en bereikbaarheid, taakverdeling, afspraken over wie welke inzet levert voor de meest burgers/patiënten in kwetsbare omstandigheden, doorverwijzing, scholing, innovaties, gegevensuitwisselinget cetera.



2) **Gestructureerd ontwikkelingen bespreken en knelpunten verzamelen in de wijk**, zodat die kunnen worden opgepakt door het wijkverband of worden doorgezet naar het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband.

Financiële afspraken over het hechte wijkverband worden gemaakt met de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden

Figuur 4 - Hoofdtaken van het hecht wijkverband

Hechte wijkverbanden pakken op wijkniveau minimaal de volgende taken op:

- Gestructureerd ontwikkelingen bespreken en knelpunten verzamelen, zodat die kunnen worden opgepakt door het wijkverband of worden doorgezet naar het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband.
- Aanspreekbaar zijn voor professionals, voor regionale eerstelijnsamenwerkingsverband en voor externe partijen en samenwerkingsafspraken maken en met elkaar zorgen dat ze worden nageleefd. Bijvoorbeeld over het implementeren van regionale afspraken en programma's, communicatie en bereikbaarheid, taakverdeling, afspraken over wie welke inzet levert voor de meest kwetsbare burgers, doorverwijzing, scholing, innovatie, gegevensuitwisseling et cetera.

Er zijn hierbij acties mogelijk als het (laten) verzorgen van een wijkscan om inzicht te krijgen in de behoeften en knelpunten, en het in samenspraak met aanwezige zorg- en welzijnsaanbieders komen tot doelstelling en acties op de benoemde knelpunten. Waar gewenst en mogelijk kunnen hechte wijkverbanden ook de multidisciplinaire zorg en ondersteuning op individueel patiëntniveau beter organiseren.

Binnen deze kaders is ruimte om takenpakket en samenstelling van de hechte wijkverbanden uit te breiden, aansluitend bij de lokale context. Afspraken daarover worden lokaal en waar

nodig regionaal gemaakt. In principe is voor hechte wijkverbanden geen juridische structuur nodig; inhoud en kwaliteit van de samenwerking staan voorop.²¹

Het doel is toewerken naar sterk verbeterde samenwerking in de wijk tussen de diverse disciplines in de eerste lijn. Hierdoor is er een passend aanbod voor de zorg- en welzijnsvragen in de wijk in 2030.

Daar waar deze hechte wijkverbanden (nog) niet (organisch) ontstaan, vervult het eerstelijnsamenwerkingsverband (of de voorloper daarvan) in de betreffende regio een belangrijke rol bij het aanjagen van de vorming van wijkverbanden, in nauwe afstemming met de zorgverzekeraar(s) en het gemeentelijk domein²². Het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband is er uiteindelijk verantwoordelijk voor dat hechte wijkverbanden ontstaan en worden ondersteund (zie taak 4 van het eerstelijnsamenwerkingsverband).

²¹ Een juridische structuur kan uiteraard wel een keuze zijn van partijen zelf, als dit past bij de lokale context.

²² In de contractjaren 2024-2026 kan dit (indien al relevant) gefinancierd worden via de ZonMw subsidie; vanaf contracteerjaar 2026 maakt het eerstelijnsamenwerkingsverband hierover (contract)afspraken met de preferente zorgverzekeraar en wordt dit bekostigd via O&I.



4

Volwaardig en aanspreekbaar meedoen in de regio

Volwaardig en aanspreekbaar meedoen in de regio

Gezamenlijke inzet op regioniveau om volwaardig te kunnen participeren

De voorwaarden om de eerstelijnszorg haar werk goed te kunnen laten doen, worden voor een belangrijk deel in de wijk ontwikkeld door praktisch en resultaatgericht met elkaar samen te werken. Maar er zijn ook afspraken en gezamenlijke inzet op een hoger (geografisch) niveau nodig. Het is cruciaal dat de eerstelijnszorg daarin volwaardig en vanuit de volle breedte kan participeren, juist omdat veel knelpunten alleen op een groter schaalniveau kunnen worden opgelost. Denk bijvoorbeeld aan inzicht in capaciteit van verpleeghuizen en revalidatiezorg, afspraken over wachtlijstknelpunten in de GGZ, transmurale afspraken met ziekenhuizen, en afspraken over 24/7 beschikbaarheid en spoedzorg.

Door op regionaal niveau goed georganiseerd te zijn, kan de eerstelijnszorg gezamenlijk **aanspreekbaar zijn** voor alle zaken die de eerstelijnszorg raken en **verantwoordelijkheid nemen** voor het borgen van de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg in de regio. Ook biedt gezamenlijke inzet op regionaal niveau kansen om de eerstelijnszorg op lokaal niveau beter te **faciliteren en ontzorgen**. Succesvolle regionale samenwerking geeft de eerstelijnszorg ook een krachtiger **stem in de totstandkoming en uitvoering van regioplannen** op basis van regiobeelden zoals die in het IZA zijn afgesproken.

Het toekomstperspectief: eerstelijnszorg gezamenlijk aanspreekbaar op regionaal niveau

Op dit moment bestaan er al op diverse plekken regionale organisaties die voornamelijk per eerstelijnsdiscipline zijn georganiseerd (denk aan de huisartsenzorg in de vorm van de regionale huisartsenorganisaties). Deze regionale organisaties stimuleren en verder uitbouwen geeft perspectief op **discipline overstijgende eerstelijns samenwerking op regionaal niveau**.

Doel voor 2030 is dat er in elke regio²³ een **regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband**²⁴ is, waarin de verschillende eerstelijnsdisciplines²⁵ gemandateerd en met draagvlak vanuit de eigen monodisciplinaire regionale organisaties zijn vertegenwoordigd. Dit vraagt dat de verschillende eerstelijnsdisciplines (daar waar dit nog niet het geval is) zich ‘per eerstelijnsdiscipline’ organiseren wat gemandateerde afvaardiging naar het eerstelijnsamenwerkingsverband mogelijk maakt. Hiervoor moeten deze eerstelijnsdisciplines worden gefaciliteerd²⁶.

²³ Wij zien de subregio's van de zorgkantoorregio's als de meest passende schaal. De subregio's van de zorgkantoorregio's komen ongeveer overeen met de huisartsenregio's.

²⁴ We leggen geen vorm voor samenwerking op; verschillende vormen voor het samenwerkingsverband zijn denkbaar, zoals een vereniging, stichting, coöperatie, netwerksamenwerking of anderszins.

²⁵ In deze visie worden onder de eerstelijnsdisciplines verstaan: huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapie, logopedie, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten.

²⁶ Het monodisciplinair organiseren vraagt passende financiering, wat onder meer kan via de ZonMw subsidie worden gefinancierd, zoals beschreven in paragraaf 6.1.2. Daarnaast

Het eerstelijnsamenwerkingsverband voelt zich verantwoordelijk voor de gezondheid van de burgers in de regio en voor de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg voor met name de meest kwetsbaren. Het eerstelijnsamenwerkingsverband vertegenwoordigt minimaal de huisartsen, wijkverpleging en apothekers uit de regio, zo snel mogelijk en uiterlijk 2030 de andere eerstelijnsdisciplines en heeft een nauwe samenwerking met de regionale (gemandateerde) gemeente(n). Stip op de horizon in 2030 is dat alle relevante eerstelijnsdisciplines gemandateerd vertegenwoordigd zijn.

Het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband zorgt voor medezeggenschap van burgers/patiënten – bijvoorbeeld via de medezeggenschap aan de Regiotafel/tafel Regioplan – en werkt samen met burgerinitiatieven en netwerken in de wijk/dorp die bijdragen aan meer gezondheid en ondersteunen de burgerinitiatieven bij het kunnen innemen van hun rol.

