

Vergaderjaar 2022–2023

33 578

Eerstelijnszorg

Nr. 95

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 mei 2023

Het is noodzakelijk dat er in 2030 in de eerste lijn anders wordt gewerkt. We moeten de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg behouden terwijl er meer en complexere zorgvragen in de eerste lijn terecht komen. Daarom werken wij, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Minister voor Langdurige Zorg en Sport (LZS) samen met veertien partijen¹ aan een visie op de eerste lijn in 2030 en een bijbehorend plan van aanpak. In de recente Kamerbrief over het Integraal Zorgakkoord (IZA)² zijn wij hier kort op ingegaan. In deze brief gaan wij uitgebreider in op het visietraject en op ontwikkelingen die bijdragen aan het versterken van de eerste lijn.

De visie beschrijft straks de opgave voor de totale eerste lijn, in een integrale keten, over de verschillende sectoren heen en in samenwerking met andere domeinen. Dat is hoe we de eerste lijn moeten benaderen om met elkaar de zorg toegankelijk te houden. Echter omdat we nu in een transitie zitten naar de visie beschrijft deze brief ook de stand van zaken van een deel van de sectoren in de eerste lijn.

Binnen de eerste lijn vervullen huisartsen en wijkverpleegkundigen een spilfunctie. Huisartsen spelen met hun medisch generalistische blik een centrale rol voor alle patiënten en de wijkverpleegkundige is een aanspreekpunt voor mensen die thuis (langdurig) zorg en ondersteuning nodig hebben. Op 27 maart 2023 heeft de Minister van LZS u de stand van zaken wijkverpleging: zorgverlener in de eerstelijns- en ouderenzorg toegestuurd³. Daarom wordt over de wijkverpleging niet nogmaals een uitgebreide stand van zaken gegeven in deze brief. De Minister van LZS zal nog voor het zomerreces een voortgangsbrief sturen over de

¹ PFN, InEen, NHG, LHV, ZN, ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl, KNMP, KNGF, PPN, Verenso, NVAVG, VNG, VWS.

² Kamerstuk 31 765, nr. 725.

³ Kamerstuk 23 235, nr. 221.

voortgang van het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).

Met deze brief doet de Minister van VWS onder meer zijn toezeggingen af om een brief te sturen over passende zorg inzake versterking van de basiszorg met daarin aandacht voor de rol van de huisarts en over de acties en voortgang van de versterking eerstelijnszorg. In het laatste deel van deze brief gaan wij daarnaast uitgebreider in op verschillende moties en toezeggingen die de Kamer over de eerste lijn heeft aangenomen.

De volgende onderwerpen komen aan bod:

- Visie op de eerste lijn in 2030
 - Aanleiding en uitgangspunten
 - Stand van zaken visievorming
 - Verrijking via vijf sporen
 - Beweging op gang via ZonMW
- Sectorale ontwikkelingen
 - Huisartsenzorg
 - Wijkverpleging
 - Paramedische zorg
 - Specialist Ouderengeneeskunde: extra zorgvormen voor kwetsbare ouderen
 - Farmaceutische zorg
 - Mondzorg
 - Samenhang en samenwerking
 - Preventie en domeinoverstijgende samenwerking
 - Samenwerking huisarts, ggz, sociaal domein
 - Zorgcoördinatie
- Randvoorwaarden
 - Bekostiging van samenwerken in de eerste lijn
 - Gegevensuitwisseling
 - Gezamenlijk contracteren
 - Kwaliteit en onderzoek
- Moties en toezeggingen
 - Huisartsenzorg: uitvoering van moties en afspraken in het IZA
 - Herstelen in de eerste lijn
 - Beroertepreventie
 - Paramedische zorg aan Wlz-cliënten in de eerste lijn en zorgstellingen
 - Geboortezorg: doorontwikkeling en professionalisering samenwerking
 - Palliatieve zorg in de thuissituatie

Visie op de eerste lijn in 2030

De eerste lijn is een belangrijke en internationaal hoog aangeschreven pijler van ons zorgstelsel. Veel mensen met een zorgvraag kunnen in de eerste lijn dichtbij huis goed geholpen worden. Als meer gespecialiseerde zorg nodig is, heeft de eerste lijn – in de meeste gevallen de huisarts – daarbij een poortwachtersrol. Ook geldt dat patiënten, nadat zij medisch-specialistische zorg hebben ontvangen, soms (extra) zorg vanuit de eerste lijn nodig hebben om te kunnen herstellen.

De komende decennia neemt de zorgvraag verder toe, vanwege de (dubbele) vergrijzing tot aan 2040. Het aantal mensen met complexe zorgvragen stijgt en tegelijkertijd kunnen minder mensen mantelzorg leveren en is er sprake van blijvende personele schaarste. We zien ook dat steeds meer ouderen langer thuis blijven wonen, alleen in hun eigen omgeving of samen in een geclusterde woonvorm. In zowel het Programma WOZO als het IZA hebben we concrete afspraken gemaakt

om de beweging naar de voorkant te maken en mensen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving te helpen met zorg- en ondersteuningsvragen. Een sterke eerste lijn in samenhang met een sterke sociale basis vormt een cruciale factor voor de ambities in zowel het IZA als het WOZO. De visie en bijbehorend plan van aanpak moeten er voor zorgen dat de eerste lijn robuust genoeg is om complexere zorgvragen op te vangen waarbij de toegankelijkheid voor iedereen gewaarborgd wordt.

Net als in de rest van de zorg, neemt de druk op de eerste lijn steeds verder toe. Zo zijn de afgelopen jaren veel taken verschoven uit de tweede- naar de eerstelijnszorg. Dit is een positieve ontwikkeling, maar stelt de eerstelijnszorg wel voor een grotere taak. De inzet van het WOZO-programma is dat ondersteuning en zorg zich aanpassen op de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden en dat zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen. De eerste lijn vervult hierin een belangrijke rol.⁴ Tegelijkertijd zien we dat zorgprofessionals in de eerste lijn nu al veel tijd kwijt zijn aan het zoeken van vervolgzorg voor mensen doordat de doorstroom hapert naar de tweede lijn, de ggz en – waar de zorg thuis echt niet meer past – de verblijfszorg. Zo wordt kostbare tijd, energie en werkplezier verspild aan werk dat niet gerelateerd is aan zorg of aan het verlenen van zorg waarvoor men nu niet is toegerust tot de patiënt wel op de juiste plek terecht kan.

De transformatieopgave om passende zorg de standaard te maken vraagt veel van de eerste lijn, die dus nu al onder grote druk staat. Dat betekent dat het noodzakelijk is om de eerstelijnszorg te versterken, zodat deze in kan spelen op de huidige en toekomstige zorgvraag. Op dit moment zien we dat de eerstelijnszorg nog niet goed genoeg georganiseerd is: de diversiteit aan veelal kleine organisaties en de gefragmenteerde bekostiging en inkoop belemmeren goede samenwerking binnen de eerste lijn en met andere domeinen. Ook zijn zorgverleners in de eerste lijn te veel tijd kwijt aan randzaken. Daarom hebben we in het IZA stevige ambities neergezet om de organisatie van de brede eerste lijn in verbinding met andere domeinen te versterken. Met als doel om herkenbaar en aanspreekbaar te zijn voor burgers, patiënten en samenwerkingspartners. Om goed afgestemde zorg te verlenen, dichtbij waar het kan. En om zorgprofessionals optimaal in te zetten en te «ontzorgen», zodat zij hun tijd kunnen besteden aan waar ze voor zijn opgeleid: patiëntenzorg.

Bovenstaande ontwikkelingen vragen om scherpe keuzes; ook in de eerstelijnszorg geldt dat we in de toekomst niet genoeg personeel hebben om alles te blijven doen zoals we het nu doen én extra taken op te pakken. De laagdrempelige toegankelijkheid van de eerstelijnszorg voor mensen die deze nodig hebben, kan in gevaar komen als we op dezelfde weg doorgaan. Daarom hebben we in het IZA afgesproken een visie en plan van aanpak voor de eerste lijn op te stellen. De visie zal ingaan op de rol en positie van de eerstelijnszorg in de gezondheidszorg, wat de eerste lijn in 2030 zal bieden (en wat ook niet), hoe de beschikbare capaciteit binnen de eerste lijn optimaal benut wordt, hoe de organisatie van de eerste lijn wordt versterkt en hoe de verbindingen met aanpalende domeinen worden verstevigd, zoals het sociaal domein, de ggz, de verblijfszorg en de medisch specialistische zorg. Dit alles met als doel om een sterke, geïntegreerde eerste lijn te borgen waarin professionals met plezier hun werk doen en patiënten toegankelijke, kwalitatief hoogstaande, passende zorg kunnen ontvangen.

⁴ Kamerstuk 29 389, nr. 113.

Stand van zaken visievorming

In oktober 2022 zijn de genoemde vijftien partijen gestart met de visievorming op de eerste lijn in 2030. Dit gebeurde onder leiding van een extern bureau, dat in opdracht van VWS werkt. Dit is een intensief traject waarbij partijen (hierna: de kerngroep) iedere twee weken bij elkaar kwamen om de focus, afbakening en invulling van de visie te bespreken. De gezette stappen zijn regelmatig getoetst bij een werkgroep van zorgverleners en bij een klankbordgroep waar de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de Nederlandse GGZ, Federatie Medisch Specialisten (FMS), Sociaal werk Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) aan deelnemen. Daarnaast heeft VWS overleg met het Zorginstituut Nederland (ZIN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over de randvoorwaarden in wet- en regelgeving en financiering/bekostiging die nodig zijn om de visie in de praktijk te implementeren. Op deze manier kan de input van zorgverleners, de klankbordgroep en andere overheidspartijen direct in de visie verwerkt worden.

We vinden het een positieve ontwikkeling dat de brede eerste lijn intensief met elkaar in gesprek is over een andere manier van werken. De urgentie hiervoor wordt breed gevoeld en gedeeld. Alle partijen zijn het erover eens dat de toenemende spanning tussen aanbod en vraag de toegankelijkheid (incl. keuzevrijheid), kwaliteit en betaalbaarheid van de eerste lijn onder druk zet. We zien die ontwikkeling nu al. Gezamenlijk streven we ernaar om de toegankelijkheid van de eerste lijn in de toekomst duurzaam te borgen voor de mensen die hierop zijn aangewezen. Partijen concluderen dat hiervoor scherpe keuzes nodig zijn op het gebied van de inhoud, samenwerking en organisatie van de toekomstige eerste lijn. Daarnaast zijn flinke stappen op het gebied van digitalisering nodig. De komende tijd werken we samen met partijen aan de aanscherping van die benodigde veranderingen. Dit is een breed vraagstuk, waarbij zowel inhoud van zorg, de vorm waarin die geboden wordt, de samenwerking met andere domeinen en de organisatie van de eerste lijn in nauwe samenhang moeten worden gezien. Bij het maken van deze keuzes nemen we steeds verschillende doelgroepen die van de eerstelijnszorg gebruik maken in acht, zoals mensen met lage gezondheidsvaardigheden, ouderen met een kwetsbare gezondheid en mensen met een of meer chronische aandoening(en). Zo kan het dat we van sommige doelgroepen een grotere mate van zelfredzaamheid gaan vragen, wanneer dit verantwoord kan, om te zorgen dat zorg voor de meest kwetsbare mensen in onze samenleving beschikbaar blijft.

