

33578 Eerstelijnszorg

Nr. 122 Brief van de minister en staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 oktober 2024

Gelijkwaardiger toegang tot zorg begint in de eerste lijn. In je eigen dorp of wijk snel terecht kunnen bij de huisartsenpraktijk, fysiotherapie of wijkverpleging moet altijd mogelijk zijn. Maar dat is niet vanzelfsprekend. De samenleving verandert, de zorgvraag groeit en wordt complexer. Mensen weten de weg soms niet meer te vinden in de grote hoeveelheid aanbieders van zorg en ondersteuning. Daarbij dreigt ook in de eerstelijnszorg een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort. Patiënten ervaren daar nu al de gevolgen van, bijvoorbeeld bij het vinden van een vaste huisarts, logopedist of wijkverpleging. Een sterke eerstelijnszorg is juist in deze tijden een noodzaak. Zorg en ondersteuning is en blijft mensenwerk: de huisarts, doktersassistent, wijkverpleegkundige, fysiotherapeut, apotheker, en alle andere zorg- en hulpverleners in de eerste lijn vormen het fundament van ons zorgstelsel.

Daarom zetten wij, de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de staatssecretaris Langdurige en Maatschappelijke Zorg (LMZ) in op het versterken van de eerstelijnszorg, onder meer door betere onderlinge samenwerking. Door betere samenwerking kan de eerstelijnszorg mensen beter helpen met de juiste zorg of ondersteuning. Ieder mens is anders en wij willen dat de eerstelijnszorg voor iedereen vindbaar en begrijpelijk is. En dat mensen die dat niet zelf kunnen, geholpen worden bij het vinden van de weg. Die beweging is met het integraal zorgakkoord (IZA) en de visie eerstelijnszorg 2030 al in gang gezet. Daarom zetten we deze beweging door, werken we aan verdere concretisering van de gemaakte afspraken zodat patiënten en zorgverleners echt verschil gaan merken én maken we extra afspraken waar dat nodig is.

In aanloop naar het commissiedebat eerstelijnszorg met uw Kamer, sturen wij u deze brief waarin we de hoofdlijnen van ons beleid voor de eerstelijnszorg zoals benoemd in het hoofdlijnenakkoord, het regeerprogramma en de beleidsagenda 2025 nader toelichten. Parallel zenden we u een verzamelbrief eerstelijnszorg met daarin de stand van zaken op openstaande toezeggingen en moties binnen enkele eerstelijnssectoren.

Voor wat betreft de budgettaire consequenties van het beleid dat in deze brief wordt geschreven geldt het volgende: de uitwerking van

beleid waarmee wij uitvoering geven aan het regeerprogramma zal passen binnen de afspraken zoals gemaakt in het hoofdlijnenakkoord en de budgettaire bijlage daarvan. Voor de eerstelijnszorg zal nieuw beleid passen binnen de financiële kaders zoals we die met het veld afspreken in het zorg- en welzijnsakkoord. Uitvoering van bestaande afspraken voor de eerstelijnszorg wordt gedaan binnen de financiële kaders die in het IZA zijn afgesproken.

Leeswijzer

In het eerste deel van deze brief beschrijven wij onze inzet om de samenwerking in de eerstelijnszorg te verbeteren, in lijn met het regeerprogramma. In het tweede deel van deze brief beschrijft de minister van VWS haar inzet om uitvoering te geven aan afspraken in het regeerprogramma over de huisartsenzorg. In het derde deel van deze brief doet de staatssecretaris LMZ dit voor de wijkverpleging.

I. Verbeteren van de samenwerking in de eerstelijnszorg

De eerstelijnszorg is er voor iedereen die zorg nodig heeft. Dat is het gezamenlijke uitgangspunt van partijen uit de eerstelijnszorg die begin dit jaar samen de *visie eerstelijnszorg 2030* hebben vastgesteld. Maar ook in de eerste lijn dreigt een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort. Samen moeten we daarom zorgen dat de beperkte capaciteit aan zorg zo goed mogelijk wordt ingezet. Juist ook voor de mensen die de route naar hun zorg- of hulpverlener soms lastig kunnen vinden. Zodat inwoners en patiënten de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben en deze van goede kwaliteit is. Daarvoor is goede samenwerking binnen de eerstelijnszorg noodzakelijk, zowel in de wijk als op regionaal niveau. In dit onderdeel van de brief gaan wij in op de wijze waarop we uitvoering geven aan de afspraak in het regeerakkoord om de samenwerking in de eerstelijnszorg te verbeteren.