Deelname aan het eerstelijnsamenwerkingsverband kent voordelen voor professionals, zoals betrokkenheid en invloed op (disciplineoverstijgend) beleid en gefaciliteerd worden op praktijk- en wijkniveau. Gelijktijdig betekent deelname dat professionals zich op praktijk- en wijkniveau committeren aan

zijn er ook mogelijkheden via reguliere contractering of via subsidieroute VWS voor paramedische zorg.

de afspraken die door het eerstelijnsamenwerkingsverband worden gemaakt.

De basisprincipes van het eerstelijnsamenwerkingsverband zijn:

- De governance van het eerstelijnsamenwerkingsverband krijgt vorm op basis van gelijkwaardigheid van de aangesloten beroepsgroepen.
- De inhoud stuurt de beweging. De versterking van de organisatie staat daaraan ten dienste. We bouwen daarbij zoveel mogelijk door op bestaande structuren. Eerstelijnsamenwerkingsverbanden zijn transparant naar hun financiers en aangesloten zorgaanbieders over hun werkzaamheden en resultaten, stellen zich lerend en reflecterend op en werken met minimale overhead. Het eerstelijnsamenwerkingsverband staat ten dienst van de uitvoeringspraktijk in wijken/dorpen.
- De preferente zorgverzekeraar(s) maakt/maken afspraken met het eerstelijnsamenwerkingsverband over inzet en te behalen resultaten en wijze van financiering. Deze afspraken hebben betrekking op de regionale implementatie van doelen zoals beschreven in deze visie en veranderstrategie. Zie voor verdere concretisering hoofdstuk 6 en paragraaf 6.2 Werkagenda voor regionale organisatievormen en inkoop van zorg.

Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden pakken minimaal de volgende taken op:

1. Organiseren van mandatering/vertegenwoordiging van de eerstelijnsdisciplines bij afspraken met andere partijen en sectoren over toegankelijkheid, kwaliteit²⁷, samenwerking en coördinatie van de zorg (door-, terug- en uitstroom en indien nodig overbruggingszorg; inclusief opstellen regiobeeld en regioplan) en borgen van het perspectief van de eerstelijnszorg in de beleidsontwikkeling (waaronder het ROAZ-plan).
2. Regionaal organiseren van de capaciteit/toegankelijkheid van eerstelijnsdisciplines op basis van knelpunten in de eerstelijnszorg in de regio, bestaande regioplannen en beelden (incl. ROAZ-beelden/plannen). Het gaat hierbij om initiatieven voor (24/7)-continuïteit van zorg, huisvesting, problemen bij praktijkopvolging, voldoende instroom paramedici, mogelijkheden schaarse personele capaciteit slimmer in te zetten, werkplezier te vergroten, et cetera. Hierbij houdt het eerstelijnsamenwerkingsverband verbinding met landelijke expertise en initiatieven.
3. Maken van zorginhoudelijke afspraken voor specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld in de vorm van zorgprogramma's, zie paragraaf 6.2). Dit gebeurt op basis van landelijke richtlijnen, landelijke kaders en landelijke afspraken die gemaakt worden in en o.b.v. deze visie en

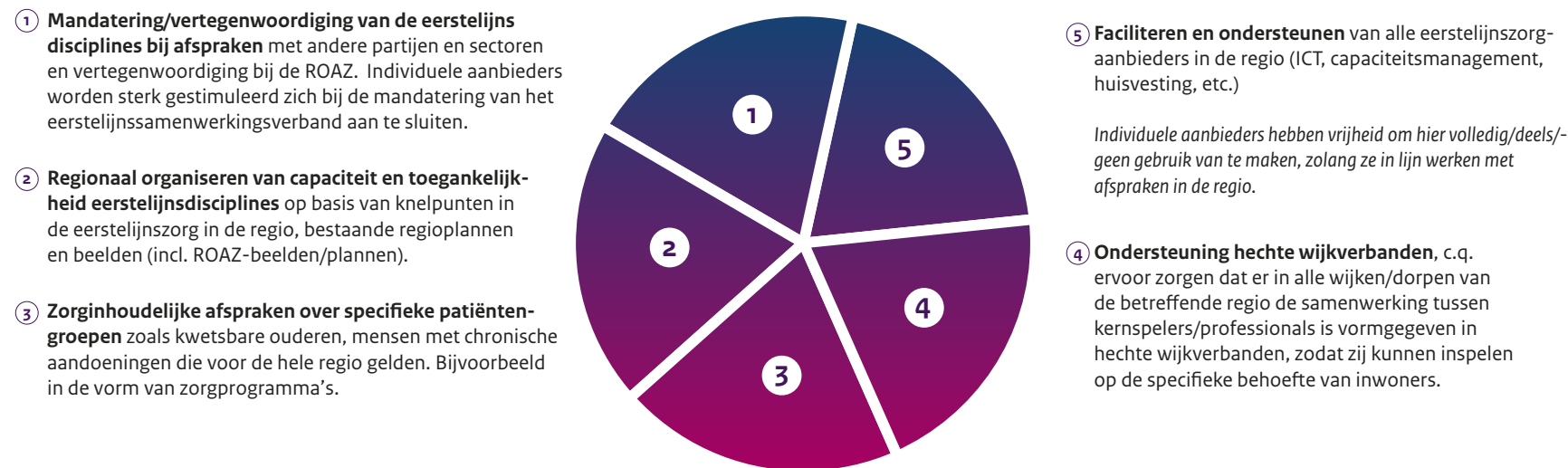
o.b.v. het regioplan. Tegelijkertijd kan ook juist in de regio gezamenlijke innovatie plaatsvinden passend bij de landelijke kader²⁸.

4. Ondersteunen van hechte wijkverbanden én zorgen voor regionale dekking voor alle wijken. Dit omvat het actief en gestructureerd ophalen en delen van knelpunten en eventuele oplossingen op praktijk- en wijkniveau.
5. Het faciliteren en ondersteunen van eerstelijnszorgaanbieders in de regio. Bijvoorbeeld door een rol te spelen in het faciliteren en ontzorgen van zorgprofessionals op overkoepelende thema's zoals HR (arbeidsmarkt, scholing), digitalisering/ICT-implementatie (gegevensuitwisseling, databeheer), inkoop, huisvesting, bedrijfsvoering en administratie. Het is aan partijen in de regio tot hoever de samenwerking op het punt van faciliteren en ontzorgen zou moeten strekken, en of die al dan niet disciplineoverstijgend wordt vormgegeven.

²⁷ Op basis van landelijk vastgestelde richtlijnen en kwaliteitsinstrumenten

²⁸ In samenhang met ontwikkelingen vanuit bijvoorbeeld landelijke expertisecentra.

Regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband met vijf hoofdtaken



- Het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband geeft samen met partners in de regio invulling aan de doelen zoals beschreven in visie en veranderstrategie;
- Preferente zorgverzekeraar(s) zullen, afhankelijk van de gekozen vorm van de samenwerking, daarop aansluiten met passende (volgende of gelijkgerichte) contractering van het eerstelijnsamenwerkingsverband. Waar van toepassing vertalen zorgverzekeraars regionale afspraken door in de individuele contractering van zorgaanbieders. Uiteraard blijft afzonderlijke individuele contractering mogelijk in de eerstelijnszorg;
- Eerstelijnsamenwerkingsverband en zorgverzekeraar(s) maken afspraken over toekomstbestendig beleid eerste lijn in de regio;
- Eerstelijnsamenwerkingsverband maakt samenwerkingsafspraken met ggz, MSZ, gemeenten en VVT (o.a. via tafel regioplan en via ROAZ): verwijzing, doorstroom, terugstroom, zorgcoördinatie etc.