Partijen concluderen dat bij het steviger organiseren van de eerste lijn onderscheid gemaakt moet worden tussen wat er op lokaal (of wijk-) niveau moet worden georganiseerd en wat op regionaal niveau moet worden afgesproken. Hierbij hebben partijen de ambitie om zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande structuren, om te zorgen dat er geen onnodige extra (organisatie)lagen ontstaan, maar dat zorgverleners wel meer worden ontzorgd. Op regioniveau is het cruciaal dat de eerste lijn goed vertegenwoordigd en met mandaat aan tafel zit met andere spelers uit het zorgveld, zoals ziekenhuizen, ggz-aanbieders, verpleeghuizen en gemeenten. De landelijke visie zal via regioplannen vertaald worden naar de regionale en lokale situatie en hiervoor is goede regionale mandatering van de eerste lijn van belang. Dit bouwt voort op de afspraken die partijen in het IZA hebben gemaakt over het ontwikkelen van regiobeelden en -plannen.

Bij het gesprek over wat op welk niveau minimaal georganiseerd moet worden, vinden we het van belang om aandacht te hebben voor het

behoud van autonomie van de (individuele) zorgprofessional. Dit lijkt soms op gespannen voet te staan met het steviger organiseren van de eerstelijnszorg; als zorgprofessional geef je immers op bepaalde punten mandaat aan een grotere organisatie. Werken in de eerste lijn staat niet op zichzelf, je werkt in een netwerk. Wij streven ernaar om het versterken van de organisatie, het versterken van het werkplezier en de professionele autonomie samen op te laten gaan en zo de «ambachtelijkheid» van het vak van eerstelijnszorgprofessional te behouden en te faciliteren. Daar waar de individuele professional of aanbieder mandaat geeft aan een grotere organisatie, moet deze hier ook iets voor terugkrijgen in de vorm van meer zeggenschap, betere afspraken met samenwerkingspartners of «ontzorging» op het gebied van bijvoorbeeld ICT, innovatie of andere «backoffice»-activiteiten.

De visie wordt veelomvattend en het vraagt tijd om hier met veel partijen het goede gesprek over te voeren. We hebben in bestuurlijk overleg met partijen op 22 februari jl. geconstateerd dat er goede stappen zijn gezet, maar dat het conceptdocument dat er begin februari lag nog onvoldoende ambitie en scherpheid had. Partijen hebben zichzelf de opdracht gegeven hier in de maanden tot aan de zomer een grote slag in te slaan. Daarbij hebben partijen aandacht voor de samenhang tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein, het perspectief van de samenleving en van de burger en maken zij scherpere keuzes op het gebied van o.a. organisatievormen en optimale inzet van capaciteit binnen de eerste lijn. Bij dit laatste punt gaat het over regie, de poortwachtersrol en samenwerking rondom bepaalde groepen patiënten. We hebben met partijen afgesproken om op korte termijn een scherp discussiestuk (een «tussenversie» van de visie) op te leveren. Met dit discussiestuk gaan we de visie vervolgens via meerdere sporen verrijken, aanscherpen en verder vertalen naar een veranderstrategie en plan van aanpak.

Verrijking via vijf sporen

De komende maanden wordt de visie via vijf sporen verder aangevuld: 1) voortzetting landelijke kerngroep 2) achterbanconsultatie door partijen, 3) dialoog met regio's, 4) burgerplatform, 5) advies op hoofdlijnen van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS).

Landelijk werkt de kerngroep verder aan het visiedocument en de vertaling naar een plan van aanpak. De deelnemende landelijke partijen gaan parallel in gesprek met hun achterban, waarbij zij deze stimuleren om het «hier en nu» te ontstijgen. Aanvullend daarop organiseert VWS gesprekken tussen (een afvaardiging van) de kerngroep en een aantal regionale samenwerkingsverbanden in de eerstelijnszorg over het discussiestuk. Hiermee wordt de visie vanuit het perspectief van brede eerste lijn verrijkt en toetsen we of regio's uit de voeten kunnen met de «opdracht» die landelijke partijen hun hiermee geven. VWS zorgt in afstemming met de kerngroep voor een gevarieerde samenstelling van samenwerkingsverbanden. Via onder meer een burgerplatform van Nivel zullen we ook het burgerperspectief op de toekomstige eerstelijnszorg in het traject brengen. Tot slot hebben we de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) gevraagd om vanuit het bredere samenlevingsperspectief een advies op hoofdlijnen over de toekomst van de eerste lijn te geven. De RVS heeft dit advies op hoofdlijnen op 3 april jl. opgeleverd⁵. We zijn de RVS erkentelijk dat zij op korte termijn een advies op hoofdlijnen hebben opgeleverd en we zullen dit betrekken bij de verdere uitwerking van de visie en het plan van aanpak. Op een later moment

⁵ Kamerstuk 33 578, nr. 94.

zullen we uw Kamer informeren over de wijze waarop het advies hierin een plek heeft gekregen en daarmee ook een beleidsreactie op het advies geven.

Via de hier beschreven vijf sporen zullen de landelijke partijen voor de zomer gevoed worden met nieuwe perspectieven en aanscherpingen. Met deze input streven we ernaar kort na het zomerreces op landelijk niveau de visie af te ronden en een stevige start te hebben gemaakt met het plan van aanpak. Uiteindelijk zullen de visie en plan van aanpak nog dit jaar vastgesteld worden door het Bestuurlijk Overleg IZA. We streven zo naar een breed gedragen visie en plan van aanpak. Mogelijk zal uit deze visie blijken dat ook politieke keuzes nodig zijn op het gebied van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de eerstelijnszorg; indien nodig zullen wij deze maken en uw Kamer hierover informeren.

Beweging op gang via ZonMw programma

Naast het aanscherpen van de visie gaan we ook al aan de slag met de noodzakelijke veranderingen. Om de gewenste beweging in gang te zetten werkt ZonMw in opdracht van VWS aan een versterkings- en ondersteuningsprogramma voor de eerstelijnszorg. Hiervoor gebruiken we de middelen uit het coalitieakkoord voor «versterking organisatiegraad basiszorg», vooruitlopend op structurele wijzigingen in financiering en bekostiging die noodzakelijk zijn om de eerstelijnszorg toekomstbestendig te organiseren. Het programma gaat in principe van start zodra het visiedocument is afgerond. Regio's moeten zich echter ook voorbereiden op het moment dat het visiedocument afgerond is en deze landelijke opdracht vertaald moet worden in concrete regionale plannen. ZonMw heeft hiervoor een eerste subsidieronde opengesteld om regio's te ondersteunen in voorbereidende activiteiten. Het gaat dan bijvoorbeeld om activiteiten die nodig zijn om de eerstelijnszorg regionaal goed aan te haken op de in ontwikkeling zijnde regiobeelden en regioplannen, zodat de eerstelijnszorg zo snel mogelijk en in gezamenlijkheid aan de slag kan met de opgaven zoals geformuleerd in het IZA, WOZO en de nog af te ronden visie eerstelijnszorg.

Sectorale ontwikkelingen

De visie zal richting gaan geven aan de toekomst van de totale eerste lijn, over de verschillende sectoren heen. Tegelijk lopen er nu al initiatieven die bijdragen aan het toegankelijk houden en beter organiseren van de eerste lijn. In dit deel van de brief beschrijven wij de ontwikkelingen in diverse sectoren van de eerstelijnszorg.

Huisartsenzorg

Huisartsen vervullen een centrale rol in de eerste lijn en in ons zorgstelsel; zij kunnen met hun medisch generalistische blik en kennis van hun patiëntenpopulatie veel vragen zelf of samen met andere eerstelijnszorgverleners (zoals paramedici, de wijkverpleging, specialist ouderengeneeskunde of apothekers) afhandelen, 24 uur per dag. Als het nodig is, verwijzen huisartsen door naar meer gespecialiseerde zorg. De huisartsenzorg staat op dit moment al onder hoge druk en die druk zal de komende jaren toenemen. Ook zien we een verschuiving optreden in de verhouding tussen praktijkhouders en waarnemers, waardoor het praktijkhouderschap verder onder druk komt te staan. Daarnaast zijn er commerciële partijen die huisartsenpraktijken overnemen. Om de druk op de huisartsenzorg te verminderen investeren we als kabinet financieel veel in de huisartsenzorg; maar een sterke huisartsenzorg vraagt meer dan extra geld.

De recent opnieuw vastgestelde kernwaarden⁶ van de huisartsenzorg staan nog steeds stevig overeind. Wat ons betreft gaan we de komende jaren gezamenlijk aan de slag om deze in ere te houden. Om de kernwaarden in de praktijk te kunnen blijven waarborgen, zullen er ook dingen moeten veranderen. Dat vraagt lef, doorzettingsvermogen en samenwerking. Dit vraagt ook om een stevig gesprek over waar de huisarts (nu en in de toekomst) wel én niet van is. En welke rol de huisarts in de toekomstige eerstelijnszorg heeft. Alleen door hier met elkaar scherpe keuzes in te maken, kunnen we kracht van de huisartsenzorg behouden. Het gaat hierbij onder meer over de vraag welke vormen van huisartsenzorg en huisartsenpraktijken we in de toekomst willen, hoe we de arbeidsmarkt en het vak voor de jonge(re) generaties huisartsen aantrekkelijk kunnen maken en houden en over welke zaken de huisarts in de toekomst misschien aan andere zorgverleners of aan patiënten zelf kan overlaten.

De gezamenlijke visie op de eerstelijnszorg geeft hier richting aan die door de huisartsenberoepsgroep zelf en in nauw gesprek met VWS en zorgverzekeraars verder moet worden uitgewerkt en ingevuld. We zijn daarom blij dat de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) op 23 januari besloten heeft het IZA alsnog te ondertekenen en sindsdien ook actief deelneemt aan het opstellen van de visie op de (organisatie van de) eerstelijnszorg. Dit is een belangrijke eerste stap.

In het onderdeel «moties en toezeggingen» van deze brief gaan we in op de uitvoering van een aantal moties over de huisartsenzorg en op de wijze waarop we via het IZA investeren in het verminderen van de druk op de huisartsenzorg.

