



Brancheinformatie Huisartsen

De huisartsenmarkt in beeld

Feiten & Cijfers

1. 15.009 huisartsen per oktober 2022
2. 13.492 werkzame huisartsen in 2021
3. 2.545 huisartsen in opleiding
4. 2.488 huisartsen (16,5%) ouder dan 60 jaar
5. 1 op de 5 praktijkmedewerkers is 55 jaar of ouder
6. Werkzaam als waarnemer: van 10% (2000) naar 21% (2021)
7. Zelfstandig gevestigde huisartsen: van 6.681 (2017) naar 6.249 (2021)
8. Verwijzingen naar specialistische zorg: van 5,2 miljoen (2020) naar 6 miljoen (2021)
9. 28 spreekuurcontacten per dag
10. 12 visites per week (hoog t.o.v. andere landen)
11. Duur consult: gemiddeld 11 minuten (kort t.o.v. andere landen)

Bronnen:

BIG-register d.d. 26-8-2022

Nivel cijfers huisartsenzorg

Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH)

Nederlandsche Zorg Autoriteit (NZa)

Huisartsenopleiding Nederland

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)

Bekijk de infographic [Huisartsen in Beeld](#)

Inhoudsopgave

Feiten & Cijfers	2
1. Inleiding: De huisarts in beeld	4
2. Bekostiging, verdienmodel en geldstromen in de branche	6
3. Belangrijkste trends en ontwikkelingen	8
4. Digitalisering & innovatie	11
5. Duurzame zorg	13
6. Kansen & bedreigingen	15

1. Inleiding: De huisarts in beeld

Huisartsen zijn cruciaal voor een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg in Nederland. Zij zijn de laagdrempelige zorgverleners die met een brede en integrale blik naar de patiënt kijken. Iedere ingeschreven patiënt moet kunnen rekenen op dit basisaanbod en iedere huisarts zal voldoende tijd voor het patiëntencontact moeten hebben. De vraag naar huisartsenzorg neemt echter toe door vergrijzing, bevolkingsgroei, en omdat mensen langer thuis blijven wonen. Ook zien we een toename van jongeren die behoefte hebben aan een gesprek met hun huisarts. Bovendien hebben bijna 2.500 huisartsen de leeftijd van 60 jaar of ouder bereikt. De verwachting is dat hiervan een groot aantal tussen nu en 5 jaar zal stoppen met werken. Hiernaast is er sprake van een tekort aan doktersassistenten. Het aantal huisartspraktijken dat geen patiënten meer aanneemt, is sinds 2018 toegenomen van 48% naar 60%. Dit komt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg niet ten goede. Ondanks het feit dat het aantal opleidingsplekken voor huisartsen, verpleegkundig specialisten en *physician assistants* per 2023 wordt verhoogd, zal naar onze mening, de druk op de huisartsenzorg hoog blijven.

Een Integraal Zorg Akkoord, ondertekend door verschillende partijen en inmiddels ook door de huisartsen, is nodig omdat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg onder druk staat. Er zijn maatregelen nodig omdat voor steeds meer huisartspraktijken de werkdruk te hoog wordt. De zorgvraag blijft toenemen en huisartsen moeten veel tijd vrijmaken voor administratieve verplichtingen. Er is meer tijd voor de patiënt nodig om de kwaliteit van de huisartsenzorg te borgen. Een Integraal Zorg Akkoord zal deze problemen moeten oplossen. Het verstrekte commitment door ondertekening van het IZA is noodzakelijk om het zorgbrede draagvlak te creëren en de problemen in de zorg aan te pakken.

Samenwerking tussen verschillende regio's en verschillende zorgdomeinen als huisartsenzorg, GGZ, ziekenhuizen, wijkverpleging en gemeenten ligt voor de hand. Hiermee zal de versnippering van de zorg,



de wachlijsten en wachttijden in de GGZ verminderd moeten worden. Hier zal per regio een plan voor moeten worden opgesteld waarbij aspecten als gezondheid, leefstijl, preventie, toegankelijkheid, betaalbaarheid en het bieden van passende zorg (Juiste Zorg op de Juiste Plek) een voorname plaats dienen te krijgen. Initiatieven tot het opstellen van regioplannen wordt genomen door de marktleider zorgverzekeraar in de betreffende regio samen met de gemeente. Huisartsen zijn niet alleen lokaal maar ook regionaal in verschillende instanties georganiseerd. Hierdoor kunnen activiteiten overlappen. De regionale samenwerking moet juridisch en bestuurlijk goed georganiseerd worden. Daarom moet binnen regionale samenwerkingsverbanden worden voldaan aan de wet- en regelgeving. Daarnaast zal men de inhoudelijke toets van NZa moeten doorstaan als het gaat om de doelstellingen, de structuur en de gevolgen voor de concentratie.