Een essentiële eerste stap in de benodigde verandering is dat de verschillende eerstelijnszorgdisciplines (daar waar dit nog niet het geval is) zich per discipline organiseren wat gemandateerde afvaardiging naar het eerstelijnsamenwerkingsverband mogelijk maakt. Daar waar meerdere aanbieders van eerstelijnszorg in een regio werkzaam zijn, zoals dit in de wijkverpleging het geval is, vraagt dit dat deze aanbieders zich zo organiseren dat zij een gemandateerde vertegenwoordiging kunnen afvaardigen naar het eerstelijnsamenwerkingsverband. Ook voor apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten en andere paramedici geldt dat zij zich (daar waar dit nog niet het geval is) zullen moeten organiseren op regioniveau, zodat ook zij volwaardig kunnen participeren op regionaal niveau. Er zijn disciplines die op sommige plekken op een andere dan regionale schaal georganiseerd zijn, zoals de artsen verstandelijk gehandicapten of specialisten ouderengeneeskunde, die zowel vanuit de zorgorganisaties als zelfstandige samenwerkingsverbanden werken. Dit vraagt om maatwerk in samenwerking met het regionaal samenwerkingsverband.

Figuur 5 - Hoofdtaken van het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband

5

Landelijk zorgen voor passende ondersteuning



Landelijk zorgen voor passende ondersteuning

Landelijk congruent beleid om het doel dichterbij te brengen

Onze doelen zijn alleen te realiseren wanneer het perspectief van de eerste lijn voldoende is geborgd in congruent en steunend, langdurig landelijk beleid. En wanneer de eerstelijnszorg, haar samenwerkingspartners en aanpalende sectoren worden gesteund door blijvend in te zetten op:



een sterk sociaal domein;



het behouden en aantrekken van professionals, zowel in de eerstelijnszorg als in aanpalende sectoren, waaronder het aantrekkelijk maken van het praktijkhouderschap;



het optimaliseren van instroom, doorstroom en uitstroom van en naar aanpalende sectoren (sociaal domein, ggz, medisch-specialistische zorg, langdurige zorg);



passende bekostiging, contractering en verantwoording;



elektronische gegevensuitwisseling van patiënten tussen alle zorgsectoren waarvoor adequate databeschikbaarheid noodzakelijk is;



het verlagen van regeldruk en administratieve lasten;



doorontwikkelen van de kwaliteit van de eerstelijnszorg, waaronder het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden op landelijk niveau op de gebieden waar deze nog ontbreken.

In de tabel in bijlage 2 worden de belangrijkste benodigde maatregelen toegelicht en de raakvlakken met landelijk beleid c.q. de landelijke tafels waar de maatregelen al zijn belegd. Het is essentieel dat de ontwikkelingen zoals hierboven genoemd plaatsvinden, om de eerstelijnszorg toegankelijk te houden.

Hieronder gaan we dieper in op het thema van passende bekostiging, contractering en verantwoording.

Passende bekostiging, contractering en verantwoording

Niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken in wijk én regio zijn nodig om de toegankelijkheid van eerstelijnszorg, maar ook van zorg in het algemeen, te blijven borgen. Om de doelen in deze visie meer dan een vrijblijvend vergezicht te laten zijn, is een type bekostiging nodig die in lijn ligt met de systeemdoelen (toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid). Voor een passende en structurele bekostiging is daarnaast een helder gedefinieerd takenpakket noodzakelijk. Dat wil zeggen: de rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen zijn

helder en er is beschreven wat ten minste van ieder regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband en van ieder wijkverband verwacht mag worden aan taken (zie hiervoor hoofdstuk 6).

Daarnaast zijn afspraken nodig over hoe een passende financiering binnen de bestaande budgettaire kaders de beweging zoals beschreven in deze visie ondersteunt. Passende financiering houdt in dat er vanuit vertrouwen wordt gewerkt en gecontracteerd tussen aanbieder(s) en verzekeraar(s), waarbij er wordt ingezet op passende verantwoordingseisen, met zo min mogelijk regeldruk en administratieve lasten.



Bekostiging

Het samenhangend pakket aan verantwoordelijkheden en (inhoudelijke) afspraken moet een bijpassende bekostiging kennen. Wij zien een brede betaaltitel voor ons met een sectoroverstijgende werking. De exacte vorm die ons voor ogen staat dient nog verder te worden uitgewerkt, maar de bedoeling is dat deze dezelfde functie heeft als de huidige vormgeving van “O&I” zoals deze nu in segment 2 van de beleidsregel voor “Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg” is vormgegeven²⁹. Deze bekostiging krijgt een eerstelijnsdiscipline overstijgend karakter en is daarmee voor alle disciplines beschikbaar. Deze aparte vergoeding is niet gekoppeld aan bestaande prestaties voor *patiëntgebonden* contact, maar beschrijft het geheel aan aanvullende werkzaamheden op het gebied van *coördinatie* en *afstemming* dat samenhangt met het uitvoeren van het regioplan.

NB. Deze vorm heeft nu de nodige technische uitdagingen, vanwege de huidige verzuilde aanspraken, kaders, tariefsoort en inkoopdynamiek (dit is nu nog monodisciplinair ingericht). We presenteren hier geen oplossing voor dit vraagstuk.

Contractering

De regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden geven samen met partners in de regio invulling aan de doelen zoals beschreven in deze visie en veranderstrategie. We vergroten de slagkracht van de eerstelijnszorg door de wijkverpleegkundige coördinatie, naast de huisarts en het sociaal domein, eenduidig in de wijk te organiseren waar dat nodig is om de inhoudelijke doelen te bereiken. Dit doen we in goede samenwerking en vanuit ieders eigen rol en verantwoordelijkheid, waar nodig gestimuleerd door contracteringsbeleid van zorgverzekeraars en met het oog op het terugdringen van versnippering. Zorgverzekeraar(s) zullen, afhankelijk van de gekozen vorm van de samenwerking, daarop aansluiten met passende (volgende of gelijkgerichte) contractering van het eerstelijnsamenwerkingsverband. Waar van toepassing vertalen zorgverzekeraars regionale afspraken door in de individuele contractering van zorgaanbieders. Uiteraard blijft afzonderlijke individuele contractering mogelijk in de eerstelijnszorg. Zie ook [paragraaf 6.2](#) Werkagenda voor regionale organisatievormen en inkoop van zorg.

Verantwoording

De samenwerking tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders steunt op vertrouwen en transparantie. Enerzijds gaat de rechtmatigheid van de zorguitgaven over correct registreren en declareren, anderzijds over gepast gebruik en kwaliteit van zorg. Regelmatig wordt de kwaliteit van het registratie- en declaratieproces getoetst. Tevens wordt regelmatig met zorgverleners geëvalueerd hoe dit proces minder belastend en efficiënter kan, waarbij wordt gewerkt vanuit vertrouwen en, waar dat van meerwaarde is, meerjarige afspraken. Er wordt gestreefd naar minder correctiewerkzaamheden achteraf en een verlaging in de controles voor beide partijen. Meer onderling vertrouwen en daarmee vermindering van de regeldruk, administratieve lasten en verantwoordings-eisen leiden tot meer werkplezier, meer capaciteit in de praktijk en minder mensen die besluiten de zorg te verlaten.

²⁹ De bekostiging van de reguliere eerstelijnszorg op zorgverlenersniveau voor de patiënt blijft in beginsel gelijk aan het huidige model.

6

Hoe we de visie gaan realiseren



Hoe we de visie gaan realiseren

In dit hoofdstuk leest u onze veranderstrategie voor de veranderopgaven, de bijbehorende *roadmap* en de *governance* die helpen om de beoogde verandering krachtig vorm te geven, uit te dragen en te monitoren.

6.1 Veranderstrategie: een sterke organisatie om krachtig inhoudelijk te vernieuwen

Onze veranderstrategie is gericht op veranderingen op lokaal, regionaal en landelijk niveau met het doel om de eerstelijnszorg krachtig te kunnen vernieuwen.