Wijkverpleging

De wijkverpleegkundige is een centrale spil in de eerstelijnszorg en in de ouderenzorg voor cliënten die thuis (langdurend) zorg en ondersteuning nodig hebben. De wijkverpleegkundige helpt de cliënt, en zijn directe omgeving, met vraagstukken rondom preventie, welzijn en zorg en voert regie op de continuïteit en coördinatie in de zorgketen. Hij/zij werkt daarbij samen met de cliënt, diens omgeving en vele andere zorgverleners. De wijkverpleging legt de verbinding met onder andere het sociaal domein, de huisarts, de casemanager dementie, de specialist ouderengeneeskunde, de fysiotherapeut, de ergotherapeut en vele andere. De zorg in de wijk is een belangrijke schakel om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te waarborgen. Omdat de wijkverpleging een cruciale rol heeft in het toekomstige zorgstelsel waarbij we langer thuis blijven wonen ondanks onze zorgvraag is het noodzakelijk dat we de komende jaren investeren in de wijkverpleging. Dit doen we door afspraken die gemaakt zijn zowel in het IZA als het WOZO. Er zijn financiële afspraken gemaakt met groeiruimte in het budgettaire kader, beschikbare en geormerkte transformatiemiddelen en met gerichte programma's. Belangrijke inhoudelijke onderwerpen daarbij zijn kwaliteit, passende zorg, samenwerking in herkenbare en aanspreekbare (H&A) teams, verhoging contracteergraad en systeemfuncties, zoals onplanbare nachtzorg en de coördinatie van zorg en faciliterende bekostiging. Ook is het in verband met de personeelstekorten noodzakelijk om te investeren in de arbeidsmarkt om het werkplezier in de wijkverpleging te vergroten en ruimte te bieden voor opleiden en coachen. Daarbij zetten we in op een transitie naar passende en arbeidsbesparende zorg. Dit doen we via het

⁶ Kernwaardenkaart toekomst huisartsenzorg. Via https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/kernwaarden_kaart_toekomst_huisartsenzorg.pdf.

Investeringsakkoord Opleiden Wijkverpleging en het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ).

Recent heeft uw Kamer een brief ontvangen⁷ waarmee het HLA wijkverpleging is afgesloten en een inzicht gegeven is in de rol van de wijkverpleging in het zorgstelsel. Wij zullen u vanaf nu in de voortgangsrapportages over de genoemde akkoorden en programma's informeren over de voortgang van het beleid gericht op de wijkverpleging, ook in samenhang met andere zorgsectoren.

Paramedische zorg

Paramedici staan dicht bij de cliënt, focussen op het dagelijks functioneren van cliënten en kunnen de huisarts en enkele medisch specialisten ontlasten. De paramedische zorg zet al stappen om zich op regionaal niveau beter te organiseren. In 2021 is het programma organisatiegraad paramedische zorg gestart waarmee de paramedische sectoren worden ondersteund om in de regio te gaan samenwerken. Hiermee kunnen paramedici elkaar makkelijker vinden voor afstemming en eventuele doorverwijzing en kunnen zij gezamenlijk optrekken in overleggen met andere sectoren. Inmiddels zijn 20 netwerken gestart. Dit vormt een mooie opstap naar samenwerking in de brede eerste lijn.

Om de inzet van fysiotherapie in de eerste lijn te verbeteren, werken het ZIN, het Koninklijk Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM), Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Patiëntenfederatie Nederland (PFN) en de NZa aan het verbeteren van de aanspraak fysio- en oefentherapie via het traject «Naar een passende aanspraak voor eerstelijns fysio- en oefentherapie». Een uitwerking van dit traject kan zijn dat meer fysio- en oefentherapie vergoed gaat worden vanuit de basisverzekering. In de brief van 25 januari jl. heeft de Minister van VWS u geïnformeerd over de stand van zaken⁸. Voor hem is de belangrijkste overweging om mogelijk meer fysio- en oefentherapie in het basispakket op te nemen, dat het kan bijdragen aan het realiseren van meer passende zorg. Zo kan fysio- en oefentherapie de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van patiënten verbeteren en kan het in sommige gevallen andere, vaak duurdere, (tweedelijns)zorg voorkomen. Fysiotherapie is basiszorg die men binnen de eerste lijn mag verwachten, mits het voldoet aan de wettelijke eisen, zoals de stand van de wetenschap en praktijk.

Specialist ouderengeneeskunde: extra zorgvormen voor kwetsbare ouderen

Wanneer een kwetsbare oudere complexe zorgvragen heeft, kan in de thuissituatie naast de huisarts ook de expertise van een specialist ouderengeneeskunde (SO) ingeroepen worden. Wanneer het thuis even niet meer gaat, en er herstel- of revalidatiezorg nodig is, moet het mogelijk zijn om tijdelijk te worden opgenomen. Deze zorg kan binnen het eerstelijnsverblijf (elv) of de geriatrische revalidatiezorg (grz) worden ingezet. Om de potentie van deze zorgvormen optimaal te kunnen benutten is het van belang dat de randvoorwaarden vanuit kwaliteit en bekostiging op orde zijn.

Vanuit het ZonMw programma Beter Thuis zijn initiatieven voor het doorontwikkelen van inspirerende voorbeelden specifiek voor de ouderenzorg

⁷ Kamerstuk 23 235, nr. 221.

⁸ Kamerstuk 29 689, nr. 1179.

mogelijk gemaakt. Deze richten zich op onder andere op de complexe medische zorg voor ouderen thuis door de specialist ouderengeneeskunde en huisarts samen, een toekomstbestendig eerstelijnsverblijf en de doorontwikkeling, invoering en evaluatie van ambulante geriatrische revalidatie.

Daarnaast loopt er al enige tijd het project multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde (afgekort MESO). Sinds april 2020 wordt er niet alleen in Velp, maar ook in Tiel, Zoetermeer en Rotterdam gewerkt volgens dit concept. De resultaten zijn onlangs in een publicatie van Significant openbaar gemaakt⁹. Voortkomend uit het debat van 23 maart 2023 over de woon- en zorgplannen voor ouderen (Handelingen II 2022/23, nr. 65, items 3 en 6) is de motie van de leden Ellemeent en Bevers aangenomen (Handelingen II 2022/23, nr. 66, item 21), om structurele bekostiging in te regelen voor innovatieve initiatieven zoals de WijkKliniek en ouderenpraktijk in Velp¹⁰. Wij gaan samen met het Zorginstituut, de NZa en relevante veldpartijen uitwerken hoe deze initiatieven het beste in landelijke wet- en regelgeving kunnen landen, zoals regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Tenslotte zet de NZa ook noodzakelijke stappen op andere bekostigingsvragen. Zo worden de prestaties en tarieven van de inzet van de SO in de eerste lijn en het elv herijkt. Het streven is om voor beide sectoren met ingang van 1 januari 2025 hiervoor nieuwe prestatie- en tariefstructuren te introduceren.

Farmaceutische zorg

Het is belangrijk dat er meer ruimte komt voor farmaceutische zorg van patiënten in de eerste lijn, zoals de Minister van VWS onder meer heeft toegelicht in zijn reactie op het onderzoek van de Patiëntenfederatie.¹¹ Goede farmaceutische zorg draagt bij aan passend geneesmiddelgebruik, wat bijdraagt aan een doelmatige inzet van geneesmiddelen, in de eerste plaats vanuit het perspectief van patiënten. We willen daar meer impuls aan geven, zo nodig ook via de organisatie van de zorg en prikkels in het systeem.

Het optimaliseren van die farmaceutische zorg kan een bijdrage leveren aan het versterken van de eerste lijn. Hierover zijn afspraken opgenomen in IZA en WOZO. Voor de uitwerking daarvan is de Minister van VWS met veldpartijen in gesprek over het verbeteren van farmaceutische zorg en het ontlasten van de huisarts.

In het IZA staat dat het Ministerie van VWS samen met de LHV, de Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), ZN en de Patiëntenfederatie uitwerkt wat nodig is om de rol van het apothekersteam in de eerstelijnszorg te versterken door het optimaliseren van de farmaceutische zorgfunctie. Hiermee kan tevens de huisarts ontlast worden. In het WOZO is een afspraak geformuleerd gericht op de extramurale farmaceutische zorg voor ouderen. Er is vastgesteld dat jaarlijks veel gevallen van vermijdbare schade zijn door onjuist medicatiegebruik. De samenwerking en taakverdeling tussen betrokken professionals rondom farmaceutische zorg kan beter. Het Ministerie van VWS maakt met veldpartijen een gezamenlijke toekomstagenda openbare farmaceutische zorg en gaat deze afspraken implementeren.

⁹ Rapportage herhaalbaarheidsonderzoek, multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde, 2023. Via <https://www.mesozorg.nl/meso-in-de-media/>.

¹⁰ Kamerstuk 31 765, nr. 739 (Ellemeent en Bevers).

¹¹ Kamerstuk 29 477, nr. 829.

Om een goede basis te leggen heeft het Ministerie van VWS samen met veldpartijen een drietal acties in gang gezet. Er is een analyse van patiëntwensen uitgevoerd door het Nivel. Er is een kennissynthese opgesteld door SIRA Consulting van diverse visies, artikelen, beleidsstukken et cetera van de afgelopen jaren. Tenslotte is er een veldgesprek gevoerd met medewerkers van betrokken (veld)partijen aan de hand van patiëntreizen.

Vervolgens zijn op bestuurlijk niveau met veldpartijen resultaten van deze drie acties besproken. Het gaat hier om: LHV, Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), KNMP, Nederlandse Apothekers Coöperatie (NapCo), ZN, Patiëntenfederatie Nederland, FMS, V&VN, Optima Farma, ZINL, NZa en IGJ.

Uit de resultaten zijn zeven thema's voortgekomen welke verder uitgewerkt en doorgesproken worden tot aan de zomer. Het gaat hier als eerste om het geven van meer impuls aan de farmaceutische zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan begeleiding bij gepast gebruik en therapietrouw, medicatiebeoordelingen en verantwoord minderen en stoppen. Ten tweede om betere samenwerking en mogelijk taakherschikking tussen eerstelijns zorgverleners (apotheker-huisarts-wijkverpleging) en de rol van de apotheker in het voorschrijfproces. Het derde thema betreft onderscheid tussen zorg en logistiek/distributie, bijvoorbeeld door logistiek centraler te regelen en zorg decentraler (in de wijk). Ten vierde spreken we over online dienstverlening versus fysieke apotheek en andere vormen van farmaceutische zorgverlening, en mogelijke effecten van een toename van «digitaal, tenzij». Een vijfde thema is extra aandacht voor kwetsbare groepen zoals ouderen, mensen met polyfarmacie en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het zesde thema betreft de aansluiting met de tweedelijnszorg en ook de transmurale zorg. En tenslotte is preventie en leefstijl, gezondheid in plaats van ziekte, bijvoorbeeld via initiatieven als leefstijlapothekers een thema.

Wij verwachten in de zomer de uitkomst van het traject met veldpartijen over de toekomst van de extramurale farmaceutische zorg op bestuurlijk niveau met hen af te stemmen. We streven ernaar om een gedeelde visie en bijbehorende werkafspraken vast te leggen waar VWS samen met de betrokken veldpartijen, en ZINL, NZa en IGJ tot aan 2030 uitvoering aan kan geven.