De praktijkhoudende huisarts heeft veel moeite om een opvolger te vinden. Jonge artsen maken bewuste keuzes wat betreft de balans werk-privé. Dit is een van de redenen dat er sprake is van een groei van het aantal waarnemers van 500 in 2008 tot 2.800 in 2021. Deze ingezette trend draagt er toe bij dat er verschillende organisatie vormen ontstaan waarbij de algemene insteek is om huisartsen te ontzorgen van organisatorische en administratieve werkzaamheden waardoor zij zich kunnen richten op het verlenen van zorg aan de patiënt.

Elektronische gegevensuitwisseling wordt de standaard in de zorg. Digitalisering en innovatie zijn noodzakelijk om de huisartsenzorg beheersbaar, betaalbaar en toegankelijk te houden. Om de 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' te kunnen aanbieden is een stevige eerste lijnorganisatie en infrastructuur, waarbij de huisarts de regie heeft, een voorwaarde. Bij dit alles is bewustwording én beveiliging van de huisartsenpraktijk tegen cybercriminaliteit essentieel.

Gezien de relevante maatschappelijke positie van de huisarts is investering in duurzaamheid belangrijk. Huisartsen die zich verplaatsen in elektrische auto's of op de fiets door de wijk, het gebruik van duurzame bedrijfskleding en het scheiden van afval, zijn enkele voorbeelden die binnen de huisartsenzorg toegepast worden en daarmee een directe bijdrage leveren aan Green Deal 'Duurzame zorg voor een gezonde toekomst'. Een duurzame inzetbaarheid van medewerkers is belangrijk om het personeel aan zich te blijven binden. Naast een gepaste beloning is het zinvol dat medewerkers zich verder kunnen ontplooiën en dat zij actief kunnen participeren in de praktijkvoering.

Kortom: naast verduurzamen is versnelling in digitalisering en inzet van digitale transformatie naar onze mening noodzakelijk om zorg toegankelijker en beheersbaar te houden.



2. Bekostiging, verdienmodel en geldstromen in de branche

De huisartsenzorg wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet en kent een gemengd honoreringssysteem. Het inkomen van de huisarts bestaat voor een deel uit een vast inschrijftarief per ingeschreven patiënt en dit bedrag wordt per kwartaal door de zorgverzekeraar uitgekeerd. Het tarief voor ingeschreven patiënten uit een opslagwijk (een wijk met meer sociale en financiële problemen) is per 1-1-2023 losgekoppeld van het inschrijftarief. De arts ontvangt een apart tarief en dit is afgezien van indexatie niet gewijzigd t.o.v. 2022.

Inschrijftarief	2022 incl. opslagwijk	2023
Per kwartaal	EUR 17,66	EUR 18,76 (+6,2%)
Consulttarief	EUR 10,83	EUR 11,51 (+6,2%)
Tarief opslagwijk		
Per kwartaal		EUR 5,78

Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging

Daarnaast ontvangt de huisarts maandelijks een vergoeding per verrichting, bijvoorbeeld uit hoofde van een consult, visite of een bijzondere verrichting (zogenaamde Modernisering & Innovatie oftewel M&I) zoals een kleine chirurgische ingreep.

Een andere inkomstenbron is het inkomen uit multidisciplinaire samenwerking: meerdere disciplines werken samen in de zorg voor één patiënt. Deze vorm wordt ook wel ketenzorg genoemd en wordt onder andere toegepast bij de zorg van sommige chronische aandoeningen zoals diabetes, astma, COPD, Cardiovasculair risicomanagement of ouderenzorg. Huisartsen worden voor deze zorg, welke vergoed wordt vanuit de basisverzekering, ondersteund door praktijkondersteuners (POH) die over het algemeen als ZZP'er werkzaam zijn. Hij of zij doet precies wat het woord zegt, de praktijk van de huisarts ondersteunen, zodat de huisarts zich meer kan richten op de complexere zorgvragen. Recent heeft de Belastingdienst besloten dat een nieuwe POH-GGZ niet langer via een zzp-constructie kan werken. Bestaande overeenkomsten blijven gehandhaafd, maar het advies is om een nieuwe POH-GGZ via een detacheringsbureau in te huren of zelf in loondienst te nemen. Inmiddels werken bijna alle huisartspraktijken met POH's en in ver-

schillende regio's worden voor verdere ondersteuning ook physician assistants en/of verpleegkundig specialisten en specialisten ouderengeneeskunde ingezet. In het declaratieproces en contractering met zorgverzekeraars worden huisartsen bijgestaan door huisartsen zorggroepen. De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit drie segmenten en prestaties buiten segmenten.

Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg

Basiszorg waarvoor grotendeels binnen de praktijk gediagnosticeerd kan worden. Hieronder vallen de prestaties zoals het inschrijftarief en de consulttarieven.

Segment 2: Multidisciplinaire zorg

Dit is multidisciplinaire eerstelijnszorg waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines (bijvoorbeeld POH, diëtist, fysiotherapeut) betrokken zijn om een integrale behandeling te geven. De hoogte van de vergoeding binnen dit segment is afhankelijk van onder andere innovatieve initiatieven van de ondernemende huisarts en de bereidheid van de zorgverzekeraars om hieraan mee te willen werken.