Uitgangspunten voor de veranderstrategie:

1. Inhoud stuurt de beweging; de beoogde verandering gaat over het bereiken van concrete inhoudelijke verbeteringen in de werkpraktijk van de eerste lijn en de verandering die daarvoor nodig is in de samenwerking, mandatering en organisatie van de eerste lijn in de wijk en op regioschaal.
2. De verandering is veelomvattend. Duurzame transformatie vraagt commitment, inzet, tijd, investeringen in mensen en middelen, vertrouwen en ruimte om te leren en te onderzoeken.
3. We sluiten aan bij het IZA en andere landelijke akkoorden waar dat kan, maar creëren waar nodig ruimte voor een eigen proces als dat helpt om de verandering sneller te realiseren.

4. Tempoverschillen tussen regio's mogen, maar wel met een duidelijk einddoel richting 2030 ('de stip op de horizon').
5. De beweging wordt landelijk gefaciliteerd met een governance die aanspreekbaar is en anderen kan aanspreken op de plekken waar verandering onvoldoende tot stand komt.

6.1.1 Veranderstrategie op lokaal niveau

• *Stip op de horizon*

Op lokaal niveau zijn er in elke wijk *hechte wijkverbanden*³⁰. De kernspelers van de hechte wijkverbanden (zie hoofdstuk 3) hebben korte lijnen met elkaar, en zijn in staat om in te spelen op de specifieke behoeften van de populatie in de wijk. Het doel is om op wijk- en regioniveau uitvoering te geven aan de versterking van de eerstelijnszorg zoals beschreven in deze visie. Op wijkniveau hebben de kernspelers gestructureerd zicht op ontwikkelingen, behoeften en knelpunten, zodat professionals effectief hun werk kunnen doen en samen kunnen werken aan oplossingen. Overleg- en organisatievormen zijn dienend daaraan (en dus geen doel op zich).

³⁰ Waar wijk staat, kan ook dorp of lokaal niveau worden gelezen. De 'wijk' is een niet vastomlijnd begrip, waarbij wordt gedacht aan een populatie van 10.000 à 20.000 inwoners. Afhankelijk van de lokale context wordt een passende schaal gekozen.

• *De benodigde verandering*

Het vormen van hechte wijkverbanden zien wij als een groeiproces, waarbij zoveel mogelijk moet worden voortgebouwd op de goede vormen van hechte samenwerking die al bestaan. Wel is een minimaal niveau vereist dat uiteindelijk in elke wijk aanwezig moet zijn. In de wijken bestaat het hecht wijkverband uit één of enkele afgevaardigde aanspreekpunten van de huisartsenzorg, wijkverpleging, apothekers en het sociaal domein, waaronder sociaal werk. Afhankelijk van de context in de wijk en samenstelling van het wijkverband kunnen ook andere disciplines aansluiten. Bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde bij doelgroepen zoals kwetsbare ouderen in de wijk.

Omdat de vraagstukken die binnen wijken spelen ook hun oorsprong kunnen hebben buiten de eerstelijnszorg, is afstemming met het sociaal domein noodzakelijk. Vanuit de kant van gemeenten wordt actief gestuurd op samenwerking met het wijkverband.

Activiteit	Aanjagen ontwikkeling naar hechte wijkverbanden, waaronder afvaardiging kernspelers	Verzamelen en delen goede voorbeelden van wijksamenwerking (via stimuleringsregeling vanuit VWS)	Hechte wijkverbanden groeien toe naar uitvoeren van hoofdtaken
	2024 - 2025 - 2026		2027 - 2030
Verantwoordelijke	Preferente zorgverzekeraar(s) ³¹ en voorloper eerstelijnsamenwerkingsverband		Preferente zorgverzekeraar(s) met het eerstelijnsamenwerkingsverband
Stimulering	ZonMw subsidie, stimuleren via contractering		Eerstelijnszorgbrede financiering voor O&I-taken, voor alle eerstelijnsdisciplines, via het eerstelijnsamenwerkingsverband

Roadmap veranderstrategie op lokaal niveau

6.1.2 Veranderstrategie op regionaal niveau

- *Stip op de horizon*
Op regionaal niveau³² zijn er aanspreekbare *eerstelijnsamenwerkingsverbanden*, met gemandateerde vertegenwoordiging vanuit verschillende eerstelijnszorgdisciplines. We bouwen hierbij zoveel mogelijk door op bestaande structuren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders handelen bij de

³¹ De preferente zorgverzekeraar informeert waar nodig de mandaatgemeente als samenwerking in de wijk met het sociaal domein minder goed tot stand komt en vice versa. De mandaatgemeente is de betreffende gemeente binnen een regio die namens de andere gemeenten het mandaat heeft gekregen voor het maken van afspraken aan de Regiotafel.
³² Nederland telt 55 á 57 huisartsenregio's; op basis hiervan verwachten wij dat ongeveer in 55 á 57 regio's eerstelijnsamenwerkingsverbanden ontstaan (www.hechtehuisartsenzorg.nl).

implementatie van de visie op regioniveau gelijkgericht. Zorgverzekeraars zullen, afhankelijk van de gekozen vorm van de samenwerking, daarop aansluiten met passende (volgende of gelijkgerichte) contractering van de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden. Waar van toepassing vertalen zorgverzekeraars regionale afspraken door in de individuele contractering van zorgaanbieders. Uiteraard blijft afzonderlijke individuele contractering mogelijk in de eerstelijnszorg. Zorgprogramma's kunnen onderdeel zijn van de regionale afspraken, zie ook paragraaf 6.2 Werkagenda voor regionale organisatievormen en inkoop van zorg. Hierbij

geldt dat zorgprogramma's ontwikkeld worden door zorgverleners vanwege een noodzaak die zij zelf zien voor hun patiënten. Het eerstelijnsamenwerkingsverband kent vijf hoofdtaken, zie figuur 5.

- *De benodigde verandering*
Het vormen van eerstelijnsamenwerkingsverbanden in de regio's zien we als een groeiproces dat stap voor stap en in nauwe samenspraak tussen aanbieders en financier (zorgverzekeraar) plaatsvindt, en dat wordt gestimuleerd, gefaciliteerd en gevolgd vanuit het landelijk niveau. Voor de exacte route van verandering zijn diverse scenario's denkbaar die in samenspraak met de preferente zorgverzekeraar kunnen worden uitgewerkt.

Voor de ontwikkeling van de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden wordt waar mogelijk aangesloten bij de regionale samenwerkingsstructuren die al bestaan en goed functioneren. Op die manier worden de in gang gezette ontwikkelingen doorgezet. In de meeste regio’s zijn Regionale HuisartsenOrganisaties (RHO’s) actief; een denkbaar scenario is dat de RHO een gidsrol neemt bij de op- en inrichting van het eerstelijnsamenwerkingsverband³³ en zich op termijn doorontwikkelt tot een regionale eerstelijnsorganisatie. Belangrijk is dat het proces zo wordt vormgegeven dat het voorsorteert op de gewenste samenwerking in de regio en voldoende uitgaat van gelijkwaardigheid. Het komen tot de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden zal mede afhankelijk zijn van hoe effectief en gelijkgericht de financiering en inrichting van het eerstelijnszorglandschap zullen zijn.

Het regionale eerstelijnsamenwerkingsverband geeft samen met partners in de regio invulling aan de doelen zoals beschreven in deze visie en veranderstrategie. Zo vergroten we de slagkracht van de eerstelijnszorg door de wijkverpleegkundige coördinatie naast de huisartsenzorg en het sociaal domein eenduidig in de wijk te organiseren waar dat nodig is om de inhoudelijke doelen te bereiken, gezamenlijk en ieder

³³ Daar waar een regio nog niet beschikt over een RHO of de RHO deze rol niet kan oppakken dan kan bijvoorbeeld de VVT/wijkverpleging hier een rol in spelen in plaats van de RHO.



