



Menzis en huisartsenzorg 2030

Transformeren naar duurzaam
toegankelijke en betaalbare zorg.

Inhoud

| | |
|---|---|
| Onze kijk op de ontwikkeling van huisartsenzorg | 3 |
| Regionale en lokale coördinatie van huisartsenzorg | 4 |
| Huisartsenpraktijk biedt passende zorg | 5 |
| Huisartsenzorg is hybride georganiseerd met aandacht voor zelfzorg en digitale triage | 6 |
| Rol en verantwoordelijkheid Menzis | 7 |

Onze kijk op de ontwikkeling van huisartsenzorg

Patiënten met een vaste huisarts zijn gelukkiger en leven langer. De huisarts is over het algemeen de eerste zorgprofessional tot wie een patiënt zich wendt met vragen over de gezondheid. Daarmee heeft de huisarts een cruciale rol in de wijze waarop de zorg in Nederland is georganiseerd.

Het is daarom van groot belang dat huisartsen zich voor langere tijd verbinden aan een vaste populatie. Tegelijkertijd kent de huisartsenzorg (HAZ) vele uitdagingen en staat al enige tijd onder druk. Het aantal mensen zonder huisarts neemt toe, veel huisartsenpraktijken nemen geen nieuwe patiënten aan en binnen nu en tien jaar gaat bijna één op de drie huisartsen met pensioen¹. Zoals binnen het hele zorgveld speelt ook binnen de huisartsenzorg het arbeidsmarktvaagstuk (denk aan o.a. assistentes en praktijkondersteuners) een rol. Ondanks het toenemende aantal huisartsen is opvolging van vacant gekomen huisartsenpraktijken geen vanzelfsprekendheid meer. Het praktijkhouderschap is minder vanzelfsprekend. Jonge huisartsen willen niet fulltime werken, kiezen er vaak voor om eerst een periode als waarnemer aan de slag te gaan of werken bij voorkeur met meerdere collega's in een gezondheidscentrum.

Intussen vergrijst Nederland en moeten ouderen langer thuis blijven wonen, ook als zij kwetsbaar zijn. In veel gevallen gaat dit gepaard met meerdere chronische aandoeningen. Dat betekent dat de wachtkamer van de huisarts vaker gevuld zal zijn met mensen met een hogere leeftijd, complexere problematiek en daardoor meer zorg en dus tijd vragen.

Daarnaast zien we dat de zorg vanuit de tweede lijn vaker terugkomt naar de huisarts en stellen patiënten andere eisen aan de wijze waarop zorg verleend wordt dan dat we vanuit het verleden gewend zijn: patiënten en hun naasten willen beter en meer geïnformeerd worden om samen de juiste keuze te kunnen maken. Ook op het gebied van digitalisering wordt meer van de huisarts verwacht. Niet iedereen hoeft voor elke vraag fysiek naar de huisarts, patiënten willen dit ook niet meer. En monitoring van onder andere chronische ziekten kan in veel gevallen steeds beter op afstand. Digitale communicatie rondom en met de patiënt wordt hierdoor steeds belangrijker met duidelijkheid wie waarvoor verantwoordelijk is.

In deze notitie beschrijft Menzis welke ontwikkelingen wij zien in de huisartsenzorg naar 2030² die nodig zijn om de continuïteit van basishuisartsenzorg op de lange termijn te waarborgen. Ook beschrijven wij de rol en verantwoordelijkheid die Menzis heeft om deze veranderingen mogelijk te maken. De focus ligt hierbij op de regio's waar Menzis het sterkst vertegenwoordigd is en met partners uit het (zorg)veld de meeste impact kan maken. De noodzaak om te veranderen wordt door alle partijen onderkend. Niets doen is geen optie meer.

Ten behoeve van de continuïteit van de huisartsenzorg kiest Menzis ervoor om de komende jaren de focus te leggen op de volgende drie aandachtsgebieden:

- Regionale en lokale coördinatie van huisartsenzorg
- Huisartsenpraktijk biedt passende zorg
- Huisartsenzorg is hybride met aandacht voor zelfzorg en digitale triage

¹ [De huidige en toekomstige capaciteit aan huisartsen in Nederland](#)

² [Onze kijk op huisartsenzorg 2030 is gebaseerd op de visie Huisartsenzorg van Zorgverzekeraars Nederland](#)

Regionale en lokale coördinatie van huisartsenzorg

In 2030 sluit de organisatie van (basis)huisartsenzorg aan op de lokale en regionale situatie.