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Dit segment biedt ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om (beloning)afspraken te maken over de resultaten van de ingezette zorg uit segment 1 en 2. Dit gedeelte beschrijft bijvoorbeeld prestaties zoals Modernisering & Innovatie oftewel M&I, die het gebruik van digitale zorg kunnen belonen. De hoogte van de vergoeding binnen dit segment is afhankelijk van onder andere innovatieve initiatieven van de ondernemende huisarts en de bereidheid van de zorgverzekeraars om hieraan mee te willen werken.

Prestaties buiten segmenten

Binnen dit segment kunnen huisartsen prestaties declareren die buiten segmenten 1, 2 en 3 vallen, bijvoorbeeld de huisartsenzorg tijdens avond, nacht en weekend diensturen (ANW-verrichtingen), keuringen voor het rijbewijs en zorg aan asielzoekers in een centrale opvang.

De inschrijf- en consulttarieven en het ANW-tarief zijn met ingang van 1-1-2023 opwaarts bijgesteld:

Avond Nacht Weekend tarief

Het huidige actuele, niet gedifferentieerde tarief, zou zonder herijking EUR 87,67 per uur zijn.

Vanaf 1 januari 2023 heeft NzA de onderstaande tarieven goedgekeurd. De verwachting is dat per 1 april de nieuwe ANW tarieven worden ingevoerd.

Bron: LHV

Tarief per uur	2022	2023
ANW	EUR 87,67	
Avond		EUR 100,84
Nacht		EUR 131,87
Weekend		EUR 116,36
Feestdag		EUR 131,87

Bron: NzA verhoogt en differentieert ANW-uurtarief huisarts



3. Belangrijkste trends en ontwikkelingen

Integraal Zorg Akkoord

In de vorige regeerperiode was er sprake van hoofdlijnenakkoorden per deelsector. Nu is door minister Kuipers gekozen voor een integrale aanpak. Door diverse partijen in de zorg is samengewerkt aan een integraal zorgakkoord.

Het Integraal Zorg Akkoord (IZA) heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. In het akkoord maken de partijen voor de periode 2023-2026 afspraken over de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft recent het IZA akkoord ondertekend. Hiermee krijgt het IZA naar onze mening het gewenste zorgbrede fundament. Het IZA is nodig omdat ook de kwaliteit van de zorg onder druk staat. De vraag naar zorg blijft stijgen doordat er ook

technisch meer mogelijk is. We leven langer en er zijn steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Veel ziektes waar men vroeger aan overleed zijn overgegaan in chronische aandoeningen. Er is een tekort aan personeel in de zorg. Onder andere in de praktijken, wijkverpleging, thuiszorg en spoedeisende hulp. Medische, verpleegkundige en gemeentelijke professionals zullen meer met elkaar moeten samenwerken. Bovendien zullen de zorgkosten betaalbaar moeten blijven omdat zonder maatregelen de zorgkosten tussen nu en 2060 zullen verdrievoudigen. Om de voortgang van de verschillende maatregelen te bewaken, bespreken de IZA-partijen die het akkoord ondertekend hebben elk kwartaal de voortgang in het bestuurlijk overleg. Regelmatig evalueren is naar onze mening relevant met name om ruimte te geven aan het voortschrijdend inzicht van de verschillende maatregelen.

Huisartsen en IZA

Voor steeds meer huisartsen en hun personeel wordt de werkdruk te hoog. Dit wordt onder andere ingegeven door de toenemende zorgvraag van de patiënt en in complexiteit ongeacht de leeftijdscategorie. De veeleisende patiënt doet steeds vaker een beroep op de huisarts. Ook voor taken die niet in de huisartsenzorg thuis horen. Ons overbelast zorgsysteem vraagt steeds meer van huisartsen. Bovendien is er sprake van een tekort aan doktersassistenten en is 1 op de 5 medewerkers in een huisartsenpraktijk ouder dan 55 jaar. Daarnaast is in de laatste vier jaar sprake van een groei van het aantal huisartspraktijken dat geen patiënten meer kan aannemen, van 48% naar 60%. Enige verlichting wordt geboden door een toename vanaf 2023 van het aantal opleidingsplekken voor huisartsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Bij dit alles moeten huisartsen nog steeds veel tijd vrij maken voor administratieve verplichtingen. Deze tijd gaat ten koste van de tijd voor de patiëntenzorg. Om de gewenste kwaliteit in de huisartsenzorg te kunnen blijven leveren is meer tijd voor de patiënt nodig en zal er minder tijd besteed moeten worden aan administratieve verplichtingen. Zo zal een consult geen 10 minuten moeten duren maar 15 minuten of langer en zal de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verbeterd moeten worden. Deze staat nu door wachttijden en knelpunten in het aanbod van cruciale en complexe zorg onder druk. Huisartsen zijn lang verantwoordelijk voor mensen met een complexe GGZ-zorgvraag. De instroom en uitstroom



van GGZ-patiënten zal geoptimaliseerd moeten worden. Daarnaast is er sprake van een groeiende vraag naar jeugdzorg. Dit kan gaan om hulp bij faalangst, voeding maar ook om psychiatrische stoornissen. Het IZA moet deze problemen oplossen. Maar hoewel IZA partijen de voortgang van de verschillende maatregelen frequent evalueren gaat de concrete uitwerking van het IZA volgens de huisartsen niet ver genoeg. Om een zorg breed draagvlak te creëren is het naar ons idee noodzakelijk dat de overheid met de huisartsen in gesprek blijft met als inzet dat wederzijdse misstanden en onduidelijkheden worden opgelost.