Roadmap veranderstrategie op regionaal niveau

vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen bij de implementatie van de visie op wijk- en regioniveau gelijkgericht handelen. Zorgverzekeraar(s) zullen, afhankelijk van de gekozen vorm van de samenwerking, daarop aansluiten met passende (volgende of gelijkgerichte) contractering van het eerstelijnsamenwerkingsverband. Waar van toepassing vertalen zorgverzekeraars regionale afspraken door in de individuele contractering van zorgaanbieders. Uiteraard blijft afzonderlijke individuele contractering mogelijk in de eerstelijnszorg. Het regionaal samenwerkingsverband moet in staat zijn om contractuele afspraken te maken³⁴. Hiervoor is vereist dat het eerstelijns-samenwerkingsverband minimaal bestaat uit gemandateerde afvaardigingen van de betrokken zorgaanbieders. De focus zal daarbij in eerste instantie liggen op de zorgaanbieders die in de wijk de basis vormen van het hechte wijkverband, te weten huisartsen, apothekers en aanbieder(s) van wijkverpleging. Er wordt gefaciliteerd dat andere eerstelijnsdisciplines monodisciplinair tot afvaardiging en mandatering komen. Zodra andere eerstelijnsdisciplines zich in de regio in bepaalde mate monodisciplinair hebben georganiseerd, sluiten zij aan bij het eerstelijnsamenwerkingsverband. In regionale afspraken wordt vastgelegd dat in (idealiter) 2030 het eerstelijnsamenwerkingsverband bestaat uit een regionaal gemandateerde

³⁴ Ook een samenwerkingsverband kan formele contractuele afspraken maken. Idealiter kan is het mogelijk per 2026 dat zorgverzekeraars het samenwerkingsverband kunnen contracteren voor O&I en zorgprogramma's (zie roadmap).

vertegenwoordiging van alle relevante overige eerstelijnsdisciplines³⁵. Ook wordt vastgelegd dat het eerstelijnsamenwerkingsverband ernaar streeft om in 2030 te voldoen aan alle hoofdtaken (zie figuur 5) en dat betrokkenheid van burgers/patiënten³⁶ is geborgd. Hoe wordt geborgd dat een regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband voldoende slagkracht heeft om beschreven doelen en taken effectief uit te voeren, vraagt nog verdere uitwerking en keuzes. Zie in paragraaf 6.2 Werkagenda voor regionale organisatievormen en inkoop van zorg, die beschrijft over welke uitwerking dit gaat en hoe deze gemaakt zal worden.

Wij zien de eerste jaren als **ontwikkelijaren** waarin in samenwerking met de preferente zorgverzekeraar(s) in de regio de contouren van het eerstelijnsamenwerkingsverband per regio worden gevormd. Daarbij zullen globaal de volgende fasen³⁷ worden doorlopen:

³⁵ Waaronder de specialisten ouderengeneeskunde, de artsen verstandelijk gehandicapten, de fysiotherapeuten, diëtisten en andere paramedici.

³⁶ Idealiter wordt de samenwerking met burgers vormgegeven via de Regiotafel/tafel Regioplan waar inwonerparticipatie is geborgd, zodat inwonerparticipatie niet dubbelop wordt georganiseerd.

³⁷ Fasen zijn uiteraard afhankelijk van het startpunt (daar waar al regionaal wordt samengewerkt tussen eerstelijnsdisciplines kan dit veel sneller gaan dan daar waar nog niet regionaal wordt samengewerkt).

- **Fase 1 – Netwerkfase.**
De betreffende partijen worden bij elkaar gebracht, bijvoorbeeld door een daartoe aangewezen ondersteunende partij, zoals de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Het Regioplan wordt vertaald naar een inhoudelijk regionaal plan van aanpak voor de eerste lijn voor de betreffende regio³⁸.
- **Fase 2 – Afsprakenfase.**
De betreffende partijen maken samenwerkingsafspraken die ze vastleggen in een intentieovereenkomst, leidend tot een samenwerkingsovereenkomst.
- **Fase 3 – Organisatiefase.**
Het regionaal samenwerkingsverband maakt met de zorgverzekeraar(s) afspraken over het realiseren van doelen en taken zoals beschreven in deze visie en veranderstrategie.
- Parallel aan het bovenstaande wordt per eerstelijnsdiscipline gewerkt aan het verhogen van de organisatiegraad op regioniveau, zodat gemandateerde afvaardiging bij het eerstelijnsamenwerkingsverband mogelijk wordt.

³⁸ Dit plan van aanpak wordt een aanvullend document van het Regioplan.

Voor de ontwikkeljaren kunnen regio's (voorbereiding/ uitvoerings-)subsidies aanvragen vanuit het ZonMw-programma. In dit programma welke voor alle disciplines beschikbaar is van 2024 t/m 2026 het opzetten van de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden gefinancierd, in opmaat naar structurele bekostiging. In het programma worden belangrijke lessen en ervaringen opgedaan die input geven aan het nader concretiseren van de eisen die aan eerstelijnsamenwerkingsverbanden gesteld worden. Dit is noodzakelijk om structurele bekostiging goed vorm te geven. Tevens wordt de ontwikkeling naar eerstelijnsamenwerkingsverbanden gestimuleerd via contractafspraken vanuit de preferente zorgverzekeraar.

Vanaf contracteerjaar 2026 worden de afspraken over inzet, doelen en taken tussen zorgverzekeraar(s) en regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden gemaakt via de reguliere contractering. Daar waar partijen overeenstemming bereiken, kunnen vanaf contracteerjaar 2025 contractafspraken worden gemaakt over de regionale implementatie van de visie.

6.1.3 Veranderstrategie op landelijk niveau

Op landelijk niveau is de veranderstrategie gericht op het **landelijk faciliteren en monitoren van de beweging**. Dit omvat onder andere het waar nodig aanpassen van wet- en regelgeving en de bekostiging, waarbij niet alleen de Rijksoverheid betrokken zal zijn, maar ook de zorgverzekeraars, de landelijke koepelorganisaties van de eerstelijnsdisciplines en de VNG. Om dit in goede banen te leiden en te kunnen volgen richten we een landelijke governance in (zie paragraaf 6.3).

Om de beweging op wijk- en regionaalniveau te faciliteren, zorgen de diverse landelijke partijen voor het volgende:

- Uitwerking van vragen zoals beschreven in paragraaf 6.2
Werkagenda voor regionale organisatievormen en inkoop van zorg.
- Ontwikkelen van landelijke richtlijnen/kaders/samenwerkingsafspraken voor hoe taken worden verdeeld binnen de eerste lijn. Hier moet duidelijk in staan wie regie heeft, wie doorverwijst bij welke omstandigheden en wie de 'ingang' is bij specifieke patiëntengroepen zodat regio's hier regionale afspraken over kunnen maken.
- De benodigde activiteiten oppakken om de inhoudelijke vernieuwing te stimuleren en te faciliteren conform de beschreven doelen in deze visie.

- Ontwikkelen waar nodig van aanvullende wet-/regelgeving om de organisatorische vernieuwing te stimuleren (op gebied van samenwerking, maar ook op vraagstukken rondom commitment aan wijk/eerstelijnsamenwerkingsverband, contractering en rondom het BTW vraagstuk).
- Monitoren van de voortgang en samenhang met landelijk beleid dat raakt aan randvoorwaarden voor deze visie en reeds wordt opgepakt via andere tafels (zie bijlage 2).



