

Vergaderjaar 2022–2023

**33 578**

**Eerstelijnszorg**

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**Nr. 98**

**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, 26 juni 2023

Op 3 april jongstleden heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) op verzoek van het Ministerie van VWS een advies op hoofdlijnen uitgebracht over de toekomst van de eerste lijn. Het advies heeft uw Kamer reeds ontvangen. In deze brief sturen we onze beleidsreactie. Op uw verzoek sturen wij deze voorafgaand aan het commissiedebat eerstelijnszorg dat op 5 juli gepland staat.

Achtereenvolgend zullen we ingaan op 1) de aanleiding voor het advies, 2) de inhoud van het advies en 3) onze beleidsreactie op het advies.

**1. Aanleiding voor het advies**

Zoals we hebben beschreven in onze brief aan uw Kamer over de versterking van de eerste lijn<sup>1</sup>, staat de eerste lijn onder druk en zal deze druk de komende jaren alleen maar toenemen. De eerste lijn vormt de basis van ons zorgstelsel en versterking hiervan is noodzakelijk. We hebben met het veld verschillende akkoorden en programma's opgesteld om de benodigde transformatie in de zorg vorm te geven. In zowel het Integraal Zorgakkoord (IZA) als het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) vormt versterking van de eerste lijn een kernelement.

Sinds het najaar van 2022 werken we samen met veertien veldpartijen aan een visie op de eerste lijn in 2030 en een plan van aanpak voor de periode t/m 2026. Dit is een complex en uitdagend proces, waar wij veel belang aan hechten. Om onszelf en partijen hierbij te helpen, hebben we de RVS gevraagd om in een kort tijdsbestek een advies op hoofdlijnen op te leveren. Dit advies gebruiken we als input voor de visievorming. We hebben de RVS twee vragen gesteld:

- Welke uitgangspunten/principes voor de toekomstige eerste lijn zijn van belang vanuit het samenlevingsperspectief?

<sup>1</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 95

- Wat zijn de essentiële (toekomstige) waarden en functies van eerstelijnszorg voor de samenleving en wat moet dit betekenen voor de gewenste vormgeving van eerstelijnszorg op (middel)lange termijn?

## 2. Inhoud van het advies

### *Urgentie*

De RVS beschrijft dat de eerste lijn onder toenemende druk staat en benoemt daarbij verschillende elementen: maatschappelijke ontwikkelingen – zoals vergrijzing en toenemende complexiteit van de zorgvraag –, toenemende schaarste aan personele capaciteit, de grote verwachtingen die de samenleving heeft van de eerste lijn en de druk die andere domeinen of sectoren leggen op de eerste lijn door substitutie van zorg of wachtlijsten elders in de keten. De RVS constateert dat verandering noodzakelijk en urgent is. De eerste lijn heeft namelijk een cruciale positie in ons zorgsysteem en het vastlopen hiervan heeft grote consequenties voor zowel de curatieve als langdurige zorg en ondersteuning.

### *Afbakening*

In het advies op hoofdlijnen kiest de RVS ervoor als uitgangspunt de essentiële waarden en functies van de eerste lijn te nemen. Daarbij focust de RVS in het advies op generalistische zorgverleners, waarmee zij de aandacht met name richt op de huisartsenzorg en wijkverpleging. De RVS benadrukt dat andere eerstelijnszorgverleners ook een belangrijke bijdrage leveren aan verschillende essentiële waarden en functies van de eerste lijn.

### *Essentiële waarden en functies*

De RVS benoemt dat de eerste lijn een belangrijke rol speelt in het bevorderen van de (volks)gezondheid, het borgen van toegang tot zorg voor iedereen en aan de betaalbaarheid van de zorg. De RVS komt in het advies tot vijf essentiële waarden, die – zo benadrukt zij – onlosmakelijk met elkaar en met de essentiële functies van de eerste lijn verbonden zijn.

Het gaat om:

- Continuïteit (vertrouwensband): het voortgaande contact tussen patiënt en zorgverlener gedurende substantiële perioden van het leven.
- Persoonsgerichtheid: de RVS beschrijft hier het belang van kennis van de context, levensloop, behoeften en kenmerken van een individu om de zorg daarop te kunnen afstemmen. Dit draagt o.a. bij aan demedicalisering.
- Integraliteit: het belang dat mensen ergens terecht kunnen met ongedifferentieerde vragen die gaan over gezondheid en ziekte, waar met een holistische blik naar gekeken wordt door de eerstelijnszorgverlener.
- Samenhang: het overzicht van de verschillende problemen en (mogelijke) betrokkenen bij een individu.
- Wijkgerichtheid: de verbondenheid van één of enkele zorgverlener(s) per discipline met een groep bewoners. Hierdoor kan proactief en gericht worden ingespeeld op (dreigende) gezondheidsproblemen van patiënten en de populatie als geheel.