Regionale Samenwerking

De gemaakte afspraken binnen het IZA spreken over een verregaande samenwerking tussen regio's en de verschillende zorgdomeinen als huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg (GGZ), ziekenhuizen, wijkverpleging en gemeenten. Deze domeinoverstijgende samenwerking is niet alleen evident om onder andere de wachtlijsten en wachttijden in de GGZ te laten dalen, maar ook om de versnippering van zorg binnen ons systeem een halt toe te roepen. Medische, verpleegkundige, en gemeentelijke professionals zullen (nog) meer met elkaar moeten samenwerken om de zorg rondom de patiënt centraal te stellen en passende zorg oftewel 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' rond die patiënt te organiseren. Het IZA spreekt in dit verband over het formaliseren van (niet vrijblijvende) regionale samenwerking waarbij gemeenten en zorgverzekeraars in de lead zijn voor het opstellen van een zogenaamd regiobeeld en een regioplan. In een dergelijk plan staan gezondheid, leefstijl, preventie, toegankelijkheid, betaalbaarheid, het bieden van passende en integrale zorg én kwaliteit van de zorg in de meeste brede context, centraal. De omvang van een regio ligt niet vooraf vast, maar zal wel substantieel en passend bij de omvang en binding van de huisartsen in het betreffende gebied moeten zijn.

Genoemd is een indicatie van ongeveer 50.000 tot 200.000 inwoners of een 'natuurlijke regio' waarbij aspecten als gemeentegrenzen of adherentiegebied van bijvoorbeeld een ziekenhuis bepalend kunnen zijn.

Grensaafbakening kan hierbij lastig zijn, evenals de wijziging van deelbelang voor individuele zorgverleners naar collectief belang.

Huisartsen zijn op dit moment niet alleen lokaal maar ook regionaal georganiseerd. Hier zijn huisartsendiensten structuren, zorggroepen, LHV-kringen, en waarneemgroepen (wagro's), die ondersteunend zijn voor gevestigde en niet-gevestigde huisartsen. Bovendien zijn er (koepels) van gezondheidscentra waar huisartsen multidisciplinair samenwerken, en zijn er

regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) die de taak hebben om de samenwerking in de regio te bevorderen. Door deze hoeveelheid aan ondersteunende organisaties komt het voor dat de activiteiten elkaar overlappen wat op zijn minst niet efficiënt is. De regionale samenwerking zal juridisch & bestuurlijk dusdanig georganiseerd moeten worden dat wordt voldaan aan de wet- en regelgeving (AVG, Autoriteit Consument en Markt) maar zal het ook de inhoudelijke toets NZa (doelstellingen/structuur/gevolgen concentratie etc.) moeten doorstaan.

Versterking organisatie eerstelijnszorg:

Door vergrijzing, de beweging naar passende zorg (waarde gedreven: vindt plaats op de juiste plek, gaat over gezondheid in plaats van ziekte) en omdat mensen langer thuis blijven wonen, zullen steeds meer mensen voor complexe zorgvragen een beroep doen op de eerstelijnszorg. Doordat de eerstelijnszorg grotendeels kleinschalig is ingericht en zorgverleners voornamelijk zelfstandig werken, is de zorg versnipperd en hebben patiënten met meerdere zorgaanbieders te maken. Hierdoor zijn zorgverleners steeds minder met zorgverlening bezig en meer met randzaken. Daarbij staat de huisarts als spil van de eerstelijnszorg onder grote druk. In het IZA zijn afspraken gemaakt om te komen tot een eerstelijnszorg die blijvend beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen. In de kern gaat het om afspraken voor wat betreft visie en plan van aanpak, meer tijd voor de patiënt, en organiseren en samenwerken. Daarnaast zal er (nog) meer moeten worden ingezet op preventie en door het bieden van meer regie voor patiënten om zelf antwoorden op hun vragen over gezondheid en zorg op te zoeken. Er wordt ingezet op meer samenwerking tussen de zorgprofessionals in de eerste lijn en voor samenwerking van de eerste lijn met andere domeinen, zoals het sociaal domein, GGZ zorg, medisch specialistische zorg en langdurige zorg. In deze samenwerking zal naar onze mening door alle zorgprofessionals duurzaam geïnvesteerd moeten worden, en is het noodzakelijk om de huisarts te ontlasten waardoor meer tijd voor de patiënt vrij komt.