Activiteit	Landelijke opdracht uitwerken op basis van beschreven hoofdtaken in visie voor eerstelijnsamenwerkingsverband ⁴³	Landelijke opdracht uitwerken op basis van hoofdtaken in visie voor het hechte wijkverband ⁴⁴	Landelijke richtlijnen/kaders ontwikkelen voor hoe taken worden verdeeld binnen de eerstelijnszorg	Activiteiten oppakken t.b.v. inhoudelijke vernieuwing conform doelen in de visie	Subsidies beschikbaar maken voor wijk en regiosamenwerking (2024-2026) ⁴⁵	Geschikte bekostiging/betaaltitels doorontwikkelen voor O&I en inhoudelijke zorgprogramma's (gereed per 2026)*		Aanvullende wet-/regelgeving om de beweging te faciliteren/stimuleren ⁴⁶
	2024						2025 EN VERDER	
Verantwoordelijke	Werkorganisatie implementatie visie (zie 6.3)	Werkorganisatie implementatie visie (zie 6.3)	Beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars	Beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars	Rijksoverheid (ZonMw)	Rijksoverheid(NZa)		Rijksoverheid
Stimulering	Landelijke opdracht (zie governance, paragraaf 6.2)							

* zie paragraaf 6.2 voor aanvullingen op de veranderstrategie.

Roadmap veranderstrategie op landelijk niveau

6.2 Werkagenda voor regionale organisatievormen en inkoop van zorg

Het doel van de deze werkagenda is scherp te beschrijven welke stappen nog gezet moeten worden. Hiermee beogen we de uitvoering te versnellen.

Met deze visie en veranderstrategie zetten partijen een duidelijke stip op de horizon in 2030. We gaan samen aan het werk om tot een sterkere eerstelijnszorg te komen, in de wijk en op regioniveau. Zoals we in de visie beschrijven: de inhoud stuurt de beweging. De versterking van de organisatie staat daaraan ten dienste. We bouwen daarbij zoveel mogelijk door op bestaande structuren. Zo zorgen we ervoor dat de eerstelijnszorg toegankelijk blijft voor ieder die deze nodig heeft. Er komen regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden die samen met partners in de regio invulling geven aan de doelen zoals beschreven in de visie en veranderstrategie. we vergroten de slagkracht van de eerstelijnszorg door de wijkverpleegkundige coördinatie, naast de huisartsenzorg en het sociaal domein, eenduidig in de wijk te organiseren waar dat nodig is om de inhoudelijke doelen te bereiken. Dit doen we in goede samenwerking en vanuit ieders eigen rol en verantwoordelijkheid, waar nodig gestimuleerd door contracteringsbeleid van zorgverzekeraars en met het oog op het terugdringen van versnippering. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen bij de implementatie van de visie op wijk- en regioniveau gelijkgericht handelen. Zorgverzekeraar(s)

zullen, afhankelijk van de gekozen vorm van de samenwerking, daarop aansluiten met passende (volgende of gelijkgerichte) contractering van het eerstelijnszorgsamenwerkingsverband. Waar van toepassing vertalen zorgverzekeraars regionale afspraken door in de individuele contractering van zorgaanbieders. Uiteraard blijft afzonderlijke individuele contractering mogelijk in de eerstelijnszorg.

Tegelijkertijd constateren we met de betrokken partijen dat de doelen en hoofdtaken op specifieke punten nog verdere aanscherping en uitwerking vragen om de afgesproken beweging in de praktijk te brengen. Het gaat hierbij niet zozeer om het ‘wat’ (welke taken), maar vooral om het ‘wie’ (wie gaan de taken uitvoeren) en het ‘hoe’ (hoe worden de taken uitgevoerd en met welk mandaat). Zo heeft een regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverband voldoende slagkracht en mandaat nodig om de taken effectief uit te voeren. Op een aantal punten maken we bewust nog geen scherpe keuzes in deze visie en veranderstrategie. Dat komt omdat de gevolgen van die keuzes groot zijn, op allerlei vlakken, en we die goed met elkaar willen overzien. Ook bestaan er op een aantal punten rondom het ‘wie’ en ‘hoe’ nog verschillen van inzicht tussen partijen.

We spreken daarom af dat wij, landelijke partijen, in de maanden na vaststelling van de visie en veranderstrategie op een aantal fundamentele onderwerpen tot scherpere keuzes en

uitwerking komen. We doen dat voortvarend, zodat het veld snel duidelijkheid krijgt. Tegelijkertijd kan het veld ook al van start, binnen de huidige bekostigingssystematiek en met de middelen uit het ZonMw-programma. Dit levert waardevolle lessen op, die helpen bij de verdere uitwerking.

De verdere uitwerking en aanscherping vindt plaats op de volgende punten:

- **De vraag hoe het regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverband voldoende slagkracht krijgt om de doelen en taken uit de visie daadwerkelijk effectief uit te kunnen voeren.**

Hierbij spelen o.a. de volgende punten:

- Hoe geven we verdere concretisering aan de inhoudelijke taken en verantwoordelijkheden van de regionale verbanden?
- Welke mate van vrijheid/flexibiliteit blijft er voor de vorm van een regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden? Partijen willen geen blauwdruk opleggen, maar is er een minimale ‘formaliteit’ van deze organisatie nodig of kan ook een overlegtafel zonder (juridische) entiteit volstaan om de inhoudelijke doelen en taken te realiseren? En hoe kunnen regio’s de keuze maken tussen het opzetten van nieuwe structuren of het doorbouwen op bestaande structuren, zodat gelijkwaardigheid geborgd wordt?
- Welke (formele) taken en bevoegdheden krijgt een regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverband om de afgesproken doelen te kunnen realiseren? En hoe geven

we in de praktijk handen en voeten aan ‘aanspreekbaarheid’, ‘verantwoordelijkheid’ en mandatering, zodanig dat dit de inhoudelijke beweging mogelijk maakt?

- Hoe maken zorgverzekeraars afspraken over passende financiering van regionale activiteiten om de visie te realiseren? Passende financiering kan betekenen dat zorgverzekeraars gelijkgericht of volgend inkopen, afhankelijk van de inhoud en vorm van de afspraken.
 - Wat vraagt dit aan wijzigingen op het gebied van bekostiging, wet- en regelgeving, toezicht en contractering?
- **De vraag op welke wijze ook zorg – bijvoorbeeld in de vorm van programma’s - bij een regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden als hoofdaannemer kan of moet worden ingekocht.** Hierbij spelen o.a. de volgende vragen:
 - Welke gevolgen zou dit hebben voor de marktordening van de eerstelijnszorg en zijn deze gevolgen wenselijk? Denk aan concurrentiepositie van aanbieders en zorgverzekeraars, maar ook de keuzevrijheid voor burgers.
 - Wat vraagt deze optie aan wijzigingen op het gebied van bekostiging, wet- en regelgeving, toezicht en contractering?

Wijze waarop we deze aanscherping zullen maken:

- Begin 2024 zullen er over bovenstaande twee thema’s een aantal bestuurlijke overleggen worden georganiseerd om de vraagstukken verder uit te diepen.
- Er zullen daarbij een aantal scenario’s of modellen worden ontwikkeld, waarin keuzes worden gemaakt op deze twee thema’s. Partijen zullen in beeld brengen welke gevolgen keuzes hebben voor het behalen van de doelen uit de visie en voor de publieke doelen van de gezondheidszorg: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de gevolgen voor bekostiging, contractering, marktordening, keuzevrijheid, toezicht etc.
- De scenario’s beschrijven ook welke concrete stappen nodig zijn om deze te realiseren.
- Uiterlijk voor de zomer van 2024 zullen de scenario’s worden opgeleverd.
- Bestuurders besluiten vervolgens samen met de minister van VWS op welk(e) scenario(‘s) wordt ingezet.
- Deze afspraak laat onverlet dat gestart wordt met de uitwerking en uitvoering van de afspraken uit de visie.

6.3 Governance en monitoring tijdens implementatiefase (2024-2026)

De in deze visie neergelegde veranderopgave is een majeure transformatie voor alle bij de eerste lijn betrokken partijen. Wij realiseren ons dat dit van alle betrokkenen de nodige inspanningen zal vergen en van ons zal vragen dat wij - om de

toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de eerstelijnszorg overeind te houden en bij te dragen aan gelijke kansen op goede gezondheid voor iedereen - het lange termijn doel laten prevaleren boven korte termijnbelangen.

Wij nemen onze verantwoordelijkheid om hieraan bij te dragen vanuit het besef dat de eerstelijnszorg een sleutelrol vervult bij het realiseren van de noodzakelijke hervormingen in bredere zin in de gezondheidszorg zoals die zijn neergelegd in het IZA. Om deze verantwoordelijkheid waar te maken, is een goede structuur nodig om te kunnen volgen of de afspraken in voldoende mate en tempo worden gerealiseerd en welke kaders en middelen behulpzaam zijn om dit te bewerkstelligen.

Het uitvoeren van de veranderstrategie vraagt om eigenaarschap en inzet van alle partijen die bij de visie betrokken zijn. Tegelijkertijd moet de uitvoering daadkrachtig en wendbaar zijn om te zorgen dat de ambities haalbaar blijven.

Er wordt een governance ingericht die aansluit op de IZA governance, waarbij de uitvoering van de visie valt onder de - nog op te starten - Thematafel Versterking Eerstelijnszorg. Hierbij sluiten we ook aan bij de IZA monitoring. De partijen gaan samen nog kijken naar praktisch werkbaar governance afspraken.

Bijlage 1

Verklarende woordenlijst



Verklarende woordenlijst

Begrip	Definitie
Aanpalende sectoren	Sectoren waar de eerstelijnszorg veel mee te maken heeft, zoals het sociaal domein, GGZ, VVT en de medisch-specialistische zorg.
Anderhalvelijnszorg	Anderhalvelijnszorg is beperkt medisch complexe zorg die bij de patiënt thuis of in een gezondheidscentrum/(wijk)kliniek/huisartsenpraktijk wordt geleverd door eerstelijnszorgprofessionals met soms ondersteuning vanuit een medisch specialist, waar die voorheen door een medisch specialist in het ziekenhuis verleend werd.
Burger	Een lid van de bevolking; een inwoner.
Doorstroom	Patiëntenstroom binnen de eerstelijnszorg tussen de verschillende disciplines of van de eerstelijnszorg naar tweedelijns- of derdelijnszorg.
Eerste lijn	Behelst naast de eerstelijnszorg ook het sociaal werk of andere sociaal domein professionals, omdat zij essentieel zijn in het ondersteunen van burgers met een hulpvraag die buiten de eerstelijnszorg ligt en daarmee met het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg.
Eerstelijnsamenwerkingsverband	Samenwerking tussen eerstelijnszorgdisciplines op regionaal niveau. Via het eerstelijnsamenwerkingsverband is de eerstelijnszorg gezamenlijk aanspreekbaar en neemt het gezamenlijk verantwoordelijkheid voor het borgen van de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg in de regio. Ook biedt het kansen om de eerste lijn op lokaal niveau beter te faciliteren en ontzorgen.

Begrip	Definitie
Eerstelijnszorg	Behelst in deze visie huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapie, logopedie, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Breder omvat dit ook andere professionals zoals psychologen, logopedisten, verloskundigen, tandartspraktijken, jeugdgezondheidszorg.
Gezondheidsvaardigheden	Cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid.
Hecht wijkverband	Samenwerking tussen professionals in de eerste lijn op lokaal niveau. Vanuit dit hechte wijkverband kunnen professionals inspelen op de specifieke behoefte van inwoners in de wijk/dorp en samen werken aan vernieuwing. Deze wijkverbanden omvatten minimaal de huisartsenzorg, de wijkverpleging, de apotheker, en het sociaal domein, waaronder sociaal werk, als belangrijke kernspelers die een rol hebben ten aanzien van de bevolking als geheel. Afhankelijk van de problematiek in de wijk kan gekozen worden voor een bredere samenstelling. Waar wijkverband staat, kan ook dorpsverband of lokaal niveau worden gelezen. De ‘wijk’ is een fluïde begrip, waarbij wordt gedacht aan een populatie van 10.000 à 20.000 inwoners. Afhankelijk van de lokale context kan een passende schaal en invulling worden gekozen.
Instroom	Burgers wiens gezondheidsvraag een zorgvraag blijkt en daardoor als patiënt in zorg komt.
Langdurige zorg	In deze context alle zorg binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) die intramuraal geleverd wordt. Hieronder valt o.a. de intramurale verpleeghuiszorg en -gehandicaptenzorg.

Begrip	Definitie
Mandaatgemeente	De mandaatgemeente is de betreffende gemeente binnen een regio die namens de andere gemeenten het mandaat heeft gekregen voor het maken van afspraken aan de Regiotafel.
Overbruggingszorg	Zorg waarover afspraken worden gemaakt indien de gewenste zorg niet beschikbaar is, bijvoorbeeld bij wachtlijsten, om niet-passende aanspraak op eerstelijnszorg te voorkomen.
Passende zorg	Passende zorg gaat uit van vier basisprincipes: 1. Passende zorg draagt bij aan het functioneren van mensen en de kwaliteit van leven. 2. Passende zorg komt samen met de patiënt tot stand. Zorgprofessional en patiënt beslissen samen over best passende behandeling. Is de juiste zorg op de juiste plek. 3. Dichtbij waar het kan, op afstand als het moet bijvoorbeeld door het inzetten van digitale zorg. 4. Passende zorg gaat niet over ziekte, maar over gezondheid; kijken naar wat iemand nog wél kan. Inzetten op preventie en vernieuwing.
Patiënt	Een burger met een zorgvraag.
Paramedici/paramedische zorgverleners	Zorgverleners in de diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, huidtherapie, logopedie, optometrie en oefentherapie.
Poortwachtersfunctie	Functie om patiënten door te verwijzen van de eerstelijnszorg naar de tweedelijnszorg. De poortwachtersfunctie vereist medisch generalistische kennis, dus blijft belegd bij de huisarts. Wel kan er op gerichte onderdelen worden verkend of andere disciplines kunnen doorverwijzen. Afspraken hierover worden gemaakt in landelijk verband en in afstemming met de gespecialiseerde zorg.

Begrip	Definitie
Praktijkhouderschap	Het voeren van een eigen praktijk als zorgprofessional.
Proactieve zorgplanning	Patiënt en zorgprofessional(s) maken gezamenlijk keuzes over (toekomstige) zorgvragen. Dit voorkomt de inzet van niet-passende zorg. Door vooraf de mogelijkheden te bespreken en keuzes te maken, is de patiënt bovendien beter voorbereid.
Regiebehandelaarschap	De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor de geleverde zorg. Daarbinnen valt bij multidisciplinaire zorg het opstellen van het individueel behandelplan, waarin de zorg van andere zorgverleners is beschreven en het aansturen van het multidisciplinaire team. De rol van de regiebehandelaar bij de inzet van multidisciplinaire zorg (volgens standaarden) onderscheiden we van de generalistische (monodisciplinaire) inzet op verzoek van de huisarts. Regiebehandelaar kan in de huidige situatie, naast de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of verpleegkundig specialist zijn. Deze behandelaars leveren de zorg vaak in nauwe samenwerking in een multidisciplinair team. Wie deze rol vervult hangt af van of het somatische of het gedragsmatige aspect voorliggend is. De regiebehandelaar zorgt ook één aanspreekpunt voor de patiënt en diens naaste(n).
(Sub)regio	Een aaneengesloten geografisch gebied. In de regiobeelden en regioplannen van IZA wordt hiervoor de indeling naar zorgkantoorregio's gebruikt. In dit document verwijst 'regio' meestal naar een subregio binnen een zorgkantoorregio.



Begrip	Definitie
Sociaal domein	Het domein gericht op welzijn en behelst de sociale basis, sociaal-maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, inkomensondersteuning, beschermd wonen, jeugdzorg. Soms worden ook domeinen als wonen en ruimte, bijstand, sport en cultuur, onderwijs en kinderopvang tot het sociaal domein gerekend.
Sociaal domein professional, waaronder sociaal werk	In de visie spreken we over sociaal domein professionals, waaronder sociaal werk, als een algemene term voor verschillende functies in het sociaal domein, zoals leden van wijkteams, sociaal-maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, cliëntondersteuners, persoonlijk begeleiders, schuldhulpverleners, bijstandsconsulenten. In elke gemeente is het sociaal domein anders georganiseerd en zijn er veel medewerkers actief op vrijwel alle leefgebieden. We spreken in het kader van het hechte wijkverband van de sociaal domein professional, waaronder sociaal werk, als functie die deelneemt aan het wijkverband en een rol heeft in het bevorderen dat inwoners deelnemen aan het maatschappelijk leven. Deze rol kan afhankelijk van de lokale inrichting en context door diverse sociaal domein professionals worden ingevuld indien de gemeente dit wenselijk acht.
Taakdelegatie	De keuze door een zorgprofessional om de uitvoering van een bepaalde zorgtaak over te dragen aan zorg- of welzijnsverleners in de eigen praktijk, zoals praktijkondersteuners. De zorgprofessional behoudt wel de regie over de behandeling als geheel.
Taakherschikking	Het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen.
Terugstroom	Patiëntstroom van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg.
Toeleiden	Bepalen of een gezondheidsvraag een zorgvraag is of niet en de burger verbinden aan de juiste professional.

Begrip	Definitie
Transmuraal/ transmurale samenwerking of afspraken	(Samenwerking of afspraken) tussen de eerstelijnszorg en aanpalende sectoren.
Triage	Het beoordelen van de urgentie van de zorgvraag en vervolgens de wijze waarop de zorgvraag het beste kan worden beantwoord en door wie die patiënt gezien moet worden.
Tweedelijnszorg	In deze context alle zorg binnen de Zorgverzekeringswet waarvoor een verwijzing van de huisarts vereist. Hierbinnen vallen onder andere medische specialistische zorg en de specialistische geestelijke gezondheidszorg.
Vraagverheldering	Het verdiepen van de ingangsvraag naar een zorgvraag waarop als antwoord een eerste inschatting mogelijk is met een mix van zelfzorg, informele zorg, medische zorg en ondersteuning vereist is.
Wijk	De wijk verwijst hier naar een afgrensbaar gebied wat bijv. overeenkomt met twee à drie geografische wijken en/of adherentiegebied van een of meerdere huisartspraktijken. Hierbij wordt gedacht aan een schaal van 10.000 à 20.000 inwoners. Afhankelijk van de lokale context kan een passende schaal worden gekozen.
Zelfmanagement	Het zodanig omgaan met de chronische aandoening (verschijnselen (symptomen), behandeling, lichamelijke, emotionele (psychische) en sociale gevolgen en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt ingepast in het leven.
Zelfredzaamheid	Het vermogen van burgers om zichzelf te redden op alle levensterreinen met zo min mogelijk professionele ondersteuning en zorg.



Bijlage 2

Landelijk beleid om
het doel dichterbij
te brengen



Landelijk beleid om het doel dichterbij te brengen

Landelijke maatregelen		Raakvlak landelijk beleid
Behoud en aantrekken van professionals, zowel in de eerste lijn als in aanpalende sectoren	• Bijdragen aan aantrekkelijkheid van werken binnen de eerste lijn en verminderen van de uitstroom uit de zorg. • Het aantrekkelijk maken van (vast) dienstverband en praktijkhouderschap. • Waar nodig vergroten van opleidingscapaciteit.	• Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) • IZA-tafel ‘arbeidsmarktsituatie & ontzorgen’.
Een sterk sociaal domein	• Middelen voor het sociaal domein om in te zetten op terugdringen gezondheidsachterstand, gezonde fysieke leefomgeving, versterken sociale basis, gezonde leefstijl, versterken mentale gezondheid en weerbaarheid en vitaal ouder worden. • Inzet maatschappelijk werkers in het hecht wijkverband. • Sterkere verbinding tussen eerstelijnszorg en het sociaal domein, o.a. door aansluiting bij de vijf ketenaanpakken van de regionale preventie-infrastructuur.	• Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). • Werkagenda VNG bij het Integraal Zorgakkoord (IZA). • IZA-tafel ‘gezond leven en preventie’. • IZA-tafel: ‘verbeteren van de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz-zorg’. • Hervormingsagenda Jeugd.
Versoepelen toeleiding, instroom, doorstroom en uitstroom aanpalende sectoren (VVT, GGZ, specialistische zorg)	• Vormen van zelfmanagement, voorbereiding en toeleiding die mensen in staat stellen betere afwegingen te maken voor ze een beroep doen op zorg. • Uitwerken van een zorg coördinatie voorziening, waarbij patiënten contact op kunnen nemen met een centraal punt, waarna verwijzing plaatsvindt, in aansluiting op regionale initiatieven. • Inzet op juiste zorg op de juiste plek. • Terugdringen van wachtlijsten. • Voorkomen vastlopen keten. • Terugdringen problematiek ANW-uren huisartsenposten.	• Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). • IZA-tafel: ‘samenwerking in de acute zorg’. • IZA-tafel: ‘samenwerking sociaal domein, huisartsen en GGZ’. • Programma: het toekomstbestendig maken van en regionaal inrichten van medisch-generalistische zorg aan patiënten met een complexe zorgvraag.
Passende bekostiging en contractering (zie hoofdstuk 6)	• Via afspraken borgen van aanspreekbaarheid en niet-vrijblijvendheid van afspraken. • Domein overstijgende betaaltitel.	• IZA-tafel: ‘contractering’. • IZA-tafel: ‘verbeteren van de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz-zorg’. • BACO-advies van de NZa.



Landelijke maatregelen		Raakvlak landelijk beleid
Elektronische gegevensuitwisseling van patiënten tussen alle zorgsectoren	• Zorgprofessionals beschikken binnen 24 uur na registratie over alle kerngegevens zodat passende zorg op een veilige manier kan worden gegeven. • Burgers kunnen beschikken over een persoonlijke gezondheids-omgeving (PGO).	• IZA-tafel: ‘gegevensuitwisseling en digitalisering’. • Nationale visie en strategie voor het gezondheidsinformatiestel. • Wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz).
Verlagen van regeldruk en administratieve lasten	• Inzet van uren en middelen zoveel mogelijk direct voor de zorg. • Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken aan onderling vertrouwen. • Zorgverzekeraars werken actief aan omlaag brengen van verantwoordingslast met een vast te stellen percentage. • Partijen verminderen regeldruk met 5% (afpraak IZA).	• IZA-tafel: ‘arbeidsmarktsituatie en ontzorgen’. • Programma [Ont]Regel de Zorg.
Doorontwikkelen van de kwaliteit van de eerstelijnszorg op landelijke niveau	• (Door)ontwikkelen van monodisciplinaire én multidisciplinaire professionele richtlijnen/standaarden om zorgkeuzes meer in samenhang richting patiënten te kunnen presenteren. • Initiatieven rondom (toegankelijkheid) medisch generalistische zorg.	• IZA-tafel: ‘passende zorg: Waardegedreven – samen met de patiënt, pakket en kwaliteit’.