De RVS beschrijft vervolgens zes essentiële functies die verbonden zijn met de bovengenoemde waarden:

- Laagdrempelig eerste aanspreekpunt voor alle vragen over gezondheid en ziekte;
- 24/7 beschikbaarheid;
- Poortwachtersfunctie;
- Leveren van basiszorg dicht bij huis;
- Gids- en coördinatiefunctie;
- Signalerende rol.

### *Beleidsmatige ontwikkelingen*

De RVS constateert dat de beschreven waarden en functies onder druk staan.

Zowel autonome (maatschappelijke) ontwikkelingen als beleidsmatige ontwikkelingen dragen volgens de RVS bij aan het in het gedrang komen van de waarden en functies van de eerste lijn. In het advies worden deze ontwikkelingen uitgebreid beschreven. Het gaat onder meer om toenevende specialisatie binnen beroepsgroepen, fragmentatie van het zorgaanbod, schaalvergroting, een veranderende arbeidsmarkt en substitutie van zorg naar de eerste lijn.

De RVS concludeert: «*Hoewel beleidsmatig al jaren tot doel wordt gesteld om als antwoord daarop de eerstelijnszorg te versterken, ziet de RVS dat de essentiële functies en waarden van eerstelijnszorg juist verder verzwakt worden door een aantal beleidsmatige trends. Dit vindt de Raad zorgelijk, omdat die waarden en functies – gezien de algehele personele en financiële schaarste, de aanwezige gezondheidsverschillen en de toename van zorgbehoefte – juist in belang toenemen.*»

### *Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerste lijn*

Op basis van de analyse en de essentiële waarden en functies die de RVS beschrijft, komt zij tot vier uitgangspunten om de eerste lijn toekomstbestendig in te richten:

1. Erken in woord een daad dat eerstelijnszorg van cruciale waarde is voor de samenleving  
De RVS adviseert onder dit uitgangspunt onder meer om de focus van efficiëntiedenken voor de korte termijn te verschuiven naar het optimaliseren van de grote maatschappelijke waarde die de eerste lijn heeft voor de samenleving. Ook adviseert de RVS om de kern van de eerste lijn minder onderhevig te maken aan competitie en samenwerking meer te stimuleren.
2. Versterk de functies en waarden van de eerstelijnszorg door innovatie en aanpassing aan de huidige tijd  
De RVS adviseert de genoemde functies en waarden steeds als startpunt te nemen om te bepalen wat in beleid en praktijk nodig is. Onder dit uitgangspunt benoemt de RVS onder meer het belang van structurele vaste lijnen tussen generalistische kerndisciplines in de eerste lijn. Ook wordt geadviseerd om bedachtzaam om te gaan met digitalisering en substitutie naar de eerste lijn. De RVS adviseert om de eerste lijn aan de voorkant kleinschalig te organiseren, met goede (grootschaliger) ondersteuning aan de achterkant.
3. Werk wijkgericht met specifieke aandacht voor kwetsbare groepen  
Onder dit uitgangspunt pleit de RVS voor vaste, kleine en multidisciplinaire teams in de wijk, waar bij voorkeur ook maatschappelijk werkers aan verbonden zijn. Bij de organisatie, sturing en financiering van zorg pleit de RVS voor structurele en specifieke aandacht voor kwetsbare groepen in de populatie.
4. Ga uit van de kracht van de samenleving en ondersteun zo nodig professioneel

Tot slot adviseert de RVS om in te zetten op co-creatie met burgerinitiatieven, stimuleren van zelfzorg en zelfmonitoring en betere samenwerking met formele informele zorg en netwerken van actieve wijkbewoners. Ook benadrukt de RVS dat het belangrijk is om als overheid in te zetten op collectieve preventie, ook om te voorkomen dat collectieve vraagstukken (onterecht) de eerste lijn in worden getrokken.