Praktijkopvolging

De praktijk houdende huisarts heeft te maken met opvolgingsproblematiek. Dit is niet meer regio gebonden, het is een landelijk beeld. Jonge artsen maken bewuste keuzes ingegeven door de werk-privé balans, tijd voor het gezin, parttime werken en de carrière van de partner. Ook de uitingen over te hoge werk- en administratiedruk door huidige praktijkhouders weerhoudt de jonge arts om over te nemen. Dat wil niet zeggen dat de jonge artsen geen passie hebben voor hun vak! Ze hebben vaak goede ideeën hoe de zorgverlening nog beter kan worden ingericht.

De toename van het aantal waarnemers is sinds 1998 niet tot stilstand gekomen. Van 325 in 1998, ruim 500 in 2008 tot ruim 2.800 anno 2021.

Niet alleen de keuzes van de jonge artsen, maar de keuzes van praktijkhouders om eerder te stoppen met werken en het aantal huisartsen die binnen 5 jaren hun pensioengerechtigde leeftijd behalen (ca. 16,5%, bijna 2.500 ouder dan 60 jaar) draagt ook bij aan een tekort aan praktijkhouders.

Door toename van 'het thuiswerken' zien we een lichte positieve ontwikkeling. Meer jonge artsen tonen interesse in werken bij een plattelandspraktijk, omdat de partner (meer) vanuit huis kan gaan werken.

Om opvolgers te vinden en aan zich te binden, moeten praktijkhouders kritisch kijken naar de eigen praktijkorganisatie en het pand. Ook moeten zij initiatieven nemen en anticiperen op veranderingen in de samenleving. Ook om jonge artsen te behouden voor het huisartsenvak. Praktijken worden alvast verplaatst naar gezondheidscentra of praktijkpanden worden zoveel mogelijk verbouwd. Dit laatste is uitdagend omdat in de nabije directe omgeving veelal geen ruimte beschikbaar is. Tevens wordt de praktijkvoering doorgelicht en waar nodig toekomstbestendig gemaakt. Goede samenwerkingsstructuren met andere zorgverleners en sociaal domein is hierbij essentieel. Goed opgeleid personeel in de praktijk is van cruciaal belang.

Daarnaast hebben LHV en overheid zich sterk gemaakt voor meer opleidingsplekken. In de opleiding wordt ook meer aandacht geschonken aan de voorbereiding op de dagelijkse praktijk. Ondersteuning van en samenwerking tussen huisartsenpraktijken zal er dan uiteindelijk toe moeten bijdragen dat de jonge huisarts zelf meer tijd krijgt voor patiëntenzorg en het leuk vindt om een eigen praktijk te hebben.

Organisatievormen

Er bestaan verschillende initiatieven op het vlak van consolidatie van de huisartsenzorg, waarbij partijen ieder vanuit een eigen perspectief (overtuiging) en positionering de markt betreden. De meeste zijn zorggroepen en veelal partijen die met name regionaal zijn georiënteerd en komen voort uit het ondernemende karakter van een lokale huisarts of huisartsengroep of uit de wens om beter en efficiënter samen te werken. Er zijn ook andere organisatievormen zoals Flexdokters, Familiedokters en Buurtdokters. Hun uitgangspunt is het feitelijk ontzorgen van de huisartsen zodat de huisartsen zich kunnen richten op het verlenen van zorg aan de patiënt waarbij zij autonoom blijven in de praktijkvoering. Daarnaast zijn er ook enkele andere organisaties actief waarbij de huis-

arts in loondienst komt. Grotere (commerciële) spelers op de markt zijn ook toegetreden, gericht op overname van praktijken op meer landelijke schaal. Deze ontwikkelingen op ketenvorming en schaalvergroting kennen een aantal verschillende effecten. Van kansen voor overdracht tot een aarzelende houding richting partijen die zich (te) commercieel opstellen. Van verbetering van continuïteit en toegankelijkheid huisartsenzorg tot opwaartse prijsdruk (goodwill). Van verbetering kwaliteit en efficiëntie zorg en praktijkvoering tot verlies van autonomie op de werkvloer.

Meest voorname doel zou moeten zijn: het realiseren van een innovatieve en efficiënte huisartsenorganisatie waarmee toekomstbestendige lokale patiëntenzorg wordt uitgevoerd waardoor huisartsen maximaal vakgericht bezig kunnen zijn. Van belang bij de verschillende organisatievormen is wel dat men personeel weet te vinden en aan zich weet te binden. Interessante employee benefits zijn in deze een belangrijk instrument.



4. Digitalisering & innovatie

De forse toename van (complexe) zorgvraag en personeelstekort legt een enorme druk op de huisartsenpraktijk. Daarom zal innovatie en digitalisering essentieel worden om de huisartsenzorg beheersbaar en toegankelijk te houden. Het Integraal Zorg Akkoord en de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (WEGIZ) geven richting en sturing om echt stappen te zetten in digitalisering.

Digitale transformatie

De digitalisering heeft onze maatschappij in een razend-snel tempo veranderd. De zorg digitaliseert ook, maar minder snel. Dat moet de komende jaren sterk veranderen. Digitalisering wordt gezien als een cruciale beweging om de beoogde transformaties in de zorg mogelijk te maken.

Innovatie kan zeker een belangrijke bijdrage leveren aan de productiviteit, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. Denk aan het vastleggen en uitwisselen van informatie (elektronisch patiëntendossier) en zorgverlening op afstand (videoconsult is hier een voorbeeld van).

Digitalisering is noodzaak

De digitaliseringsopgave waar huisartsen voor staan is groot. De huisarts digitaliseerde als eerste in de zorg. Deze voorsprong gaat verloren als de eerstelijnszorg, met de huisarts als spin in het web, de mogelijkheden op het gebied van digitalisering onvoldoende weet te benutten.

De opgave van 'De juiste zorg op de juiste plek' vereist een goed georganiseerde eerste lijn met de huisarts in de regio. Het versterken van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn is een belangrijke voorwaarde om te kunnen anticiperen op de veranderende zorgvraag.

Dit betekent:

1. De patiënt moet meer gebruiksvriendelijk digitaal zelf kunnen (zelfredzaamheid)
2. De workflow en registratie in de huisartsenpraktijk moet beter ondersteund worden
3. Digitalisering moet het mogelijk maken dat het hele zorgnetwerk inclusief de patiënt beter ingericht wordt waardoor er efficiënter wordt samengewerkt

Het Integraal Zorg Akkoord en digitalisering (IZA)

In het vorige hoofdlijnenakkoord (2020) werd er voor het eerst gesproken over digitalisering. Het IZA van 2022 gaat feitelijk een stap verder, er zijn 4 concrete doelstellingen geformuleerd:

1. Elektronische gegevensuitwisseling wordt de standaard in de zorg
2. In 2025 toegang tot gegevens via persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's): waaronder afspraken over het ontsluiten van gegevens naar PGO's, regelen van de randvoorwaarden en ondersteuning van PGO-gebruik.



3. Transformatie naar meer digitale en hybride zorg:
 - ▶ Vanwege de arbeidskrapte is innovatie en herontwerpen van de zorg onontkoombaar, waaronder meer inzet van digitale hulpmiddelen
 - ▶ Beoordeling van de meerwaarde van digitale hulpmiddelen
 - ▶ Ondersteuning bij gebruik van digitale hulpmiddelen voor zorgverleners
 - ▶ Aanpassingen in de bekostiging, richtlijnen en standaarden nodig
4. Secundair gebruik van gegevens: dit gaat met name over het vaststellen wat zinvol en legitiem secundair gebruik van zorgdata is en aanpassing van wetgeving waar die een belemmering vormt. Hierin wordt ook gesteld dat secundair gebruik van data niet mag leiden tot meer administratieve lasten in de zorgpraktijk.

Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (WEGIZ)

Deze wet is inmiddels (september 2022) unaniem aangenomen in de Tweede Kamer. De Wegiz gaat over de juiste informatie op het juiste moment op de juiste plek. Dus wat een zorgverlener nodig heeft om een



goed behandelplan op te stellen en vermijdbare fouten te voorkomen. Elektronische gegevensuitwisseling heeft ook tot doel om de administratieve lasten van zorgverleners te verminderen zodat zij meer tijd aan hun patiënten kunnen besteden.

Teneinde dit te bereiken heeft de wet 2 sporen:

Spoor 1

De verplichting: de aangewezen gegevensuitwisseling moet vanaf een bepaalde datum verplicht elektronisch verlopen.

Spoor 2

Normalisatie en certificering: de aangewezen gegevensuitwisseling moet vanaf een bepaalde datum elektronisch én volgens standaarden verlopen. Dit betekent certificering van software van ICT-leveranciers. Zorgverleners worden daarmee verplicht om gecertificeerde software te gebruiken. Dit vraagt ook financiële investeringen in de huisartsenpraktijk.

Digitalisering en risico's

Digitalisering brengt ook risico's met zich mee. Helaas zijn ook huisartsenpraktijken al slachtoffer geworden van cybercriminaliteit. Het beveiligen van de praktijk tegen deze cybercriminaliteit is een belangrijk onderdeel van de praktijkvoering. Maatregelen treffen is essentieel om onder andere medewerkers, patiënten en samenwerkende partners te beschermen. Hierbij gaat het niet alleen om technische oplossingen maar ook over gedrag van mensen.

Bewustwording rond cyber crime in de zorgpraktijk is dus erg belangrijk. Want hoe optimaal ook de huisartsenpraktijk technisch beveiligd is, waterdicht is het echter niet. Daarom is het extra belangrijk dat medewerkers alert handelen. Techniek en bewustwording gaan hand in hand. Criminele organisaties benaderen medewerkers rechtstreeks onder andere via social media, phishing mail en telefoon.

Tips voor omgaan met cybercrime

1. Maak cybersecurity frequent bespreekbaar.
2. Geef informatiebeveiliging aandacht via een externe professional.
3. Richt processen zo in, dat er een plan ligt voor het geval cybercrime de huisartspraktijk treft en patiëntenzorg doorgang kan blijven vinden.

[Meer over Cybersecurity](#)

5. Duurzame zorg

Ook de gezondheidszorg wordt geconfronteerd met de effecten van klimaatverandering op de gezondheid van mensen. Aan de andere kant heeft de zorgsector die verantwoordelijk is voor 8% van de jaarlijkse CO₂ uitstoot, ook zelf invloed op het milieu. Daarom zijn er ook binnen de zorg afspraken gemaakt om een bijdrage te leveren aan een duurzame zorg en een gezonde toekomst. De Green Deal Duurzame Zorg voor Gezonde Toekomst gaat over de bijdrage die de zorgsector kan leveren aan het verbeteren van het milieu. Voorbeelden hiervan zijn het verminderen van CO₂-uitstoot en het stimuleren van een circulaire economie.

Er zijn interessante initiatieven gepassioneerd ingezet door de artsen verspreid over Nederland. Enkele voorbeelden hebben we geplaatst op onze website.

Zorg kan zelf een zorgomgeving creëren

Het RIVM ondersteunt instellingen en bedrijven in de zorgsector door onderzoeken aan te bieden en praktijkvoorbeelden te delen die bijdragen aan de

Green Deal Duurzame Zorg. Maar bovenal kan de zorg zelf een zorgomgeving ontwikkelen waarbij men primair streeft naar het creëren van gezond gedrag met andere zorgverleners voor patiënten, waarbij ook de patiënten hun verantwoordelijkheden hebben. Ook een gezond werkklimaat van personeel is van groot belang, zeker voor het behoud van personeel, en om nieuw personeel aan te trekken. Gezien de relevante maatschappelijke positie van de huisarts zijn de bijdragen naar onze mening essentieel. Om duurzaamheid actief in de strategie van de huisarts toe te passen, achten wij het van belang om voor wat betreft dit thema, vergaande bewustwording te realiseren bij de huisarts, personeel en patiënten.

Duurzaam inzetbaar personeel

Naast de zorg voor de patiënt heeft de huisarts ook de zorg voor de medewerkers. Gezien de personeelstekorten in de huisartsenbranche is een duurzame inzetbaarheid van medewerkers een belangrijk aspect om zich te kunnen aanpassen aan veranderingen die zich voordoen. Het boeien en binden van personeel wordt daarom steeds belangrijker. Naast de beloning



is het ook belangrijk om medewerkers de ruimte te geven om zich verder te ontplooiën, maar ook om ze te laten meedenken in de praktijkvoering. Zo kunt u de betrokkenheid van medewerkers bij de praktijk vergroten. Doordat ook medewerkers in de huisartsenbranche steeds langer moeten doorwerken, zullen ook zij flexibel moeten zijn gezien de vele maatschappelijke veranderingen die zich in een hoog tempo voltrekken. Wanneer medewerkers zich kunnen blijven ontwikkelen met behoud van welzijn en werkplezier én er sprake is van een ondersteunend werkklimaat vanuit de organisatie, zullen medewerkers in de huisartsenbranche behouden kunnen blijven. We zien dat praktijken die vooruitstrevend zijn, of zich duidelijk positioneren, makkelijker personeel vinden en aan zich binden. Dit is naar onze mening een belangrijk argument om als huisarts te blijven investeren in duurzaamheid van medewerkers.

Praktijkvoering

Duurzaamheid gaat niet alleen om het milieu en energieverbruik, CO₂-uitstoot, waterverbruik en watervervuiling reduceren. Het gaat ook om inspelen en anticiperen op de toenemende complexere zorgvraag van de patiënt, zoals slim implementeren van technologie om de patiënt zelf meer controle en tools te geven over zijn eigen gezondheid. De praktijkvoering toekomstbestendig maken is nodig, net als dezelfde visie uitdragen door iedereen die werkzaam is binnen de praktijk. Duurzaam is ook innovatief zijn als het gaat om het (slim) inzetten van mensen en middelen. Daardoor ontstaan gezonde wijken.

Energielabels van praktijkpanden.

In 2020 hebben alle lidstaten van de Europese Unie eisen geformuleerd voor het energiegebruik van nieuwe gebouwen. De overheid zorgt voor aanpassingen van wet- en regelgeving, zodat aan de eisen kan worden voldaan. Bent u eigenaar van een onroerend goed waarin een huisarts is gevestigd of gevestigd is in een gezondheidscentrum groter dan 250 m²? Of heeft u verbouw- of nieuwbouwplannen waardoor u meer dan 250 m² bezit of huurt? Dan is het hebben van een energielabel verplicht. Daarbij geldt geen verplichting voor minimaal label C, wat voor kantoren wel geldt. Wij verwachten dat dit in de nabije toekomst snel kan veranderen. Kantoren groter dan 100 m² moeten vanaf 1-1-2023 minimaal een energielabel C hebben. Deze verplichting geldt (nog niet) voor onroerend goed waar een huisarts in gevestigd is en voor gezondheidscentra. Toch adviseren wij u om rekening te houden met het verkrijgen van energielabel C als u een overname, koop of verbouw van een praktijkpand of gezondheidscentrum overweegt. Op het moment dat u een financiering aanvraagt, vraagt ABN AMRO naar het energielabel en uw plan van aanpak om het

pand te verduurzamen. Een gunstiger energielabel kan u mogelijk financieel voordeel opleveren. De ABN AMRO [duurzame investeringstool](#) geeft inzicht in het huidige energielabel en geeft u suggesties over de verbetermogelijkheden voor het pand. Samen met ABN AMRO worden de financieringsmogelijkheden onderzocht, bijvoorbeeld de Groenlening en Groenlease. Onze Subsidie Expertise Desk kan op basis van 'no cure no pay' onderzoeken welke subsidiemogelijkheden er voor u zijn. Naast fiscale subsidies zal onze desk ook navraag doen naar geldelijke subsidies op Europees, gemeentelijk of provinciaal niveau. Ook u kunt contact opnemen met bijvoorbeeld de wethouder en regionale energiefondsen. Wij zien dat de interesse in isolatie, zonnepanelen en warmtepompen en de bereidheid om hierin te investeren verder toeneemt. Ook gestimuleerd door de recente ontwikkelingen van de energieprijzen. Daarnaast nemen de mogelijkheden toe om gebruik te maken van circulaire en duurzame bouwmaterialen. De nieuwbouweisen uit hoofde van het bouwbesluit leveren minimaal energielabel A op.

ABN AMRO ziet voor zichzelf ook een maatschappelijke rol weggelegd als het gaat om het stimuleren van de inzet van duurzaamheid. En dat vastgoed zijn waarde behoudt voor toekomstige generaties en de uitstoot van CO₂ vermindert. ABN AMRO wil daarom een belangrijke rol spelen in de verduurzaming van vastgoed in Nederland. Dit doen wij door innovatieve projecten te ondersteunen, transformatie te stimuleren en te streven naar energie efficiëntie in bestaande gebouwen. Samen met de sector willen we deze ambitie vormgeven. Ook kan ABN AMRO u inzicht geven in duurzame inzetbaarheid van uw personeel. Door focus te leggen houdt u uw medewerkers (mentaal) gezond.

[Leer meer over wat ABN AMRO kan betekenen voor u als huisarts](#)

6. Kansen & bedreigingen

Kansen

- ▶ De rol van de huisarts als poortwachter in de zorg.
- ▶ Huisarts is de belangrijkste strategische regisseur in de wijk/regio.
- ▶ De doelstellingen in het IZA leiden tot meer tijd voor de patiënt. Dat komt de kwaliteit van de huisartsenzorg ten goede.
- ▶ Multidisciplinaire samenwerking leidt tot betere en completere zorg voor de patiënt en de wijk.
- ▶ Door samenwerking met andere zorgverleners zal de zorg minder versnipperd zijn.
- ▶ Digitale transformatie leidt tot beheersbaarheid van de gezondheidszorg.
- ▶ Innovatie leidt tot betere toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt.
- ▶ Duurzame praktijk met dito personeel is beter overdraagbaar.
- ▶ Taakdelegatie en het optimaliseren van de organisatie door bijvoorbeeld (nog meer) diversiteit in functies & personeel kan de gewenste ruimte geven in de praktijk en voor de huisarts.
- ▶ Investerings op basis van het buitensegment geven kansen om de huisartsenpraktijk toekomstbestendiger en efficiënter in te richten.

Bedreigingen

- ▶ Huisartsen krijgen steeds meer taken en hierdoor neemt de praktijkomvang toe. Het managen van de praktijk, het vinden en vasthouden van de juiste medewerker legt een grote druk op de huisarts & organisatie.
- ▶ Ruimtegebrek als gevolg van taakuitbreiding, toename personeel en daardoor gedwongen worden tot praktijkverplaatsing met bijbehorende financieringen.
- ▶ Het vinden van (goed opgeleid) personeel is een schaarste in steeds meer gebieden van Nederland.
- ▶ Het vinden van praktijkopvolgers wordt steeds problematischer. Dit geldt ook voor het vinden van waarnemers en doktersassistenten.
- ▶ De vele samenwerkingsverbanden waarin de huisarts moet participeren, kunnen leiden tot een cultuur waarin (te) veel vergaderd wordt en ten koste gaat van tijd voor de patiënt.
- ▶ Versnelling in digitalisering is noodzakelijk om zorg toegankelijk en beheersbaar te houden, wat veel inspanning vraagt van arts en patiënt.
- ▶ Het niveau van digitalisering sluit niet aan bij de wensen van de patiënt.

Bronnen

BIG-register d.d. 26-8-2022
Nivel cijfers huisartsenzorg
Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH)
Nederlandsche Zorg Autoriteit (NZA)
Huisartsenopleiding Nederland
Lhv
Klimaatdokters

Colofon

Meer weten?

Vraag het de ABN AMRO Sectorspecialist.

Vakgroep Huisartsen

Els Hogenbirk

els.hogenbirk@nl.abnamro.com

06-51 47 42 26

Rob Boelens

rob.boelens@nl.abnamro.com

06-10 94 86 61

Maarten den Heijer

maarten.den.heijer@nl.abnamro.com

06-23 36 23 75