Wanneer in de zomer de visie en werkafspraken geconcretiseerd zijn, informeert de Minister van VWS uw Kamer hierover.

Mondzorg

De Minister van VWS heeft op 10 november 2022 zijn brief toegestuurd¹² met het beleid ten aanzien van mondzorg. Hierin wordt onder meer toegelicht hoe ten aanzien van jeugdigen de samenwerking tussen de mondzorg en de publieke gezondheidszorg wordt versterkt en hoe de toegankelijkheid van de mondzorg voor minima gezamenlijk wordt aangepakt met het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de KNMT (beroepsorganisatie van tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen), de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist en de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici.

Om de mondgezondheid van thuiswonende kwetsbare ouderen te verbeteren, is samenspel tussen zorgverleners in de eerste lijn nodig. Er is

¹² Kamerstuk 35 882, nr. 14.

gesignaleerd dat bij thuiswonende kwetsbare ouderen het gebit vaak in een slechte staat is. Professionals, ouderen en hun naasten zijn zich vaak onvoldoende bewust van de noodzaak tot een goede mondgezondheid. Daarnaast zorgen beperkingen op fysiek, cognitief, sociaal en psychisch vlak ervoor dat ouderen minder in staat zijn de dagelijkse zelfzorg uit te voeren en op controle bij een mondzorgprofessional te komen. Dit terwijl de inzet van de huisarts en de wijkverpleging juist toeneemt in deze fase van het leven. Het is belangrijk dat deze zorgverleners in de eerste lijn – die nog contact hebben met de oudere – op tijd signaleren wanneer er problemen met de mondgezondheid zijn om mondgezondheidsproblemen te voorkomen en daarmee ook algemene gezondheidsproblemen. Ter verbetering van de mondgezondheid van thuiswonende kwetsbare ouderen is in het programma WOZO opgenomen dat er een plan van aanpak gemaakt zal worden om deze knelpunten voor de mondgezondheid van kwetsbare ouderen te verbeteren.

Om het plan van aanpak op te stellen is VWS in overleg met partijen die betrokken zijn bij de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen, waaronder Stichting «De Mond Niet Vergeten!», de KNMT, de NVM, InEen, Laego, V&VN en Verenso. Het plan van aanpak wordt voor de zomer afgerond en wordt meegestuurd met de voortgangsbrief over het WOZO die u voor het zomerreces zal worden toegestuurd.

Samenhang en samenwerking

Er zijn al lopende sectoroverstijgende initiatieven die bijdragen aan een sterkere eerstelijnszorg. Deze initiatieven zien allemaal op het verbeteren van samenhang en samenwerking in de eerste lijn en tussen de eerste lijn en andere domeinen. Veel van de initiatieven komen terug in de tot stand gekomen akkoorden/programma's, namelijk het IZA, WOZO en GALA. In deze brief benoemen we enkele trajecten.

Preventie en domeinoverstijgende samenwerking

Met het IZA, GALA en WOZO zetten we in op de beweging naar passende zorg, onder andere door focus op gezondheid naast ziekte. We zetten in op meer preventie en ondersteuning, zodat mensen zo gezond en vitaal mogelijk zijn en zorgvragen (in de eerstelijnszorg) worden voorkomen of minder zwaar worden. Daarbij gaat het zowel om het bevorderen van een gezonde leefstijl en mentale gezondheidsvaardigheden in een gezonde leefomgeving als om het versterken van de sociale omgeving en zelfredzaamheid van mensen. Ondersteuning vanuit het sociaal en publiek domein en het aanpakken van niet-zorggerelateerde vraagstukken zijn hierbij van groot belang.

In het IZA zijn, in het onderdeel Gezond leven en preventie, zowel afspraken gemaakt over het structureel inbedden van leefstijl als onderdeel van behandeling (binnen het zorgdomein) als afspraken over de samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal en publiek domein. Zo zijn er afspraken opgenomen ten aanzien van regionale samenwerking, een regionale preventie-infrastructuur en de inrichting van effectieve ketenaanpakken, zoals valpreventie en welzijn op recept, over de domeinen heen. Deze afspraken zijn verder uitgewerkt in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

Samenwerking huisartsenzorg met andere domeinen

Wachtlijsten elders in de zorg, bijvoorbeeld in de ggz of tweedelijnszorg, kunnen ook leiden tot druk op de huisartsenzorg omdat huisartsen verantwoordelijk blijven voor de zorg aan hun patiënten die op een

wachtlijst staan. In het IZA zijn daarom afspraken gemaakt om de samenwerking tussen het sociaal domein, de huisartsenzorg en de ggz te verbeteren, zodat huisartsen mensen sneller door kunnen geleiden naar juiste zorg of ondersteuning. Zo voorkomen we dat mensen op de verkeerde wachtlijst terecht komen of verwezen worden naar de ggz terwijl er vooral een sociaal vraagstuk ten grondslag ligt aan de problematiek (of vice versa). In het IZA zijn ook afspraken gemaakt over de bereikbaarheid van de ggz voor huisartsen en over de verantwoordelijkheid wanneer iemand op een wachtlijst voor de ggz staat. Tot slot krijgen huisartsen de ruimte om extra uren praktijkondersteuners ggz in te zetten. Deze afspraken moeten leiden tot minder druk op de huisartsenzorg en minder lange wachttijd voor patiënten met psychische klachten. Daarnaast is in het IZA afgesproken om de samenwerking tussen huisartsen en medisch specialisten te verbeteren, door goede voorbeelden van zorg op het snijvlak van eerste- en tweedelijnszorg breed op te schalen.

Zorgcoördinatie

Op 12 mei jl. (Kamerstuk 29 247, nr. 389) heeft uw Kamer een brief ontvangen over de inrichting van zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie is een middel om te zorgen dat iemand met een vraag naar acute zorg de juiste zorg krijgt, van de juiste zorgverlener op de juiste locatie en het juiste moment. De eerste lijn neemt een belangrijke plaats in in de keten van acute zorg. Dat geldt bijvoorbeeld voor de zorg van huisartsen en wijkverpleegkundigen. Een goed georganiseerde eerste lijn maakt zorgcoördinatie gemakkelijker, het is dan duidelijker wie de juiste zorgverlener is. Andersom zal zorgcoördinatie de samenhang en samenwerking binnen de eerste lijn en met andere domeinen bevorderen. Zorgcoördinatie vereist immers afspraken en samenwerking in de regio. De inrichting van zorgcoördinatie en de versterking van de eerste lijn kunnen elkaar versterken.

Randvoorwaarden

Om bovenstaande ontwikkelingen te bevorderen en de beschreven initiatieven te doen slagen, moet een aantal randvoorwaarden worden verbeterd. In dit deel van de brief gaan wij daarom in op het verbeteren van bekostiging van samenwerking, het verbeteren van gegevensuitwisseling tussen professionals en met cliënten, het gezamenlijk contracteren door kleine zorgaanbieders en het ondersteunen via onderzoeks- en kwaliteitsprogramma's.

Bekostiging van samenwerken in de eerste lijn

Het organiseren van samenhangende zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn is van belang. Naar aanleiding van de door dertien veldpartijen gepubliceerde handreiking voor «Kwetsbare ouderen thuis – Integrale zorg en ondersteuning in de wijk» heeft de NZa eind januari 2023 het advies «bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis» aan VWS aangeboden. In dit advies gaat de NZa in op adviezen over de bekostiging die eraan bijdragen dat de zorg volgens deze Handreiking tot stand komt. Het vraagstuk rond organisatie en bekostiging van afstemming en coördinatie is voor meer specifieke doelgroepen dan de kwetsbare ouderen van belang. Op 27 maart jl. heeft de Minister voor LZS de beleidsreactie hierop met uw Kamer gedeeld¹³. Wij onderschrijven de lijn van het advies van de NZa, waarbij het belangrijk is om het werken aan integrale zorg voor de breedte van

¹³ Kamerstukken 31 765 en 29 389, nr. 758.

doelgroepen waarvoor samenwerking noodzakelijk is in de regio minder vrijblijvend te maken. Het is van belang dat alle zorgprofessionals die zorg leveren aan kwetsbare doelgroepen en die zich verbinden aan regionale afspraken ook in staat worden gesteld om tijd te besteden aan de daarvoor benodigde coördinatie en afstemming. Zoals toegelicht in onze reactie op het advies van de NZa volgen wij de stapsgewijze aanpak, waarin als eerste stap mogelijk gemaakt wordt dat afstemming en coördinatie aanvullend bekostigd wordt via de verbinding aan een (regionaal) zorgprogramma.

In het debat wijkverpleging van 11 mei 2023, heeft de Minister voor LZS toegezegd om duidelijkheid te verschaffen over de vervolgstappen en de tijdspaden. Het advies van de NZa is een tussenstap. Om hier inhoudelijke vervolg aan te geven, zetten wij in op de visie eerstelijnszorg. Dit traject is richtinggevend voor de vervolgvraag aan de NZa. Wij verwachten de vervolgvraag na de zomer te kunnen stellen. Voor het einde van het jaar informeren wij u over de visie en het plan van aanpak eerstelijnszorg, waarbij wij u ook zullen informeren over de stand van zaken van de bekostiging van coördinatie en afstemming in de eerste lijn.

Gegevensuitwisseling

Voor goede samenwerking in de zorg is het uitwisselen van gegevens cruciaal. Het is daarom één van de pijlers om naar een sterke eerstelijnszorg toe te werken. Middels de wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) is daartoe een stap gezet. Daarnaast werken we met de afspraken die we in het IZA over digitalisering en gegevensuitwisseling hebben gemaakt de komende jaren toe naar betere databeschikbaarheid en passende inzet van digitale toepassingen. Standaardisatie van gegevensuitwisseling – zowel tussen zorgprofessionals onderling als met patiënten en cliënten – draagt bij aan goede en veilige zorg voor de patiënt en cliënt.

Binnen de eerste lijn lopen hiertoe verschillende trajecten, in de huisartsenzorg (afrondende fase)¹⁴, geboortezorg¹⁵ en het landelijk programma medicatieoverdracht¹⁶. Voor de paramedische zorg is per 2023 het programma gegevensuitwisseling gestart. KNGF, VvOCM, Optometristen Vereniging Nederland (OVN), Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), NVD, Ergotherapie Nederland, Nederlandse vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) nemen deel aan het programma. Het programma loopt van 2023–2027 en het doel is om gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en paramedische zorgverleners, de paramedisch zorgverleners onderling en met patiënten te versnellen. Via het programma wordt verder gewerkt aan het opstellen van de informatiestandaard, de implementatie van deze gestandaardiseerde gegevens bij softwareleveranciers en het beschikbaar stellen van data vertalen van beschikbare data naar de persoonlijke gezondheidsomgevingen.

