

Vergaderjaar 2022–2023

**36 396**

## **Initiatiefnota van het lid Tielen over Én Én: een verjongingskuur voor de basiszorg**

**Nr. 2**

### **INITIATIEFNOTA**

#### **Inleiding**

Voor mensen die over het algemeen gezond zijn, heeft de gezondheidszorg een heel andere betekenis in hun leven dan voor mensen die chronisch, ernstig en/of levensbedreigend ziek zijn. Maar wat voor alle mensen hetzelfde is, is dat ze zijn ingeschreven bij de huisarts, dat ze met enige regelmaat naar de tandarts gaan, bij de apotheek hun geneesmiddelen ophalen en dat ze hun zorgpremie betalen. Al die mensen willen erop kunnen rekenen dat ze voor «gewone» gezondheidsproblemen terechtkunnen in de «gewone» zorg. En dat die «gewone zorg» – basiszorg – in de buurt is en (bijna) direct beschikbaar. Bij de huisarts of de apotheek in een gebouw in de buurt of via een contact-app op een telefoon.

Maar hoe logisch ook, in de praktijk blijkt dat veel mensen zich zorgen maken over de basiszorg in de buurt. Ze maken zich zorgen of ze deze week nog wel bij de huisarts terechtkunnen. Ze weten niet of ze erop kunnen vertrouwen dat hun medicijnen er zijn als ze die nodig hebben. En zijn bang dat zij geen zorg kunnen krijgen als zij minder mobiel zijn. Zij verliezen het vertrouwen in de basiszorg en dat is een probleem.

De Nederlandse samenleving is behoorlijk veranderd de afgelopen decennia. We leven langer en we leven langer gezond. We zijn bewuster bezig met onze gezondheid en met behulp van apps zijn we actief bezig om gezond te blijven. We zijn digitaler geworden en gebruiken apps voor contact en communicatie, voor informatie of om onze stappen te tellen. Ook de zorgverleners zijn veranderd: die zoeken net als ieder ander naar een goede balans tussen werk en privé en gebruiken op hun beurt ook de digitale mogelijkheden voor informatie en kennis.

De samenleving van nu vraagt om een basiszorg die daarbij aansluit. Die slim inspeelt op de manier waarop we ons leven in willen vullen. Die gemakkelijk werk uit handen neemt van zorgprofessionals. In die samenleving van nu blijft het belangrijk dat de (basis)zorg in de buurt is. Op een manier die past bij de mensen van nu én vertrouwen geeft in de

zorg. Dat betekent dat nieuwe en slimme oplossingen nodig zijn voor die basiszorg in de buurt.

Daarover gaat deze initiatiefnota. Over een «verjongingskuur» voor de basiszorg in de buurt.

### **Probleemdefinitie «Is er basiszorg in de buurt als ik het (acuut) nodig heb?»**

Veel mensen twijfelen of basiszorg beschikbaar en nabij is en blijft. Dat blijkt ook uit de nieuwssites vol met berichten over huisartsenpraktijken die geen patiënten meer aannemen en spoedposten die om verschillende redenen (tijdelijk) sluiten.

*«Gelre Ziekenhuizen in Zutphen sluit afdeling verloskunde uit overmacht.» (Hart van Nederland, 26 april 2023)<sup>1</sup>; «Omstreden huisartspraktijk per direct gesloten. Patiënten woedend.» (Omroep Brabant, 1 mei 2023)<sup>2</sup>*

De zorgen over de beschikbaarheid van basiszorg zijn deels terecht. De ziekenhuiszorg is behoorlijk veranderd sinds 1990. Niet alleen door de afname van het aantal ziekenhuisbedden en -locaties, ook de behoefte aan bedden is gedaald. Zieken hoeven veel minder lang in het ziekenhuis te liggen (gemiddeld 11,5 ligdagen per patiënt in 1987, tegenwoordig zijn dat er 5,9).<sup>3</sup> In de jaren tachtig waren er geen spoedeisende hulpposten, maar kwamen spoedpatiënten direct op een afdeling terecht en moesten we maar afwachten of ze behandeld zouden worden door artsen met voldoende expertise.<sup>4</sup> Tegenwoordig kent Nederland 80 spoedposten die 24/7 geopend zijn, waar speciaal opgeleide, generalistische spoedartsen werken en waar in 99,7% de ambulance op tijd (binnen de 45-minutennorm die sinds 2002 geldt) met een patiënt terecht kan.<sup>5</sup>

