



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw. Drs. B. Goezinne, Directeur Generaal
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Landelijke Huisartsen Vereniging
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 20056
3502 LB Utrecht

Datum 11 januari 2024
Ons kenmerk 2024/1242295/MT/fk
Betreft Consultatie visie eerstelijnszorg 2030

(085) 048 0000
lhv@lhv.nl
www.lhv.nl

Geachte mevrouw Goezinne,

De visie eerstelijnszorg 2030 wordt door huisartsen op hoofdlijnen gezien als een mooi, ambitieus maar ook algemeen stuk. Dat is ook passend voor een visie die een richting aangeeft. Wij zien de noodzaak van deze ontwikkeling en dragen daar als huisartsen graag aan bij. Met name het gestelde doel met betrekking tot samenwerking in de wijk wordt als positief ervaren. Voor huisartsen gaat deze visie over dat deel van ons werk waarin we multidisciplinair werken en niet over het overgrote deel waarin we monodisciplinair met de patiënt ons werk doen. We begrijpen dat deze visie een ingewikkeld proces is geweest en dit het resultaat is van overleg met veel partijen. Toch willen we benadrukken dat onze achterban nog steeds bezorgd is, dat het primaire doel van deze visie is om een organisatie op te tuigen in plaats van het ondersteunen van de zorgverleners bij de multidisciplinaire zorg die voor sommige patiënten nodig is. Hieronder reageren wij namens onze achterban op de twee gestelde vragen. De reacties van NHG, LHV en InEen kunnen in onderlinge samenhang worden gezien. Wij hebben onze reacties naar aanleiding van ieders consultatie onderling besproken en op de hoofdlijnen afgestemd, waarbij we vanuit ieders expertise en accenten de visie hebben bekeken en daarop onze reacties geven.

Ondersteunt uw achterban de visie op de eerstelijnszorg?

We hebben geconcludeerd dat we ons kunnen vinden in de lijnen die in deze visie zijn geschetst, maar vinden dat een paar noodzakelijke punten moeten worden verduidelijkt voordat we akkoord kunnen gaan:

- Als huisartsenzorg lopen we met de RHO's voorop in het regionaal organiseren van onze beroepsgroep. Onze achterban is bezorgd dat de goedlopende huisartsenorganisaties als monodisciplinaire organisatie verdwijnt. Zij ziet het grootschalige samenwerkingsverband niet als een uitvoerende organisatie en daarmee samenhangende noodzakelijke juridische entiteit, maar als opdrachtgever aan bijvoorbeeld de RHO. Dat is waarschijnlijk ook makkelijker te realiseren en zorgt voor meer slagvaardigheid. In regionale



samenwerkingsverbanden moet de monodisciplinaire organisatie van de verschillende beroepsgroepen dus blijven bestaan.

Specifiek vragen we om de voor ons essentiële aanpassing van pagina 36 en pagina 37:

- *In de meeste regio's zijn Regionale HuisartsenOrganisaties (RHO's) actief; een denkbaar scenario is dat de RHO een gidsrol neemt bij de op- en inrichting van het eerstelijnsamenwerkingsverband, en zich op termijn doorontwikkelt tot een regionale eerstelijnsorganisatie.* Het tweede deel van deze zin 'en zich op termijn doorontwikkelt tot een regionale eerstelijnsorganisatie' willen wij eruit.
- *Het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband wordt (in tegenstelling tot het hechte wijkverband) logischerwijs een juridische entiteit, aangezien het samenwerkingsverband ook in staat moet zijn om contractuele afspraken te maken.* Deze zin willen wij eruit, omdat deze in tegenspraak is met de correcte formulering op bladzijde 40 onder 'De verdere uitwerking en aanscherping vindt plaats op de volgende punten:'.
- De invulling van de poortwachtersrol blijkt nog steeds multi-interpretabel. Wij gaan er vanuit dat bedoeld wordt dat de poortwachtersfunctie belegd blijft bij de huisarts, omdat deze medisch generalistische kennis vereist. Dit is voor huisartsen een essentieel punt. Inmiddels staat ook in de visie dat het uitgangspunt is dat verwijzingen vanuit de poortwachtersfunctie plaats vinden via de huisartsenzorg. De poortwachtersfunctie in ons zorgstelsel is voorbehouden aan huisartsen (en eventueel SO en arts VG bij specifieke patiëntengroepen). Dat er ook andere zorgverleners (bijvoorbeeld orthoptisten en fysiotherapeuten) bij enkelvoudige problemen rechtstreeks doorverwijzen, maakt hen geen poortwachter.

Specifiek vragen we om aanpassing van pagina 18/19:

- *Experimenteren met het op een andere manier organiseren van verwijzing naar gespecialiseerde zorg.* Hier staat de uitleg van de twee begrippen poortwachtersfunctie en verwijzen dubbel geformuleerd waardoor de onduidelijkheid volgens ons wordt vergroot.
- Het doel van deze visie is versterking van de eerste lijn, niet het oplossen van problemen in de tweede/derde lijn. Volgens ons zorgen we met deze visie niet voor substitutie, maar een effect van de visie kan een meer passende instroom naar de tweede lijn zijn.

Specifiek vragen we om aanpassing van pagina 21:

- *In alle regio's effectieve initiatieven op het gebied van samenwerking en verplaatsing tussen tweede-, derde- en eerstelijnszorg lopen en worden opgeschaald.* Verwijderen van 'en verplaatsing' uit deze zin omdat dit leest als substitutie naar de eerste lijn.
- Goede organisatie en samenwerking in de wijk is vooral ook voor patiënten met GGZ problematiek noodzakelijk. Dat is iets anders dan verwijzen naar de GGZ. De uitwerking van samenwerking rondom deze patiëntengroep ligt op de IZA thematafel samenwerking sociaal domein, huisartsenzorg en ggz. Onze achterban vindt het belangrijk dat er explicieter wordt verwezen naar de



afspraken van deze thematafel in de tekst van de visie zelf en niet alleen in de bijlage.

Wat is er nodig voor uw achterban in de implementatiefase om deze visie gezamenlijk uit te voeren?

- **Financiering en organisatie afspraken**

Zonder concrete en goede financiële afspraken kan de eerstelijnszorg niet versterkt worden, dat is een randvoorwaarde. Er is toegezegd dat er passende financiering moet komen voor de afspraken in de visie. De exacte uitwerking volgt in het vervolgtraject. Uiteraard willen we vanuit de LHV actief bij de uitwerking betrokken zijn. In de uitwerking vinden we dat er voldoende geld moet zijn voor alle eerstelijnszorgverleners om zich ook monodisciplinair te organiseren en om samenwerkingsverbanden tot stand te brengen. Daarnaast moet de daadwerkelijke samenwerkings- en overlegtijd vergoed worden voor alle betrokken professionals. Ook benadrukken we nogmaals dat zorg in principe betaald moet worden waar deze geleverd wordt. Zoals in eerdere versie stond geformuleerd: *De primaire eerstelijnszorgaanbieders ontvangen de vergoeding voor directe zorglevering en bijbehorende afstemming/consultatie aan de patiënt via eigen contractering en declaraties.*

Qua organisatie is het voor onze achterban noodzakelijk dat eerstelijns zorgverleners zich eerst monodisciplinair met mandaat organiseren voordat er een multidisciplinair samenwerkingsverband kan ontstaan.

Met vriendelijke groet,

dr Marjolein Tasche
Voorzitter

Aard Verdaasdonk
Vicevoorzitter