

# Notitie

Leden bestuurlijk overleg Huisartsenzorg  
LHV, Ineen, |ZN, Patientenfederatie, Nza en Ministerie VWS

Rotterdam, 11 december 2020

**Onderwerp:** Mid term Review Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg

De midterm review van het Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg 2018-2022 moet een geobjectiveerd beeld geven van de stand van zaken van de uitvoering van het akkoord, en de waardering van de ondertekenaars van de voortgang van de uitvoering en de effecten hiervan. De review voedt de ondertekenaars van het akkoord bij het samen bepalen of bijsturing, op de inhoud dan wel op de wijze van uitvoering van het akkoord, nodig is.

De review is uitgevoerd in de periode oktober-november 2020.<sup>1</sup> Een eerste versie van deze notitie is voorgelegd aan betrokken partijen in een bestuurlijke consultatieronde.

We openen met onze conclusie en advies. Vervolgens zetten we onze algemene bevindingen uiteen, onder de noemer 'uitzoomen'. In het tweede deel van de notitie 'zoomen' we in op de afzonderlijke onderdelen van het akkoord. We besluiten met een voorstel voor de wijze waarop het akkoord de komende twee jaar kan worden uitgevoerd zodat de beoogde doelen of beweging worden bereikt.

Vooraf: in deze review hebben we vooral gekeken naar de onderwerpen en thema's die raken aan de transformatie van de huisartsenzorg in het kader van de brede beweging van Juiste zorg op de juiste plaats. De monitoring van de realisatie van de (meerjarige) financiële afspraken is door de Nza uitgevoerd en verwoord in de monitor Contractering Huisartsenzorg 2019 (Nza, mei 2020).

## 1. Conclusie en advies

Het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg loopt nu 2 jaar. Het akkoord is in uitvoering en heeft de potentie om de transformatie van de huisartsenzorg over een periode van vier jaar een impuls te geven. Van echte harde, meetbare effecten is nog geen sprake. Daarvoor is de opgave te groot en de twee jaar aan het 'werk' te kort. Er gebeurt veel in de uitvoering van het akkoord, er is beweging in de huisartsenzorg. Nog niet altijd zijn de acties en maatregelen uit dit akkoord merkbaar in de praktijk van de individuele huisartsenpraktijk of bij de patiënt. Ook is het niet altijd mogelijk om deze effecten en bewegingen te herleiden tot de afspraken in het akkoord. Aan de andere kant zijn de afspraken in het akkoord ook niet altijd gekoppeld aan meetbare resultaten of effecten.

<sup>1</sup> De review is uitgevoerd door het bestuderen van documenten, interviews met medewerkers van organisaties die het akkoord hebben ondertekend, interviews met huisartsen, zorgverzekeraars en eerstelijns-organisaties; twee werkbijeenkomsten met medewerkers van de landelijke brancheorganisaties en een 1:1 gespreksronde met betrokken bestuurders.

Door deze positieve conclusie zijn wij van oordeel dat er meer waarde in het vervolg gerealiseerd kan worden, zodat partijen over twee jaar kunnen terug kijken op een productieve, succesvolle uitvoering van het akkoord.

De inhoud van het akkoord is op orde: de thema's beschrijven de opgaven waar de huisartsenzorg voor staat. Er is vooral winst te behalen in de organisatie en snelheid van de uitvoering: er moet een 'tandje bij'. Dat hebben we ook gehoord van de betrokken partijen. Veel overeenstemming over het doel en de beweging die de huisartsenzorg moet maken de komende jaren, maar we constateren nogal eens een groot verschil van inzicht over het 'hoe'. Het gesprek daarover vertraagt de uitvoering.

We doen het landelijk bestuurlijk overleg huisartsenzorg de volgende suggesties:

- Zet de komende twee jaar vol in op drie intensiveringen die voor het slagen van het akkoord en vooral voor de transformatie van de huisartsenzorg van groot belang zijn.
  - A. Versterking van de organisatiekracht in circa 10 regio's (geselecteerd op basis van een landelijke analyse naar kwaliteit organisatiekracht regio's) met een gerichte, landelijk georganiseerde ondersteuning in de regio.
  - B. Digitalisering en e-health. Versneld verbinden van goede plannen aan de beschikbare 50 miljoen euro voor de regionale inzet.
  - C. Meer tijd voor en met de patiënt. Versnelde verspreiding en toepassing van goede voorbeelden die passen in de doelstelling meer tijd voor en met de patiënt.
- Organiseer een aparte programma-organisatie op landelijk niveau die de – samenhangende – uitvoering van deze drie intensiveringen oppakt en zich vooral regionaal inzet met gerichte ondersteuning. Uitvoeringsgericht. Het bestuurlijk overleg huisartsenzorg treedt op als opdrachtgever cq stuurgroep voor dit programma en de groep uitvoerende professionals/'versnellers' met veel kennis en netwerk in de huisartsenzorg.

In paragraaf 4 van deze notitie zijn deze suggesties verder uitgewerkt.

## 2. Uitzoomen

### Het akkoord raakt veel

De huisartsenzorg is een cruciale schakel in de beweging Juiste Zorg Op de Juiste Plaats (JZOP). Dit is het leidende beginsel voor alle hoofdlijnenakkoorden die in 2018 zijn afgesloten. Een sterke, vitale en aantrekkelijke eerstelijns- en huisartsenzorg is cruciaal voor de werking van de Nederlandse gezondheidszorg. Daar werken jullie aan.

Het akkoord bestaat uit een 'waaier' aan thema's en daaraan verbonden afspraken en acties. We hebben verdeeld over de acht thema's meer dan 35 afspraken geteld. In twee jaar tijd is er veel werk verzet, door alle betrokken partijen. Landelijk en in de regio. Op alle thema's van het akkoord zien we beweging, met verschillen in de snelheid waarmee de afspraken over het land in de praktijk landen.

Het akkoord heeft een duidelijke functie in het aanjagen en prikkelen van de transformatie van de eerstelijns- en de huisartsenzorg in Nederland. Het akkoord geeft betrokken partijen – landelijk en

vooral ook regionaal – richting en kader voor het maken van afspraken over de transformatie van de huisartsenzorg.

We zien dat de thema's van het akkoord terugkomen in de agenda voor de regionale afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de eerstelijns- en huisartsenzorg.

### **Veel focus op thema's, weinig aandacht voor het geheel en de samenhang**

Op het niveau van visie en doelen is er veel overeenstemming en eensgezindheid, maar in de doorvertaling naar het 'hoe' is het vaak lastig om tot overeenstemming te komen. Dat werkt vertragend.

De landelijke gesprekken over de uitvoering van het akkoord worden op dit moment sterk bepaald door een beperkt aantal thema's en de teleurstelling over te weinig voortgang op die thema's. O&I is daarvan een sprekend, actueel voorbeeld. Het logische gevolg is dat het zicht op het geheel (de benodigde transformatie van de huisartsenzorg in Nederland) en de samenhang tussen de thema's al snel verdwijnt. Dit geldt ook voor de verbinding van dit akkoord met andere hoofdlijnenakkoorden (in het bijzonder die op het gebied van MSZ); het lijkt er op dat op regionaal niveau vaker deze verbinding wordt gemaakt dan op landelijk niveau.

Door landelijk meer en meer in te zoomen op specifieke thema's die sec gerelateerd zijn aan de huisartsenzorg, dreigt het gevaar dat de huisartsenzorg landelijk en regionaal te weinig positie krijgt of houdt in het gesprek over JZOP of bijvoorbeeld in de vertaalslag van regiobeeld naar regio-aanpak.

### **Uiteenlopende waardering van snelheid en effecten tast kracht van het akkoord aan**

Partijen waarderen de snelheid van de uitvoering en de effecten verschillend. Dit geldt zeker voor de thema's die in de regionale contractering invulling krijgen (O&I, ANW, Meer tijd voor en met de patiënt, digitalisering en ICT). LHV en Ineen zijn eensluidend in hun oordeel, en vinden het tempo waarin de landelijke afspraken worden vertaald naar de regionale praktijk te laag. Zij zijn van oordeel dat de doorvertaling van landelijk afspraken naar de regio niet snel genoeg gaat en dat in de sturing van het akkoord nog te veel ruimte is voor regionale variëteit in de wijze waarop deze afspraken worden ingevuld.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) beziet de voortgang van de uitvoering vanuit een ander perspectief, en volgt de ingezette lijn waarin de preferente zorgverzekeraar de afspraken maakt met zorgaanbieders in de regio. De zorgverzekeraar volgt daarin zijn eigen ritme en baseert keuzes in de contractering op zijn eigen inkoopbeleid. ZN heeft een rol bij het agenderen en stimuleren van landelijke prioriteiten en beleid bij zorgverzekeraars. Ook faciliteert zij, waar nodig, in het adresseren van knelpunten of obstakels.

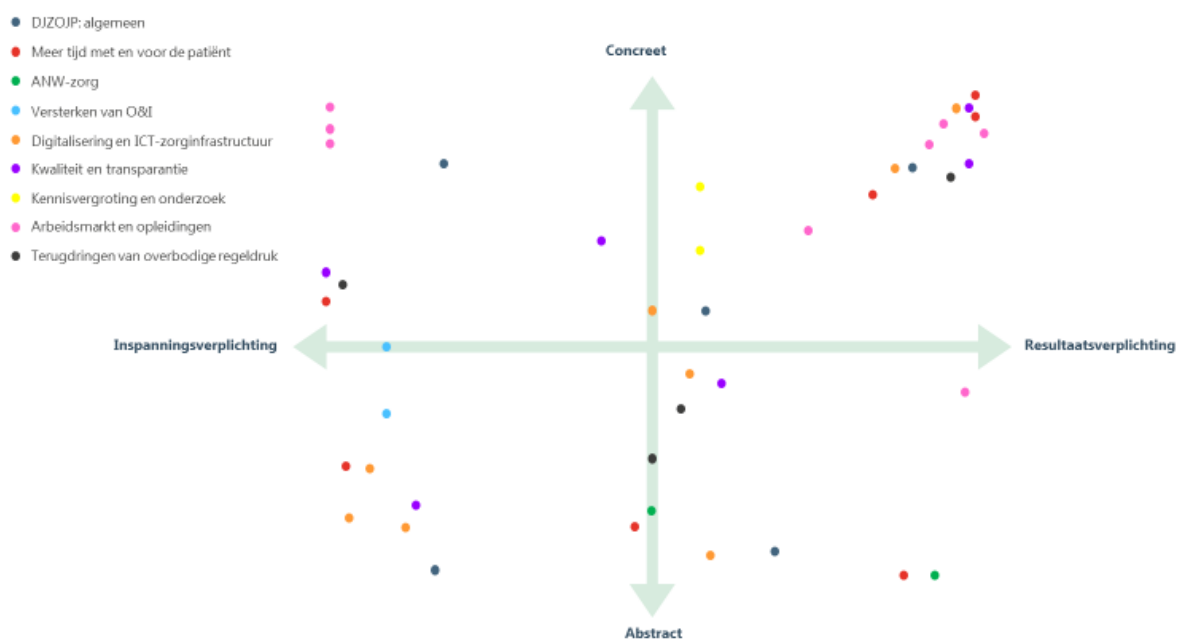
In de gesprekken over het HLA overheerst bij LHV en (deels) InEen een gevoel van onrust en teleurstelling over de stand van zaken. Dat komt voort uit hun ambitie en hun verwachting dat landelijke afspraken rechtstreeks worden vertaald naar de regionale afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de periodieke contractering. Dat is evenwel geen automatisme, en signalen dat afspraken niet of deels worden gemaakt worden regelmatig 'opgeschaald' naar landelijke partijen, met de hoop of verwachting dat landelijk een vorm van naleving wordt afgedwongen. Een dergelijk

mechanisme is er echter niet en partijen zijn dan teleurgesteld over procesmatige oplossingen die worden gekozen in het landelijk bestuurlijk overleg.

### Geen beeld van effecten en de staat van de transformatie

Zoals gezegd, er zijn veel afspraken gemaakt. Wisselend van aard en kwaliteit. Veel afspraken zijn een inspanningsverplichting, veelal in combinatie met een betrekkelijk abstract eindbeeld. Niet alle afspraken kunnen worden verbonden aan een mijlpaal of aan een (maatschappelijk) effect (zie schema 1). In de gesprekken met betrokkenen (landelijk, regionaal) werd vaak gewezen op het belang van merkbare effecten voor huisartsen en patiënten. Zeker wanneer het gaat over meer tijd voor en met de patiënt (met focus op kwetsbare ouderen, ggz en mensen met een gezondheidsachterstand).

**Schema 1: typering afspraken HLA Huisartsenzorg**

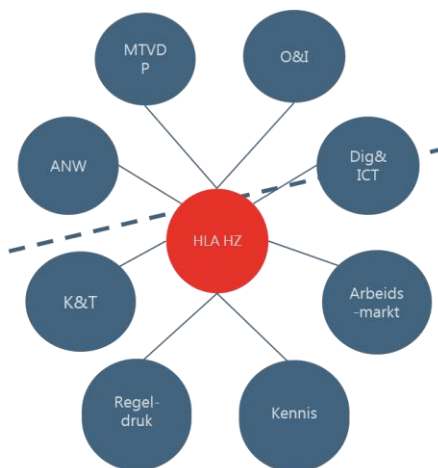


We constateren dat de huidige vorm van monitoring niet voorziet in het meten van effecten van het akkoord op het dagelijks handelen of beleving van de zorgprofessional of patiënt; met uitzondering van het programma Ontregel de Zorg, waarin een merkbaarheidsscan is uitgevoerd (2018-2020) voor diverse sectoren in de gezondheidszorg, waaronder de huisartsenzorg.

De monitoring door de Nza geeft een goed beeld van de wijze waarop de afspraken met een financieel aspect hun weg vinden in de regionale contractering en de bekostiging van de huisartsenzorg in de regio. De opdracht die de Nza heeft in de monitoring voorziet niet in het onderzoeken van de 'merkbaarheid' van het akkoord voor huisartsen of patiënten; de enquêtes van onder meer LHV onder huisartsen richten zich vooral op de waardering van de leden voor de contractering en inkoop en interactie met zorgverzekeraars. Veelbelovend is het onderzoek dat de Patientenfederatie uitvoert onder een vast panel (in totaal 24.000 panelleden) waarvan een deel (9.000) antwoord heeft gegeven op vragen over de bereikbaarheid en beschikbare tijd in de huisartsenpraktijk. In januari 2021 worden de uitkomsten bekend; het is nuttig om deze meting periodiek uit te voeren, zodat patronen zichtbaar worden.

De kwaliteit en snelheid van de transformatie van de huisartsenzorg is een tweede invalshoek voor het nemen van de 'maat' over de uitvoering van het akkoord. Wat is de bijdrage van het akkoord – het gestapelde effect van alle afspraken die zijn gemaakt - op de transformatie in de eerstelijns en de huisartsenzorg? Dat vergt een regionaal beeld van de transformatie van de kwaliteit van dienstverlening en van de regionale organisatie en uitvoeringskracht in de huisartsenzorg. Dat regionale beeld is er niet en dat verhindert het gesprek of we op de goede weg zijn met de huisartsenzorg in Nederland en of de beweging in alle regio's in gang is gezet.

Stand van zaken uitvoering afspraken



Halen we de mijlpalen en worden euro's benut?

Transformatie 1<sup>e</sup> lijn per regio

Maken we beweging in de regio's?

Er is ook geen eindbeeld geformuleerd of een criteria ontworpen waarlangs de 'staat van de huisartsenzorg' per regio gelegd kan worden. Dat is jammer en een gemiste kans van het hoofdlijnenakkoord, en daarmee wordt het ook lastig om een volledig en gewogen beeld te geven van de stand van zaken en de effecten van het akkoord.

Met andere woorden, er is veel landelijke en regio-gebonden informatie over de mate waarin en de wijze waarop de afspraken van het akkoord 'landen' in de regionale contractering en bekostiging, maar geen data over de (merkbare) effecten van het akkoord. Het RIVM doet een overkoepelende evaluatie. Vooral naar de transformatie van de tweede lijn naar de eerste lijn. Die is zowel tijdens het HLA als achteraf aan de orde. We constateren ook de inspanningen op het gebied van kennis en onderzoek vertraagd zijn.

### Transformatie in kort-cyclische contractering

Ongeveer de helft van de thema's en afspraken van het akkoord vinden hun weg via de regionale contractering van huisartsenzorg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (huisartsenpraktijken, zorggroepen, brede eerstelijnsorganisaties, regio-organisaties). Het gaat om de doorvertaling van de landelijke afspraken over de thema's O&I, Meer tijd voor de patiënt, Avond/nacht/weekend, (deels) digitalisering en e-Health, en (deels) arbeidsmarkt en opleidingen. We constateren dat zorgverzekeraars de thema's van het akkoord ook hanteren als kader voor de inkoop.

Op basis van deze review plaatsen wij wel vraagtekens of de aanpak van een aantal thema's gebaat is bij dit kort-cyclische en strak uitgelijnde regionaal contracteringproces. Het akkoord gaat over de

meerjarige transformatie van de huisartsenzorg, en de looptijd van het akkoord (vier jaar) doet recht aan het feit dat transformeren veel tijd en ruimte vergt. Het feit dat de inkoop en contractering kortcyclisch (1-2 jaar) is en gebeurt in een strak georganiseerd, kortdurend inkooptraject maakt dat er weinig tijd en ruimte is voor de nodige dialoog en weinig ruimte laat voor vernieuwing door het aangaan van een meerjarige afspraak. Met een bekostigingssystematiek die primair is bedoeld voor de reguliere zorg en die niet zozeer is ingericht op investeringen in vernieuwing en de versterking van de (regionale) organisatie van de huisartsenzorg.

Partijen zijn breed van oordeel dat de HLA uitvoering primair moet lopen via de regionale contractering. Toch levert deze uitvoeringsstrategie spanning op tussen partijen. Voor LHV en InEen is de verwachting dat afspraken die landelijk worden gemaakt (vastgelegd in het akkoord of later toegevoegd in de besturing van de uitvoering van het akkoord), 'automatisch' 1:1 worden vertaald naar de regionale afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dat automatisme is er niet altijd, en wij stellen vast dat het uitgangspunt 'regionale uitvoering' keer op keer tot spanning leidt, bestuurlijk en op medewerkersniveau van de ondertekenaars. Vooral in de verhouding tussen ZN en LHV/InEen. De afspraken in het bestuurlijk overleg en de interventies die daar worden afgesproken, worden dan ook verschillend beleefd; door de een gezien als passend binnen de sturingsfilosofie ('we doen het regionaal'), terwijl het door andere deelnemers gezien wordt als te procesmatig en te weinig sturend op regionale opvolging van landelijke afspraken.

We zien niet alleen op het gebied van O&I, maar ook op het gebied van ICT en digitalisering dat de regionale plannen van huisartsen of zorggroepen niet altijd stroken met de kwaliteitsnormen van zorgverzekeraars en dat daarmee de toekenning van financiële middelen stukt. Ook als die ruimte nu juist nodig is om te investeren in de opbouw van een organisatie.

### **Veranderstrategie of aanpak**

De transformatie van de huisartsenzorg is een veranderproces. Daarbij hoort een gerichte veranderstrategie en – aanpak. We zien dat er veel tijd en energie wordt gestoken in pilots en verspreiding van goede voorbeelden. De gezamenlijke landelijke inzet en de ontwikkelde handreikingen door LHV, Ineen en ZN is een eerste stap; maar in regionale toepassing krijgt het waarde en effect.

Hanteer een gerichte, regionale veranderstrategie met een mix aan interventies; de aanpak van het arbeidsmarktvraagstuk en de ANW zijn daarvan goede voorbeelden. De handreikingen die partijen landelijk hebben gemaakt voor regionale samenwerking, voor versterking van de organisatiekracht in de regionale huisartsenzorg en voor de regionale contractering zijn een veelbelovende start en moet nu naar de regio worden gebracht. Dat geldt ook voor goede voorbeelden als Programma Krachtige Basiszorg; dat vraagt nu om verspreiding. Niet zozeer op papier, maar naar de praktijk.

### **Landelijke energie en 'push'**

Het akkoord is een samenwerking tussen de landelijke organisaties voor huisartsen, eerstelijnsorganisaties, zorgverzekeraars, patiënten en het Ministerie. Een krachtige alliantie die uitdrukking geeft aan de ambitie om de huisartsenzorg duurzaam te vernieuwen. Een samenwerking

die energie kan geven aan de regionale uitvoering en ontzettend belangrijk is om deze regionale transformatie te prikkelen en te ondersteunen. Niet door over te nemen, maar door te faciliteren, door in te zetten op leren en op kennisoverdracht. We zien dat dat gebeurt – kijk bijvoorbeeld naar de site over de inzet op vernieuwing van de ANW – en dat die energie erin blijft.

We constateren dat de aandacht voor het akkoord verflauwt, landelijk en regionaal. Dat wil niet zeggen dat de daarmee de transformatie van de huisartsenzorg wegglijdt. Wat wel is verminderd is de landelijke 'push' en prikkel aan dit transformatieproces. Het is van belang dat die positieve energie, de aandacht voor het akkoord en landelijke uitvoeringskracht terug komt. De kracht van een energieke landelijke 'push' in combinatie met een betrokken, pragmatische, en op de regio toegesneden regionale aanpak.

De landelijke regie en organisatie op de uitvoering van het akkoord is nu in handen van de groep personen die betrokken waren bij de onderhandeling over het akkoord en die elkaar niet alleen maar spreken over de uitvoering van het akkoord, maar elkaar ook zien op vele andere onderwerpen. Er is geen aparte, toegewijde organisatie of taakgroep die de uitvoering van het akkoord als een samenhangend programma bewaakt, prikkelt en kan optreden als opdrachtgever voor afzonderlijke onderdelen.

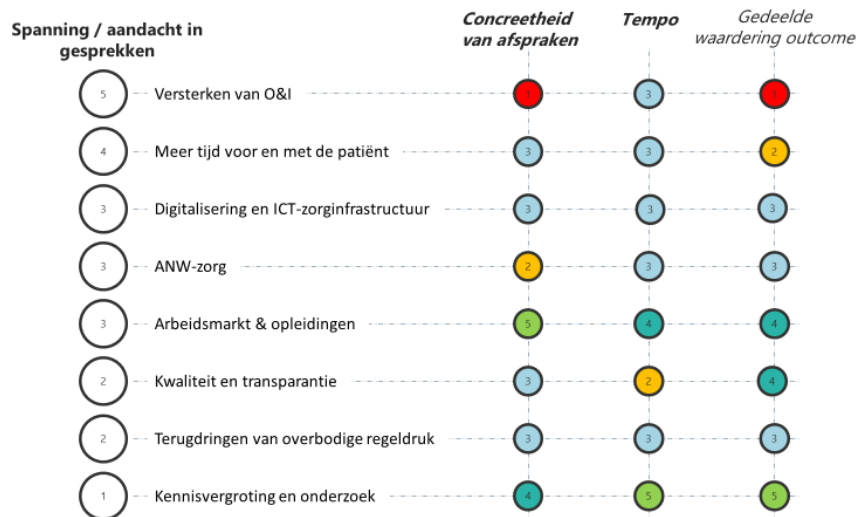
We constateren enige 'vermoeidheid' in de wijze waarop partijen samen werken op landelijk niveau. Wij zien dat het lastig is voor de ondertekenaars van het akkoord om de rol van belangenbehartiger te verenigen met een krachtige, energieke landelijke aanpak van de uitvoering van het akkoord. Dat wordt verder versterkt door het feit dat door de aanpak van de COVID-19 veel bestuurlijke aandacht niet zo zeer ligt op de reguliere dossiers, zoals de HLA huisartsenzorg. Komend jaar zal dat niet veranderen.