### **3. Beleidsreactie**

In deze paragraaf van de brief geven we eerst een algemene reactie en leggen we de relatie met de visie op de eerste lijn. Vervolgens reageren we op de analyse van de RVS aan de hand van de keuze van de RVS om te focussen op met name de huisartsenzorg en wijkverpleging en de conclusie van de RVS dat de waarden en functies van de eerste lijn mede door beleidsmatige keuzes onder druk staan. Vervolgens gaan we in op enkele uitgangspunten die de RVS beschrijft, waarbij we de focus leggen op de uitgangspunten die raken aan de organisatie van de eerste lijn. Daarbij markeren we vijf punten waarvan wij het belangrijk vinden dat de visie deze adresseert en beschrijft wat dit vraagt van alle partijen in de eerste lijn. Deze punten vatten we in de conclusie samen.

#### *Algemeen en relatie met de visie op de eerste lijn*

We zijn de RVS dankbaar voor dit advies op hoofdlijnen over de toekomst van de eerste lijn. Uit de gesprekken die we de afgelopen periode met veldpartijen hebben gevoerd blijkt dat de RVS erin is geslaagd om een breed gedragen en prikkelend advies te formuleren. Hoewel het een advies op hoofdlijnen is, biedt het genoeg concrete adviezen en aanknopingspunten om de komende periode samen met het veld verder te bouwen aan een toekomstbestendige eerste lijn. We zijn op dit moment in gesprek met de veldpartijen om de visie en het plan van aanpak af te ronden. In deze gesprekken komen de adviezen van de RVS volop terug.

Het opstellen van de visie en het RVS-advies zijn onderdeel van een belangrijk proces. We zijn ervan overtuigd dat een transitie in de eerste lijn noodzakelijk is om ook in de toekomst de sterke basis te kunnen vormen voor ons zorgstelsel. Met deze transitie zijn we dan ook intensief bezig vanuit het IZA en WOZO. Deze transitie willen we inzetten met zoveel mogelijk draagvlak en betrokkenheid van alle relevante partijen in het veld. Daarbij realiseren wij ons dat we veel van partijen vragen in termen van doortastendheid, moed, creativiteit en aanpassingsvermogen. Als bewindspersonen willen we de kaders scheppen voor de benodigde veranderingen en zullen we – vanuit onze overtuiging dat de zorg nu en in de toekomst toegankelijk van goede kwaliteit en betaalbaar moet zijn voor iedereen die zorg nodig heeft – bij het opstellen van de visie blijven toetsen of deze voldoende ambitieus en concreet is. Daarbij kijken we in ieder geval naar de vijf punten die we in deze brief beschrijven.

De in het advies beschreven essentiële waarden en functies van de eerste lijn herkennen en erkennen we. De uitgangspunten en veranderopgaven vinden we krachtig verwoord en passend bij de uitdaging waar we voor staan. Een uitdaging die groot is omdat de zorg onder druk staat. Waarbij er grenzen zijn aan wat de zorg kan bieden; niet alles kan. De zorgvraag uit de samenleving groeit en is schier oneindig, maar het zorgaanbod niet. De RVS verwoordt dit mooi in het vierde uitgangspunt. De uitdaging waar we voor staan vraagt niet alleen een verandering van overheid en (zorg)professionals maar van de hele samenleving. Onze verwachtingen over hoe en door wie zorg geleverd wordt moeten we bijstellen. Hierop zal de visie op de eerste lijn ook ingaan. Daarbij

benadrukken we – net als de RVS zelf doet – dat we het advies niet lezen als een nostalgisch verlangen naar vroeger; om de waarden en functies te behouden en te versterken, moeten we de eerste lijn juist anders organiseren.

Hierover schrijft de RVS:

*«Dit vraagt doortastendheid, wat zich uit in durf om te veranderen. Het vergt moed om nieuwe wegen te bewandelen en verantwoordelijkheden anders te beleggen. En het vraagt creativiteit om je als professional aan te passen aan de huidige tijd.»*

Hier sluiten we ons volledig bij aan. De huidige tijd vraagt namelijk een andere eerste lijn dan in het verleden. De zorgvraag in de eerste lijn verandert. We zien een ontwikkeling waarbij meer ziekenhuiszorg thuis plaats kan vinden en de eerste en tweede lijn daarmee steeds meer met elkaar verbonden worden. Tegelijkertijd zien we een grotere groep kwetsbare ouderen die langer thuis wonen. De opgave voor de eerste lijnspartijen wordt daarmee groter en complexer dan voorheen. Dit vraagt een beter en anders georganiseerde eerste lijn waarbij er vanuit een regionale organisatie verantwoordelijkheid gedragen wordt om de eerstelijnszorg in de regio en onderliggend in de wijk, voor de gehele gemeenschap, goed te organiseren.