Gezamenlijk contracteren

In de eerste lijn werken relatief veel kleine zorgaanbieders. Deze aanbieders hebben allemaal individuele contracten met zorgverzekeraars. Zowel voor de aanbieders als voor de zorgverzekeraars leidt dit tot uitdagingen om tot een zorgvuldig contracteerproces te komen. In het IZA hebben partijen gezamenlijk afgesproken om te bezien of het contracteerproces verbeterd kan worden door het meer gezamenlijk optrekken van

¹⁴ <https://open-eerstelijns.nl/>.

¹⁵ www.babyconnect.org.

¹⁶ www.samenvoormedicatieoverdracht.nl.

kleine zorgaanbieders. VWS is in gesprek gegaan met de Autoriteit Consument en Markt over de mogelijkheden hiertoe. De ACM geeft aan dat er best veel mogelijkheden tot samen optrekken zijn, zolang dat maar in het belang van patiënten/verzekerden is. De ACM heeft over dit specifieke onderwerp ook onlangs een nieuwe tekst op de website gepubliceerd¹⁷.

Een belangrijke vereiste is wel dat het gezamenlijk optrekken gericht is op het verbeteren van zorg voor patiënten. In dat licht kunnen ook tarieven en andere voorwaarden worden betrokken. Belangrijke randvoorwaarde is dat alle partijen in «de driehoek» zich moeten kunnen vinden in de uitkomst van de onderhandelingen, dus naast de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars ook patiënten(organisaties). Als er alleen gezamenlijk wordt opgetrokken vanuit een commercieel belang van de betrokken zorgaanbieders dan is dat niet mogelijk binnen de kaders van de mededingingsregels.

De IZA-partijen en de ACM gaan nog verder in overleg over een nadere uitwerking van de mogelijkheden die er zijn aan de hand van casuïstiek waarbij dit gezamenlijk op kunnen trekken relevant is voor kwaliteit en/of toegankelijkheid van de zorg voor patiënten.

Kwaliteit en onderzoek

Via de onderzoeks- en kwaliteitsprogramma's bij ZonMw wordt voor verschillende sectoren in de eerste lijn aan onderbouwing van de zorginzet gewerkt. Op deze manier wordt steeds verder onderbouwd welke eerstelijnszorg effectief is. In het IZA is afgesproken dat de lopende programma's een passend vervolg krijgen tot en met 2026. In het navolgende benoemen we de verschillende acties die op dit moment lopen of worden voorzien:

- VWS en ZonMw bereiden momenteel in overleg met veld het vervolgprogramma kwaliteitsgelden voor de jaren 2024–2026 voor.
- Bij het vormgeven van het vervolgprogramma kwaliteitsgelden 2024–2026 heeft VWS aan ZonMw gevraagd na te denken over de opties om de verbinding tussen de verschillende ZonMw kwaliteitsprogramma's te versterken en uit te werken hoe samenloop en samenhang eruit kan zien.
- Het voornemen is om kraamzorg per 2024 onderdeel te maken van het vervolgprogramma kwaliteitsgelden 2024–2026. Daarnaast zal aandacht zijn voor integrale geboortezorg om zo actief te stimuleren dat ook kwaliteitsontwikkeling integraal tot stand komt.
- Vanaf 2024 start een onderzoeksprogramma voor de brede V&V groep. Dit programma zal in ieder geval lopen tot 2028, zodat ook een aantal wetenschappelijke onderzoeken gedaan kunnen worden. In het IZA zijn ook gelden gereserveerd voor kwaliteitsverbetering in de V&V en specifiek voor de kwaliteitsverbetering in de wijkverpleging. VWS heeft hierom ZonMw gevraagd de V&V (incl. wijkverpleging) ook onderdeel te laten zijn van het vervolgprogramma kwaliteitsgelden 2024–2026.
- VWS en ZonMw bereiden momenteel in overleg met het veld een verlenging van het kennisprogramma huisartsengeneeskunde (KPHAG) voor de jaren 2023 t/m 2026 voor en een verlenging van het programma Beter Thuis (gzsp, elv en grz) voor de jaren 2023 t/m 2026 voor (dit laatste onder voorbehoud van beschikbare financiële middelen).
- Ook start in 2023 het programma paramedische zorg 2023–2026.

¹⁷ Samenwerken in de zorgsector, ACM, via: www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-in-de-zorg/samenwerking-in-de-zorg.

- Tot slot is in het IZA afgesproken dat we de komende jaren onderzoeken of en op welke wijze middelen voor onderzoek en kwaliteitsontwikkeling in de eerstelijnszorg structureel geborgd en versterkt kunnen worden.

Moties en toezeggingen

In dit deel hebben wij onze reactie op de moties en toezeggingen die samenhangen met de eerste lijn gebundeld. We gaan achtereenvolgend in op de huisartsenzorg, het herstellen in de eerste lijn, beroertepreventie, paramedische zorg aan Wlz-cliënten, de geboortezorg en de palliatieve zorg in de thuissituatie.

Huisartsenzorg: uitvoering van moties en afspraken in het IZA

Met het ondertekenen van het IZA door de LHV en de hierin gemaakte afspraken over «meer tijd voor de patiënt» (MTVP) en een andere organisatie van de avond- nacht- en weekendzorg (ANW-zorg) is uitvoering gegeven aan de motie van leden Pouw-Verweij en Van den Berg over «concrete afspraken over tijd en tarieven om het vertrouwen van huisartsen te herwinnen». Via afspraken in het IZA geven wij ook uitvoering aan de motie van het lid Kuzu c.s. over het «actief sturen op verbetering van de punten van zorg die door de huisartsen zijn aangedragen». ¹⁸ Hieronder gaan we in op de belangrijkste thema's waarover deze moties gingen en waarover in het IZA afspraken zijn gemaakt met de huisartsen.

Meer tijd voor de patiënt (MTVP)

In het IZA hebben we met partijen afspraken gemaakt over het landelijk invoeren van «meer tijd voor de patiënt» (MTVP). Doel is dat huisartsen meer tijd in de spreekkamer krijgen om het goede gesprek met patiënten te voeren, zodat de zorg kwalitatief beter en doelmatiger wordt en huisartsen meer werkplezier hebben. Huisartsen hebben aangegeven dat dit een van hun grootste prioriteiten is voor de komende jaren. Huisartsen en zorgverzekeraars hebben de in het IZA beschreven afspraak die afgelopen maanden verder uitgewerkt, met als resultaat dat zorgverzekeraars MTVP vanaf 2023 (via een addendum) in de contracten opnemen met als doel om 100% van de huisartsenpraktijken die aan de gezamenlijk vastgestelde voorwaarden voldoen per 2024 te laten deelnemen aan «meer tijd voor de patiënt». De werkwijze is vastgelegd in een landelijke leidraad van partijen, die we meesturen als bijlage bij deze brief. De leidraad sluit aan op de uitkomsten van het onder het Hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019–2022 gestarte versnellingstraject MTVP. De eindrapportage sturen wij ook mee als bijlage bij deze brief. Om de implementatie van MTVP maximaal te ondersteunen, heeft de Minister van VWS de NZa gevraagd om voor de zomer met een advies te komen over hoe MTVP structureel via de bekostiging kan worden gefaciliteerd. Voor de landelijke opschaling van MTVP zijn financiële middelen beschikbaar gesteld via het IZA.

Ook werken we in overleg met de huisartsenopleiders en de LHV aan het verhogen van het aantal opleidingsplekken, waarvoor in het coalitieakkoord middelen beschikbaar zijn gesteld. Voor 2023 is het aantal opleidingsplekken opgehoogd tot 870. Naast het extra opleiden van huisartsen is er in 2023 ook ruimte om de stimuleringssubsidie physician assistant en verpleegkundig specialist (PA/VS) te verlengen. Deze regeling zet in op stimulering van opleidingsplaatsen PA/VS in de huisartsenpraktijk. De

¹⁸ Kamerstuk 29 689, nr. 1162 en Kamerstuk 31 765, nr. 681.

inzet is om zo extra capaciteit te creëren in de huisartsenpraktijk waardoor de werkdruk verlaagd kan worden. In januari 2023 is het Capaciteitsorgaan (CO) met een advies gekomen om het aantal opleidingsplekken huisarts-geneeskunde verder te verhogen naar 1190. De Minister van VWS is in gesprek met de opleiders over het verder verhogen van het aantal opleidingsplekken naar aanleiding van het advies van het CO.

Avond- nacht- en weekenddiensten (ANW)

Een andere prioriteit voor de huisartsen was een andere organisatie voor de ANW-zorg. Ook hierover hebben huisartsenpartijen met de zorgverzekeraars de afgelopen maanden aanvullende afspraken gemaakt, met als doel de verantwoordelijkheden eerlijker te verdelen over alle huisartsen (praktijkhouders en zzp'ers). Dit gaat over de hele linie de dienstendruk verlichten, met name voor praktijkhouders, en komt zo ook ten goede aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de dagzorg. Om dit mogelijk te maken heeft de Minister van VWS de NZa gevraagd om met ingang van januari 2023 herijkte en gedifferentieerde maximumtarieven voor ANW-zorg in te voeren. Partijen werken aan de hand van een opgestelde leidraad en implementatieplan toe naar inwerkingtreding van de plannen per april 2023. De leidraad sturen we mee als bijlage.

Praktijkhouderschap en aantrekkelijkheid van het vak

Zoals eerder aangegeven in deze brief, vinden we het belangrijk dat de kernwaarden van de huisartsenzorg overeind blijven. Eén van die kernwaarden is continuïteit. Eén van de krachten van de huisartsenzorg is dat huisartsen en hun personeel hun patiëntenpopulatie goed kennen; een langdurige relatie tussen zorgverlener en patiënt heeft positieve effecten op gezondheid en (ervaren) kwaliteit van zorg. Op dit moment ligt de verantwoordelijkheid voor ingeschreven patiënten bij de praktijkhouder. Tegelijkertijd zien we de laatste jaren een snelle verschuiving optreden in de verhouding tussen praktijkhouders en waarnemers. Dat zet het praktijkhouderschap onder druk.

Enerzijds zetten we daarom in op het aantrekkelijk houden van het praktijkhouderschap via de afspraken gemaakt in het IZA, zoals in deze brief beschreven. Hier zien we ook een belangrijke rol voor regionale huisartsenorganisaties in het ondersteunen van praktijkhouders, onder meer in de organisatie van keten- en spoedzorg. Er zijn verschillende regio's waar een goed georganiseerde regio-organisatie werk uit handen neemt van praktijkhouders, bijvoorbeeld door het aanbieden van digitale oplossingen of het faciliteren van multidisciplinaire samenwerking. Ook ondersteunen regionale organisaties praktijkhouders bij praktijkovernames. Daarnaast zien we ook dat er in het veld initiatieven ontstaan waarbij huisartsen ondersteuning wordt geboden bij het voeren van hun praktijk, zoals door Flexdokters of Buurtdokters. Goede ondersteuning «aan de achterkant» kan er voor zorgen dat de belangrijke functies en waarden van de huisartsenzorg behouden blijven («kleinschaligheid aan de voorkant»).

Anderzijds gaan we de dialoog met huisartsen aan over de toekomst van het vak; hoe kunnen we met de nieuwe generaties huisartsen en toeneemende (complexiteit van de) zorgvraag de continuïteit waarborgen? Jonge huisartsen hechten doorgaans meer waarde aan flexibiliteit, hebben vaak een werkende partner om rekening mee te houden en willen liever samenwerken in een groepspraktijk dan een solo-praktijk te voeren. Daarnaast is de vraag of jonge huisartsen hun hele leven op dezelfde plek en in dezelfde praktijk gevestigd willen zijn. Dit soort overwegingen kunnen eraan bijdragen dat jonge huisartsen ervoor kiezen om langer als

waarnemer te werken of voor een (tijdelijk) dienstverband in loondienst te kiezen. Om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk (jonge) huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie willen en kunnen werken, zullen we met elkaar de vraag moeten beantwoorden of het praktijkhouderschap hiervoor het juiste en enige model is. Over de toekomst van het huisartsenvak is de Minister van VWS doorlopend in gesprek met de LHV, de huisartsen in opleiding (LOVAH) en de huisartsenopleiders. Hij informeert u dit najaar over de voortgang van deze gesprekken.

Huisvesting huisartsen

De huisvestingsproblematiek van huisartsen is een urgent probleem en draagt bij aan de druk op de huisartsenzorg. Op veel plekken hebben huisartsen moeite om nieuwe praktijkruimte te vinden of bestaande ruimtes uit te breiden. Dat heeft verschillende oorzaken. Conform de afspraak in het IZA is de Minister van VWS sinds september 2022 in de landelijke werkgroep *huisvestingsproblematiek huisartsen* in gesprek met InEen, LHV, VNG en ZN. Ook de NZa en het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) nemen deel aan deze werkgroep. Om de huisvestingsproblematiek op te lossen is er van alle betrokken partijen iets nodig, zowel landelijk als regionaal. Dit geldt voor gemeenten en zorgverzekeraars, maar ook voor regionale huisartsenorganisaties en huisartsen zelf. Zoals aangegeven in de beantwoording van onlangs gestelde Kamervragen over de huisvesting van huisartsenpraktijken, zal de landelijke werkgroep conform de afspraak in het IZA rond de zomer van 2023 een handreiking over de huisvestingsproblematiek van huisartsen opleveren.¹⁹ Via deze werkgroep geeft de Minister van VWS eveneens uitvoering aan de motie van de leden Ellemeets en Kuiken aangaande «in overleg met gemeenten afspraken maken over extra huisvesting van huisartsenpraktijken».²⁰

Administratieve lasten huisartsen

De aanpak van regeldruk is complex, onder meer omdat regeldruk in de zorg uit veel verschillende hoeken komt: o.a. van financiers, toezichthouders, overheid, branche- en beroepsverenigingen en ook vanuit zorginstellingen zelf. VWS pakt met het programma [Ont]Regel de Zorg (ORDZ) hierin de regie om regeldruk aan te pakken. Het programma is erop gericht op 1) het voorkomen van nieuwe regeldruk door wet- en regelgeving van VWS, 2) het nemen van landelijke maatregelen zoals het uniformeren van inkoop- en verantwoordingseisen, 3) ondersteuning bieden bij het aanpakken van regeldruk binnen zorginstellingen en 4) het oppakken van signalen en vragen vanuit de directe zorgpraktijk. Om de regeldruk daadwerkelijk te verminderen moeten ook echt alle betrokken partijen hieraan bijdragen. Om regeldruk in de huisartsenzorg aan te pakken werken de LHV, Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH), ZN, de NZa en VWS sinds 2018 samen om met elkaar concrete afspraken te maken om regeldruk te verminderen, door het schrappen van regels en formulieren en ook door ervoor te zorgen dat al gemaakte afspraken daadwerkelijk bekend zijn bij en nageleefd worden in de praktijk. In de communicatie over gemaakte afspraken werkt VWS dan ook samen met de LHV en VPH om zodoende de huisartsen te bereiken.

Commerciële overnames van huisartsenpraktijken

Zoals hierboven al beschreven is, staat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk. In dat kader is de Minister van VWS ook bezig

¹⁹ Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1816.

²⁰ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 71.

met de uitvoering van de motie van de leden Hijink en Van den Berg waarmee uw Kamer heeft verzocht «*te onderzoeken wat er nodig is om de kwalijke praktijken van commerciële overnames van huisartspraktijken aan te pakken – bijvoorbeeld via een wettelijk verbod op het betalen van goodwill bij het overnemen van huisartsenpraktijken*».²¹ Met deze brief informeert hij de Kamer over de stand van zaken daaromtrent, waarbij wordt ingegaan op de organisatie van de huisartsenzorg, die nauw samenhangt met het ontstaan van «innovatieve ketens», zoals toezicht-houders NZa en IGJ deze categorie aanbieders beschrijven. Daarnaast wordt ingegaan op het fenomeen van de goodwillbetalingen, mede omdat deze de positie van (startende) praktijkhoudende huisartsen ten opzichte van de innovatieve ketens kunnen verzwakken.

De opgelopen druk leidt tot innovaties om de huisartsenzorg toegankelijk te houden. Deze innovaties betreffen soms digitalisering, maar we zien ook nieuwe organisatievormen van huisartsenzorg ontstaan. Tegen de achtergrond van de tekorten en de gesprekken over de organisatie van de eerste lijn is dit een logische ontwikkeling. Signalen over innovatieve ketens hebben de Minister van VWS ook bereikt en deze ontwikkeling heeft zijn aandacht. Zoals onlangs in reactie op verschillende Kamer-vragen is aangegeven, vergt het een zorgvuldige afweging van de kansen en risico's van deze nieuwe vormen van huisartsenzorg, om een goede uitspraak te kunnen doen over de rol van deze innovatieve ketens.^{22 23 24} De afweging van kansen, mogelijkheden en risico's geldt ook voor digitalisering in de huisartsenzorg. Onder het Hoofdlijnenakkoord (HLA) huisartsenzorg 2019–2022 heeft de Universiteit Maastricht daarom in opdracht van VWS een onderzoek gedaan naar de effectiviteit van digitale zorgtoepassingen in de huisartsenzorg. Het eindrapport van dit onderzoek is onlangs opgeleverd en sturen we u mee als bijlage bij deze brief.

Aanbieders van huisartsenzorg hebben veel vrijheid om de (organisa-tie)vorm waarin de zorg geleverd wordt in te vullen. In een veranderend zorglandschap kan op deze manier een bijdrage worden geleverd aan toegankelijkheid van huisartsenzorg, dus ook met behulp van innovatieve ketens. Er kunnen zich echter ook risico's voordoen, bijvoorbeeld wanneer het realiseren van winst een groter belang krijgt dan de kwaliteit van zorg. In dat kader willen we benadrukken dat, ongeacht organisatievorm, iedere huisarts en huisartsenaanbieder zich dient te houden aan geldende eisen rondom kwaliteit en toegankelijkheid. De IGJ en de NZa zien daarop toe en hebben de mogelijkheid om waar nodig passende maatregelen te treffen. We kijken uit naar de bevindingen van het onderzoek naar innovatieve ketens, dat deze toezichthouders zoals recentelijk aange-kondigd gezamenlijk uitvoeren.²⁵ De resultaten hiervan worden voor het zomerreces verwacht. Een recente verkennende studie van het Nivel laat ook zien dat er nog veel onduidelijk is over ketenvorming binnen de huisartsenzorg.²⁶

Parallel aan het onderzoek van de toezichthouders is de Minister van VWS in gesprek met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en InEen, de vereniging van de georganiseerde eerste lijn, over de nieuwe aanbieders van huisartsenzorg. Een belangrijk aspect is dat ook nieuwe aanbieders

²¹ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 53.

²² Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1552.

²³ Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1551.

²⁴ Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1557.

²⁵ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2023. *IGJ en NZa doen gezamenlijk onderzoek naar innovatieve ketens van huisartsenzorg.*

Via <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/01/26/igj-en-nza-doen-gezamenlijk-onderzoek-naar-innovatieve-ketens-van-huisartsenzorg>.

²⁶ <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004398.pdf>.

van huisartsenzorg zich committeren aan regionale samenwerkingsafspraken. Bijvoorbeeld voor de programmatische zorg voor chronisch zieken, organisatie van spoedzorg en samenwerkingsafspraken met andere zorgsectoren en domeinen, voor de complexere zorgvragen. Dit is ook de lijn van InEen en de LHV. Zij spannen zich in zodat alle huisartsen-(organisaties), ook innovatieve ketens, zich committeren aan regionale afspraken. Dit is essentieel voor het goed kunnen uitvoeren en organiseren van de huisartsenzorg, het draagt bij aan passende zorg en deze boodschap zullen partijen dan ook actief uitdragen naar de achterban. Huisartsenpartijen hebben recentelijk hun eigen kernwaarden aangescherpt, onder andere door de kernwaarde «gezamenlijk» toe te voegen.²⁷ Het is ook in het belang van de zorgverzekeraars dat er goed wordt samengewerkt in de regio en de Minister van VWS gaat met hen verkennen hoe dit nader kan worden vormgegeven.

Verder is de Minister van VWS voornemens in gesprek te gaan met de NZa over welke combinatie van bekostigingsvormen in de praktijk de juiste prikkels met zich meebrengt. Het is onwenselijk wanneer er verkeerde prikkels bestaan die het aantrekkelijk maken om zorg te leveren op een manier waarbij het realiseren van een winst een groter belang krijgt dan het leveren van kwaliteit van zorg. Dit vraagstuk raakt ook het NZa-advies over de structurele bekostiging van meer tijd voor de patiënt, zoals hierboven beschreven.

Goodwill

Goodwillbetalingen waren jarenlang de norm bij praktijkovernames. Huisartsen ontvingen goodwillbetalingen wanneer zij de praktijk overdroegen aan een opvolger. Dit werd gezien als aanvulling op het pensioen en voor de nieuwe praktijkhouder was het logisch om te betalen voor een goed lopende praktijk, iets dat anders zelf zou moeten worden opgebouwd. Met het invoeren van een collectieve pensioenregeling voor huisartsen in 1973 is het belang van goodwill als pensioenvoorziening van huisartsen aanzienlijk afgenomen. Vervolgens zijn stappen gezet om goodwillbetalingen af te schaffen. Dat gebeurde onder andere met behulp van een goodwillfonds, dat werd opgericht voor praktijkhouders ter compensatie voor het «mislopen» van eerder betaalde goodwill bij overname van de praktijk. De taak van het goodwillfonds is afgerond met de laatste betalingen vanuit dat fonds in 2007 en de ontbinding van dat fonds op 1 januari 2009.

Er zijn echter signalen dat er vandaag de dag nog steeds goodwillbetalingen worden gedaan. Het betalen van goodwill werpt een drempel op voor jonge huisartsen om praktijkhouder te worden. Bovendien kunnen zij mogelijk uit de markt worden geprijsd, wanneer innovatieve ketens makkelijker (en ook meer) goodwill kunnen betalen. Zeker nu de toegankelijkheid van huisartsenzorg vaker in het geding raakt en de druk op (praktijkhoudende) huisartsen is toegenomen, is elke extra toetredingsdrempel ongewenst. De Minister van VWS heeft zich daarom ook uitgesproken tegen het vragen of betalen van goodwill. Patiënten hebben er meer baat bij dat (startende) huisartsen investeren in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg in plaats van in goodwillbetalingen.

De toenmalige Minister van VWS, heeft in 2015 uitgebreid onderzoek laten verrichten naar mogelijkheden van het verbieden van goodwillbetalingen. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat alle vormen van inmenging via een wettelijke regeling door de overheid zou leiden tot een inbreuk op het

²⁷ Kernwaarden en toekomstvisie, LHV, via: <https://www.lhv.nl/thema/kernwaarden-en-toekomstvisie/>.

eigendomsrecht van de huisarts. Het eigendomsrecht wordt beschermd door artikel 1 van het Eerste Protocol van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Een inbreuk op het eigendomsrecht moet gerechtvaardigd kunnen worden vanwege een dwingende reden van algemeen belang en moet daarvoor noodzakelijk zijn. De dwingende reden van algemeen belang is de betaalbaarheid van huisartsenzorg. Het noodzakelijkheidsvereiste houdt mede in dat geen minder ingrijpende maatregel beschikbaar is om de betaalbaarheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg te realiseren. De toetsing op het noodzakelijkheidsvereiste leidde tot de conclusie dat een wettelijk verbod op goodwillbetalingen bij praktijkovernames geen haalbare oplossingsrichting is voor het tegengaan van goodwillbetalingen.²⁸

Desondanks wil de Minister van VWS onderzoeken op welke wijze goodwillbetalingen kunnen worden tegengegaan. Daarom is hij in gesprek met de LHV en InEen om gezamenlijk te proberen een halt toe te roepen aan goodwillbetalingen. Deze partijen hebben aangegeven dit ook onwenselijk te vinden. Het standpunt van de LHV over goodwill uit 2007 blijft onveranderd. De LHV is tegen de betaling van goodwill en draagt dat ook zo uit naar de achterban. Daarnaast gaat de Minister van VWS hierover ook in gesprek met zorgverzekeraars (ZN). Wetende dat zorgverzekeraars geen juridische gronden hebben om goodwillbetalingen te verbieden, verkent hij in het belang van de continuïteit van zorg graag ook met hen (en in afstemming met huisartsenpartijen) hoe goodwillbetalingen desondanks verder kunnen worden ingeperkt.

Het betalen van goodwill begint met stoppende (pensionerende) praktijkhouders die om goodwillbetaling vragen en/of de aangeboden goodwillbetaling accepteren. We willen huisartsen dan ook oproepen om bij praktijkovername oog te hebben voor het gemeenschappelijk belang, in het bijzonder dat van de patiënt en zich niet te laten leiden door het individueel financieel belang.

De komende periode verkent VWS dus met verschillende partijen hoe onwenselijke situaties rondom nieuwe aanbieders van huisartsenzorg kunnen worden voorkomen, zonder dat onnodige extra regulering aan het hele veld wordt opgelegd. Uiterlijk voor het einde van dit jaar, wanneer ook de IGJ en de NZa het aangekondigde onderzoek naar innovatieve ketens hebben afgerond, zal de Minister van VWS de Tweede Kamer nader informeren over de uitkomsten van deze verkenning met partijen.

Herstellen in de eerste lijn

Zoals ook eerder beschreven in deze brief is voor patiënten die geen medisch-specialistische zorg meer nodig hebben het uitgangspunt om te herstellen in de eerste lijn. Dit kan thuis met inzet van de huisarts/SO, wijkverpleging en paramedische zorg. En als dat niet thuis kan, moet het mogelijk zijn om patiënten tijdelijk op te nemen in het elv of de grz. Extra zorg thuis en op maat is daarbij een expliciet uitgangspunt en ook nu al mogelijk. Hiermee doen wij de motie van de leden Pouw-Verweij en Bikker²⁹ over de mogelijkheid om te onderzoeken om na een ziekenhuisopname thuis extra zorg op maat te verlenen af.

²⁸ Kamerstuk 29 282, nr. 241 en Kamerstuk 33 578, nr. 23.

²⁹ Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 86.

Beroertepreventie

Op verzoek van de Tweede Kamer³⁰ is de Minister van VWS met verschillende relevante partijen in de zorg in gesprek over beroertepreventie om te bepalen wat er momenteel speelt rondom beroertepreventie, en hoe daar mogelijk nog beter op ingezet kan worden. Op basis van deze gesprekken is het beeld dat de kwaliteit van de antistollingszorg in Nederland goed is en dat er vanuit het veld ook actief wordt ingezet om dit continu te verbeteren. In de gesprekken met het veld kwam echter ook naar voren dat er diverse kennishiaten zijn op het gebied van preventieve opsporing van beroertes. Zo bestaat er momenteel geen eenduidig beeld over de effectiviteit van screenen op atriumfibrilleren (AF) en de mogelijke bijkomende gezondheidswinst. Het is in eerste instantie aan het veld om deze kennishiaten op te pakken. De zorg in Nederland is zo geregeld dat het aan de beroepsgroepen is om te bepalen hoe goede beroerte-gerelateerde preventie en zorg concreet vorm moet krijgen. Het NHG heeft laten weten dat zij bij de herziening van de richtlijn AF zullen bekijken welke controles en bij welke groep patiënten controles zinvol zijn bij AF.

Er lopen verschillende programma's en onderzoeken, zoals het programma Tijd voor Verbinding³¹ (TvV). TvV is een landelijk veiligheidsprogramma voor de medisch specialistische zorg, dat onder de leiding van zes brancheorganisaties (FMS, NFU, NVZ, V&VN, ZKN en PFN) met subsidie van VWS wordt uitgevoerd. Door TvV wordt onder andere binnen ziekenhuizen en zelfstandige klinieken actief ingezet op de continue verbetering van de antistollingszorg, door onder meer het stimuleren en faciliteren van het delen en uitwisselen van goede praktijkvoorbeelden. Ook is de afgelopen jaren de antistollingszorg op het gebied van patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg onderzocht door onder andere het ZIN en het Nivel. Zo heeft het ZIN geëvalueerd wat er in de praktijk van de antistollingszorg is veranderd in de periode 2014 tot en met 2017 door de introductie van DOAC's (direct orale anticoagulantia) als antistolling³². Het Nivel publiceerde rapporten, met onder andere aanbevelingen voor verbetering van antistollingszorg in Nederland, zoals de Antistollingszorg in Nederlandse Ziekenhuizen³³ en de Monitor Zorggerelateerde Schade 2019³⁴.

Hoewel het goed is om te zien dat er door het veld actief ingezet wordt op het kwalitatief goed en veilig organiseren van antistollingszorg, zijn er ook signalen dat er beter ingezet kan worden op screening van beroertes, en daarmee specifiek op de screening van AF, ook wel boezemfibrilleren genoemd.

Om het veld hierbij te ondersteunen is met ZonMw gesproken, om te bepalen hoe VWS kan bijdragen aan de verbetering van beroertepreventie. ZonMw heeft de Minister van VWS laten weten dat er binnen verschillende ZonMw programma's aandacht is voor de preventieve opsporing van AF. Daarnaast is enkele jaren geleden de Dutch CardioVascular Alliance (DCVA) opgericht, een alliantie van momenteel 22 partners, waaronder ZonMw en de Hartstichting, in het veld van cardiovasculaire ziekten, die gezamenlijke de ambitie hebben uitgesproken om de

³⁰ Kamerstuk 32 793, nrs. 596 en 620.

³¹ www.programmatvv.nl.

³² Evaluatie van de ervaringen en kosten van antistollingszorg | Rapport | Zorginstituut Nederland.

³³ Antistollingszorg in Nederlandse ziekenhuizen: evaluatie van tromboseprofylaxe en perioperatief antistollingsbeleid in vergelijking met geldende richtlijnen. | Nivel.

³⁴ Monitor Zorggerelateerde Schade 2019: dossieronderzoek bij overleden patiënten in Nederlandse ziekenhuizen. | Nivel.

cardiovasculaire ziektelast met een kwart te verminderen in 2030³⁵. De indruk is dat er binnen ZonMw al veel onderzoeken / programma's lopen op het gebied van beroertepreventie. De Minister van VWS zal met (zorg)partijen en ZonMw het gesprek aangaan om te bepalen of dit voor (zorg) partijen voldoende ruimte biedt om invulling te geven aan de kennishiaten die op het terrein spelen. Hij zal de Kamer rond de zomer over de uitkomst informeren.

Paramedische zorg aan Wlz-cliënten in de eerstelijns en zorginstellingen

Zoals toegezegd in de brief over de voortgang van Wlz-behandeling³⁶ geeft de Minister voor LZS in deze brief een beleidsreactie op het verkennend onderzoek van Significant naar paramedische zorg binnen de Wlz. Via onderstaande reactie reageert zij ook op het rapport van de NZa over «analyse markteffecten opheffen beperking paramedische zorg». Het onderzoek van Significant heeft u reeds ontvangen³⁷. Het rapport van de NZa vindt u in de bijlage.

De paramedische zorg voor Wlz-cliënten wordt in de eerste lijn en in zorginstellingen geboden door bijvoorbeeld fysiotherapeuten, diëtisten en ergotherapeuten. De aanspraak op paramedische zorg voor Wlz-cliënten is wettelijk op twee manieren geregeld. Wlz-cliënten die bijvoorbeeld fysiotherapie krijgen als integraal onderdeel van hun zorg, ontvangen die vanuit de Wlz. Dit is ook het geval als de fysiotherapeut specifieke kennis en vaardigheden nodig heeft voor behandeling van deze Wlz-cliënt. Deze paramedische zorg vanuit de Wlz wordt specifieke paramedische zorg genoemd. In alle andere gevallen maakt de Wlz-cliënt aanspraak op algemene paramedische zorg. De aanspraak daarop is geregeld in de Zvw. Het voorgaande geldt zowel voor Wlz-cliënten in een instelling als thuiswonenden.

De rapporten van Significant en de NZa concluderen beide dat in de praktijk niet overeenkomstig de aanspraak wordt gewerkt. In de praktijk bepaalt de plek waar de cliënt de zorg ontvangt, in plaats van de aanspraak, de route van financiering. Zo krijgen Wlz-cliënten die hun verblijf en behandeling vanuit dezelfde zorginstelling ontvangen hun paramedische zorg bijna uitsluitend uit de Wlz. Dit is in de praktijk nagenoeg conform de aanspraak. Thuiswonende Wlz-cliënten en cliënten in een instelling die geen behandeling biedt, ontvangen hun paramedische zorg voornamelijk uit de Zvw. Dit terwijl een deel van hen volgens de wettelijke aanspraak hun paramedische zorg vanuit Wlz zou moeten krijgen. Dit kan voor deze cliënten betekenen dat zij ten onrechte te maken krijgen met maximumvergoedingen en/of eigen betalingen.