### 3. Inzoomen, beeld per thema

In de mid term review is per thema de stand van zaken van de uitvoering van het akkoord in beeld gebracht. Op basis van deze analyse en van de gesprekken hebben we een rangordening aangebracht in de uitvoering van de thema's. We waren – mede gezien de agendering van het bestuurlijk overleg – geïnteresseerd in de volgende vragen:

- welke thema's trekken veel aandacht in de gesprekken c.q. is sprake van spanning tussen de ondertekenaars van het akkoord. (vijfpuntsschaal: 1= lage spanning, 5=hoge spanning)
- in welke mate zijn over de afzonderlijke thema's concrete afspraken gemaakt (vijfpuntschaal: 1 = vaag/abstract, 5=concreet)
- wat is het tempo waarmee de afspraken worden uitgevoerd (1 = er gebeurt niets, 5 = een hoog tempo)
- en wat is de waardering van de betrokken partijen over de uitkomst van de activiteiten tot nu toe. (1= negatieve waardering, 5=positieve waardering).

Onderstaande schema is een weergave van de antwoorden op deze vragen.



### 3.1 Versterken van O&I

Dit thema heeft de gesprekken over de mid term review gedomineerd. Over dit thema zijn twee afspraken gemaakt in het akkoord die weinig precies en generiek geformuleerd zijn. Beide afspraken betreffen een inspanningsverplichting van partijen, kortweg is afgesproken dat:

- In sommige regio's extra inspanningen en middelen nodig zullen zijn en dat partijen dit zullen meenemen bij de regionale afspraken rondom de inzet van O&I gelden.
- In 2018 zijn door de NZa nieuwe prestaties geïntroduceerd. Bij de uitvoering daarvan lopen partijen tegen knelpunten aan op het gebied van privacy, btw en de declaratie van prestaties. VWS zal met partijen zoeken naar een (praktische) oplossing binnen de huidige wet- en regelgeving. Parallel hieraan onderzoekt het ministerie structurele opties voor aanpassing van de wet- en regelgeving.

We constateren dat brede overeenstemming bestaat op het niveau van doelen en beweging: een sterke eerste-lijn en de huisartsenzorg is gebaat bij een krachtige regionale organisatie die faciliterend en ondersteunend optreedt. Het helpt bij het aanpakken van het arbeidsmarkt vraagstuk, het is een randvoorwaarde voor de succesvolle introductie van e-health en ICT-innovatie in de huisartsenzorg etc. Het ontzorgt huisartsen en het prikkelt vernieuwing. Daarover is iedereen het eens.

We constateren dat vooral over de voortgang van de eerste afspraak op dit moment veel verschil van inzicht bestaat tussen enerzijds zorgverzekeraars en anderzijds LHV en Ineen over de snelheid waarmee extra middelen worden toebedeeld aan partijen in de huisartsenzorg en eerstelijns. Onder meer wordt gewezen op de grote verschillen in het bedrag per inwoner/ingeschrevene dat wordt toegekend voor de prestatie O&I. De Nza heeft in de monitor contractering huisartsenzorg daarover het volgende opgemerkt. *Gelet op beelden die we in de vorige monitor over 2019 ophaalden, de correctie die Vektis zelf nog inschat op de tot en met december beschikbare data over 2019 (+ 1%) en de recent voorspelde groei van segment 2 als geheel ( 1,8%), ligt een toename van O&I uitgaven tussen de 1 en 3% in 2019 ten opzichte van 2018 in de verwachting. Dit is echter vooralsnog een voorspelling met een grote slag om de arm.*



We zien ook dat de ondertekenaars van het akkoord actie ondernemen om landelijk de introductie van krachtige regionale 'O&I'-structuren te prikkelen en op die manier bij te dragen aan de samenwerking en de organisatiekracht in de regio. Er is geïnvesteerd in het maken van landelijke handreikingen, voor regionale samenwerking en contractering. De twee leidraden zijn in 2020 opgesteld en verspreid:

- Hechte huisartsenzorg, leidraad voor samenwerking in de regio (LHV, NHG en Ineen).
- Leidraad voor samenwerking en contractering huisartsenzorg op regionaal niveau (LHV, InEen en ZN).

Een dergelijke extra, landelijke impuls in samenwerking aan de hand van handreikingen etc kost tijd én een lange adem om deze te laten landen in de regionale praktijk.

Uit deze review komt ook de regionale variëteit en snelheidsverschillen naar voren. De regio's waar een daadkrachtige organisatie of infrastructuur ontbreekt of waar de organisatie-slagkracht te beperkt is, is het vaak ook lastig om een kwalitatief goed plan op te stellen wat een grondslag geeft voor de benodigde middelen (O&I). Zorgverzekeraars vragen vanuit hun rol als financier en inkoper solide business plannen, met een robuuste (maatschappelijke) business case met verwijzing naar structurele effecten op doelmatigheid en kwaliteit van de zorg.

Dat kost tijd en werkt het beste als zorgverzekeraars en huisartsen dit samen aanpakken als partners. Zodoende kunnen partijen met elkaar de tijd en ruimte nemen om regionale organisaties voor de eerstelijns- of huisartsenzorg te ontwikkelen. De kort-cyclische inkoop en de business case-benadering van de contractering verhindert dit en draagt niet bij aan de versterking van de regionale organisatiekracht. plekken zonder sterke regio-organisaties blijven achter. Dit voedt teleurstelling en schaadt energie en draagvlak.

We zien ook dat vooral de grote, landelijke zorgverzekeraars vaak werken met landelijke plannen of strategieën voor de versterking van de huisartsenzorg en eerstelijns die niet altijd aansluiten bij de regionale variëteit.

Voor deze review hebben we niet gebruik kunnen maken van een volledig, landelijk dekkend beeld van de kwaliteit van de regionale samenwerking (bestuurlijk) en van de regionale uitvoeringskracht in de huisartsenzorg. We zien in heel Nederland regionale ondersteuning-organisaties (elk regio beschikt over een Regionale Ondersteuning Structuur op basis van landelijke middelen die via zorgverzekeraars worden ingezet), regionale of lokale samenwerking tussen huisartsen, zorggroepen, brede eerstelijnsorganisaties. Zonder een duidelijk beeld van de plekken waar de organisatiekracht van deze structuren tekort schiet is een oordeel over de stand van zaken op dit thema niet mogelijk en is het dus ook niet mogelijk aan te geven waar een extra push nodig is. Door het ontbreken van dit overzicht en inzicht, wordt het landelijke gesprek over dit gesprek veelal gevoerd of aan de hand van beelden, individuele cases of aan de hand van verschillen in de hoogte van de tarieven voor O&I.

### **3.2 Meer tijd voor en met de patiënt**

Over dit thema zijn in het akkoord zeven afspraken gemaakt, die in termen van concreetheid en mate van resultaatgerichtheid sterk verschillen. De doelstelling is helder en wordt – uiteraard – door alle partijen ondersteund: door de afspraken in het akkoord ervaren zorgprofessionals en de patiënt meer

tijd en kwaliteit, vooral kwetsbare ouderen, ggz-patiënten en mensen met een gezondheidsachterstand waarbij sprake kan zijn van een cumulatie van medische en sociale problemen.

Er is vooral veel aandacht voor de uitvoering van de afspraak omtrent extra middelen die aantoonbaar ten goede moeten komen aan extra patiëntenzorg. De Nza heeft in de monitor contractering huisartsenzorg daarover verslag gedaan en aangegeven dat in de huidige bekostiging geen eenduidige titel aanwijsbaar is die relateert aan meer tijd voor de patiënt. Het ontbreekt daardoor aan een goed, volledig en eenduidig beeld van de mate waarin de extra middelen hun weg vinden in de bekostiging.

We hebben geen inzicht gekregen in de acties richting genoemde kwetsbare groepen. Veel plannen rondom dit thema gaan over de inzet van extra personeel, dat vervolgens wordt vertaald naar de bekostiging van extra menskracht en functiedifferentiatie in de praktijk (PA, POH's, praktijkmanagers, etc). De Nza constateert in de monitor dat de inkoop van aanvullend personeel vooral via de zorggroep of regio-organisaties verloopt.

De maximale vergoeding voor de inzet van aanvullend personeel per praktijk wordt vaak niet gehaald. We zien ook dat dergelijke financiële intensiveringen niet structureel gemaakt kunnen worden. Zorgverzekeraars waken hierover. Het gaat hierbij vooral over de terechte vraag of de extra middelen duurzaam kunnen worden ingezet voor meer personeelsinzet in de huisartsenzorg. Het tempo en de benutting van het geld is verklaarbaar. Ook de Nza heeft dat zichtbaar gemaakt in haar monitor.

*Nza: "factoren die belemmeren bij het daadwerkelijk inzetten van meer aanvullend personeel: te groot financieel risico (21%), ruimte en/of huisvesting (19%), de beschikbaarheid van personeel (19%) en het tarief (17%)."*

Op dit thema zijn er mooie voorbeelden dat het kan en werkt: bijvoorbeeld het Programma Krachtige Basiszorg, in de vier grote steden. Er zijn ook diverse andere pilots waar bijvoorbeeld gewerkt wordt met verlenging van consulten, die hun vruchten afwerpen. De beweging is veelbelovend, maar nog kleinschalig en beperkt zich vooralsnog tot een tiental pilots. De volgende stap is een gerichte aanpak om deze goede voorbeelden versnel over Nederland te spreiden; wij zien hier vooral kansen in de combinatie met een gerichte aanpak van arbeidsmarkt en opleidingen.

### 3.3 Digitalisering & ICT Zorginfrastructuur

Een onderwerp met veel ambitie en potentie. Vertaald naar acht afspraken en acties die grofweg kunnen worden geordend naar:

- Patiënt moet digitaal inzicht krijgen in zijn eigen gegevens (programma Open).
- De uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners., ontwikkeling van minimale basiseisen voor de informatiesystemen in de reguliere huisartsenzorg, de ANW-zorg op de huisartsenpost en de multidisciplinaire en programmatische zorg.
- Stimuleren dat (individuele) professionals overgaan tot bundeling van ICT-kennis, capaciteit en voorzieningen op (boven)regionaal niveau.

Er is sprake van een wisselende waardering van de voortgang en de effecten van dit thema. Dat is gelegen in het feit dat de afspraken die landelijk zijn georganiseerd kunnen rekenen op veel ondersteuning, terwijl de inzet van de financiële middelen (beoogd is: 50 miljoen) in de regionale afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders leiden tot een minder positieve waardering.

De landelijke projecten van dit thema zien wij als 'koplopers' binnen het akkoord. We constateren dat het programma Open flinke stappen heeft gezet naar realisatie van de geplande mijlpalen, mede ondersteund door wet- en regelgeving over dit onderwerp en door een landelijke, door partijen gedeelde opdrachtgeversfunctie. Alle partijen op landelijk niveau zijn eensgezind positief over de voortgang op dit programma. Ook op diverse andere onderdelen van dit thema stellen we vast dat afspraken zijn gerealiseerd, te weten:

- Project XIS: toetsbare basiseisen voor de informatiesystemen in de reguliere huisartsenzorg, ANW-zorg op de huisartsenpost en de multidisciplinaire en programmatische zorg. Subsiëring is geregeld. Proeftoets met enkele leveranciers wordt voorbereid.
- Medicatieoverdracht in de keten. Implementatieplannen zijn ingeleverd, subsidie is verleend en expertteam is gevormd.
- Thuisarts.nl: Oriëntatie is afgerond. Er lopen nu twee pilots
- LHV, InEen en NHG: 'Handreiking voor gesprek over digitalisering tussen zorggroep/ regio-organisatie en zorgverzekeraar' . ZN/zorgverzekeraars gebruiken deze handreiking als toets voor initiatieven.
- Onderzoek e-health-toepassingen is uitgevoerd.

Veel van de genoemde trajecten zijn gebaseerd op samenwerking tussen de betrokken ondertekenaars van het akkoord, iets dat de waarde en de prikkel die uitgaat van het akkoord onderstreept.

Ook op dit thema stellen we vast dat de benutting van de extra financiële middelen leidt tot wisselende beelden en waardering. Uit de gesprekken komt weer het patroon naar voren dat de kwaliteit van de planvorming vanuit de zorgaanbieders niet altijd past bij de kwaliteitscriteria van de zorgverzekeraars. "Het geld is er, en dat geven we ook aan, maar er worden geen 'goede' plannen gemaakt", terwijl aan de andere kant het beeld wordt geschetst dat: 'zorgverzekeraars hebben een gebrek aan bereidheid: ze ondersteunen niet bij het verder brengen van de plannen."

Als we dan verder inzoomen op de 50 miljoen voor digitalisering van de huisartsenzorg: het verdelingsmechanisme is voor ons niet duidelijk en ook de signalen over de benutting van deze middelen zijn wisselend. Er wordt gesproken over overschrijding van de beschikbare middelen in 2020, en tegelijk wordt gesteld dat de gelabelde 50 miljoen voor regionale versnelling van digitalisering nog nauwelijks wordt uitgegeven, o.a. vanwege onbekendheid bij zowel zorgverzekeraars als huisartsenorganisaties. Inmiddels hebben VWS, ZN, LHV, InEen een externe onderzoeker ingezet om dit proces te versnellen.

### 3.4 Avond, Nacht, Weekend

De invulling en aanpak van dit thema binnen het akkoord is gebaseerd op twee afspraken, die tezamen wijzen op een uitgesproken strategie gericht op samen werken in de (regionale en lokale)

keten en een praktijkgerichte aanpak met als doel om te leren van vernieuwende innovaties. Een aanpak die past bij een regionale transformatieopgave met als uitgangspunt dat er ruimte is voor regionale variëteit. De afspraken zijn als volgt geformuleerd:

- Intensiveren van de samenwerking tussen partners in de ANW-zorg, waaronder de SEH, de crisisdienst van de GGZ, de specialist ouderengeneeskunde, het eerstelijnsverblijf en de acute thuiszorg, om de zorgverlening in de ANW te verbeteren en doelmatiger te maken en de ervaren werkdruk op de huisartsenpost te verminderen;
- LHV en InEen werken samen met VPHuisartsen, zonodig samen met zorgverzekeraars, aan pilots waarin een andere werkwijze in de ANW-zorg en/of de samenhang met de dagzorg centraal staat. Deze pilots bieden aanknopingspunten voor verbeteringen in de ANW-zorg. Per regio kan de aanpak verschillen.

We constateren op basis van de gesprekken dat op landelijk niveau partijen betrekkelijk neutraal oordelen over de voortgang en uitkomsten op dit thema. Wij vinden de gekozen aanpak veelbelovend, vanwege de praktijkgerichte aanpak en de keten-/netwerkbenadering die wordt gehanteerd, waardoor de oplossing voor dit vraagstuk niet alleen wordt gevonden in de bekostiging van de ANW, maar in een brede aanpak waaraan vele regionale partijen een bijdrage leveren. Dat wordt verder ondersteund door de website van Ineen, LHV, VPH en NHG: ANW in beweging, met een interactieve kaart van Nederland met daarin een overzicht van pilots en andere initiatieven.

Groei in uitgaven = ANW in periode HLA huisartsenakkoord 2018-2019 (monitor Nza)

- 2018: 6,3% (indexatie: 2,9%)
- 2019: 3,5% (indexatie: 3,8 %)

#### ANW in beweging

De problematiek in de avond-, nacht- en weekendzorg is duidelijk: het is te druk, er zijn te weinig huisartsen die de diensten doen en huisartsen krijgen te veel (niet-spoedeisende) patiëntenvragen waarvoor deze diensten niet zijn bedoeld. Het probleem wordt verergerd doordat huisartsen het overdag ook steeds drukker krijgen.

Huisartsenorganisaties LHV, VPH, NHG en InEen werken samen voor u als huisarts aan een oplossing voor de problemen in de ANW. Een gezamenlijke projectgroep ANW brengt de projecten van HAP's en huisartsen in kaart en moedigt pilots aan. Die pilots richten zich onder andere op de instroom van patiënten, de inzet van personeel en de samenwerking in de zorgketen.

De juiste zorg op de juiste plek en tijd

Het antwoord op de problematiek is complex en vraagt oplossingen op de korte termijn en grotere ingrepen op de langere termijn. Daarom zetten we in op 4 deelprojecten:

1. [Spoed = Spoed](#)
2. [COVID-19](#)
3. [ANW-herverdeling](#)
4. [Toekomstvisie](#)



#### Huisartsenposten

[Blauwe locaties: koplopers die werken volgens Spoed = Spoed](#)

[Rode locaties: de overige huisartsenposten](#)



### 3.5 Arbeidsmarkt en opleidingen

In het Hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg zijn acht afspraken over dit thema gemaakt. Relatief concrete afspraken, waarbij het in tweederde van de afspraken gaat om resultaatafspraken en bij een derde om inspanningsverplichtingen. De afspraak over het aantal opleidingsplekken is na 2020 niet verder geconcretiseerd. Er zijn geen concrete afspraken gemaakt over de beoogde outcome.

Het thema 'Arbeidsmarkt en opleidingen' is relatief weinig naar voren gehaald in de gesprekken en ook in de monitor van de Nza is het nauwelijks een thema. Op alle inspanningsverplichtingen is of wordt actie ondernomen. Op enkele punten zijn zelfs ook aanvullende acties gestart. De resultaatafspraken zijn (deels) in afwachting van monitor KOH.

Verschillende afspraken zijn nagekomen en hebben tot resultaten geleid.

- Tot en met 2020 zijn 750 opleidingsplekken beschikbaar gesteld. Het Capaciteitsorgaan heeft het kabinet geadviseerd het aantal opleidingsplekken uit te breiden van 750 naar 879. Hiermee wordt balans bereikt in 2037. VWS heeft keuze gemaakt om uit te breiden naar 800. Over die laatste keuze bestaat verschil van inzicht tussen aanbieders en VWS.
- Spreiding van opleidingsplaatsen. Starten van opleidingsdependances in bv. de Kop van Noord-Holland. In andere regio's wordt dit ook opgestart. In praktijk nog lastig om aiossen te werven.
- Afspraak om de komende jaren minimaal 75 leerwerkplekken voor PA's (30) en VS'en (45) in de huisartsenzorg te realiseren. Aantallen worden in november 2020 bekend via monitor stichting KOH. Wel actie op gepleegd via o.m. Stimuleringssubsidie (was er voorheen ook al). Voorlopig lijkt aanbod leerwerkplekken de vraag te overstijgen. De instroom in de opleidingen tot PA en VS voor de huisartsenzorg in 2018 bedroeg respectievelijk 19 en 39 personen. De gemiddelde instroom per jaar over de periode 2017 tot en met 2019 is 20 PA en 35 VS. Dit blijft achter bij de door VWS gesubsidieerde aantallen opleidingsplaatsen.
- Jaarlijks 700 bekostigde opleidingsplekken voor PA en VS beschikbaar (zorgbreed). Wordt onder meer aangepakt door stimuleringssubsidie via KOH. In november 2020 volgt monitor stichting KOH met (eerste) resultaten. Uit rapportage Capaciteitsorgaan blijkt dat aanbod de vraag op dit moment overstijgt.

Er zijn geen concrete afspraken gemaakt over de beoogde outcome. In afspraken is voornamelijk ingezet op randvoorwaarden, zodat er (opleidings-)plek is in regio's met gespannen arbeidsmarkt. Daarbij bestaat twijfel of het probleem is op te lossen door alleen in te zetten op het aanbod en randvoorwaarden: "Je kan wel plek creëren, maar als er geen vraag is, creëer je (meer) niet opgevulde plekken." In de praktijk wordt (nog) niet ervaren dat inspanningen tot ontspanning van de arbeidsmarkt leidt (recente update Nivel onderzoek). Resultaat is op deze termijn ook nog niet te verwachten. Capaciteitsorgaan verwacht in 2037 balans op de arbeidsmarkt.

Voor dit thema is een landelijk ondersteuningsprogramma gestart, waarbij over een periode van twee jaar regio's ondersteuning kunnen krijgen bij het verder concretiseren van hun inspanningen gericht op continuïteit van huisartsenzorg (werving huisartsen, afspraken met opleidingsinstellingen, afspraken over opvolging etc). Het opdrachtgeverschap voor deze actie is belegd bij VWS en LHV.

Opvallend is dat dit thema is ingevuld met een mix aan activiteiten die op diverse manieren het arbeidsmarkt benaderen; landelijk en regionaal, en waarbij niet alleen op landelijke randvoorwaarden wordt gestuurd maar ook een actieve, direct ondersteunende aanpak richting regio's wordt ingezet.

### 3.6 Kwaliteit en Transparantie

Kwaliteit en Transparantie is een thema waarop de Patiëntenfederatie een leidende rol heeft genomen. We hebben vooral gekeken naar de twee afspraken die in het akkoord zijn vastgelegd. Allereerst de afspraak om Samen Beslissen in de spreekkamer te bevorderen, waarbij is afgesproken dat partijen inzetten op:

- implementatie van de 3 goede vragen in de huisartsenpraktijk;

- vergroting van de bewustwording onder patiënten, onder meer door het communicatieplan 'Betere zorg begint met een Goed Gesprek';
- het gebruik in de eerstelijnszorg van instrumenten zoals keuzehulpen, welke geïntegreerd kunnen worden met thuisarts.nl.

De Patiëntenfederatie heeft een breed programma opgezet, genaamd Samen Beslissen, voor sectoren in de gezondheidszorg, waaronder de huisartsenzorg. In de voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer over de HLA's staat hierover:

*De Patiëntenfederatie is, samen met de andere HLA-partijen, dit jaar van start gegaan met de voorbereiding van een campagne over samen beslissen. Die zal naast de msz ook aandacht voor dit thema genereren in de wijkverpleging, paramedische zorg, huisartsenzorg en ggz. Daartoe worden onder meer de behoeften van de diverse doelgroepen geïnventariseerd zodat de campagne daar gericht op kan worden ingezet.*

Op basis van de informatie die we hebben gezien, hebben we geen inschatting kunnen maken van de effecten en de reikwijdte van deze campagne. Dat is jammer, want dit thema raakt patiënten direct en helpt hen ook om goed geïnformeerd in gesprek te gaan met bijvoorbeeld een huisarts of een andere zorgprofessional in de eerste lijn. Het kan niet anders dan dat Samen Beslissen ook raakt aan de waardering en het gevoel van 'meer tijd voor en met de patiënt'. Een vorm van monitoring en effectmeting is dan relevant om over twee jaar definitief te kunnen beoordelen of deze afspraak meerwaarde heeft gehad.

De tweede afspraak die is opgenomen in het akkoord die direct raakt aan het belang van de patiënt binnen het thema Kwaliteit en Transparantie is dat de vastgestelde set met etalage-info door alle huisartsenvoorzieningen toegankelijk gemaakt wordt voor patiënten. Wij stellen vast dat op landelijk niveau is besloten door Patiëntenfederatie en LHV om de inzet op dit onderwerp niet voort te zetten, onder het mom van 'we agree to disagree'. Wij hebben geen nader onderzoek gedaan naar de achtergronden van dit besluit.

### 3.7 Terugdringen overbodige regeldruk

De uitvoering van dit thema is in het akkoord en in de uitvoering gekoppeld aan het Programma Ontregel de zorg. In dat programma is een apart sectorplan huisartsenzorg opgenomen, en dat plan is leidend voor de afspraken en de uitvoering van het akkoord. In het kader van dit programma vindt gestructureerde monitoring plaats van de effecten van de ingezette acties en maatregelen gericht op schrappen van regels, implementatie van eerder afgesproken maatregelen en slimmer registreren.

Door het uitvoeren van een merkbaarheidsscan is voor de huisartsenzorg onderzocht wat de effecten zijn van dit programma (KPMG, 2020). Uit de rapportage blijkt voor wat betreft de huisartsenzorg dat de effecten van het programma nog beperkt zijn. Huisartsen geven een score van 7,1 (op een schaal van 1-9) wat betreft ervaren regeldruk; 0,2 lager dan een jaar eerder. Professionals ervaren 31,6% van de werktijd in 2020 te besteden aan administratie. Vorig jaar was dit 29,9%.

Uit het onderzoek van KPMG blijkt dat in de huisartsenzorg drie van de elf actiepunten leiden tot een lichte significante afname op de ervaren regeldruk (rapportcijfer 1-9). Daarentegen neemt de ervaren

tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden op de meeste actiepunten toe (waarvan twee significant). KPMG beschrijft dat geïnterviewde huisartsen regeldrukvermindering zien als een continue proces, waarin het cruciaal is om keten overstijgend afspraken te maken over administratie. Die afspraken moeten betrokken organisaties vervolgens helder communiceren richting alle functielagen, zodat zowel management als uitvoerend medewerkers op de hoogte zijn.

Naast uitkomsten van de merkbaarheidsscan is het ook van belang om te onderkennen dat hiermee – voor de eerste maal – een breed, uniform en meerjarig beeld ontstaat van de ontwikkeling van de administratieve lastendruk. Duidelijk is ook dat de inzet op dit thema vervolg behoeft.

### 3.8 Kennisvergroting en onderzoek

Dit thema bestaat op hoofdlijnen uit twee delen, die in sterke mate een meer lange termijnperspectief hebben en waarbij ook een breder perspectief wordt gehanteerd:

- Domeinoverstijgend onderzoek opstarten naar de effecten van de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. Diverse activiteiten (kennisplatform JZOJP, RIVM) zijn opgezet, maar door de Corona-crisis zijn veel van deze activiteiten vertraagd.
- Verspreiding van best practices door Ineen en LHV in hun achterban en stimuleren leden deze in hun praktijk en regio toe te passen. De website JZOJP bestaat en is gevuld met diverse goede voorbeelden. We hebben in deze review geen scherp beeld gekregen op welke wijze de verspreiding van goede voorbeelden plaatsvindt.

## 4. Suggesties voor vervolg

Wij zijn van oordeel dat de komende twee jaar meer waarde uit dit akkoord gehaald kan worden dan op basis van de huidige strategie en organisatie van de uitvoering. Om deze waarde te verzilveren moet in de landelijke sturing en organisatie van de aanpak een deels andere, en deels meer intensieve aanpak gevolgd worden. Onze suggestie is om drie thema's aan te wijzen als intensiveringen en voor de samenhangende uitvoering een aparte, toegewijde (programma)organisatie in het leven te roepen, die namens de akkoord-partijen werkt.

### 4.1 Intensiveringen binnen het akkoord

Gezien de uitkomsten van deze review stellen wij voor de komende twee jaar in te zetten op (landelijke) intensiveringen met een directe doorvertaling naar de regio's op drie thema's: (A) versterken van organisatiekracht in de regio, (B) digitalisering en e-health en (C) meer tijd voor de patiënt. Intensiveringen die de beoogde aanpak en uitkomsten versnellen, met meer nadruk op de samenhang tussen deze thema's. Met als leidend principe: doen in de regio.

**A. Organisatiekracht in de regio versterken.** Partijen zijn eensgezind in de visie dat een sterke regionale organisatie van de huisartsenzorg de basis is voor de transformatie van de huisartsenzorg. Versterking van de regionale organisatiekracht van de huisartsenzorg is de basis onder de



transformatie. Zonder die basis is het lastig om gericht (samen) te werken aan het arbeidsmarkt vraagstuk, aan de digitalisering en inzet van e-health, de aanpak van de ANW en de dat patiënten merkbaar meer tijd en aandacht krijgen door bijvoorbeeld de inzet van meer en diverse geheel aan zorgprofessionals in de huisartsenpraktijk.

Voor het versterken van de organisatiekracht in de regio stellen wij een aanpak via twee sporen voor:

1. Objectivering van de regionale organisatiekracht van huisartsen/eerste lijn. Uit de review blijkt dat er geen volledig, landelijk overzicht en inzicht is van de kwaliteit van de regionale uitvoeringskracht. Breng het komend half jaar in beeld in welke regio's die organisatiekracht niet op orde is, en maak ook zichtbaar in welke regio's de kwaliteit goed is of waar sprake is van een 'best practice'. In welke regio's schiet deze 'kracht' tekort, wat zijn de onderliggende oorzaken (bestuurlijke wrijving, samenwerkingsvraagstuk, te weinig tijd en aandacht of te kort aan geld om te investeren in organisatie-infrastructuur) en hoe groot is het 'gat' van de huidige situatie naar een vorm van samenwerking en regionale organisatie die past bij de opgave in de betreffende regio. Kies daaruit maximaal 10 regio's.

2. Versnellers inzetten in de regio. Ga actief, intensief in gesprek met deze maximaal 10 regio's. Prikkel de partijen om deze ondersteuning op het gebied van samenwerking, organisatie-ontwikkeling en bedrijfsvoering te aanvaarden en binnen een periode van twee jaar stappen te zetten. Maak met deze partijen afspraken over een gewenst eindbeeld. De inhoud van de ontwikkelde handreikingen over samenwerking en contractering zijn het uitgangspunt. Formeer een landelijk team, onafhankelijk werkende met professionals die kennis en netwerk hebben, die hiermee twee jaar aan de slag gaan. Deze 'versnellers' hebben mandaat om te handelen in de regio en werken nauw samen met de regionale partijen.

## **B. Digitalisering en e-health**

Grijp het momentum, en benut de middelen die voor dit thema zijn vrijgemaakt in het kader van dit akkoord. In de review constateren wij dat de landelijke projecten op het gebied van digitalisering voortgang boeken, maar dat er nog veel potentie te behalen is in de regionale implementatie.

Ons voorstel is om in aansluiting op de al ingezette versnelling in het benutten van de beschikbare 50 miljoen euro door een extern onderzoeker (in opdracht van VWS, ZN, LHV, InEen) een traject te ontwikkelen waarin regio's (regionale ondersteuningsorganisaties, zorggroepen, samenwerkingsverbanden) worden geholpen bij het ontwikkelen en uitvoeren van plannen op dit thema. Sluit daarbij deels aan op de acties genoemd onder A. versterking organisatiekracht, vanwege het feit dat een regionale impuls in digitalisering en e-health gebaat is bij een sterke regionale organisatie die een ander in de praktijk kan brengen.

## **C. Meer tijd voor en met de patiënt.**

Hier liggen wat ons betreft twee belangrijke opgaven voor de komende twee jaar:

- Bredere verspreiding van goede voorbeelden. De afgelopen jaren zijn op verschillende plekken pilots en praktijk-experimenten uitgevoerd. Deze kleinschalige aanpak en 'uitrol' heeft zicht gegeven op bewezen, goede voorbeelden (bijvoorbeeld Krachtige Basiszorg), zicht op de



bevorderende en belemmerende factoren en zicht op de maatregelen en acties die effect. De akkoord-partijen kunnen op landelijk niveau deze bewezen praktijken als uitgangspunt nemen en met elkaar een tijdpad afspreken met welke snelheid deze aanpak verspreid kan worden. Dit is een aanscherping of nadere invulling van de bestaande afspraken in het akkoord. De implementatie van deze verbreding vergt doe-kracht vanuit de landelijke en regionale partijen. Implementatie hangt uiteraard samen met de inzet van financiële middelen, maar inzet van extra ontwikkel- en uitvoeringkracht in de regionale huisartsenorganisaties draagt daar ook aan bij.

- Het is zeer wenselijk om de effecten van deze aanpak stelselmatig, meerjarig in beeld te brengen aan de hand van een landelijk instrument. Een vorm van monitoring die de merkbaarheid van de ingezette maatregelen en interventies weergeeft; 'ervaren patiënten en zorgprofessionals daadwerkelijk meer tijd in de huisartsenzorg?'. Extra aandacht voor de drie doelgroepen die zijn genoemd in het akkoord. In het programma Ontregel de Zorg is ervaring opgedaan met een dergelijke merkbaarheidsscan en het is verstandig om de lessen uit die aanpak te betrekken bij dit onderwerp.

Optie: een taakgroep (landelijk) aan de slag zetten om aanpak te bedenken en toe te passen voor doorvertaling van goede voorbeelden naar brede toepassing.

## 4.2 Samenwerking en uitvoeringsorganisatie

Voor de aanpak van de genoemde drie intensiveringen is ons voorstel een aparte landelijke taakorganisatie of programmastructuur op te zetten. Geef de samenwerking op landelijk niveau frisse wind en meer kracht in de uitvoering, zodat de landelijke energie en ambitie regionaal voelbaar blijft. Vooral op de drie intensiveringen zoals hiervoor genoemd.

Daarom het volgende voorstel:

- het bestuurlijk overleg is en blijft de plek waar partijen periodiek praten over de uitvoering van het akkoord. Het is de plek waar signalen uit de regionale contractering aan de orde komen; de jaarlijkse Nza-monitor contractering huisartsenzorg biedt achtergrondinformatie voor agendering. Het is wel wenselijk dat het bestuurlijk overleg ook de rol neemt van opdrachtgever cq stuurgroep van alle activiteiten/thema's die tezamen het programma Uitvoering Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg vormen.
- Daarnaast een programmastructuur inrichten die namens alle partijen het opdrachtgeverschap vervult voor de drie genoemde 'intensiveringen' van het programma op landelijk niveau. Deze aanjager heeft als rol en functie om deze drie onderwerpen de komende twee jaar uit te (laten) voeren. Onder leiding van een onafhankelijke persoon/organisatie die deze rol neemt en mandaat krijgt van landelijke partijen om op deze onderwerpen te handelen; ondersteund of met een team van professionals met intensieve verbinding met wereld van huisartsenzorg, eerstelijns en zorgverzekeraars. Deze programmaleider rapporteert aan het bestuurlijk overleg, waarbij het Ministerie van VWS de rol van opdrachtgever op zich neemt. Optie: projectgelden vanuit het akkoord toevoegen aan deze structuur.

## Appendix 1 Interviews en gesprekken

Datum	Gesprekspartner	Organisatie
29/09/2020	Judith van Duren, Margot Lenos	InEen
29/09/2020	Hanny Schulten, Chris Sonneveld	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
30/09/2020	Jan-Willem Mulder, Tom Schoen	Patiëntenfederatie Nederland
30/09/2020	Marleen Relouw	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
01/10/2020	Wouter Hobbelink, Julia Bosman-Koenen	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
14/10/2020	Pascale Voermans	Stichting Gezondheidscentra Eindhoven (SGE)
15/10/2020	André Louwen	Stichting Georganiseerde Eerstelijnszorg Zoetermeer (SGE Zoetermeer)
16/10/2020	Nathalie van Schoonhoven	CZ
16/10/2020	Peter Leeftang, Sabine Taal, Tessy Nelissen	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
23/10/2020	Tomas Göbbels, Casper Besters	VGZ
27/10/2020	Ingeborg van Lingen	WVL-Huisartsen
27/10/2020	Mark Pul & Marten Broekens	Huisartsenpraktijk Doornspijk & huisartsenpraktijk Sluisoordlaan Apeldoorn
28/10/2020	Anoeska Mosterdijk, Judith van Duren, Chris Sonneveld, Hanny Schulten, Jan-Willem Mulder, Marleen Relouw, Wouter Hobbelink, Julia Bosman-Koenen, Sabine Taal, Tessy Nelissen	InEen, LHV, Patiëntenfederatie, ZN, NZa, VWS
04/11/2020	Wouter Hobbelink, Paul Raaijmakers, Fieke de Greeff	NZa

09/11/2020	Anoeska Mosterdijk, Judith van Duren, Chris Sonneveld, Hanny Schulten, Jan-Willem Mulder, Marleen Relouw, Wouter Hobbelink, Julia Bosman-Koenen, Paul Raaijmakers, Sabine Taal, Tessy Nelissen	InEen, LHV, Patiëntenfederatie, ZN, NZa, VWS
23/11/2020	Birgitta Westgren, Peter Leeflang, Tessy Nelissen, Sabine Taal	VWS
24/11/2020	Ella Kalsbeek, Carin Littooj	LHV
24/11/2020	Dianda Veldman, Tom Schoen	Patiëntenfederatie
24/11/2020	Ton van Houten, Wout Adema, Marleen Relouw	ZN
25/11/2020	Raymond Wetzels, André Louwen	InEen

## Appendix 2 Geraadpleegde documenten

- Blokzijl, L. Schouten, H & Van Zijp, C. (2020) Stand van het land. Regiobeelden.
- InEen, LHV, ZN. (2020). *Leidraad voor samenwerking en contractering huisartsenzorg op regionaal niveau.*
- InEen, NHG & LHV. (2019). *Visie regionale samenwerking en organisatievorming in de huisartsenzorg.*
- Ministerie VWS, (2020). *Voortgangsbrief Hoofdlijnenakkoorden. Brief aan Tweede Kamer*
- KPMG. (2020). *Eindrapport merkbaarheidsscan [ont]regel de zorg 2020.*
- LHV & InEen. (2019). *Brief aan NZa. Reactie op gepubliceerde NZa monitor 2019.*
- LHV & InEen. (2020). *Tussentijdse evaluatie HLA huisartsenzorg.*
- LHV, InEen, Patiëntenfederatie, ZN, VWS. (2018). *Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022.*
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Houtskoolschets acute zorg.*
- NHG, InEen, LHV. (2020). *Bouwstenen en randvoorwaarden. Voor het inrichten van samenwerking in de regio.*
- NZa. (2019). *Monitor Contractafspraken huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019.*
- NZa. (2020). *Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.*
- NZa. (2020). *Monitor huisartsenzorg.*
- De Ruiters, G. (2020). *Monitor kostenontwikkeling huisartsenzorg (HAZ) en multidisciplinaire zorg (MDZ).*
- Velzel, E. & Lenssen, M. (2017). *Rapport impactanalyse O&I.*
- Velzel, E. (2016). *Een sterke eerste lijn voor betere zorg en beheersbare zorgkosten.*
- Verslagen van Bestuurlijke Overleggen Huisartsenzorg van:
  - 3 oktober 2018
  - 7 december 2018
  - 17 april 2019
  - 27 juni 2019
  - 3 oktober 2019
  - 11 december 2019
  - 25 maart 2020
  - 2 juni 2020
  - 29 juni 2020