#### *Focus op generalisten: huisarts en wijkverpleging*

We begrijpen dat de RVS een keuze heeft gemaakt in de afbakening van wat de (kern van de) eerste lijn is. Tegelijkertijd vinden we dat deze keuze niet meer past bij de huidige tijdsgeest waarin de zorgvraag in de eerste lijn steeds complexer wordt. Niet alleen de huisarts en wijkverpleging, maar bijvoorbeeld ook de apotheker, fysiotherapeut of specialist ouderengeneeskunde spelen (al dan niet voor bepaalde groepen) een belangrijke rol als generalist. Juist omdat de personele capaciteit in de toekomst dé beperkende factor wordt bij het toegankelijk houden van de (eerste-lijns)zorg en ondersteuning, vinden we het belangrijk om alle zorg- en hulpverleners in de eerste lijn optimaal in te zetten. De RVS geeft dit zelf ook aan door te benoemen dat het versterken van de onderlinge verbanden tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn essentieel is. Juist daarom werken we samen met veertien partijen aan een visie en plan van aanpak voor de eerste lijn. Wat ons betreft krijgt het kernteam in de wijk een stevige en belangrijke positie in de toekomst en horen hier meer spelers bij dan alleen de huisarts en wijkverpleegkundige. Naast de huisarts en wijkverpleegkundige zien wij in ieder geval voor de openbaar apotheker een belangrijke rol in het kernteam, omdat de apotheker een herkenbaar en aanspreekbaar punt is voor veel mensen met een zorgvraag. De openbaar apotheker heeft een sleutelfunctie wat betreft farmaceutische zorg bij het verstrekken van geneesmiddelen en kan een rol spelen bij de verstrekking van hulpmiddelen. Bovendien is de samenwerking tussen het medische en sociale domein essentieel; niet elke zorgvraag vraagt om een zorgantwoord. Daarom is brede triage van belang. Een goede inzet van het sociale wijkteam kan mensen op weg helpen en de druk op de zorg verminderen.

#### *Waarden en functies onder druk door beleidsmatige keuzes*

De RVS schrijft dat naast autonome en maatschappelijke ontwikkelingen, ook beleidskeuzes debet zijn aan de druk op de essentiële waarden en functies in de eerste lijn. We vinden het goed dat de RVS ons – politiek en beleidsmakers – met deze analyse een spiegel voorhoudt. Ook wij zien dat het huidige stelsel en de manier waarop we de eerste lijn hebben georganiseerd niet in alle gevallen bijdraagt aan waarden als continuïteit,

integraliteit en samenhang. We zien dat het huidige stelsel in de eerste lijn is ingericht op monodisciplinair werken, met prikkels voor efficiëntie, «productie» (patiëntgebonden contacten) en het delegeren en opknippen van taken. Enerzijds heeft deze sturing de afgelopen jaren – ook in de eerste lijn – geleid tot betaalbare zorg van goede kwaliteit. Anderzijds zien we dat de inrichting van het stelsel de samenwerking tussen zorgverleners onnodig ingewikkeld maakt. Integrale samenwerking is onmisbaar om de steeds complexere zorg bij mensen thuis vanuit de eerste lijn te bieden. Andere stappen zijn dus nodig om de toegankelijkheid van de zorg te borgen. Het goed organiseren van de zorg vraagt telkens weer een beleidsmatige en politieke afweging tussen verschillende waarden en belangen om de samenleving het beste te kunnen dienen. Het is nu eenmaal niet mogelijk om alle waarden even belangrijk te maken en de afweging hangt af van de context die voortdurend verandert. Een voorbeeld hiervan is de substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn: in veel gevallen is die tot stand gekomen omdat de overtuiging was dat dit leidt tot een betere kwaliteit van zorg tegen lagere kosten. Bijvoorbeeld met ketenzorgprogramma's in de eerste lijn voor mensen met een chronische aandoening. Dit heeft eraan bijgedragen dat veel mensen met een chronische aandoening zorg van goede kwaliteit in de eerste lijn kunnen krijgen, in plaats van dat zij hiervoor naar het ziekenhuis moeten.

