

Leidraad continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg 2027/2028

1. Aanleiding

Voor een goede toegang tot zorg is het essentieel dat alle inwoners van Nederland zijn ingeschreven bij een vast huisartsenteam. Dit is van belang om de continuïteit van de zorg te waarborgen, gezondheidsrisico's voor de patiënt te verkleinen én om huisartsen in staat te stellen effectief samen te werken met andere professionals in de wijk en de regio goed vorm te geven. Dit kan in vele (innovatieve) vormen, zoals praktijkhouder, in loondienst of in een andere vorm van 'patiënthouderschap'.

Partijen zetten zich al breed in om de huisartsenzorg toekomstbestendig te maken. Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) gebeurt dit onder meer via Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP) en het ANW-actieplan. Daarnaast hebben zorgverzekeraars eigen beleid om de continuïteit van de huisartsenzorg te borgen en te versterken, bijvoorbeeld via regionale O&I-initiatieven en nieuwe S3-prestaties gericht op praktijkstart, -overname en regionale afspraken voor continue huisartsenzorg. Ook andere ontwikkelingen dragen bij aan de toegankelijkheid, zoals de regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV), mentale gezondheidsnetwerken (MGN), wijkteams, regionale aanmeldpunten en de samenwerking met het sociaal domein.

Toch is de huidige inzet niet overal voldoende om (verwachte) discontinuïteit in de huisartsenzorg te voorkomen. In meerdere regio's staat de continuïteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg onder druk door uitstroom van huisartsen, personeelstekorten in de huisartsenpraktijk, onvoldoende instroom, deeltijdwerk, beperkte beschikbaarheid van geschikte en betaalbare huisvesting en een groeiende zorgvraag. Dit kan leiden tot verhoogde gezondheidsrisico's voor patiënten en extra druk op andere zorgsectoren, zoals de spoedeisende hulp.

Daarom is binnen het AZWA-akkoord (afspraak D4) afgesproken om een leidraad op te stellen: 'ZN stelt samen met LHV en InEen (en in afstemming met Patiëntenfederatie, NZa en VWS) een landelijke leidraad op ten behoeve van 'maatwerk voor duurzame continuïteit in elke regio'. Vervolgens vertalen zorgverzekeraars dit zelf naar inkoopbeleid.'

Er is groeiruimte binnen het budgettair kader voor huisartsenzorg (3,5%) en multidisciplinaire zorg (5%) om tot en met 2028, waar nodig, incidenteel aanvullend financiële middelen in te zetten. Per regio wordt steeds beoordeeld wat passend en noodzakelijk is. Er bestaat geen automatisch recht op een vast bedrag per regio. Ook wordt geen landelijke verdeelsystematiek toegepast zoals bij de transformatieplannen.

De inzet van incidentele middelen verschilt per regio, afhankelijk van de aard en ernst van de knelpunten, van de mate waarin investeringen aantoonbaar bijdragen aan duurzame toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg en van de afspraak met de preferente zorgverzekeraar. Met aantoonbaar wordt bedoeld dat er een logische relatie is tussen het betreffende knelpunt, de oplossing

en de impact van het middel dat hiervoor wordt ingezet. Voor de onderbouwing van de knelpunten worden objectieve criteria gebruikt van onder andere Vektis, het CBS en Nivel.

Iedere zorgverzekeraar heeft de verantwoordelijkheid om vanuit individueel beleid te investeren in het toegankelijk houden van de huisartsenzorg. De landelijke leidraad en het individuele beleid moeten elkaar aanvullen en niet overlappen of tegenwerken.

Deze leidraad helpt huisartsen, regionale (huisartsen)organisaties (RHO) en zorgverzekeraars om keuzes te maken die richting geven aan regionale plannen die (dreigende) tekorten in de huisartsenzorg, nu en in de toekomst, moeten aanpakken. Onder de RHO verstaan we in deze leidraad naast de regionale huisartsenorganisatie, ook alternatieve organisatievormen waarin huisartsenpraktijken verenigd zijn zoals een zorggroep en regio-(multidisciplinaire)organisatie.

Doel van de leidraad

Het doel van deze leidraad is om huisartsen, RHO's en zorgverzekeraars een landelijk gedragen kader en stappenplan te bieden voor het ontwikkelen van regionale maatwerkafspraken die bijdragen aan de duurzame borging van toegankelijke en continue huisartsenzorg.

De leidraad ondersteunt partijen bij het realiseren van het gezamenlijke doel: ervoor zorgen dat iedere inwoner, nu en in de toekomst, toegang houdt tot huisartsenzorg. Daarbij staat het versterken van de toegankelijkheid centraal, met behoud van kwaliteit en continuïteit van de huisartsenzorg.

2. Landelijke analyse op basis van feitelijke data

Om inzicht te krijgen in de regio's waar de continuïteit van de huisartsenzorg het meest onder druk staat, worden knelpunten geobjectiveerd met feitelijke data over de verhouding tussen zorgvraag en zorgaanbod. Hierbij wordt gekeken naar huisartsencapaciteit, uitstroom, het aantal verzekerden zonder huisarts, bevolkingsgroei en populatiesamenstelling.

Door de indicatoren te koppelen aan regio's en deze overzichtelijk onder elkaar te plaatsen, ontstaat een matrix die per regio inzicht geeft in de verhouding tussen zorgvraag en zorgaanbod. Elke indicator krijgt een kleurcode (rood, oranje, groen) op basis van vastgestelde criteria. De combinatie van indicatoren en regio's vormt een signaleringsmatrix die duidelijk maakt waar de urgentie het hoogst is. Regio's met de meeste rode scores kennen, volgens de landelijke analyse, de grootste knelpunten. Dit biedt een transparante en uniforme landelijke vergelijking.

2.1 De bedoeling van de signaleringsmatrix

De signaleringsmatrix is bedoeld als signaleringsinstrument dat op basis van een set landelijke indicatoren laat zien hoe het staat met de toegankelijkheid van de huisartsenzorg nu en in de toekomst. Daarmee is niet een volledig uitgekristalliseerd beeld van de situatie en urgentie per regio geschetst.

Het signaleringsinstrument is bedoeld om het gesprek te starten tussen zorgverzekeraar en RHO en huisartsen waarbij de matrix de basis vormt voor een regionale verdieping. Deze verdieping leidt tot een specifiek regionaal (en waar nodig lokaal) inzicht in de continuïteit van de huisartsenzorg en in de vraag

of aanvullende investeringen noodzakelijk zijn. In sommige regio's ligt al een plan van aanpak of zijn substantiële investeringen gedaan, waardoor aanvullende inzet niet logisch is.

Uitgangspunt bij het inkleuren van de signaleringsmatrix is een evenwichtige en realistische verdeling van urgente regio's. De matrix moet duidelijk laten zien waar sprake is van een mismatch tussen zorgaanbod en zorgvraag, zonder dat vrijwel alle regio's rood kleuren of juist slechts één regio.

2.2 Keuze van de indicatoren

Er is gekozen voor een beperkte set indicatoren die relevant zijn voor het beoordelen van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg nu en in de toekomst. De indicatoren zijn:

- Landelijk representatief en dekkend
- Voor alle partijen toegankelijk en reproduceerbaar
- Gebaseerd op betrouwbare en openbare bronnen zoals CBS en Vektis
- Aansluitend op de indeling van de huisartsenregio's die Hechte Huisartsenzorg hanteert

Indicatoren die niet voldoen aan deze voorwaarden, zijn niet opgenomen in deze leidraad. Van RHO's en zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij aanvullende en beschikbare data gebruiken voor de regionale verdiepende analyse.

2.3 Vooruitblik en procesafspraken

Afgesproken is dat ZN, LHV en InEen de indicatoren en criteria gezamenlijk verder uitwerken om tot een robuuste en gedragen set criteria en daarmee een gedragen matrix te komen. De onderstaande indicatoren vormen de basis voor een transparante en objectieve vergelijking tussen regio's.

3. De indicatoren

3.1 Zorgaanbod

a. Huisartsendichtheid

Bron: Vektis (o.b.v. AGB-code): Wat is het aantal huisartsen in de regio en per praktijk?

Relevantie: directe maat voor beschikbaarheid van huisartsenzorg in het voorbijaande kalenderjaar.

b. Verwachte uitstroom van huisartsen

Percentage huisartsen dat binnen enkele jaren pensioengerechtigd is

Bron: Vektis: Hoe is de verwachte uitstroom van huisarts(praktijkeigenaren) o.b.v. pensioengerechtigde leeftijd?

Relevantie: voorspelt toekomstige capaciteitsproblemen en risico op praktijkbeëindiging in het huidige kalenderjaar.

3.2 Zorgvraag

a. Verzekerden zonder vaste huisarts (niveau en trend)

Bron: Vektis: Hoe verloopt de ontwikkeling van het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk?

Relevantie: directe indicator voor mismatch tussen vraag en aanbod in het voorbijaande kalenderjaar.

b. Bevolkingsgroei of krimp

Bron: CBS: Groei en krimp per gemeente

Relevantie: voorspelt toekomstige vraag en behoefte aan uitbreiding of aanpassing van capaciteit tot 2035

c. Aandeel ouderen in de populatie

Bron Vektis: Hoe is de patiëntenpopulatie huisartsenzorg samengesteld?

Relevantie: oudere populaties gebruiken meer huisartsenzorg, dit vergroot de werkdruk.

Bovendien geldt dat het niet hebben van een vast huisartsenteam, de negatieve impact op de gezondheid van de patiënt vergroot.

d. Aandeel achterstandswijken/lage SES in de regio

Bron CBS: Sociaal-economische status; scores per wijk en buurt, regio-indeling 2024

Relevantie: (Lage) SES is van invloed op de werkdruk van de huisarts, complexe zorgvraag en de vestigingsbereidheid van de huisarts. Ook hier betekent een lage SES een negatieve impact op de gezondheid van patiënten die niet ingeschreven staan bij een huisartsenpraktijk.

4. Van landelijke analyse naar regionale analyse en maatwerkplan

Op basis van de landelijke analyse wordt duidelijk waar de (verwachte) knelpunten in toegankelijkheid en continuïteit het grootst zijn.

De preferente zorgverzekeraar en de RHO verdiepen de landelijke analyse gezamenlijk met aanvullende informatie. In deze verdieping worden landelijke, objectieve gegevens gecombineerd met beschikbare (denk aan regiobeelden), relevante regio-specifieke gegevens zoals bijvoorbeeld:

- Huisvesting (tekort aan m² en nieuwbouwplannen van gemeenten)
- Personeelsdata in huisartsenpraktijken
- Verdiepende data op wijkniveau, zoals het aantal mensen zonder vast huisartsenteam met chronische zorgvragen en beperkte gezondheidsvaardigheden, wijkprofielen, praktijkcapaciteit, lopende initiatieven en afspraken met gemeenten
- Aantal mensen dat bij een praktijk staat ingeschreven maar in een ander postcodegebied woont
- Wachttijden ketenpartners

Deze regionale verdieping zorgt voor een beter inzicht in lokale behoeften en mogelijkheden en bouwt voort op bestaande interventies en regionale afspraken. De combinatie van de landelijke en regionale analyse, leidt tot een door huisartsen, RHO en zorgverzekeraars gedeeld beeld van urgentie.

RHO, huisartsen en de preferente zorgverzekeraar beschrijven vervolgens in een (bestaand) plan met duidelijke resultaatsafspraken hoe zij de toegankelijkheid van de huisartsenzorg willen verbeteren en hoe vraag en aanbod beter in balans kunnen worden gebracht, met behoud van kwaliteit, continuïteit en veiligheid. De preferente zorgverzekeraar heeft hierin een aanjagende rol: juist in de regio's waar de urgentie het hoogste is hebben zij de verantwoordelijkheid om afspraken te maken en interventies in te zetten. Het plan bundelt lopende en geplande initiatieven en sluit waar mogelijk aan op bestaande regionale programma's. In het plan wordt vastgelegd welke interventies worden ingezet, welke resultaten daarbij worden verwacht, wat de impact van de interventies is op de toegankelijkheid voor patiënten (o.a. patiënten met chronische zorgvragen en beperkte gezondheidsvaardigheden) en hoe gemonitord wordt.

Het plan bevat maatwerkinterventies die aantoonbare meerwaarde hebben ten opzichte van het huidige beleid. Interventies kunnen ingezet worden op praktijk-, wijk- of regioniveau en zijn gericht op zowel het verminderen van de zorgvraag als het uitbreiden of optimaliseren van het aanbod. Denk aan geschikte huisvesting, innovatieve werkvormen, verbeterde triage en verwijzing, versterking van het lokaal vestigingsklimaat voor huisartsen, taakdelegatie of taakdifferentiatie naar andere eerstelijnsprofessionals, of het afschalen van zorg naar andere domeinen.

De RHO zet zich in voor het uitvoeren van deze afspraak en wordt hiervoor gefinancierd via het MDZ-kader (O&I). Daarover worden afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Hierbij wordt rekening gehouden met de mogelijkheden binnen bestaande contractafspraken. De preferente zorgverzekeraar beoordeelt het plan vanuit zijn verantwoordelijkheid en maakt in de contractering afspraken over de financiering daarvan. De andere zorgverzekeraars spreken de intentie uit om deze afspraken te volgen. In een aantal regio's zijn er twee preferente zorgverzekeraars. In lijn met reguliere werkwijze, wordt waar nodig, in deze regio's het gesprek gevoerd tussen de betreffende RHO en beide zorgverzekeraars.

Investeren in continuïteit aangemoedigd in alle regio's, niet alleen in urgentste gebieden

De landelijke analyse geeft richting aan de urgentie per regio, maar is niet alles bepalend voor het inzetten van aanvullende investeringen. Dit betekent dat bij een rode score niet automatisch middelen moeten worden ingezet. Een verdiepende regionale analyse kan mogelijk (extra) knelpunten zichtbaar maken die om gerichte, impactvolle interventies vragen. Ook in regio's waar de landelijke urgentie niet het hoogst is, maar waar wel impactvolle plannen kunnen worden gerealiseerd, kunnen maatwerkafspraken met zorgverzekeraars worden gemaakt. Daarom worden alle RHO's aangemoedigd om samen met het collectief van huisartsen en zorgverzekeraars te werken aan plannen die daadwerkelijk bijdragen aan het verbeteren van de continuïteit van de huisartsenzorg.

5. Rollen en verantwoordelijkheden

5.1 Huisartsen en hun regionale (huisartsen)organisaties

Huisartsen hebben individueel de verantwoordelijkheid om tijdig aan te geven wanneer de continuïteit onder druk dreigt te komen en mee te werken aan oplossingen hiervoor. Dit doen zij samen vanuit de RHO's. Door als collectief van huisartsen de krachten te bundelen, kan de continuïteit van huisartsenzorg in de regio worden bevorderd.

In het kader van deze leidraad betekent dit dat de RHO de verantwoordelijkheid heeft om zich in te spannen om impactvolle regionale maatwerkplannen te ontwikkelen en uit te voeren die worden gedragen door het collectief van huisartsen.

5.2 De zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. Dit betekent dat hun verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende zorg inkopen of bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan (wachttijdbemiddeling). De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

In het kader van deze leidraad spreekt de zorgverzekeraar de intentie uit om regionale afspraken te maken die bijdragen aan de duurzame borging van toegankelijke en continue huisartsenzorg. De groeiruimte uit het budgettaire kader huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg kan hiervoor, als aanvulling op de reguliere financiering, incidenteel ingezet worden