Het aantal huisartsen is stabiel gebleven sinds 1990: waren er toen 4,3 huisartsen per 10.000 inwoners; nu zijn dat er 4,4 per 10.000. Ook het aantal huisartspraktijken en het aantal huisartsenposten (105) is stabiel. Mensen kunnen in 99,9% van de gevallen met eigen vervoer binnen 30 minuten bij een huisartsenpost terecht. Maar de vraag naar huisartsenzorg en de samenstelling van de beroepsgroep zijn veranderd. Vooral vergrijzing zorgt voor een grotere vraag, er komen en blijven meer zorgvragen bij de huisarts en huisartsen werken vaker in deeltijd of als waarnemer.<sup>6</sup>

Dus terwijl de hoge normpercentages suggereren dat basiszorg goed beschikbaar is, ervaren veel mensen dat ze (te) lang moeten wachten als ze basiszorg nodig hebben. Het verschil tussen de verwachtingen die mensen hebben en de realiteit is groot. Door personeelstekorten bij en de hoge werkdruk van zorgverleners zijn wachttijden lang en worden zorglocaties (vaak tijdelijk) gesloten. Maar zorgvragers verwachten een snel antwoord op hun zorgvraag, net zoals ze dat gewend zijn op andere levensgebieden zoals bankzaken of boodschappen doen.

<sup>1</sup> <https://www.hartvannederland.nl/nieuws/gelre-ziekenhuizen-in-zutphen-sluit-afdeling-verloskunde-uit-overmacht>.

<sup>2</sup> <https://www.omroepbrabant.nl/nieuws/4270263/omstreden-huisartsenpraktijk-per-direct-gesloten-patienten-woedend>.

<sup>3</sup> <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ligduur-ziekenhuizen>.

<sup>4</sup> <https://www.nvsha.nl/files/13405/10-jaar-seg-in-nederland.pdf>.

<sup>5</sup> <https://www.vzinfo.nl/acute-zorg/regionaal/seh#:~:text=80%20ziekenhuislocaties%20met%20een%2024,locaties%20met%20een%20basis%2DSEH>.

<sup>6</sup> <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/kwart-meer-artsen-nodig-2025-vanwege-vergrijzing-bevolkingsgroei-en-feminisering>.

## **Begrippen die gebruikt worden voor «een verjongingskuur voor de basiszorg»**

- Basiszorg is geen formeel beleidsbegrip als het gaat om medische zorg. In deze initiatiefnota is gekozen om het begrip «basiszorg» wel te gebruiken omdat de zorg waar deze nota op doelt, gaat over de combinatie van (multidisciplinaire) eerstelijnszorg en spoedzorg. Basiszorg gaat over «gewone zorgvragen» waarop in eerste instantie geen heel complex antwoord nodig is. Dat kan variëren van de ongerustheid over een vlekje op de huid tot verwarring over de medicatie tot een zere pols na de val van de fiets. Het gaat dus uit van de vraag of gezondheidsklacht van de patiënt. Het gaat niet uit van diagnoses, behandelplannen of zorgstructuren.
- Zorgverleners die basiszorg bieden, zijn huisartsen, tandartsen, apothekers, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, de jeugdgezondheidszorg, praktijkondersteuners, SEH-artsen, diëtisten, wijkverpleegkundigen. Zorgprofessionals waar bijna iedereen wel eens mee te maken heeft gehad.
- Slimme zorg is zorg waarbij de zorg van een zorgverlener wordt aangevuld of ondersteund met behulp van digitale oplossingen en/of technologie. Het begrip e-health is synoniem met slimme zorg.
- Voor mensen is het van belang dat basiszorg in de buurt beschikbaar is, dat de drempel om basiszorg te kunnen krijgen laag is. Soms «onder de knop» van de mobiele telefoon, in andere gevallen binnen een bereik van een half uur. In de buurt is dus niet per se letterlijk in dezelfde straat als de zorgvrager.

## **Voor wie is er basiszorg nodig: twee (of eigenlijk drie) typen zorgvragers**

Bij het inrichten van de zorg zijn de zorgvrager en zijn verwachtingen het uitgangspunt.

Maar dé zorgvrager bestaat natuurlijk niet: die ene mevrouw van tweeëndertig met een jong gezin heeft heel andere behoeften en verwachtingen dan de zevenenzeventigjarige weduwnaar met twee chronische aandoeningen.