De snel vergrijzende bevolking en het arbeidsmarkttekort botsen met elkaar. Ook de druk op de huisarts neemt toe. Tegelijkertijd zien we een daling van de beroepsbevolking en een toenemende druk op mantelzorgers. De zorg stevent af op een tekort van 130 duizend medewerkers in 2030. Die mensen zijn er niet. We moeten de zorg dus zo organiseren dat die banen niet nodig zullen zijn. De huisartsenzorg zoals we die kennen is niet langer houdbaar.

We verwachten dat de Regionale Huisartsen Organisaties (RHO's) hier hun rol pakken en per regio het huisartsenlandschap in kaart hebben gebracht en nadenken over hoe er in de regio voldoende mensen beschikbaar zijn om goede huisartsenzorg te kunnen leveren: welke huisartsen stoppen de komende jaren, welke opvolging is noodzakelijk passend bij de regio- en ROAZ beelden en plannen en de ontwikkelingen in de wijk en welke opleidingsmogelijkheden bieden we regionaal voor 'nieuwe' huisartsen maar ook voor assistenten, praktijkondersteuners, physician assistants en verpleegkundig specialisten?

Uitgangspunt hierbij is het borgen van de continuïteit van huisartsenzorg. De wijze waarop zal lokaal en regionaal verschillen. Daar waar een solopraktijk niet langer haalbaar is (o.a. door ontbreken opvolging), moet men op een andere manier de huisartsenzorg vormgeven. Denk bijvoorbeeld aan een grotere robuuste huisartsenpraktijk in een dichtbevolkt gebied met 'satellietposten' in de minder dichtbevolkte gebieden. Basiszorg blijft hiermee voor iedereen dichtbij georganiseerd, aanvullend aanbod van huisartsenzorg vindt plaats in de grotere huisartsenvoorzieningen vanwaar de basiszorg wordt gecoördineerd. Menzis ziet een toekomst voor huisartsenpraktijken/centra waar meerdere huisartsen werken en waar basisartsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners en assistenten meer uitvoerend werk doen en op basis van expertise deelnemen aan netwerken t.b.v. de (chronische en kwetsbare) patiënt.

We verwachten dat de RHO bekend is met de regio- en ROAZ beelden en plannen, afspraken uit het IZA, GALA en WOZO en hier proactief op handelt en in samenwerking met andere mono- en multidisciplinaire organisaties de multidisciplinaire zorg verder ontwikkelt. Denk hierbij ook aan het organiseren, faciliteren en stimuleren van de samenwerking tussen huisartsen en het sociaal domein, de GGZ, wijkverpleging, jeugdgezondheidszorg, apothekers en fysiotherapeuten. En ook het op regionaal en wijkniveau faciliteren en ondersteunen van praktijken met innovatie en praktijkvoering zien wij als een verantwoordelijkheid van de RHO.

Op basis van de prioriteiten uit de regio- en ROAZ beelden en plannen wordt lokaal (op wijkniveau) in kaart gebracht welke activiteiten het meest noodzakelijk zijn. De Geïntegreerde Eerstelijns Zorgcentra (GEZ) vervullen hier een voorbeeldrol. Zij werken nu al veelal multidisciplinair, hebben sterke focus op de wijk en goede contacten met het sociaal domein. Andersom geldt dat we verwachten dat de GEZ zich meer aansluit bij de RHO, o.a. ten aanzien van zorgvernieuwingsinitiatieven en hun expertise en ervaring van lokale succesvolle initiatieven deelt zodat zij, indien relevant, regionaal kunnen worden geïmplementeerd.

Tot slot geldt dat we ook van nieuwe aanbieders verwachten dat zij de samenwerking opzoeken met bestaande partijen en zich aansluiten bij lokale succesvolle zorgvernieuwingstrajecten t.b.v. regionale inbedding.

Huisartsenpraktijk biedt passende zorg

In 2030 worden de taken in de eerstelijnszorg opgepakt door de best passende zorgprofessionals en vindt waar nodig niet basis huisartsenzorg geconcentreerd plaats.

Het beleid van de overheid is erop gericht meer zorg thuis te leveren. Dat betekent een forse toename van kwetsbare (oudere) patiënten met een VPT en MPT waarbij de huisarts verantwoordelijk is voor het bieden van Medisch Generalistische Zorg (MGZ) in de regio. Gezien het stijgende aantal ouderen de komende jaren zal het aantal kwetsbare ouderen in de praktijk flink toenemen en daarmee in toenemende mate aandacht vragen van de huisarts. We verwachten van huisartsen dat zij zich hierop voorbereiden en visie hebben op de wijze waarop Proactieve Zorgplanning in de praktijk wordt uitgevoerd en dit standaard onderdeel uitmaakt van het behandelplan. Afspraken worden vastgelegd in een persoonlijk zorgplan van de cliënt en deze zijn voor alle betrokken zorgverleners inzichtelijk. Hierdoor is iedere betrokken zorgverlener op de hoogte van de wensen van en afspraken met de client.

De taken in de huisartsenzorg worden opgepakt door de best passende professionals, waarbij zowel naar ondersteuning als inzet van andere disciplines wordt gekeken. De oplossing van een patiëntvraag ligt niet altijd in het medisch domein, maar kan ook thuishoren in het sociaal domein. En ook huisartsenzorg is niet beperkt tot de huisarts zelf. Menzis verwacht dat in 2030 voor de zorg rondom (kwetsbare) ouderen, chronisch zieken en personen met ggz of sociale problematiek(en) ondersteunende functies als POH-O, POH-GGZ, physician assistants en verpleegkundig specialisten de centrale rol vervullen in zowel de uitvoering van de zorg als in de intensievere samenwerking met andere zorg & welzijn aanbieders in het netwerk om de patiënt.

In 2030 is de basiszorg huisartsenzorg dicht bij de patiënt georganiseerd en wordt door elke huisarts geleverd. Aanvullend aanbod van huisartsenzorg (denk bijvoorbeeld aan oogzorg, behandeling acne met roaccutane, verwijderen chalazion, de standaard ketenzorg, e.d.) zal meer op afstand geleverd worden. Huisartsen verwijzen hiervoor horizontaal naar elkaar en met behulp van de inzet van kaderhuisartsen en expertise vanuit de 1e lijn behouden we het aanvullend aanbod van 1e lijnszorg in de 1e lijn.

Dat betekent dat de huisarts dus niet meer enkel monodisciplinair werkt, maar goede samenwerkingsafspraken heeft met andere partijen uit de wijk, denk aan de specialist ouderengeneeskunde (SO), verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg (VVT) organisaties, farmacie, paramedici, GGZ, ziekenhuizen en het sociaal domein). Hierbij is duidelijk geformuleerd om welke zorg het gaat, welke deskundigheid benodigd is, wie waarvoor verantwoordelijkheid is en waarop aanspreekbaar is.

Door vanuit de RHO lokale werkwijzen en uitkomsten inzichtelijk te maken (waar mogelijk), passende interventies (o.a. positieve gezondheid, samen beslissen, etc.) aan te bieden en intervisie te faciliteren wordt kennis gedeeld en samenwerking gestimuleerd. Ook op het gebied van de inzet van (ondersteunend) personeel voorzien we in 2030 een belangrijke rol voor de RHO als het gaat om schaalvoordeel in de krappe arbeidsmarkt. Hierbij wordt ook expliciet gekeken naar zorg behorend bij de 1e lijn en zorg die thuishoort in het sociaal domein.

Huisartsenzorg is hybride georganiseerd met aandacht voor zelfzorg en digitale triage

In 2030 is de huisartsenpraktijk hybride georganiseerd en maakt onderdeel uit van een digitaal zorgnetwerk met technologische faciliteiten waarmee patiënten worden gestimuleerd en gefaciliteerd op het gebied van digitale triage en zelfzorg.

De druk op de eerstelijnszorg en daarmee de druk op de huisartsenzorg is hoog en zal naar verwachting alleen maar verder stijgen. Meer zorg wordt vanuit de ziekenhuizen en GGZ naar de eerste lijn verplaatst en ook de verbinding met het sociaal domein vraagt continue aandacht. Tegelijkertijd zien we de positieve resultaten van Meer Tijd Voor de Patiënt en de hiermee beoogde verschuiving naar het sociaal domein en de behoefte deze meer en eerder in te schakelen. De uitdagingen waar we voor staan vraagt van ons allen dat we openstaan voor nieuwe concepten.

Een goede (vertrouwens)band met een zorgverlener is essentieel en voorkomt onnodige verwijzingen. Tegelijkertijd zien we dat door het tekort aan huisartsen en de toenemende inzet van waarnemers het steeds lastiger wordt dit voor alle patiënten te waarborgen. Digitalisering van zorg voor patiënten die dat kunnen, zorgt ervoor dat chronische en kwetsbare patiënten een vast aanspreekpunt behouden. Menzis gaat ervanuit dat de huisartsenpraktijk in 2030 beschikt over een stevige digitale basis, de huisartsenzorg ondersteund wordt door digitale innovaties en is afgestemd op samenwerking in de regio over zorgsoorten heen.

Digitalisering is geen doel op zich, maar een belangrijk middel om doelen te bereiken. Digitale triage moet ertoe leiden dat mensen met een zorg- of hulpvraag direct op de juiste plek komen. Met als belangrijk onderdeel zelfzorg: is er in eerste instantie ook iets wat de patiënt zelf kan doen om de klacht te laten verminderen? De hybride huisartsenpraktijk wordt de norm met enerzijds (digitale) zorg op afstand waarbij telemonitoring bij voorkeur plaatsvindt in de 1e lijn en anderzijds binnen de huisartsenpraktijk een vaste zorgverlener voor chronische en kwetsbare patiënten.

Digitale triage maakt onderdeel van het (regionale en lokale) digitale zorgnetwerk waarmee patiënt, zorg-, en hulpverleners met elkaar in contact zijn. In 2030 hebben huisartsen met behulp van de Chief Information Officer (CIO) / Chief Medical Information Officer hun professionele ICT-ondersteuning ten behoeve van hun praktijkvoering aangevuld met de technologische faciliteiten ten behoeve van de digitale informatiestroom en gegevensuitwisseling met (lokale) partners uit het veld. Menzis stimuleert hierbij het gebruik van een regionale HIS.

Om de toegankelijkheid tot goede huisartsenzorg te kunnen blijven borgen, zeker in de regio's waar sprake is van een huisartsentekort, zullen nieuwe type huisartsenpraktijken (o.a. Arts & Zorg, buurtdokters, Flexdokters) de komende jaren toenemen dan wel uitbreiden. Ook de RHO kan een belangrijke rol op dit gebied vervullen en als voortrekker dienen in de verandering naar hybride huisartsenpraktijken. Menzis ondersteunt passende alternatieve concepten die voldoen aan de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde en mits zij zich aansluiten bij en committeren aan de regionale lijn en standaarden. Andersom verwachten we dat bestaande huisartsenpraktijken en RHO's openstaan voor nieuwe concepten en niet op voorhand partijen uitsluiten van deelname.

Rol en verantwoordelijkheid Menzis

Als zorgverzekeraar heeft Menzis zorgplicht. Dat betekent dat het toegankelijk/beschikbaar houden van huisartsenzorg voor ons van het grootste belang is. Menzis ondersteunt huisartsen zowel individueel als op lokaal/regionaal niveau om de hierboven beschreven transitie in gang te zetten.

Wij doen dat door:

- Jaarlijks zorginkoopbeleid met thematiek aansluitend op deze notitie.
- Afspraken te maken met RHO's over de inzet van O&I gelden op het gebied van onder andere regiomanagement, digitalisering, S3 afspraken, MTVP.
- Afspraken te maken rondom samenwerken in de wijk zowel op lokaal als regionaal (RHO) niveau. Onder andere door de inzet van de module integrale zorg voor kwetsbare ouderen en zorgvernieuwingstrajecten.
- Financiële middelen in te zetten voor de inzet van een praktijkmanager, POH-O, POH-GGZ.
- Maatwerkafspraken te maken binnen S3 zowel met individuele huisartsen (resultaatbeloning) en RHO's.
- Ondersteuning te bieden bij overname van moeilijk opvolgbare huisartsenpraktijken via de prestatie toeslag basishuisartsenzorg.

Daarnaast maakt Menzis zich hard voor:

- De vorming van regionale (paramedische) organisaties om de eerstelijnszorg breder te verbinden en multidisciplinaire samenwerking integraal te benaderen.
- De administratieve lasten voor huisartsen zo laag mogelijk te houden.
- Bovenregionaal overleg met RHO's om gezamenlijk nieuwe thema's te verkennen en uit te werken.
- Aandacht bij het zorgkantoor, VVT en kleinschalige woonvormen voor hun eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de waarborging van goede huisartsenzorg overdag en in de ANW.
- Waar nodig contact leggen met toezichthouders als ACM en de NZa om schotten bij nieuwe initiatieven onder de aandacht te brengen.
- Geld uit de zorg binnen de zorg te houden > geen commercieel winstbejag.
- Het afstemmen van het inkoopbeleid met andere zorgsoorten met name wijkverpleging, kortdurende zorg, GGZ en ziekenhuiszorg.
- Het maken van afspraken met gemeenten om verwijzingen naar het sociaal domein eenvoudiger te maken.
- Voorlichting van de burger/verzekerde over de schaarste aan beschikbare middelen in de zorg, alsmede waarvoor de (eerstelijns-)zorg wel en niet bedoeld is.