

Geachte achterbannen van de partijen die aan visie eerstelijnszorg 2030 hebben bijgedragen,

Als onderdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA) hebben wij, als een van de partijen uit de eerste lijn in januari 2024 een [visie op de eerstelijnszorg 2030](#) vastgesteld. De afgelopen maanden hebben deze partijen in een intensief proces gewerkt aan de vraagstukken uit de ‘werkagenda’ (te vinden in paragraaf 6.2 in de visie) en een realisatieagenda. Dit is een uitwerking van hoe we de gestelde doelen voor 2030 met elkaar denken te kunnen realiseren. De doelen die we gezamenlijk willen bereiken zijn:

- Verminderen van ontstane ongewenste druk op de eerstelijnszorg.
- Zorgen voor passende voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn.
- Bieden van passende eerstelijnszorg, met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar van meerwaarde digitaal ondersteund.
- Betere benutting van capaciteit binnen de eerstelijnszorg en ruimte voor optimaler organiseren van taken.
- Realiseren van hechte samenwerking in de wijk tussen professionals.
- Zorgen voor aanspreekbaarheid van eerstelijnszorg, samenwerking op regionaal niveau voor een groter oplossend vermogen in de hele keten, beschikbare 24/7 infrastructuur in de eerstelijnszorg voor crisissituaties

Met elkaar zijn we gekomen tot een uitwerking van de werkagenda in een notitie over de regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden (RESV) (bijlage 1). Deze werkagenda was nog een open vraagstelling in de visie eerstelijnszorg. Daarnaast hebben we een realisatieagenda visie eerstelijnszorg 2030 opgesteld (zie bijlage 2). Met deze agenda maken we de visie concreter met specifieke acties om de visie in praktijk te brengen. Voorafgaand aan de realisatieagenda is de zorgbelofte eerste lijn geformuleerd die gezien moet worden als doelen voor de komende jaren, onderschreven door alle partijen. In december is er bestuurlijke goedkeuring gegeven op deze documenten.

Wij geloven dat betere samenwerking van de eerstelijnszorg in de wijk en regio de multidisciplinaire zorg voor mensen met complexe zorg- en welzijnsvragen gaat versterken en dat bijgaande documenten ons daarbij gaan helpen. Daarom leggen alle partijen deze uitwerking met een positief advies aan jullie voor met daarbij voor bijlage 1 en 2 **de volgende vragen**.

- Helpen de uitwerking van de regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden (*bijlage 1*) en de geformuleerde acties (*bijlage 2*) de huisartsenzorg om de gezamenlijke doelen van de visie te behalen, of ontbreken cruciale punten of zijn er principiële bezwaren?
- Wat is er nodig om deze uitwerking vervolgens succesvol te laten verlopen?

We zenden daarnaast de opgestelde en bestuurlijk goedgekeurde handreiking hechte wijkverbanden toe (*bijlage 3*). Dit document is opgesteld ter inspiratie en als hulpmiddel om in de wijken met elkaar aan de slag te gaan. Komende periode zullen we werken aan bredere verspreiding van deze handreiking.

Aanvullende toelichting vanuit de LHV

Bij de uitwerking van de realisatieagenda, waaronder de regionale eerstelijnszorgsamenwerkingsverbanden (RESV), hebben we regelmatig input opgehaald bij huisartsen. We hebben een klankbordgroep van LHV-ambassadeurs betrokken bij het proces en input opgehaald bij de afgevaardigde huisartsen in de Landelijke Ledenvergadering. De voorliggende stukken zijn een 99% versie. Met de vele partijen zijn we tot dit compromis document gekomen. Wij zien de voor ons belangrijkste uitgangspunten die wij steeds hebben ingebracht hierin terug:

- Monodisciplinair moeten de beroepsgroepen goed georganiseerd zijn om met mandaat afspraken te kunnen maken om te kunnen samenwerken in een RESV. Daarvoor moeten O&I-gelden beschikbaar zijn voor alle beroepsgroepen.

- De RESV is bedoeld voor multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn en met sociaal domein, dus voor afspraken over de organisatie van (regionale) patiëntenzorg met 3 of meer disciplines. De RESV is geen hoofdaannemer van zorg(programma's). Er is wel ruimte indien wel gewenst is.
- Een RESV en wijksamenwerkingsverband is in principe geen juridische structuur en de organisatie moet passend zijn bij wat er lokaal en regionaal al aan structuur is. Maatwerk moet dus mogelijk zijn (geen blauwdruk).
- De financiering volgt de zorg/organisatie, niet andersom. De verzekeraars en gemeenten contracteren gelijkgericht.
- Een regionale huisartsen organisatie (RHO) kan een gids/voorbeeld zijn voor de andere eerstelijnsdisciplines, tegelijkertijd is een RHO niet verantwoordelijk voor (het organiseren van/aansluiten van) de andere disciplines.

We zullen (als landelijk bestuur en bureau én als ambassadeurs bij regionale uitwerkingen) in de komende jaren bovengenoemde punten steeds in het achterhoofd houden en toetsen: loopt de uitwerking nog in lijn met de afspraken? Bereiken we de beoogde doelen? Blijf als ambassadeur en leden betrokken en alert op de regionale uitwerking.

Zoals al aangekondigd in de Landelijke Ledenvergadering van 26 november stemmen we met de klankbordgroep een voorstel reactie namens de LHV af. Vervolgens vragen we alle ambassadeurs of jullie je hierin kunnen vinden.

We zien jullie reactie graag op **11 februari** tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Namens ActiZ, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NVAVG, Patiëntenfederatie Nederland, PPN, Sociaal Werk Nederland, V&VN, Verenso, VNG, VWS, ZN, ZorgthuisNL, NZa, Zorginstituut.

Marjolein Tasche
 Voorzitter
 Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Bijlagen: 1. Notitie regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden, 2. Realisatieagenda visie eerstelijnszorg 2030, 3. Handreiking hechte wijkverbanden