De reden voor het verschil tussen de praktijk en de wettelijke aanspraak is deels gelegen in de complexiteit en deels in onbekendheid met de aanspraak in twee domeinen. De NZa beveelt dan ook aan om de aanspraak op paramedische zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie te vereenvoudigen en in één domein onder te brengen en tot die tijd te bevorderen dat partijen volgens de wettelijke aanspraak handelen. De Minister voor LZS deelt de opvatting van de NZa dat de aanspraak op paramedische zorg voor Wlz-cliënten complex is. Daarom streeft zij naar een vereenvoudiging. Dit zal zij doen in het bredere kader van het positioneren van de behandelzorg aan Wlz-cliënten, omdat de paramedische zorg onderdeel van dat traject is. Over de voortgang van laatstgenoemd traject informeert zij de Kamer voor het zomerreces.

³⁵ <https://dcvalliance.nl/about-the-alliance>.

³⁶ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

³⁷ Kamerstuk 34 104, nr. 366.

Om ervoor te zorgen dat partijen in de tussenliggende tijd de wettelijke aanspraak volgen, gaat de NZa dit rapport bij zorgaanbieders en brancheorganisaties onder de aandacht brengen. Daarnaast zal de NZa zorgkantoren stimuleren hierover te communiceren naar zorgaanbieders in hun regio. In 2024 herhaalt de NZa dit onderzoek.

Uit het onderzoek van Significant komt ook naar voren dat paramedici in de eerste lijn knelpunten ervaren bij het leveren van paramedische zorg op grond van de Zvw aan cliënten met een complexe zorgvraag (waaronder Wlz-cliënten). Zo vinden zij zowel de behandelvoorwaarden als de financiering om met andere zorgverleners af te stemmen te beperkt. Zoals eerder in deze brief aangegeven, werken wij aan het versterken van de eerstelijnszorg, ook voor cliënten met een complexe zorgvraag. Het verbeteren van samenwerking en organisatie in de eerstelijnszorg moet ervoor zorgen dat cliënten snel de juiste zorg krijgen. Specifiek voor kwetsbare ouderen verbeteren wij de inzet van de SO, het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg (zie alinea Specialist Ouderengeneeskunde: extra zorgvormen voor kwetsbare ouderen). Tot slot verbeteren wij de bekostiging van samenwerking (zie alinea Bekostiging van samenwerking voor kwetsbare ouderen).

Geboortezorg: doorontwikkeling en professionalisering samenwerking

De opgave waar de geboortezorg voor staat verschilt niet met de afgesproken opgaven in het Integraal Zorgakkoord. Tegelijk kent de geboortezorg een eigen dynamiek, waardoor met een eigen aanpak en stimuleringsprogramma wordt gewerkt.

De geboortezorg kent Verloskundig Samenwerkingsverbanden (VSV's) waarin de verschillende zorgverleners met elkaar samenwerken en de zorg organiseren. Verschillende rapporten³⁸ spreken over het belang van verdere doorontwikkeling en professionalisering van VSV's om als effectief geboortezorgnetwerk te kunnen functioneren. Landelijke inzet en ondersteuning hierop is nodig. In november jl. is uw Kamer via de stand van zakenbrief over de geboortezorg³⁹ al geïnformeerd over de aanpak rondom het versterken van de VSV's.

De werksessies met het veld om tot een gedragen basiskader van de taken en verantwoordelijkheden van een VSV te komen, zijn eind 2022 afgerond. Dit kader beschrijft de minimale set aan eisen die bij de samenwerking komt kijken op basis van de zorgstandaard integrale geboortezorg. Recent is het kader bestuurlijk geaccordeerd door geboortezorgpartijen, zodat ook op branche en beroepsniveau landelijk commitment is voor de verantwoordelijkheden en taken waar een VSV voor aan de lat staat. Voor de wijze waarop samenwerkingsverbanden zich kunnen organiseren, zijn recent twee handreikingen gemaakt die zijn bijgevoegd bij deze brief. Het betreft een handreiking voor het versterken van de netwerksamenwerking en een handreiking specifiek over het vormgeven van een Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO)⁴⁰. Dit geeft uitvoering aan de motie van het lid Ellemeet c.s. waarin wordt verzocht een handreiking op te stellen

³⁸ Rapport «Beter weten: een beter begin» van RIVM (2020) (Bijlage bij Kamerstuk 32 279, nr. 206), Evaluatie zorgstandaard integrale geboortezorg van CPZ (2021) en rapport Samen (net)werken in de zorg: doorbreken van patronen van Berenschot in opdracht van Zorginstituut Nederland (2021).

³⁹ Kamerstuk 32 279, nr. 236.

⁴⁰ Wat IGO's onderscheid van de andere VSV's is dat er bij hen gekozen is voor een integraal bekostigingsmodel.

die partijen gebruiken bij het vormgeven van een IGO⁴¹ en is in opdracht van VWS door adviesbureau SiRM uitgevoerd in samenwerking met het veld.

De eerdergenoemde rapporten, het basiskader en de handreikingen dienen als de onderliggende documenten voor de verdere professionaliseringsslag van VSV's. ZonMW wordt gevraagd hiervoor een stimuleringsprogramma uit te werken. Financiële middelen voor dit programma zijn afkomstig uit het stimuleringsprogramma voor het versterken van de organisatiegraad basiszorg⁴².

Om de resultaten van het beoogde programma duurzaam te kunnen borgen, wordt parallel gekeken naar structurele bekostiging voor de taken en verantwoordelijkheden van een VSV. Dit houdt in dat een VSV op den duur financiering kan krijgen voor het coördinerende werk wat nodig is, zodat alle aangesloten zorgverleners integrale zorg kunnen verlenen. Dit is een uitwerking van het bekostigen van samenwerking als onderdeel van de doorontwikkeling van monodisciplinaire bekostiging⁴³. VWS zal samen met de NZa en het Zorginstituut in de looptijd van het programma de mogelijkheden hiertoe verkennen en uitwerken.

Palliatieve zorg in de thuissituatie

Op verzoek van uw kamer (Regeling van werkzaamheden 21 maart 2023) reageert de Minister voor LZS hieronder op het bericht «Thuis sterven voor terminaal zieke patiënten steeds moeilijker; Thuiszorgaanbieders moeten dagelijks zorg weigeren.» (Handelingen II 2022/23, nr. 63, item 17)⁴⁴

In het Coalitieakkoord zijn afspraken gemaakt over het beschikbaar stellen van middelen – in totaal 150 miljoen euro – ter verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en bekostiging van palliatieve zorg. In dat kader zetten we in op de noodzakelijke stappen in de palliatieve zorg, via deze afspraken op onder meer:

- het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZII): met het NPPZ II wordt beoogd om de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg en de vroegtijdige zorgplanning onder de aandacht te brengen. Daarmee kunnen patiënten hun wensen en grenzen aangeven.
- een extra impuls voor de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis: de extra middelen voor de Regeling komen ten goede aan de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg, de netwerken palliatieve zorg en de inzet van geestelijke verzorging in de thuissituatie.
- het samen met de NZa ervaring met alternatieve bekostiging van palliatieve zorg opdoen in regionale pilots of kleinschalige experimenten, waarmee verbeteringen in de bekostiging van de palliatieve zorg mogelijk worden gemaakt. Door de ervaringen die worden opgedaan met de alternatieve bekostiging voor palliatieve zorg moet het makkelijker worden voor verschillende zorgaanbieders om samen palliatieve zorg te organiseren, zodat deze zorg passend is.

Binnen de palliatieve zorg is specifiek de palliatieve terminale zorg extra intensief. Dit maakt de druk op de zorg extra hoog. Gelukkig zijn er deskundige vrijwilligers beschikbaar die een belangrijke bijdrage kunnen leveren bij het verminderen van de druk op deze zorg. Zij kunnen thuis,

⁴¹ Kamerstuk 32 279, nr. 229.

⁴² Afspraak uit het coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77).

⁴³ Kamerstuk 32 279, nr. 221.

⁴⁴ Telegraaf.nl, 18 maart 2023.

maar ook in een hospice of op een palliatieve unit in een verpleeghuis, extra ondersteuning bieden om bijvoorbeeld de mantelzorg te ontlasten. De afdelingen zorgadvies/zorgbemiddeling van zorgverzekeraars zijn beschikbaar voor patiënten en hun naasten om gecontracteerde of niet gecontracteerde aanbieders te vinden voor palliatieve terminale zorg. Noch de beschikbaarheid van deskundige vrijwilligers, noch een optimale zorgbemiddeling, kan wegnemen dat patiënten niet altijd kunnen sterven op hun plek van voorkeur. Dit is niet alleen door een tekort aan wijkverpleging maar ook door de individuele omstandigheden van de patiënt, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van mantelzorg of een sociaal netwerk.

Het lid Bikker c.s. verzoekt ons om ons in te spannen zodat hospices niet door een financiële ondergrens zakken^[1], terwijl nieuwe financieringsvormen worden verkend. De hospicezorg bestaat voor een deel uit het eerstelijnsverblijf palliatief terminale zorg (ELV ptz) en een deel uit verpleging en verzorging vanuit de wijkverpleging. Zorgaanbieders geven aan dat het tarief ELV ptz onvoldoende is om de zorg binnen het hospice te kunnen leveren. De NZa neemt in de doorontwikkeling van de bekostiging ELV ook de palliatief terminale zorg mee. Zowel de bekostiging van het ELV als de bekostiging via de wijkverpleging kent beperkingen. Partijen zijn daarom met elkaar in gesprek over de doorontwikkeling van de verbetering van de bekostiging van de palliatief terminale zorg. De uitkomsten van de eerdergenoemde regionale pilots of kleinschalige experimenten samen met de NZa zullen ook bijdragen aan de verbetering van de bekostiging van de palliatieve (terminale) zorg. Tot die tijd is het aan partijen om hier in de contractering passende afspraken over te maken.

We blijven betrokken bij de ontwikkelingen rondom de bekostiging van de palliatieve zorg en hospicezorg, en volg deze nauwgezet. Hiermee doen we de motie van het lid Bikker c.s. af (Kamerstuk 36 200 XVI, nr. 76).

Tot slot

Er gebeurt ontzettend veel in de eerste lijn. Dit is ook nodig gezien de rol van de eerste lijn in de zorg en de toenemende druk op de eerstelijnszorg. Wij vinden het mooi dat partijen de stap hebben gezet om gezamenlijk aan een visie op de eerstelijnszorg in 2030 te werken. Dit is een eerste belangrijke stap, maar we zijn er nog niet. De komende tijd gaan wij met vertrouwen samen met partijen verder op de ingeslagen weg. Over de voortgang blijven wij u informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder