

Reactie LHV/NHG op discussienota “Zorg voor de Toekomst”

Hierbij bieden wij u de reactie van de **Landelijke Huisartsen Vereniging** en het **Nederlands Huisartsen Genootschap** op de VWS Discussienota Zorg voor de Toekomst aan. Naast onze eigen reactie verwijzen wij u naar de separate reactie van onze samenwerkingspartner **InEen** waarin belangrijke beleidsknelpunten en -oplossingen voor huisartsen- en eerstelijnsorganisaties en regionale ondersteuningsstructuren extra worden toegelicht.

U heeft ons bij de discussienota een aantal vragen gesteld.

Wij **herkennen ons in de drie genoemde thema's** en bijbehorende **knelpunten** (antwoord op vraag 1 en 2).

Hieronder gaan we per hoofdstuk uit de discussienota in op de volgens ons belangrijkste **oorzaken van de genoemde knelpunten**, de **beleidsopties** die volgens ons de beste **oplossingen** kunnen leveren om de knelpunten aan te pakken en hoe de **huisartsenzorg** daar **vanuit haar kracht, rol en taak** het beste aan kan **bijdragen** (antwoord op vragen 3, 4 en 5).

Hoofdstuk 1 - Nederland gezond en wel

Complimenten voor de probleemschets in hoofdstuk 1. De notitie geeft aan welke problemen opdoemen richting 2040. De analyse blijft in de rest van de notitie erg abstract. Er worden 'denkbare beleidsopties' beschreven, maar de effecten daarvan worden niet in kaart gebracht. Daardoor mist een beeld van de gewenste richting. De prognoses voor 2040 (aantal ouderen, personeelstekorten) maken radicale keuzes noodzakelijk. Een lange termijnvisie is onontbeerlijk om de opdoemende uitdagingen het hoofd te bieden (zie ook [SER-verkenning Zorg voor de toekomst | SER](#)).

De waarde van de Nederlandse huisartsenzorg heeft zich al jaren bewezen door haar kwaliteit en kosteneffectiviteit. De poortwachtersfunctie van de huisarts heeft ook in de huidige COVID-pandemie haar nut bewezen. Huisartsenteams en huisartsenorganisaties willen graag bijdragen aan het overeind houden van goede zorg in de toekomst. Ons uitgangspunt zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. De kerntaken zijn: medisch-generalistische zorg, spoedeisende huisartsenzorg, terminaal-palliatieve zorg, preventieve zorg en zorgcoördinatie.¹

Aan de hand van deze kernwaarden en -taken willen we vorm geven aan de huisartsenzorg van de toekomst. Investeren in de huisartsenzorg ondersteunt de doelen van de overheid om zorg te bieden vanuit het idee van 'heel de mens', om de zorg betaalbaar te houden en patiënten tijdig op de juiste plek te krijgen. Deze holistische werkwijze is geïntegreerd in het DNA van de huisarts. De afgelopen jaren is het takenpakket van de huisarts te veel uitgebreid. Meer directe en indirecte (overleg)tijd per patiënt is noodzakelijk om het vak goed te kunnen blijven uitoefenen. De huisartsen- en eerstelijnszorg kan haar krachtige sleutelpositie alleen blijven waarmaken mits er voldoende tijd en ruimte is om kwaliteiten optimaal te benutten én organisatiekracht om de uitdagingen die op ons afkomen verder te versterken.

Geef de huisartsenzorg de ruimte terug om haar kwaliteiten optimaal te benutten!

¹ [Toekomst Huisartsenzorg](#)

Hoofdstuk 2 - Preventie en Gezondheid

In de discussienota:

*Er is een beweging nodig van de huidige focus op ziekte en zorg naar het bevorderen van **gezondheid** en welbevinden. Het moet minder gaan om 'de patiënt' en meer om 'de mens' en hoe hij of zij invulling wil geven aan zijn of haar leven. Dat vraagt om een betere inbedding in onze gezondheidszorg van preventie, **leefstijl** en eigen regie en een krachtiger **investering in de sociale basis** en inzet op een vroegtijdige aanpak van sociale problematiek.*

Ons verhaal:

Huisartsen kennen hun patiënten, vaak gedurende langere perioden. Huisartsen bieden medisch-generalistische zorg en kijken dus van oudsher naar 'heel de mens'. Door persoonlijk contact en gezamenlijke besluitvorming wordt duidelijk of geruistellen voldoende is, of er een medische zorgvraag is die de huisarts of zijn team kan oppakken of moet worden verwezen naar een (para)medicus. Vaak constateert de huisarts dat achter de medische hulpvraag een sociaal probleem schuilt waarvoor verwezen wordt naar het sociaal domein. Hier is in gezamenlijkheid winst te behalen. Digitale toepassingen en breed toegankelijke patiëntinformatie zoals beschikbaar via Thuisarts.nl helpen de huisarts en patiënt bij gezamenlijke besluitvorming en samen krijgen ze daardoor grip op gezondheid. De huisartsenzorg voorkomt op al deze manieren onnodige zorguitgaven.

Huisartsen herkennen het belang van preventie. De huisarts ziet geïndiceerde en zorggerelateerde *individuele* preventie als kerntaak. Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel de risicofactoren of symptomen hebben die voorafgaan aan een ziekte. Zorggerelateerde preventie richt zich op mensen met een ziekte of aandoening en voorkomt dat een bestaande aandoening leidt tot complicaties, beperkingen, een lage kwaliteit van leven of sterfte. De kerntaak van de huisarts is in de spreekkamer signaleren dat preventieve interventies op zijn plaats zijn. De uitvoering van collectieve en selectieve preventie-activiteiten voor groepen is nadrukkelijk een taak voor andere partijen, zoals de GGD-en die daar uitstekend toe in staat zijn, zoals we zien in de huidige COVID19 pandemie. Voor een succesvolle interventie is een daarnaast een goede taakverdeling en aansluiting tussen het sociale en medische domein noodzakelijk. Wijkmanagement kan daarbij een rol spelen.

We onderschrijven de reactie van de KNMG met daarin de visie van artsen op preventie. Het bevorderen van een goede leefstijl vraagt van de overheid om heldere stappen te nemen door wetgeving om het nuttigen van ongezonde producten (tabak, alcohol en voedingsmiddelen met veel vet en suiker) terug te dringen. Preventie gaat verder dan leefstijl alleen. Gemeenten zouden een brede preventiestrategie gericht op wonen, armoedebestrijding en aanpak van schulden voor kwetsbare groepen uit moeten werken. Hiermee wordt voorkomen dat stress op het sociaal-maatschappelijke vlak zich vertaalt in terugkerende lichamelijke klachten.

Reactie op financiële prikkels

Niet alleen het vooraf moeilijk inschatten van de bespaarde zorgkosten van preventie is een beletsel om erin te investeren voor zorgverzekeraars, ook het feit dat verzekeren kunnen overstappen naar de concurrent moedigt verzekeraars niet aan om te investeren in iets wat pas later iets oplevert (als de patiënt dus mogelijk overgestapt is). De opbrengsten van preventie landen daarom lang niet altijd bij de investeerder. Het bekostigen van preventie lijkt daarom vooral een taak voor de overheid, wat de reactie van de KNMG-kracht bij zet.

Randvoorwaarden:

- Beschikbaarheid van onafhankelijke en objectieve digitale patiëntinformatie (Thuisarts.nl) is structureel geborgd
- Het aanwijzen van een regionale regisseur en het per domein duidelijk afbakenen van verantwoordelijkheden, taken en budget voor bevordering van preventie en gezondheid: iedere partij heeft zijn eigen verantwoordelijkheid en taak op het gebied van preventie en houdt zich daaraan.

Hoofdstuk 3 - Organisatie en Regie

In de discussienota:

*Om ervoor te zorgen dat het **zorgaanbod** beter aansluit bij wat mensen echt nodig hebben en de doelmatigheid van de zorg te vergroten, zijn verdergaande afspraken nodig over het voorkomen, verplaatsen en vervangen van zorg (uitbreiden beweging De juiste zorg op de juiste plaats). Dat vergt een intensivering van **samenwerking** tussen alle betrokken partijen, over de grenzen van traditionele **domeinen** heen en in de **regio**. Ook is van belang dat de **coördinatie** tussen verschillende zorgsoorten verbetert. De complexiteit van de wijze waarop we de zorg hebben georganiseerd mag er niet toe leiden dat mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.*

Ons verhaal:

Kernwaarden en aanbod

Ons uitgangspunt zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Vanuit die waarden kunnen huisartsen bijdragen aan de grote uitdagingen van de toekomst. De huisartsenzorg is vaak het eerste aanspreekpunt voor patiënten met een zorg of vraag. Veel kan in de huisartspraktijk worden opgelost, maar de huisartsenzorg kan niet goed functioneren zonder nauwe samenwerking met en beschikbaarheid van alle andere sectoren in de zorg en het sociaal domein. Door de vraag achter de vraag te kennen en de mens achter de vraag kan de huisarts zorgen dat een patiënt nog sneller op de juiste plek terecht komt. Daarvoor is tijd nodig, meer tijd voor de patiënt per consult om meer vragen te kunnen stellen.

Zorgcoördinatie is een van de kerntaken van de huisartsenzorg. Het houdt in dat de huisarts overzicht heeft over het zorgtraject van de patiënt met betrekking tot de medische zorg, de huisarts is immers in de eerste plaats arts. De huisarts coördineert de huisartsgeneeskundige, medisch-generalistische zorg. Huisartsen zijn niet verantwoordelijk voor de coördinatie van de specialistische (vervolg)zorg (in het ziekenhuis of door de medisch specialist in de thuisituatie) en ook niet voor de dagelijkse verzorging of ondersteuning van de patiënt. Zij hebben wel een belangrijke rol bij het signaleren van de behoefte en het betrekken van, het doorverwijzen naar en het samenwerken met andere professionals, zoals de wijkverpleging maar ook hulpverleners in het sociale domein. Het is belangrijk dat de benodigde vervolgzorg en ondersteuning vindbaar, beschikbaar en passend is, zodat de huisarts adequaat kan doorverwijzen. In de ondersteuning van de huisartsen en de coördinatie tussen de verschillende domeinen zien wij een rol voor de regionale huisartsorganisaties.

In geval van schaarste of krapte in tijd, personeel en ruimte zal de huisarts zich richten op zijn kerntaken, dat wil zeggen die zorg die de basis vormen van het vak. Het betreft zorg die niemand anders leveren kan en waar de huisarts meerwaarde biedt.

Rol van de regio

In de discussienota:

*Er is meer nodig dan regiobeelden en regioplannen. Als verbetersuggesties worden bv genoemd **eenduidigheid over regio's**, meer (met data) faciliteren regiobeelden, **publieke regie in de regio** (onafhankelijk bemiddelaar) en **integratie van hoofdlijnakkoorden**.*

Regiobenadering

Ons verhaal:

Regiobeelden en regioplannen zijn goede instrumenten om knelpunten in de regio te adresseren en gezamenlijk oplossingsrichtingen af te spreken. We moeten waken voor een Poolse landdag overleg.

Huisartsenpraktijken worden ondersteund en gefaciliteerd door regionale huisartsenorganisaties. Huisartsenpraktijken bepalen gezamenlijk welke facilitering zij van hun regionale huisartsorganisatie willen. RHO's zijn voor derden het aanspreekpunt voor coördinatievraagstukken en (boven)regionale samenwerkingsafspraken. Deze beweging is ingezet (www.hechtehuisartsenzorg.nl; zie ook website voor de bouwstenen) en moet verder worden gestimuleerd. Met het maken van regio-afspraken en hoofdlijnenakkoorden zijn we er niet. Alles staat of valt met de uitvoering ervan. Huisartsenpraktijken worden hierbij ondersteund en gefaciliteerd door regionale huisartsenorganisaties. Een werkbare en eenduidige definitie van regio is niet te geven. Voor de huisartsenzorg zijn er verschillende regio-indelingen in het land die allemaal hun eigen waarde hebben afhankelijk van het onderwerp van samenwerking. Huisartsen zoeken overal de logische samenwerking, de regio weet welke partners logisch zijn en welke schaalgrootte van samenwerking nodig is. Dat kan een groter gebied rond een ziekenhuis zijn voor de medische zorg, of kleinschalig in de wijk voor de samenwerking met het sociale domein. Voor de huisartsenzorg is het werkbaar als er landelijke voorwaardenscheppende kaders komen, die gelet op vigerende knelpunten en regioplannen onder verantwoordelijkheid van de kernpartijen worden opgepakt en vertaald

Integratie hoofdlijnakkoorden

Ons verhaal:

Wij zijn een groot voorstander van het op elkaar laten aansluiten van de verschillende bestuurlijke akkoorden. Er zit een vanzelfsprekende wisselwerking tussen de akkoorden. Op het moment dat er bijvoorbeeld volume (beperkende) afspraken worden gemaakt voor de medisch specialistische zorg, volgt daar automatisch uit dat dit effect zal hebben op de eerstelijnszorg, paramedische zorg en/of wijkverpleging. Dat betekent dat als er een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord wordt gesloten voor de medisch specialistische zorg, er ook een akkoord moet komen voor de andere sectoren. Op deze manier kan zorg op de juiste plek, prioriteit van de bewindspersonen van VWS, ook worden gerealiseerd.

Wij zijn daarbij niet voor één hoofdlijnenakkoord met alle partijen samen, maar voor een integrale benadering van de verschillende deelakkoorden, omdat het al lastig genoeg is om met twee à drie andere partijen aan tafel tot een akkoord te komen. Wanneer er een akkoord met alle zorgsectoren samen moet komen loop je het gevaar dat je met elkaar gaat zitten onderhandelen, zodat de overheid en zorgverzekeraars de handen vrij houden. Daarnaast is de ervaring dat een hoofdlijnenakkoord vaak achteraf verschillend geïnterpreteerd wordt, hoe meer partijen er aan tafel zitten, des te meer interpretaties. We zien bij het huidige hoofdlijnenakkoord dat zorgverzekeraars zich niet goed houden aan de gemaakte afspraken. De afgesproken

groeirimte wordt niet volledig benut, en er wordt in de ogen van de huisartsen te weinig geïnvesteerd in de knelpunten die benoemd zijn. Zorgverzekeraars kijken naar elkaar als het gaat om de laagste zorgpremie, waardoor uiteindelijk niemand investeert, ook al is dat landelijk in de akkoorden wel afgesproken.

Randvoorwaarden:

- Uitvoering van het hoofdlijnakkoord Huisartsenzorg
- Regeling van de randvoorwaarden voor regionale samenwerking zoals gegevensuitwisseling en een adequate financiering voor Organisatie & Infrastructuur voor de huisartsenzorg, dat samenhangt met budget voor huisartsenpraktijken voor hun werkzaamheden
- Zet in op landelijke doelstellingen als het investeren in de noodzakelijke infrastructuur (ICT, personeelstekorten, financiering) voor de eerste lijn, met landelijke kaders en regionale en lokale invulling. Zorg dat afspraken afdwingbaar zijn. Laat dit niet aan de markt over.
- Andere rol zorgverzekeraar – geen concurrentie en marktwerking op basishuisartsenzorg, organisatie en infrastructuur
- Inzicht in kerntaken van categorieën zorgverleners

Samenwerking en coördinatie in de zorg voor (kwetsbare) ouderen

De uitdagingen in de zorg voor ouderen worden in dit stuk duidelijk geschetst. Er komen steeds meer ouderen, waar we met minder werkenden voor moeten zorgen. In Nederland leveren we kwalitatief goede zorg, maar tegen een Europees gezien hoge prijs. Het is dus begrijpelijk dat VWS zoekt naar een manier om de zorg voor ouderen enerzijds betaalbaar te houden, tegelijkertijd de kwaliteit hoog te houden en de coördinatie tussen verschillende zorg- en hulpverleners te verbeteren.

Ideeën over stelselwijziging

Een aantal oplossingen die genoemd worden, zijn stelselwijzigingen waarbij met financiering tussen de verschillende domeinen wordt geschoven. We willen erop attenderen dat verantwoordelijkheid elders beleggen niet per se betekent dat er een oplossing komt. Bij eerdere decentralisaties in de jeugd, ggz en ouderenzorg is gebleken dat gemeenten het gat tussen zorg en sociaal domein niet dichten, met eenzaamheid en slechte sociale cohesie tot gevolg. Mede daardoor is aantoonbaar het bord van de huisarts erg vol geraakt. Deze is immers in veel gevallen langer hoofdbehandelaar van patiënten die met meer en complexere ziekten thuis blijven wonen.

Samenwerking is de sleutel tot betere zorg voor kwetsbare patiënten, zoals kwetsbare ouderen. De marktwerking in de thuiszorg, en de veelheid aan aanbieders die daaruit voortvloeit, staat samenwerking en kwaliteit van de zorg in de weg, zo concludeerde ook de IGJ recent.²

Gemeenten zouden zich bezig moeten houden met gezond ouder worden en het stimuleren van zelfredzaamheid, woon-zorg vormen voor relatief gezonde ouderen en voor doorstroom binnen de gemeente. Deze aanbevelingen worden ook gedaan in de commissie Bos³

² [Kwetsbare ouderen krijgen niet overal goede zorg thuis - grote verschillen in samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging | Nieuwsbericht | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd \(igj.nl\)](#)

³ [Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen: 'Bouwen, digitaliseren, samenwerken!' | Nieuwsbericht | Rijksoverheid.nl](#)

Mantelzorgondersteuning en informatie over beschikbare voorzieningen is essentieel om spoedopnames en zwaardere vormen van zorg te voorkomen. Een deel van de mantelzorg zou ook door anderen kunnen worden verricht, bijvoorbeeld door jongeren in het kader van een maatschappelijke stage.

Verpleeghuiszorg als last-resort beschouwen en nog meer in te zetten op zorg thuis en inzet van mantelzorgers leidt volgens ons tot een enorme ('onbeheerbare') zorgvraag voor de eerstelijns en lijkt eerder op een forse bezuinigingskwesitie. Wij maken ons zorgen of de eerstelijns dit überhaupt aan kan. Huisartsenzorg is geen verpleeghuiszorg, huisartsen zijn geen specialisten ouderenzorg. Huisartsen hebben naast ouderen ook de zorg voor alle andere patiënten in de praktijk en lopen nu al structureel tegen te weinig tijd aan. Ook voor de thuiszorg zijn de grenzen al bereikt, thuiswonende patiënten hebben veel meer zorg nodig dan voorheen. Geclusterde zorg is in veel gevallen voor de verzorging veel efficiënter. Hier moet dan kwalitatief goede zorg geregeld worden met een zorgaanbod dat recht doet aan de zorgvraag.

Overheveling van Wlz zorg thuis naar de Zvw doet geen recht aan zorg die deze mensen nodig hebben. Een Wlz indicatie betekent behoefte hebben aan een klein netwerk van integrale zorg die liefst vanuit 1 aanbieder wordt aangeboden, inclusief de medische zorg door een specialist ouderenzorg die gewend is zorgteams aan te sturen. Niet alleen vanuit het oogpunt van goede zorg en continuïteit, maar ook vanuit efficiëntie is integrale zorg essentieel.

Randvoorwaarden

- Voldoende en adequate thuiszorg door een begrensd aantal aanbieders per werkgebied
- Structureel meer tijd voor kwetsbare patiënten in de praktijk
- Goede organisatie van eerstelijnszorg voor kwetsbare ouderen
- Stimuleer gemeenten en zorgverzekeraars tot samenwerking
- Stimuleer zelfredzaamheid van patiënten en mantelzorgers door goede patiëntinformatie

Hoofdstuk 4 - Vernieuwing en Werkplezier

In de discussienota:

*Vernieuwing is essentieel om de uitdagingen die op ons afkomen het hoofd te bieden. **Innovatie** via diverse vormen van e-health kan bijvoorbeeld helpen om zorg meer persoonlijk en dicht bij huis of thuis te kunnen blijven verlenen. Vernieuwing in de manier van werken is ook nodig om professionals meer ruimte te geven en hun **werkplezier** te bevorderen, zodat werken in de zorg aantrekkelijker wordt. Om zorgverleners tot maatwerk in staat te stellen, is meer aandacht nodig voor **passende zorg, uitkomstgerichte zorg en elektronische gegevensuitwisseling.***

Werkplezier

Ons verhaal:

Huisartsen vinden het belangrijk om zeggenschap te hebben over hun werk en praktijkvoering. Huisartsen vragen vertrouwen in de manier waarop zij dat doen zonder overdreven verantwoordings-eisen die leiden tot lastenverzwaring.⁴ Uit ons onderzoek "Hoe wil de huisarts dokteren?" geven zowel jonge als oudere huisartsen aan (op termijn) hun eigen praktijk te willen

⁴ [Nieuwe regels jaarverantwoording onbetaalbaar en onuitvoerbaar | LHV](#)

voeren. Ze willen dat graag doen met een aantal collega's en een beperkt ondersteunend team. Verregaande taakdifferentiatie leidt tot ondermijning van de kernwaarden continue en persoonsgericht. De VS en PA zijn waardevolle ondersteuners binnen de huisartsenzorg, maar geen vervangers. Huisartsen willen ook de wat 'simpeler' zorg blijven doen om verbinding met hun patiënten te houden. Geen onbeperkt opknippen in taken waardoor de integrale benadering onder druk komt. Anders zie je patiënten alleen als het écht niet anders kan en mis je veel kennis over die patiënt die nodig is om continue, persoonsgerichte zorg te leveren. Hoe meer de huisarts tijd heeft voor de mens achter de patiënt, hoe sneller en beter de patiënt op de juiste plek terecht komt.

Huisartsenzorg scoort goed op tevredenheid bij hun werknemers. Zij zijn gemiddeld positiever over hun werk dan medewerkers van andere branches in zorg en welzijn en dit ondanks het feit dat de ervaren werkdruk in de huisartsenzorg relatief hoog is. Veel genoemde punten zijn het werken in een klein team met relatief veel verantwoordelijkheid en autonomie. Toch kampt ook de huisartsenzorg met arbeidsmarkt schaarste. Het vinden en behouden van goed ondersteunend personeel wordt bemoeilijkt door eisen die gesteld worden door de zorgverzekeraars, bijvoorbeeld bij de eisen die gesteld worden aan de POH. Daarnaast worstelen huisartspraktijken met ruimtegebrek om personeel te huisvesten en te hoge werkdruk om stagiairs op te leiden. Gemeenten zouden kunnen helpen door ruimte voor maatschappelijke bestemmingen te reserveren, zodat zorgverleners betaalbare huisvesting kunnen vinden.

Vernieuwing door persoonsgerichte, passende zorg

Ons verhaal:

Persoonsgerichte zorg is een kernwaarde van de huisartsenzorg. Al in de huisartsopleiding is aandacht voor leefstijl en sociale problematiek. Voorwaarde om zo goed mogelijk persoonsgerichte zorg te leveren en samen met de patiënt te kunnen beslissen is voldoende tijd. Uit de succesvolle pilots *Meer tijd voor de patiënt* (zie [Meer tijd voor de patiënt \(lhv.nl\)](http://Meer_tijd_voor_de_patiënt_(lhv.nl))) weten we dat meer tijd investeren in het goede gesprek kan leiden tot minder verwijzingen en recepten.

In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat zorgverzekeraars huisartsen de ruimte geven om projecten die gericht zijn op meer tijd voor de patiënt te kunnen uitvoeren. Helaas zien wij, zoals ook in deze discussienota wordt geconstateerd, dat projecten lang niet overal door de zorgverzekeraar worden aangemoedigd, goedgekeurd, verlengd of uitgerold. Voor kleine zorgaanbieders, zoals huisartspraktijken, zijn de eisen die aan projectvoorstellen worden gesteld vaak onhaalbaar.

Maar zelfs projecten die wel lopen en bewezen effectief zijn wat betreft toegenomen werkplezier voor de arts, patiënttevredenheid, bevordering van de juiste zorg op de juiste plek en reductie van de zorgkosten in andere domeinen, worden niet vanzelfsprekend uitgebreid. Voorbeelden van dergelijke projecten zijn Krachtige basiszorg en het genoemde VGZ-project in Gorinchem waar huisartsen samen met het ziekenhuis afspraken maken. Om meer tijd te kunnen investeren, moet er eerst financieel geïnvesteerd worden. Besparingen vinden soms in andere domeinen plaats of resultaten worden niet gerealiseerd omdat de besparing elders in de keten niet gerealiseerd wordt. Het huidige systeem van gereguleerde marktwerking maakt dat zorgverzekeraars willen concurreren op de laagste premie in plaats van investeren in de zorg. Dit staat zorgvernieuwing in de weg.

Reactie op financiële prikkels

Op het gebied van innovatie wordt er in de discussienota vooral gesproken over de negatieve prikkel van bekostiging via verrichtingen, en worden de opties betalen op populatie, bundels of

netwerken aangehaald. Wat voor de huisartsenzorg vooral een probleem is in de bekostiging van innovatie, is de onzekere bekostiging op projectbasis, die altijd eindig is en geen vervolg kent. Hiermee worden de vernieuwers gedemotiveerd, dan maakt het niet uit of ze per verrichting of op basis van de populatie betaald worden, het gaat vooral om perspectief bieden in de financiering.

Randvoorwaarden:

- Maak het huisartsenvak en het praktijkhouderschap aantrekkelijker door meer tijd voor de patiënt met passende financiering
- Verhoog het aantal opleidingsplaatsen huisartsen
- Zet in op voldoende betaalbare huisvesting
- Zet in op een toekomstbestendige spoedzorg met samenwerking in de keten⁵
- Zet in op een continue leeromgeving voor praktijken – waar mogelijk ondersteund door regionale huisartsenorganisaties- voor verankering (digitale) vernieuwing. Geen vernieuwingsaanvragen per project
- Inzicht in kerntaken van categorieën zorgverleners
- Meer vrijheid en regelruimte voor professionals
- Uitvoering van de hoofdlijnakkoorden
- Andere rol zorgverzekeraar – geen concurrentie zorgverzekeraars op basishuisartsenzorg, wijkverpleging en op de beschikbaarheidsfunctie van de organisatie en infrastructuur (O&I) in de eerste lijn
- BTW-vrijstelling van detachering van zorgpersoneel bijvoorbeeld vanuit de regionale huisartsenorganisatie in de huisartsenpraktijken zou adequate inzet van personeel, scholing en regionale samenwerking vooruitbrengen.

Vernieuwing en ICT

Ons verhaal:

Hoe wordt de huisartsenzorg digitaal ondersteund in 2040?

De patiënt beschikt over de 'eigen' gezondheidsdata en maakt gebruik van onafhankelijke medische informatie (thuisarts.nl). Zorgverleners werken met en vanuit een EPD: het brondossier. Door digitalisering verandert de patiënt-zorgverlener relatie. Het blijft aan de patiënt en zorgverlener om een keuze te maken voor een fysieke of digitale overlegvorm. Fysieke contactvormen blijven in tegenstelling tot wat wordt gedacht vaak efficiënter voor patiënt en zorgverlener, omdat bij digitale contactvormen technische problemen en beperkte diagnostische mogelijkheden een goede medische beoordeling in de weg kunnen staan.

ICT is een middel, geen doel. ICT en verdere digitalisering kan bijdragen aan oplossingen voor grote knelpunten, aan vernieuwing in de relatie met de patiënt en samen beslissen (bv zorg op afstand, zelfzorg), aan een ondersteunende praktijkvoering (bv e-health, beslisinformatie, administratie, werkprocessen) en aan ondersteuning van de samenwerking met anderen (verwijzing en terugverwijzing, netwerkzorg, etc).

Huisartsen en medisch specialisten leveren met Thuisarts.nl een belangrijke digitale informatiebron voor patiënten en zorgverleners die niet alleen zelfzorg bevordert maar ook inzicht geeft in werkwijze en taakverdeling tussen verschillende medische professionals. Doordat eenduidige op elkaar afgestemde patiënteninformatie op één plek beschikbaar is, ondersteunt het goede zorg over lijnen en specialismen heen en draagt daardoor bij aan zinnige zorg.

⁵ [De toekomst van de ANW-zorg | LHV](#)

Randvoorwaarden:

- Goede (regionale) digitale informatie- en gegevensuitwisseling zodat samenwerking mogelijk is maar veiligheid van data is gegarandeerd
- Zorgverleners werken vanuit (toetsbaar en zich ontwikkelend) HIS/XIS
- Onafhankelijke toetsing van nieuwe digitale toepassingen; bibliotheek met effectieve, betrouwbare en veilige toepassingen zowel medisch inhoudelijk als rondom privacy en data-beveiliging en met gevalideerd onderzoek over meerwaarde in de praktijk
- Adresseren en oplossen van privacy-problematiek: verankering patiëntgeheim, toegankelijkheid vs. veiligheid, toestemmingsvereiste
- Minimum investeringseisen in digitalisering voor zorgverzekeraars

Tenslotte

Tot slot willen we eindigen met een aantal punten die we hier nog specifiek willen noemen:

1. Het denken in productie, uitkomst en toetsen helpt niet om de uitdagingen in de zorg van de toekomst aan te gaan. **Zekerheid** in financiering is veel belangrijker dan ingewikkelde betaalconstructies.
2. Heb vertrouwen dat professionals zorgen voor goede **oplossingen** als de randvoorwaarden goed zijn geregeld.
3. De kosten van de zorg worden als probleem gezien, maar goede zorg draagt ook juist heel veel bij aan de economie. Zet de zorg neer als economische **investering** in plaats van een kostenpost. Die positieve insteek ondersteunt de mensen in de zorg om bij te dragen aan de uitdagingen van de toekomst.
4. Wij onderschrijven de reactie van InEen die, aanvullend op deze reactie van de LHV, extra aandacht vraagt voor het perspectief van de georganiseerde eerstelijnsorganisaties.