Met het IZA, WOZO en ook het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) slaan we een weg in waarbij samenwerking en organisatie veel belangrijker worden gemaakt dan ze in de afgelopen periode waren. De beperkte personele capaciteit en de organiseerbaarheid van de zorg worden de komende decennia onze grootste uitdaging. De zorgvraag in de eerste lijn wordt groter en complexer. We zullen naar een eerste lijn moeten waarin samenwerking, coördinatie en afstemming passend worden beloond. Tegelijkertijd willen we ervoor waken dat zorgverleners grote delen van hun tijd kwijt zijn aan overleg. We zullen dus een toekomstbestendige manier moeten vinden om dit in te richten. Dit schrijft de RVS ook in het advies. Ook over de wijze waarop we hierop kunnen sturen als overheid hebben we al een belangrijk advies ontvangen: eind januari 2023 heeft de NZa het advies «besteding afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis» aan het Ministerie van VWS aangeboden. Dit advies geeft een goede denkrichting om de eerste lijn beter te organiseren en dat te faciliteren (en daarop te sturen) via de besteding en sluit dus goed aan bij het RVS-advies over de toekomst van de eerste lijn. Op 27 maart jl. heeft de Minister voor LZS de beleidsreactie op het NZa-advies met uw Kamer gedeeld<sup>2</sup>. Beide adviezen vormen wat ons betreft cruciale input voor de in wording zijnde visie op de eerste lijn.

We zijn er, net als de RVS, van overtuigd dat beleidskeuzes integraal gemaakt moeten worden en niet met een smalle blik. Met het WOZO en het IZA hebben we samen met veldpartijen al een aantal duidelijke keuzes gemaakt om de komende jaren veel meer integraal te kijken naar het veld van zorg en ondersteuning. We realiseren ons goed – en delen de analyse van de RVS – dat de eerste lijn versterken alleen kan in samenhang met de omliggende domeinen/velden en in samenwerking met alle betrokken partijen. De samenwerking tussen het medisch en sociaal domein (en het versterken hiervan) is een belangrijk thema als het gaat om de zorg in de toekomst beschikbaar, toegankelijk en betaalbaar te houden. Juist omdat de eerste lijn zo dicht bij de burger staat, een laagdrempelig aanspreekpunt vormt én poortwachter is, ondervindt deze grote gevolgen als zorg in andere domeinen vastloopt of niet geleverd kan worden. De

<sup>2</sup> Kamerstukken 31 765 en 29 389, nr. 758

basisgedachte onder WOZO en IZA is dat we de zorg alleen toekomstbestendig kunnen inrichten als we samenhangende keuzes maken en alle partijen van elkaar weten wat ze nodig hebben van een ander en wat ze zelf moeten leveren. Daarom spreken we van een (brede) eerste lijn. We lezen ook dat de RVS constateert dat het systeem op dit moment niet altijd bijdraagt aan het versterken van de waarden en functies van de eerste lijn. We snappen dat de RVS tot die conclusie komt en hebben daarom de afspraak gemaakt dat we op basis van de visie en het plan van aanpak als overheid (VWS, maar ook NZa, IGJ en het Zorginstituut) bekijken welke wet- en regelgeving eventueel aanpassing behoeft bij het realiseren van de visie. We verwachten dat er veel mogelijk is binnen het huidige stelsel, maar zullen niet schuwen om de conclusie te trekken dat er ook in het stelsel zelf veranderingen moeten plaatsvinden. De RVS heeft ook recent een advies uitgebracht over de toekomst van de stelsels voor zorg en ondersteuning.

#### *Uitgangspunten uit het advies*

De RVS geeft uitgebreid advies over hoe de waarden en functies van de eerste lijn versterkt kunnen worden. We verwachten dat een groot deel van deze aanbevelingen een plek krijgt in de visie of het plan van aanpak. De grote puzzel waar we voor staan is hoe we de eerste lijn toekomstbestendig organiseren. Hoe doen we dat op een manier waarmee we professionals optimaal inzetten? Hun werkplezier vergroten? De burger kunnen bieden wat deze nodig heeft?