Om duidelijker te maken wat mensen mogen verwachten van de eerstelijnszorg hebben betrokken partijen uit de eerste lijn een zorgbelofte opgesteld die wij ook graag met uw Kamer delen (bijlage). De zorgbelofte heeft als doel om steeds de focus te houden op diegenen voor wie we het doen: de inwoner en patiënt. Daarmee geeft deze zorgbelofte richting aan de benodigde veranderingen waar de eerstelijnszorg zich voor gaat inzetten. Wij ondersteunen de betrokken partijen bij het realiseren van deze zorgbelofte. Want een visie is mooi, maar pas als mensen in de praktijk toegang hebben en houden tot goede zorg hebben wij ons gezamenlijke werk goed gedaan.

Versterking van samenwerking op wijkniveau

Gelijkwaardiger toegang tot zorg vraagt om nauwe samenwerking tussen verschillende zorgverleners en welzijnsmedewerkers binnen een wijk. Zo kunnen zij beter inspelen op behoeftes van inwoners uit de wijk. Met partijen uit de eerstelijnszorg hebben we afgesproken dat in elke wijk wordt samengewerkt in een hecht wijkverband. In de kern zijn dit de huisartsen, wijkverpleegkundigen, apothekers en professionals uit het sociaal domein. Het wijkverband zorgt ervoor dat iedereen met een zorg- of hulpvraag snel op de juiste plek komt en werkt samen met andere zorg- en hulpverleners in de wijk. Wij zien voor het hechte wijkverband mogelijk ook een rol bij onze ambitie uit het regeerprogramma om arbitrage tussen zorgwetten in te voeren. Bij deze arbitrage is de minste inzet van medewerkers het uitgangspunt. De invoering van arbitrage wordt momenteel nog verder uitgewerkt. Met partijen in de eerstelijnszorg stellen we een handreiking voor hechte wijkverbanden op die gebaseerd is op bestaande goede voorbeelden en waar zorgverleners direct mee aan de slag kunnen. Voor het einde van het jaar sturen wij u deze toe.

Herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

Onderdeel van de gemaakte afspraken over de eerstelijnszorg vormt de (door)ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. De wijkverpleging komt bij mensen thuis en kan daardoor goed inschatten wat er speelt in een wijk of dorp. Zorgverleners die werkzaam zijn in de wijkverpleging spelen vaak een regierol bij de zorg voor kwetsbare mensen, bijvoorbeeld als casemanager dementie. Daarom moet de wijkverpleging ook vast onderdeel worden van de 'hechte wijkverbanden' die overal moeten ontstaan. In maart 2024 is het eindrapport van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) over herkenbare en aanspreekbare teams in de wijkverpleging opgeleverd aan VWS¹. Naar aanleiding daarvan heeft de toenmalig minister van VWS aangegeven hoe de aanbevelingen opgepakt zouden worden, waaronder die voor een verduidelijking van rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen.

Veldpartijen uit de wijkverpleging – ActiZ, Zorgthuisnl en Zorgverzekeraars Nederland – hebben deze aanbeveling inmiddels voortvarend opgepakt. Zij werken aan inhoudelijke uitgangspunten hoe en met welke voorwaarden herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging in de regio en in de wijk kan worden bereikt. Onderdeel hiervan is dat in elke wijk of buurt een vast aanspreekpunt namens de wijkverpleging is voor deelname aan het wijkverband en coördinatie van complexe zorgvragen. De Staatssecretaris LMZ maakt in het kader van de visie eerstelijnszorg afspraken over herkenbare en aanspreekbare

¹ Rapport RIVM [Eindrapport Herkenbare en Aanspreekbare wijkverpleging Ontwikkelingen en lessen 2021 - 2023 \(overheid.nl\)](https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleegkundigen-en-artsen/rapporten/2024/03/08/eindrapport-herkenbare-en-aanspreekbare-wijkverpleging-ontwikkelingen-en-lessen-2021-2023)

wijkverpleging: zowel dat deze overal tot stand komt als over de manier waarop partijen dat gaan realiseren.

Versterking van de samenwerking op regionaal niveau

Partijen in een regio gaan met elkaar samenwerken om de zorg toegankelijk te houden. Mede vanuit het Integraal Zorgakkoord worden op regionaal niveau veel afspraken gemaakt over zorg en welzijn. De eerstelijnszorg is in veel gevallen nog niet goed regionaal georganiseerd. Dat zorgt ervoor dat de capaciteit niet optimaal wordt benut, innovatie niet goed van de grond komt en er geen duidelijke aanspreekpunten zijn voor het maken van inhoudelijke afspraken met bijvoorbeeld ziekenhuizen of gemeenten. Inwoners kunnen daardoor niet snel en gemakkelijk bij de juiste zorg- en hulpverlener terecht. Daarom werken partijen uit de eerste lijn aan het versterken van de regionale samenwerking door de vorming van Regionale eerstelijnszorgaanbieders (RESV), die eerstelijnszorgverleners ondersteunen en ontzorgen. We hebben met partijen afgesproken dat deze RESV's:

- o Verschillende eerstelijnszorgaanbieders vertegenwoordigen bij het maken van multidisciplinaire afspraken over de organisatie van en samenwerking in de zorg binnen de regio. Zij vertegenwoordigen tenminste de huisartsenzorg, wijkverpleging en apothekers, en aanvullend ook de andere beroepsgroepen in de eerstelijnszorg zoals de paramedische organisaties en aanbieders uit het sociaal domein;
- o Draagvlak hebben in de regio en actief inwoners/patiënten betrekken;
- o Slagvaardig zijn en de administratieve lasten verlagen voor aangesloten zorgaanbieders (zij ondersteunen de zorgaanbieders in de wijk en nemen hen daardoor taken uit handen);
- o Multidisciplinaire zorginhoudelijke afspraken² maken met zorgverzekeraars over specifieke patiëntengroepen, zoals bijvoorbeeld kwetsbare ouderen. Welke zorginhoudelijke afspraken dit zijn bepalen regio's zelf op basis van het regionale beeld (regiobeelden/plannen). We spreken daarbij af dat de markt leidende zorgverzekeraar met de RESV afspraken maakt. De overige verzekeraars volgen deze afspraken in de contractering;
- o Goed inspelen op toegankelijkheid en capaciteit van de eerstelijnszorg. RESV's geven inzicht in de beschikbare capaciteit van de eerstelijnszorg en analyseren de huidige en toekomstige vraagstukken in de regio. Ze stellen

² Deze regionale inhoudelijke afspraken vinden plaats binnen bestaande landelijke kaders en richtlijnen.

plannen op om deze vraagstukken samen met zorgverzekeraars op te lossen.

De komende twee jaar wordt in elke regio een RESV opgezet. Waar mogelijk bouwen partijen daarbij voort op bestaande regionale samenwerkingsverbanden.

Tijdelijke en structurele financiële middelen voor samenwerking in wijk en regio

De versterking van de samenwerking op wijk- en regionaal niveau wordt in eerste instantie financieel mede mogelijk gemaakt door een subsidieprogramma van ZonMw. Dit programma is beschikbaar voor regio's om hun regionale eerstelijnsamenwerkingsverband, en voor iedere wijk een hecht wijkverband, op te zetten, uit te breiden en/of te versterken. In 2023 hebben 43 regio's een voorbereidingssubsidie ontvangen. Deze was bestemd voor het uitwerken van plannen voor de versterking van de regionale eerstelijnszorg, vooruitlopend op een uitvoeringssubsidie. Inmiddels hebben 16 regio's ook de aanvraag voor een uitvoeringssubsidies ingediend. De eerste regio's zullen in november 2024 een subsidie toegekend krijgen.

De beschikbare subsidie is een tijdelijke financiering. Daarom werken we de komende tijd samen met de NZa en het Zorginstituut, aan een permanente bekostiging. Allereerst moet per 2027 de bekostiging via de Zorgverzekeringswet kunnen lopen en daarvoor richten we betaaltitels in die per 2027 gecontracteerd kunnen worden. Tussen 2027 en 2030 zal de bekostiging nog verder door ontwikkelen en de structurele bekostiging zal uiterlijk per 2030 gereed zijn.

Op 1 januari 2027 gaan de contracten tussen RESV's en zorgverzekeraar in. Om te zorgen dat dit in elke regio goed kan gebeuren, maken aanbieders en verzekeraars een landelijke handreiking voor het eenduidig contracteren van bovengenoemde taken van RESV's. Het beleid van de zorgverzekeraars voor de inkoop moet begin 2026 zijn ingericht. Als het nodig blijkt voor een gelijkwaardiger toegang tot eerstelijnszorg zullen wij, in lijn met de visie eerstelijnszorg, aanscherpingen in wet- en regelgeving voorbereiden. Maar vooralsnog vertrouwen wij erop dat uitwerking van de gemaakte afspraken binnen bestaande kaders goed mogelijk is.

Digitaal antwoord op zorg- of hulpvraag

Samen met betrokken partijen gaan we patiënten helpen om hun zorgverlener beter te kunnen vinden, zodat zij niet onnodig vaak aan het verkeerde loket staan. In dat kader zetten wij in op de doorontwikkeling van Thuisarts.nl. Wij vinden het van groot belang dat burgers toegang hebben tot de betrouwbare gezondheidsinformatie die niet afwijkt van de informatie die zij van

hun eigen arts krijgen. Hiermee kunnen mensen een verantwoorde en afgewogen keuze maken om al dan niet naar bijvoorbeeld de huisarts te gaan. Dit helpt ook bij het verlagen van de druk op de eerstelijnszorg. Als eerste stap is een extern marktonderzoek uitgevoerd door KPMG naar digitale (zelf)zorghulpmiddelen waarvan de resultaten in januari 2024³ naar uw Kamer zijn verzonden. In de analyse van KPMG is Thuisarts.nl positief beoordeeld als digitaal (zelf)zorghulpmiddel voor onafhankelijke en betrouwbare gezondheidsinformatie.

In de afgelopen periode hebben wij samen met relevante partijen verschillende routes verkend voor verdere doorontwikkeling van Thuisarts.nl en de mogelijke financiering daarvan. Daarbij is nadrukkelijk aandacht voor het op termijn verbreden van Thuisarts.nl naar de gehele eerstelijnszorg en, waar noodzakelijk en mogelijk, het sociaal domein.

Voor de korte termijn heeft de minister inmiddels afspraken gemaakt over financiering van Thuisarts.nl (periode 2024-2026), in samenspraak met relevante veldpartijen zoals Thuisarts.nl, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ZonMw. Het betreft co-financiering door VWS, ZN, het Nederlandse Huisartsen Genootschap en de Federatie Medische specialisten. De doorontwikkeling van Thuisarts.nl vindt plaats in samenwerking met Patiënten Federatie Nederland. De minister van VWS onderzoekt ook op welke manier Thuisarts.nl na 2026 structureel gefinancierd kan worden. Zij zal hierover afspraken met betrokken partijen maken in het zorg- en welzijnsakkoord.

Tot slot zetten wij breder in op digitalisering in de (eerstelijns)zorg. Zo hebben partijen in IZA de ambitie afgesproken om voor geschikte zorgpaden en -processen in te zetten op 70% digitale en hybride zorg met 50% adoptie (op basis van samen beslissen)⁴.

Beter benutten capaciteit van zorgverleners in de eerstelijnszorg
De beschikbare capaciteit en expertise van zorgverleners in de eerstelijnszorg moet beter benut worden. Hiervoor maken we afspraken met de eerstelijnspartijen, waarvan we er drie expliciet in deze brief benoemen. Ten eerste hebben wij met partijen afgesproken om een centraal overzicht en inzicht te creëren in de

³ Kamerstukken II 2023/24, 36 410 XVI, nr. 35

⁴ De afspraak in IZA luidt: *Sectoren onderzoeken welke zorgpaden geschikt zijn voor digitale en/of hybride zorg. Van deze geschikte zorg komt 70% digitaal of hybride beschikbaar. Van alle zorg die hybride wordt aangeboden, streven we naar een inclusie van c.q. het gebruik door minimaal 50% van de patiëntenpopulatie waarvoor de hybride zorgpaden geschikt zijn. Hiertoe worden sectorale afspraken gemaakt.*

vakgebieden, taken en verantwoordelijkheden van eerstelijnszorgverleners. Zo maken we voor burgers en zorgverleners inzichtelijk welke zorg- of hulpverlener een rol kan spelen bij welk type hulpvraag. Soms kan bijvoorbeeld een fysiotherapeut of specialist ouderengeneeskunde een zorg- of hulpvraag beantwoorden die nu bij de huisarts terecht komt. Ten tweede maken we afspraken welke zorg- of hulpverlener in welke situatie de regie kan voeren. Dit kan afhankelijk van de situatie natuurlijk ook per patiënt of wijk verschillen, maar moet voor alle betrokkenen wel duidelijk zijn. Tot slot maken we het met beroepsverenigingen uit de eerstelijnszorg mogelijk om het multidisciplinair overleg (MDO) in te zetten bij patiënten waarvoor dit passend is. Op dit moment ervaren eerstelijnszorgverleners nog drempels om het MDO in te zetten. Dat kan integrale samenwerking rondom een patiënt in de weg zitten. De beroepsverenigingen werken een voorstel uit om deze drempels weg te nemen. Deze acties dragen eraan bij dat patiënten snel op de juiste plek komen en dat we de beschikbare kennis en kunde in de eerstelijnszorg beter benutten.

II. Toegankelijke huisartsenzorg door verlagen drempels praktijkhouderschap

Gelijkwaardiger toegang tot zorg begint bij toegang tot huisartsenzorg. Dit kabinet zet zich ervoor in dat iedereen die dat wil zich kan inschrijven bij een (vaste) huisarts. Op die manier kan de huisartsenzorg ook goed haar centrale rol spelen bij het vormgeven van de eerstelijnszorg in de wijk en de regio. Met de juiste inzet is het mogelijk dat iedereen zich bij een huisartsenpraktijk kan inschrijven, want er zijn meer huisartsen dan ooit, ook per hoofd van de bevolking. Dit vraagt wel goede samenwerking en actieve inzet op het aantrekkelijk maken van het werken als praktijkhouder. Want op dit moment werken te veel huisartsen als (wisselend) waarnemer. Dat legt veel druk op praktijkhouders en huisartsen die op een andere manier verantwoordelijk zijn voor een vaste groep patiënten. In het regeerprogramma heeft het kabinet daarom afgesproken om de drempels voor startende praktijkhouders te verlagen.

Aantrekkelijker maken van het praktijkhouderschap door Meer Tijd Voor de Patiënt, ANW-zorg en POH-ggz

Om het werk voor praktijkhoudend huisartsen aantrekkelijker te maken, zijn al een aantal belangrijke stappen gezet. Iedere huisartsenpraktijk heeft inmiddels toegang tot meer tijd voor de patiënt (MTVP). Zo is dit ook afgesproken met partijen uit de huisartsenzorg in het IZA. Landelijke invoering van MTVP is van belang, omdat voldoende tijd in de spreekkamer leidt tot betere

kwaliteit van zorg, minder doorverwijzingen en meer werkplezier. Om dit mogelijk te maken is er structureel ruimte in het budgettair kader huisartsenzorg. Tot en met 2024 gebruiken partijen voor MTVP nog een tijdelijke bekostigingsvorm. De NZa voert op verzoek van de minister van VWS de structurele bekostiging van MTVP in per 1 januari 2025 als aparte prestatie in segment 1 van de huisartsenbekostiging. Daar is de Kamer eerder dit jaar over geïnformeerd.⁵ De NZa berekende dat structurele bekostiging van MTVP voor een gemiddelde huisartsenpraktijk neerkomt op zo'n 47 duizend euro extra omzet op jaarbasis. Landelijk gaat het om (maximaal) €220 mln. per jaar. Landelijke partijen hebben afgesproken hoe deze extra middelen ook daadwerkelijk tot meer tijd in de spreekkamer leiden. Zij monitoren de effecten hiervan gezamenlijk.

Ook is er voor de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren) flinke vooruitgang geboekt voor huisartsen, door de verantwoordelijkheid voor het invullen van diensten beter te verdelen over praktijkhouders en niet-praktijkhouders. Om dit te ondersteunen zijn de tarieven voor de ANW-uren op verzoek van de voormalig minister van VWS per 2023 gedifferentieerd en sterk verhoogd door de NZa (variërend van 15% tot 50% verhoging, afhankelijk van het moment van de dienst). Voor het bieden van zorg aan patiënten met psychosociale klachten is daarnaast de maximale inzet van een POH-ggz in de huisartsenpraktijk verhoogd van 12 naar 16 uur per week.

De in het IZA afgesproken groei van het budgettair kader huisartsenzorg biedt ruimte voor de uitvoering van bovengenoemde afspraken.

Onderzoek naar aantal mensen zonder huisarts

Tot nu toe was het onduidelijk hoeveel mensen er ongewenst niet bij een huisartsenpraktijk staan ingeschreven en hoe groot de groep is die wel staat ingeschreven, maar op zoek is naar een andere praktijk.⁶ In opdracht van VWS, en in samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland, heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar deze twee groepen. Het rapport dat bij dit onderzoek hoort, ontvangt u als bijlage bij deze brief. Hiermee voldoet de minister van VWS aan de toezegging van haar voorganger om onderzoek te doen naar het totaal aantal mensen dat op zoek is naar een (nieuwe) huisarts maar zich niet kan inschrijven.⁷

Op basis van dit onderzoek schat NIVEL dat ongeveer 37.000 volwassen mensen in Nederland ongewenst niet staan ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Omdat sommige groepen

⁵ Kamerstukken II 2023/24, 33 578, nr. 117

⁶ Kamerstukken II 2023/24, 33 578, nr. 115

⁷ Idem

ondervertegenwoordigd zijn in de steekproef is het daadwerkelijk aantal naar verwachting nog iets hoger. De komende periode legt VWS verschillende bronnen naast elkaar om tot een nog betere inschatting te komen. Het is onwenselijk dat deze groep niet staat ingeschreven en het is belangrijk dat er nu een beeld is van de grootte van deze groep. De verwachting is ook dat we dit probleem met gezamenlijke inspanningen kunnen oplossen.

De situatie bij Co-Med was zeer onwenselijk en de minister neemt maatregelen om dit in de toekomst te voorkomen. Zie daarvoor ook de gelijktijdig verzonden 'verzamelbrief eerstelijnszorg'. We moeten en kunnen ook leren van de opvolging van het faillissement van Co-Med. De afgelopen maanden hebben huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en andere betrokkenen zich samen ingezet om de gedupeerde patiënten van Co-Med zo veel mogelijk onder te brengen bij (bestaande of nieuwe) huisartsenpraktijken. Het veld heeft in deze noodsituatie laten zien dat zij, met onderlinge samenwerking en veel inspanning van alle partijen, initiatieven kunnen opzetten om oud Co-Med patiënten te helpen. Veel mensen zijn inmiddels geholpen aan een nieuwe (vaste of tijdelijke) huisarts of er is zicht op een nieuwe huisarts die een voormalig Co-Med praktijk gaat overnemen. De minister van VWS zet erop in om samen met betrokken partijen ook voor mensen die op dit moment zonder huisarts zitten een passende oplossing te vinden. Dit mag uiteraard niet leiden tot extra werkdruk bij bestaande huisartsenpraktijken.

Naast de groep mensen zonder huisarts is er een groep van bijna 600.000 mensen die wel ingeschreven staat bij een huisartsenpraktijk, maar wil wisselen van praktijk. Het onderzoek biedt beperkt inzicht in de motivatie en urgentie achter deze wisselwens. Het onderzoek laat zien dat de hoeveelheid wisselwensen per regio verschilt, maar zonder duidelijk patroon. Het is bijvoorbeeld niet zo dat in regio's waarin relatief weinig huisartsen werkzaam zijn meer mensen een onvervulde wisselwens hebben. Samen met betrokken partijen zal de minister van VWS onderzoeken of er landelijk of regionaal systemen kunnen worden opgezet om het 'ruilen' van patiënten die willen wisselen tussen praktijken te vergemakkelijken.

Er zijn al verschillende initiatieven die laten zien wat er mogelijk is om mensen aan een (vaste) huisarts te helpen. Zoals recent in de regio Den Haag, waarbij regio-organisatie HADOKS en Buurtdokters een portaal hebben opgezet om inwoners van Den Haag zonder huisarts en mensen met een wisselwens te helpen bij het vinden van een praktijk in de buurt die nog plek heeft. Ook zijn er steeds vaker initiatieven van regionale huisartsenorganisaties die - al dan niet tijdelijk - een praktijk starten of overnemen om mensen in de regio zonder huisarts te kunnen inschrijven.

Initiatieven zoals hier benoemd laten zien wat er mogelijk is als huisartsen, regio-organisaties, zorgverzekeraars en gemeenten de krachten bundelen. De minister van VWS is voornemens om in het aangekondigde zorg en welzijnsakkoord afspraken te maken met landelijke partijen om initiatieven die bijdragen aan de toegankelijkheid van huisartsenzorg in elke regio te implementeren en om de drempels voor het praktijkhouderschap te verlagen.

III. Toegankelijke Wijkverpleging

De wijkverpleging speelt een belangrijke rol bij het versterken van de samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Dit hebben we beschreven in het eerste deel van deze brief. Specifiek voor de wijkverpleging zijn daarnaast twee maatregelen opgenomen in (de budgettaire bijlage van) het hoofdlijnenakkoord 'hoop, lef en trots'.

Ten eerste de maatregel om onafhankelijke indicatiestelling bij ongecontracteerde wijkverpleging in te voeren. Het doel van deze maatregel is om bij te dragen aan een goede inzet van de schaarse capaciteit in de wijkverpleging. Door de onafhankelijke indicatiestelling beogen we te zorgen dat iedereen die dat nodig heeft de juiste hoeveelheid wijkverpleging kan krijgen: niet te weinig maar ook niet te veel. Op dit moment werkt de staatssecretaris LMZ uit op welke wijze deze maatregel het beste kan worden uitgevoerd. Daarvoor is goede afstemming met betrokken partijen uit de wijkverpleging nodig. De staatssecretaris informeert uw Kamer in de eerste helft van 2025 over de wijze waarop zij uitvoering zal geven aan deze maatregel.

De tweede maatregel voor de wijkverpleging gaat over het versneld opschalen van digitale zorg in de wijkverpleging. Het versneld opschalen van hybride en digitale zorg draagt bij aan het afwenden van een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort en het toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar houden van de zorg. Het gebruik van digitale hulpmiddelen kan zorgverleners in de wijkverpleging ondersteunen in hun werk, waardoor zij meer ruimte overhouden voor bijvoorbeeld persoonlijke aandacht voor patiënten/cliënten of voor complexe handelingen. In het IZA en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) zijn al afspraken gemaakt over het verlenen van passende hybride zorg, digitaal als het kan en fysiek als het moet. Wij werken samen met veldpartijen en innovatoren in de zorg om de (versnelde) opschaling van digitale en hybride zorg in alle sectoren, en dus ook in de wijkverpleging, te realiseren. In het kader van deze afspraak zal expliciet gekeken worden naar de bekostiging van digitale en hybride zorg in de diverse sectoren, waaronder de wijkverpleging. Verder ondersteunt VWS nu al de versnelling van inzet van digitale en hybride zorg via de subsidieregeling STOZ (Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteunen en Zorg), landelijke ondersteuning via Zorg voor innoveren en het verkrijgen van bewijslast voor landelijke opschaling en transformatie van digitale en hybride zorg.

Tot slot

Er staat nogal wat op het spel. Een sterke eerstelijnszorg is niet vanzelfsprekend. Om te zorgen dat de eerstelijnszorg voor iedereen

met een zorgvraag het eerste aanspreekpunt kan blijven is samenwerking noodzakelijk. Het doet ons goed om te zien dat alle eerstelijnspartijen daarvan doordrongen zijn. Als bewindspersonen zullen wij hen de komende periode blijven uitdagen om echt verschil te maken dat merkbaar is voor inwoners, patiënten en zorgverleners. Wij zullen waar nodig helpen met aanvullende afspraken in het zorg- en welzijnsakkoord, financiering, bekostiging of wet- en regelgeving.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V. Maeijer