Uit onderzoek van Motivaction (2009, update 2018)<sup>7</sup> blijkt dat zorgvragers te verdelen zijn in twee onderscheidende typen. De grootste groep (bijna de helft) bestaat uit lokaal georiënteerde mensen die matig tevreden zijn over hun eigen gezondheid. Ze hebben behoefte aan eenvoudige informatie, willen niet te veel zelf moeten kiezen en vinden het lastig om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor hun gezondheidszorg. Ze zijn over het algemeen minder mobiel en minder bereid te reizen voor zorg. De tweede grote groep bestaat uit pragmatische mensen (ruim 40%) die willen kiezen bij wie of waar ze hun zorg halen en die actief op zoek gaan naar informatie. Ze hebben vertrouwen in technologie en hoge verwachtingen van zorgaanbieders.

Er is nog een kleine derde groep van < 10% die kritisch en mondig is en verwacht dat de overheid zich zorgzaam opstelt.

De doelstelling en de plannen uit deze nota «Én Én: een verjongingskuur voor basiszorg» moeten voor met name die twee grote groepen aansprekend en bereikbaar zijn: de «lokaal georiënteerden» en de «pragmatici». De verwachting is dat juist door de combinatie (én én) ook die derde groep zich kan vinden in de voorstellen.

NB: deze typeringen zijn van toepassing op zorgvragers, maar uiteraard ook op hun mantelzorgers.

<sup>7</sup> <https://www.motivaction.nl/branches/zorg>.

## **Doelstelling van «een verjongingskuur voor de basiszorg»**

Alle mensen in Nederland moeten erop kunnen vertrouwen dat zij met een basiszorgvraag snel, slim en dichtbij toegang hebben tot een antwoord op hun zorgvraag. Dat is het doel van deze initiatiefnota.

Nu staan er drie grote obstakels in de weg:

1. Er gaat veel tijd verloren door handmatige handelingen (en daardoor ontstaan ook fouten) en de inzet van digitalisering en technologie is te traag door onwil en vrijblijvendheid.
2. De samenwerking tussen verschillende zorgverleners schiet tekort en deze wordt te weinig gestimuleerd
3. Het is voor veel zorgvragers niet duidelijk waar ze heen moeten met hun zorgvraag, waardoor de huisarts wordt belast met heel veel ook niet-medische vragen

Wat de initiatiefnemer betreft is het belangrijk dat de landelijke overheid zich nadrukkelijker bemoeit met de inrichting van basiszorg met behulp van duidelijke ideeën en sturende maatregelen. Er zijn immers zoveel verschillende zorgverleners en organisaties betrokken bij de basiszorg, met elk hun eigen expertises, ideeën maar ook met hun eigen belangen. De **oplossingsrichtingen** gaan langs twee principes: digitalisering en samenwerking. Beide principes worden in de huidige zorg te vrijblijvend en te weinig voortvarend toegepast.

Om de doelstelling te bereiken benoemt de initiatiefnemer een vijftal maatregelen.

### **«Én Én: een verjongingskuur voor basiszorg» in de praktijk – vijf maatregelen**

De initiatiefnemer stelt vijf concrete maatregelen voor in deze initiatiefnota. Al die maatregelen zijn een uitwerking van de gewenste combinatie van fysieke met digitale zorg. Dus niet óf óf, maar én én. Dat is voor de eerder beschreven «lokaal georiënteerden» van belang, en zeker ook voor mensen die niet zo digitaal vaardig of laaggeletterd zijn. In alle maatregelen is telkens een rol voor de landelijke overheid benoemd, maar het is goed te benadrukken dat deze maatregelen alleen succesvol kunnen zijn als deze worden ondersteund en vervolgens mee-uitgevoerd door alle betrokken zorgverleners en zorgverzekeraars. Én met regionale bestuurders, waaraan in de derde maatregel specifiek aandacht wordt besteed.

#### **1. Altijd kunnen kiezen voor digitale ondersteuning van de basiszorg dichtbij (hybride zorg)**

Achtergrond: Op allerlei momenten in het dagelijks leven speelt digitale ondersteuning een belangrijke rol, van contact met vrienden tot de dagelijkse boodschappen en financiële zaken. Maar in de zorg is digitale ondersteuning vaak nog afwezig; er zijn tal van zorgverleners die niet alleen een fax hebben staan, maar deze ook nog gebruiken. Veel te weinig zorginstellingen bieden digitale ondersteuning als keuze-optie voor patiënten. Dit is voor zowel zorgverleners als voor zorgvragers en patiënten een gemiste kans. Want digitaal een afspraak maken bij de huisarts, op afstand je bloeddruk laten meten met telemonitoring, een veilige emailomgeving om de uitslagen van bloedonderzoek te bekijken; allemaal mogelijkheden die minder tijd kosten én fouten kunnen voorkomen.

In Denemarken bestaat inmiddels de plicht voor zorgaanbieders om zowel digitale als fysieke zorg aan te bieden, anders is toetreding als zorgaanbieder niet mogelijk.<sup>8</sup>

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) geven alle betrokken partijen aan dat passende zorg betekent «digitaal als het kan, fysiek als het moet». Concreet is in het IZA ingestemd met een transformatie naar hybride zorg in 2026.

Voorstel: De initiatiefnemer pleit ervoor dat alle zorgverleners verplicht hybride zorg (combinatie van digitaal en contact) aanbieden en dat zorgverzekeraars hybride zorg opnemen als onderdeel van de kwaliteitscriteria. Dit betekent dat zorgverzekeraars bij het contracteren hybride zorg opnemen in de voorwaarden en daar financiering voor afspreken (en minder financiering als er geen hybride zorg wordt aangeboden). Digitale zorg wordt daarmee afdwingbaar. Nu is het implementeren van digitale oplossingen een te vrijblijvende mogelijkheid voor zorgverleners.

Benodigde actie/beslispunt – De Kamer wordt gevraagd in te stemmen om de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te verzoeken om:

- o Een overzicht te maken van de inbedding van digitale en hybride zorg in Denemarken en hoe deze ook in het Nederlandse stelsel kan worden toegepast.
- o Een taskforce hybride basiszorg op te richten, die samen met betrokken basiszorgorganisaties en verzekeraars vormgeeft aan de inrichting van de hybride basiszorg.
- o Samen met de taskforce duidelijk te maken hoe koplopers in de hybride basiszorg financieel beloond kunnen worden.

## **2. Elke gemeente één (hybride) basiszorgcontactpunt: een app, een telefoonnummer en via een multidisciplinaire basiszorgpraktijk toegang tot alle types zorg, welzijn en ondersteuning**

Achtergrond: Veel, heel veel niet-medische gezondheidsproblemen komen terecht bij de huisartspraktijk.<sup>9</sup> Dit leidt tot hoge werkdruk en slechte bereikbaarheid. Voor patiënten is het vaak heel logisch om met hun klachten de huisarts te bellen; ze voelen zich immers niet gezond of zelfs ziek. Maar in heel veel gevallen zijn zij meer gebaat bij zelfzorg of andere zorg. Denk aan begeleiding door maatschappelijk werk, of hulp met schulden. In dit soort situaties is de huisartsenzorg geen juiste zorg en raakt de zorgketen verstopt.

Momenteel wordt dit probleem deels opgelost met een toegankelijke app om patiënten te helpen met de vraag of ze wel bij de huisarts moeten zijn met hun probleem. Deze goedbezochte app heet Thuisarts.nl en blijkt een goede «voortriage». Echter, deze app is nog steeds voornamelijk gericht op de medische aspecten van klachten en verwijst nog nauwelijks door naar bijvoorbeeld wijkteams.

Voorstel: De initiatiefnemer pleit voor één contactpunt (app) in elke gemeente. Ook pleit de initiatiefnemer voor (meer) multidisciplinaire basiszorgpraktijken<sup>10</sup>. Deze praktijken en de daaraan gekoppelde app kunnen voorkomen dat patiënten eerst via een telefoontje naar de

<sup>8</sup> <https://healthtrain.nl/2022/10/28/nederland-leren-digitalisering-zorg/>.

<sup>9</sup> <https://www.hartvannederland.nl/nieuws/gezondheid/steeds-meer-patienten-in-sprekkamer-met-gezondheidsklachten-zonder-medische-en-Zorgbestuurders,hoogleraren-en-prominenten-aan-kabinet:«Alles-op-alles-om-te-voorkomen-dat-mensen-ziek-worden-door-armoede»-I-KNMG>.

<sup>10</sup> *In de multidisciplinaire basiszorgpraktijken werkt altijd tenminste één huisarts, maar ook maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten, diëtisten etc. Op die manier is de verbinding met medische zorg en gezondheidsbegeleiding en preventie toegankelijk.*

doktersassistente, de huisarts, dan wijkteam en pas na soms meer dan vijf contactmomenten en meerdere weken bij de juiste zorgverlener terechtkomt.

Naar analogie van het telefoonnummer 0900-8844 van de politie, waar niet-levensbedreigende vragen over (on)veiligheid en aangiftes kunnen worden gesteld, zal dit ook voor vragen over gezondheid leiden tot herkenbaarheid bij zorgvragers en samenwerking tussen verschillende zorgdiensten.

Randvoorwaarden voor deze maatregel zijn goede digitale gegevensuitwisseling én volledig inzicht in wachttijden en beschikbaarheid per centrum en/of zorgverlener in de regio.

Daarnaast is huisvesting van multidisciplinaire praktijken nodig, waar in bestemmingsplannen van gemeentes rekening mee gehouden moet worden.

Dit voorstel vergt ook goede, inhoudelijke afstemming tussen de gemeentelijk ingerichte nuldelijn (wijk- en buurtteams, centra voor jeugd en gezin) en de in de gemeente werkzame huisartspraktijken.

Benodigde actie/beslispunt – De Kamer wordt gevraagd in te stemmen om de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te verzoeken om:

- o Samen met de koepels van gemeenten en zorgverzekeraars een werkbare inrichting op te zetten t.b.v een basiszorgcontactpunt. Onderdeel van deze inrichting is het expliciet maken van randvoorwaarden en de gezamenlijke financiering door gemeentes en zorgverzekeraars.
- o De evaluaties van de invoering en het vervolg van 0900-8844 te gebruiken bij het benoemen van de belangrijkste knelpunten en bijbehorende oplossingen.
- o In elke provincie tenminste twee middelgrote gemeentes te vragen om leiding te nemen in het starten met de combinatie van basiszorgbuurtapp en basiszorgpraktijken. Het is verstandig daarbij te kiezen voor gemeentes waar al goede samenwerkingsvoorbeelden liggen tussen nulde- en eerstelijnszorg.
- o In samenwerking met de Landelijke Huisartsvereniging en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) een leidraad «slimme basiszorg in de buurt» voor gemeentes te maken, met daarin aandacht voor aansluiting van praktijken op de app, praktijkrichtlijnen voor intensieve samenwerking tussen nulde- en eerstelijns en richtlijnen voor huisvesting.

### **3. Samenwerking (digitaal en fysiek) door ziekenhuizen voor spoedzorg in de regio!**

Achtergrond: Jaarlijks hebben een paar miljoen patiënten medisch-specialistische spoedzorg nodig. Daarvoor zijn 80 spoedposten (SEH's) bij ziekenhuizen beschikbaar. Door personeelstekorten die de kwaliteit onder druk zetten of reorganisaties bij ziekenhuizen om patiëntstromen beter te regisseren, bestaat de kans dat spoedposten sluiten. Volgens wet- en regelgeving is sluiting alleen mogelijk als door de inspectie, de betrokken regio en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is vastgesteld dat de toegankelijkheidsnorm van 45-minuten niet onder druk komt te staan. Maar bijna nooit is die norm een belemmering voor sluiting. Als dit toch zo is, is er een financiële beschikbaarheidsbijdrage om de spoedpost open te houden.

In sommige regio's, zoals Drenthe, werken ziekenhuizen samen om met name voor de nachten één spoedpost open te houden. De ziekenhuizen wisselen medewerkers uit en rouleren. Belangrijk daarbij zijn ook digitale middelen, zoals elektronische gegevensuitwisseling vanuit de ambulances

en de ziekenhuizen. Deze samenwerking blijkt in de praktijk goed te werken<sup>11</sup>, vinden alle betrokken partners in die (ROAZ-)regio (huisartsen, gemeentebesturen, andere ziekenhuizen, etc.). In de huidige wet- en regelgeving is voorgeschreven dat ziekenhuisbesturen die iets willen veranderen aan de spoedposten, dit voorleggen aan regiopartners. Ter informatie. Daarbij is geen instemming nodig, wat volgens lokale en regionale bestuurders in de weg staat voor goed overleg en goede oplossingen.

De regionale invloed op hoe zorg in de regio wordt aangeboden, kan volgens het coalitieakkoord versterkt worden doordat de NZa voor elke regio in overleg een regiobeeld maakt. Dit proces is ook bevestigd in het Integraal Zorgakkoord en loopt nu.

Ook is het Kwaliteitskader spoedzorgketen van toepassing in negen van de elf regio's. Hierin is onder andere vastgelegd dat alle spoedeisende-hulpdiensten in een regio met elkaar informatie delen over de op-dat-moment beschikbare capaciteit. Maar dat is nog lang niet altijd het geval. Te vaak moeten ambulances rondjes rijden om een patiënt naar een beschikbaar bed in een ziekenhuis te brengen. Of moeten huisartsen heel veel telefoontjes plegen voor een plek voor bijvoorbeeld een patiënt die uit het ziekenhuis komt en moet revalideren. Dat moet anders.

De kwaliteit van deze spoedzorg is mede afhankelijk van de beschikbaarheid van generalistisch opgeleide SEH-artsen en physician assistants en verpleegkundig specialisten. De initiatiefnemer vraagt aandacht voor de uitvoering van de motie van het lid Tielen<sup>12</sup> waarin wordt aangedrongen op het betrekken van medisch generalisten

Voorstel: Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat als ze een spoedvraag hebben, dat daar snel en nabij zorg mogelijk is. Daarom wil de initiatiefnemer dat de volksvertegenwoordiging in de regio's meer invloed heeft op de beslissingen van ziekenhuisbesturen en op de «NZa-regiobeelden» en de concrete invulling daarvan. Over hoeveel en waar er zorg nodig is in de regio. Dat geldt ook voor betrokken andere zorgverleners, zoals huisartsen. De initiatiefnemer doet daarvoor het voorstel om de onderliggende algemene maatregel van bestuur aan te passen.

De initiatiefnemer ondersteunt het recente voorstel van de Minister over zorgcoördinatie: ziekenhuizen in een regio moeten meer onderling afspraken maken over de openstelling van spoedposten en de personele bezetting. Deze afspraken dienen goedgekeurd te worden door de ROAZ-besturen. De initiatiefnemer wil dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport doorzettingsmacht heeft en op die manier samenwerking kan afdwingen.

Belangrijk aanvullend voorstel van de initiatiefnemer is dat het aan alle ziekenhuizen verplicht wordt om de realtime capaciteitscijfers te delen met andere ziekenhuizen én multidisciplinaire basiszorgcentra in de regio.

Benodigde acties/beslispunt – De Kamer wordt gevraagd in te stemmen om de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te verzoeken om:

- o De invloed van regionale/gemeentelijke betrokkenen te vergroten als het gaat om de inrichting van spoedzorg in de regio, door de onderliggende algemene maatregel van bestuur aan te passen.
- o De regionale/gemeentelijke betrokkenen een expliciete stem te geven bij het samenstellen van de NZa-regiobeelden zorg.

<sup>11</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/06/30/samen-vormgeven-herinrichting-ziekenhuiszorg-drenthe-en-zuidoost-groningen>.

<sup>12</sup> Kamerstukken II 2021/22, 29 247, nr. 356.

- o Doorzettingskracht voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te creëren indien regionale samenwerking m.b.t. basiszorg en spoedzorg achterblijft bij de IZA-plannen en de regiobeelden.
- o Alle ziekenhuizen, eventueel per ROAZ-regio, te verplichten om hun realtimecapaciteit op SEH's en verpleegafdelingen te delen met andere ziekenhuizen in de regio

#### **4. Zelf aan de knoppen: meer grip op de eigen gezondheid met de persoonlijke gezondheidsomgeving, telemonitoring, zelfmetingen en meer**

Achtergrond: Een persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) geeft digitaal toegang tot (alle) gezondheids- en zorggegevens van een zorggebruiker. Met informatie in de pgo is de voorbereiding op een afspraak met de huisarts makkelijker en beter, is het mogelijk om de uitslagen van onderzoeken nog eens rustig na te lezen en hebben patiënten op elk moment toegang tot gezondheidsgegevens, ook bij doorverwijzingen. De bekendheid van persoonlijke gezondheidsomgevingen is echter nog laag. Er bestaan verschillende pgo-aanbieders in Nederland, maar nog lang niet alle zorginstellingen kunnen met een pgo verbinding maken. Het inladen van gezondheidsgegevens is dan niet mogelijk. Daardoor worden pgo's nog nauwelijks gebruikt door patiënten en hebben de pgo's die er zijn meestal incomplete gezondheidsprofielen.

Telemonitoring is het meten en monitoren van bepaalde gezondheidswaarden (bloeddruk, bloedsuiker, etc.) op afstand, bij de patiënt thuis. Dit heeft voordelen voor patiënten. Zo hoeven ze niet te reizen naar een zorginstelling, is er geen «witte-jas-effect»<sup>13</sup> en ook kunnen acute gezondheidsproblemen worden voorkomen omdat er op tijd een signaal wordt afgegeven. Ook voor zorgverleners bespaart het tijd en fouten. Tijdens de coronaperiode is het gebruik van telemonitoring gestegen, maar in 2022 weer gedaald.<sup>14</sup> Zonde!

In het Integraal Zorgakkoord en het coalitieakkoord is afgesproken dat per 2025 alle mensen in Nederland toegang hebben tot een persoonlijke gezondheidsomgeving met daarin de (complete en correcte) zorggegevens. Deze afspraak is belangrijk om het voor iedereen mogelijk te maken om mensen zelf aan de knoppen te laten zitten, zeker als het gaat om basiszorg.

Voorstel: De initiatiefnemer pleit voor een extra (financiële) stimulans voor (multidisciplinaire) basiszorginstellingen om de beschikbaarheid en het gebruik van pgo's, telemonitoring en andere slimme zorg te kunnen verdubbelen. Goede en snelle communicatie tussen zorgverleners over uitslagen is hierbij essentieel. Er liggen afspraken, maar naar het oordeel van de initiatiefnemer zit er nog te weinig vaart in de uitvoering.

Benodigde actie/beslispunt – De Kamer wordt gevraagd in te stemmen om de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te verzoeken om:

- o In de e-healthmonitor en de IZA-voortgang explicietere en grotere stappen op te nemen als het gaat om het gebruik van telemonitoring en pgo's en andere digitale vormen van zorg
- o Een jaarlijkse, financiële beloning voor zorgverleners te introduceren bij wie het gebruik door patiënten van o.a. pgo's en telemonitoring significant verhoogt
- o Onverminderd vast te houden aan het tempo van de implementatie van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg

<sup>13</sup> <https://vrouwenhart.nl/onderzoek/heeft-thuis-je-bloeddruk-meten-voordelen/>.

<sup>14</sup> E-healthmonitor 2022.



- o Te bewerkstelligen dat een zorginnovatie niet per zorgverzekeraar of zorgkantoor hoeft te worden goedgekeurd/getoetst als deze eerder al door een zorgverzekeraar of zorgkantoor goedgekeurd is

### **5. Simpele slimme oplossingen «onder de knop»: voor iedereen en overal moeten medicijnuitgiftepunten en slim spoed-vervoer normaal zijn**

Achtergrond: Slimme innovaties hebben laten zien dat ze de toegang en beschikbaarheid van basiszorg kunnen verbeteren. Denk aan uitgiftepunten van apotheken, zodat patiënten hun medicijnen kunnen ophalen op andere tijden dan kantoortijden. Of drones, die geen last hebben van verkeersopstoppingen bij het bezorgen van medicijnen of zakken bloed. Dit soort slimme en relatief simpele oplossingen worden vaak nog beschouwd als leuke gadgets: vrijblijvende initiatieven waarmee de zorginstelling in het nieuws kan komen. Terwijl juist dit soort innovaties arbeidsuren kunnen besparen en voor patiënten gemak en toegankelijkheid opleveren.

Voorstel: De initiatiefnemer pleit ervoor dat de NZa in de beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten de criteria arbeidsbesparing én toegankelijkheid opneemt.

Daarnaast wil de initiatiefnemer dat zorgverleners en zorgverzekeraars aan de slag gaan om te zorgen dat deze simpele innovaties «onder de knop» vaker worden toegepast en ingezet. Daarbij past een ambitieuze streefdoelstelling, waarbij de beleving van patiënten over de toegankelijkheid en beschikbaarheid een belangrijk gevolg zijn.

Benodigde actie/beslispunt – De Kamer wordt gevraagd in te stemmen om de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te verzoeken om:

- o Een aanwijzing aan de NZa te geven om de beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten aan te passen en de criteria «arbeidsbesparing» en «toegankelijkheid» daarin op te nemen.
- o In kaart te brengen waar «witte vlekken» zitten met betrekking tot de bereikbaarheid van acute basiszorg en onderzoekt of een standplaats voor drone- of helikoptertransport deze blinde vlekken weg kan nemen.
- o Met VNG en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) afspraken te maken over het beschikbaar stellen van gezamenlijke medicijnuitgiftepunten.

### **Beslispunten**

Per maatregel zijn reeds de beslispunten benoemd, hier zijn ze alle op een rij.

De Kamer wordt gevraagd in te stemmen de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te verzoeken om:

1. Een overzicht te maken van de inbedding van digitale en hybride zorg in Denemarken en hoe deze ook in het Nederlandse stelsel kan worden toegepast.
2. Een taskforce hybride basiszorg op te richten, die samen met betrokken basiszorgorganisaties en verzekeraars vormgeeft aan de inrichting van de hybride basiszorg.
3. Samen met de taskforce duidelijk te maken hoe koplopers in de hybride basiszorg financieel beloond kunnen worden.
4. Samen met de koepels van gemeenten en zorgverzekeraars een werkbare inrichting op te zetten t.b.v een basiszorgcontactpunt. Onderdeel van deze inrichting is het expliciet maken van randvoorwaarden en de gezamenlijke financiering door gemeentes en zorgverzekeraars.

5. De evaluaties van de invoering en het vervolg van 0900-8844 te gebruiken bij het benoemen van de belangrijkste knelpunten en bijbehorende oplossingen.
6. In elke provincie tenminste twee middelgrote gemeentes te vragen om leiding te nemen in het starten met de combinatie van basiszorgbuurtapp en basiszorgpraktijken. Het is verstandig daarbij te kiezen voor gemeenten waar al goede samenwerkingsvoorbeelden liggen tussen nulde- en eerstelijnszorg.
7. In samenwerking met de Landelijke Huisartsvereniging en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) een leidraad «slimme basiszorg in de buurt» voor gemeenten te maken, met daarin aandacht voor aansluiting van praktijken op de app, praktijkrichtlijnen voor intensieve samenwerking tussen nulde- en eerstelijns en richtlijnen voor huisvesting.
8. De invloed van regionale/gemeentelijke betrokkenen te vergroten als het gaat om de inrichting van spoedzorg in de regio, door de onderliggende algemene maatregel van bestuur aan te passen.
9. De regionale/gemeentelijke betrokkenen een expliciete stem te geven bij het samenstellen van de NZa-regio-beelden zorg.
10. Doorzettingskracht voor de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te creëren indien regionale samenwerking m.b.t. basiszorg en spoedzorg achterblijft bij de IZA-plannen en de regio-beelden.
11. Alle ziekenhuizen, eventueel per ROAZ-regio, te verplichten om hun realtimecapaciteit op SEH's en verpleegafdelingen te delen met andere ziekenhuizen in de regio
12. In de e-healthmonitor en de IZA-voortgang explicietere en grotere stappen op te nemen als het gaat om het gebruik van telemonitoring en pgo's en andere digitale vormen van zorg
13. Een jaarlijkse, financiële beloning voor zorgverleners te introduceren bij wie het gebruik door patiënten van o.a. pgo's en telemonitoring significant verhoogt
14. Onverminderd vast te houden aan het tempo van de implementatie van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg
15. Te bewerkstelligen dat een zorginnovatie niet per zorgverzekeraar of zorgkantoor hoeft te worden goedgekeurd/getoetst als deze eerder al door een zorgverzekeraar of zorgkantoor goedgekeurd is
16. Een aanwijzing aan de NZa te geven om de beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten aan te passen en de criteria «arbeidsbesparing» en «toegankelijkheid» daarin op te nemen.
17. In kaart te brengen waar «witte vlekken» zitten met betrekking tot de bereikbaarheid van acute basiszorg en onderzoekt of een standplaats voor drone- of helikoptertransport deze blinde vlekken weg kan nemen.
18. Met VNG en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) afspraken te maken over het beschikbaar stellen van gezamenlijke medicijnuitgiftepunten.

### **Financiële paragraaf**

De kosten voor «altijd slimme basiszorg in de buurt» moeten gedragen worden door diverse betrokkenen: het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de gemeenten en de zorgverzekeraars. In het Integraal Zorgakkoord is € 2,8 miljard opgenomen voor transformatieplannen voor de periode 2023–27. Dit bedrag is aangevuld met een aantal enveloppen gelieerd aan doelstellingen waaraan ook de maatregelen in deze initiatiefnota aan bijdragen, zoals Meer tijd voor huisartsen en Investingsmiddelen gemeenten.

Dat betekent dat financiering van deze plannen voor een groot deel uit de al beschikbare middelen kan.

Tielen