De aanbeveling dat we bij die keuzes de beschreven waarden en functies centraal stellen, is zeer behulpzaam. Dit is ook de reden geweest dat we de RVS gevraagd hebben om te kijken naar waarden en functies. Wij vinden het minder van belang wie (welke zorgverlener) of wat (welke organisatie) de zorgvraag van een burger beantwoordt, maar des te meer welke waarden en functies de eerste lijn als geheel te bieden heeft aan de samenleving. We sluiten ons dan ook volledig aan bij de aanbevelingen van de RVS over de verbinding tussen de eerste lijn en de samenleving, het wijkgerichte/populatiegerichte werken en het centraal stellen van de beschreven waarden en functies. De eerste lijn, en in het bijzonder de huisarts waarbij patiënten op naam zijn ingeschreven, heeft een unieke rol in ons stelsel. Deze rol gaat gepaard met veel verantwoordelijkheid, niet alleen voor individuele patiënten maar ook voor de (ingeschreven) populatie als geheel. Tegelijkertijd zien we zeker in de huisartsenzorg een afname van het aandeel praktijkhouders en een toename van het aantal waarnemers. Hoe we de verbinding met de wijk en de populatie op een toekomstbestendige manier vormgeven, waarbij we de juiste balans vinden tussen vrijheid en verantwoordelijkheid, tussen werkdruk en werkplezier en tussen autonomie en samenwerking, dat is de zoektocht in het visietraject voor de eerste lijn. Hierbij kijken we ook naar het potentieel van andere zorgverleners die de huisarts ondersteunen dan wel een zelfstandige rol hebben in de behandeling van patiënten in de eerste lijn. Voorbeeld hiervan zijn specialisten ouderene geneeskunde die al dan niet tijdelijk fungeren als regiebehandelaars. Met elkaar goed kijken naar de taakverdeling levert een belangrijke bijdrage aan de versterking van de eerste lijn.

Een belangrijke vraag is hoe we dit exact moeten vormgeven en welke partij waarvoor verantwoordelijk wordt. Hierover gaan ook de gesprekken met partijen bij het opstellen van de visie. Het RVS stelt voor om op wijkniveau te werken met een klein, herkenbaar en vast team van generalisten. Dit kan alleen als aan de achterkant de ondersteuning van de professional grootschaliger wordt vormgegeven, om zo onnodig werk uit handen te nemen en schaalvoordelen te creëren. Het kernteam is er dus

om de zorg dichtbij en persoonsgericht te verlenen aan patiënten/cliënten terwijl de eerste lijn aan de achterkant grootschaliger wordt georganiseerd. Onze inzet in het visietraject zal erop gericht zijn om een set aan niet-vrijblijvende eisen te formuleren over de mate van coherentie en samenwerking voor het kernteam in de wijk, inclusief een ambitieuze opdracht voor deze samenwerking. Wat ons betreft moet het kernteam een belangrijke rol spelen in de poortwachtersfunctie van de eerste lijn richting gespecialiseerde zorg; in de afstemming van zorg rondom complexe zorgvragen; in de organisatie en coördinatie van zorg en in bepaalde gevallen bij het verstrekken van genees- en hulpmiddelen en bij de verbinding tussen het medische en het sociale domein. Zoals aangegeven, vinden we het niet wenselijk om landelijk en vooraf volledig vast te leggen welke professionals gezamenlijk het kernteam in de wijk moeten vormen. Wel willen we afspraken maken over de basisvariant van dit kernteam en welke minimale opdracht dit team krijgt. Net als de RVS hechten wij bij de opdracht voor dit kernteam in de wijk groot belang aan een sterkere verbinding tussen het medisch en het sociaal domein. Ook vinden we het van belang dat we steeds kijken naar wat welke eerstelijns-professional kan en hoe we de beschikbare personele capaciteit optimaal benutten. Dat vraagt op bepaalde vlakken een andere invulling van het regiebehandelaarschap en de poortwachtersrol binnen de eerste lijn. Ook hierover zullen we afspraken moeten maken in de visie.

De RVS bevestigt ons beeld dat een goede organisatie van de eerste lijn – zowel persoonsgericht en dichtbij op wijkniveau als grootschalig op regioniveau – minder vrijblijvend moet worden. Dit was ook al de conclusie van het eerdergenoemde NZa-advies «besteding afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis». Wij zullen in het visietraject aansturen op een sterke organisatie van de eerste lijn in de wijk en in de regio; op het wijkniveau zijn we hierboven al ingegaan. Op het regioniveau verwachten we dat de eerste lijn komt tot één sterke, gemandateerde afvaardiging per regio waarvoor we ook op landelijk niveau de minimale eisen formuleren. Deze eisen zullen onder meer gaan over de ondersteuning, ontzorging en facilitering van zorgverleners en -aanbieders op wijkniveau (*backoffice*), het met mandaat afspraken kunnen maken met samenwerkingspartners in de regio en capaciteitsmanagement. We vragen de regio-organisatie eigenaarschap te pakken om de zorg op wijkniveau goed in te richten en de samenwerkingen met andere domeinen zoals gemeenten en ggz te versterken.

De manier waarop we het stevig organiseren van de eerste lijn minder vrijblijvend maken, vraagt zorgvuldigheid. Hoe borgen we dat individuele zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars zich committeren aan lokale en regionale samenwerkingsafspraken? Wat wordt hierbij de rol van de zorgverzekeraar? Wat wordt het organisatieniveau en hoe verhoudt zich dit tot het niveau waarop bestaande eerstelijnsorganisaties en -aanbieders nu acteren (lokaal, regionaal en landelijk)? Hoe organiseren we dit zodanig dat de professionele autonomie van zorgverleners behouden blijft? Dat er geen onnodige bureaucratie ontstaat? Wat betekenen sterkere eerstelijns regio-organisaties voor het praktijkhouderschap en werkgeverschap binnen de eerste lijn? En voor de wijze waarop zorg wordt ingekocht? En wat zijn de gevolgen voor de keuzevrijheid van burgers voor een zorgverlener? Deze fundamentele vragen werken we samen met partijen uit. We zullen uw Kamer over de hierover informeren zodra de visie gereed is.

Als laatste willen we benadrukken dat het vierde uitgangspunt «*Ga uit van de kracht van de samenleving en ondersteun zo nodig professioneel*» een belangrijke randvoorwaarde is om de eerste lijn toegankelijk te houden. Daarbij is dit uitgangspunt niet alleen een verantwoordelijkheid voor de



overheid en de (zorg)professionals maar spreekt de RVS ook burgers (die soms ook patiënt zijn) aan. Het is goed dat de RVS de kracht van de maatschappij benoemt. We belichten hierbij ook graag het potentieel dat ligt op het grensvlak van formele en informele zorg. Uit praktijkonderzoek blijkt bijvoorbeeld ook dat het trainen en ondersteunen van mantelzorgers op het toepassen van hulpmiddelen leidt tot een afname van de inzet van formele zorg. De RVS geeft ook aan dat het noodzakelijk is dat burgers hun verwachtingen over de zorg zullen moeten bijstellen. Naast dat we het burgerperspectief actief meenemen bij het opstellen van de visie op de eerste lijn, zullen we in de visie ook aandacht hebben voor de verbinding tussen de eerste lijn en (initiatieven in) de samenleving. Ook zullen we aandacht hebben voor de manier waarop we mensen mee kunnen nemen in wat er gaat veranderen en wat daarbij vanuit de samenleving zelf nodig is.

### **Tot slot**

De inzichten die de RVS geeft, zowel de waarden, functies als uitgangspunten, helpen bij het opstellen van de visie op de eerste lijn waar we samen met partijen aan werken. We zijn de RVS hiervoor zeer erkentelijk.

In deze brief hebben wij ook vijf punten geformuleerd waarvan wij het belangrijk vinden dat de visie deze adresseert en beschrijft wat dit vraagt van alle partijen in de eerste lijn:

- 1) De notie dat niet alles meer kan; keuzes zijn nodig, ook in de eerste lijn.
- 2) We onderschrijven de waarden en functies uit het RVS-advies; dit betekent onder meer dat de eerste lijn verantwoordelijkheid voor een populatie draagt.
- 3) Op wijkniveau moet een eerstelijnskernteam met een niet-vrijblijvende opdracht aan de slag als herkenbaar en aanspreekbaar punt in de wijk.
- 4) Personele capaciteit wordt optimaal ingezet; dit vraagt onder meer een andere invulling van de poortwachtersrol en het regiebehandelaarschap.
- 5) Op regioniveau organiseert de eerste lijn zich sterk en gemandateerd, waardoor één aanspreekpunt ontstaat en het wijkniveau gefaciliteerd wordt.

Als bewindspersonen zullen we het veld maximaal ondersteunen bij deze beweging, onder meer door de noodzakelijke kaders te scheppen. We zullen daarbij moeilijke keuzes niet uit de weg gaan. Dit najaar ronden wij de gesprekken met veldpartijen over de visie af. Voor het einde van het jaar informeren wij uw Kamer over de visie en het plan van aanpak voor de eerste lijn.

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

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder