

REALISATIEAGENDA VISIE EERSTELIJNSZORG 2030

Actiz, InEen, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), Paramedisch Platform Nederland (PPN)¹, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland (SWN), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)², Verenso, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Zorginstituut Nederland (ZIN), ZonMw, Ministerie van VWS.

Status van dit document

Deze realisatieagenda is een werkdocument dat partijen richting geeft bij het uitvoeren van acties om de visie eerstelijnszorg in de praktijk te brengen. Het is een levend document; voortschrijdend inzicht of veranderende omstandigheden zullen de komende periode leiden tot aanpassingen in bestaande acties of het starten van nieuwe acties. Als acties anders of niet uitgevoerd worden en/of de randvoorwaarden voor uitvoeren van de acties zijn niet geborgd dan komt dit ter tafel bij het bestuurlijk overleg eerstelijnszorg. De realisatieagenda is een basis voor communicatie. De komende periode vertalen partijen de realisatieagenda naar boodschappen voor en gesprekken met de patiënt, de inwoner, de professional, aanbieders en financiers

Versie	DEF 2024-12-18
Opdrachtgever	Bestuurlijke realisatietafel visie eerstelijnszorg

¹ PPN vertegenwoordigt de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Ergotherapie Nederland (EN), de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH), Optometristen Vereniging Nederland (OVN), de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVL) en Vereniging voor Oefentherapeuten (VVOCM)

² De VNG heeft aan tafel gezeten bij de gesprekken over de realisatieagenda maar zat ten tijde van vaststelling van deze agenda (tijdelijk) niet aan tafel.

Inhoudsopgave

H1 Onze belofte

H2 We versterken samenwerking in de regio

H3 We maken werk van passende zorg en ondersteuning voor alle patiënten

H4 We zorgen dat professionals kunnen doen waar ze het beste in zijn

H5 We werken aan hechte wijkverbanden

Leeswijzer

Dit document is onze agenda voor 2025 en 2026. Daarmee gaan we aan de slag om onze ambities uit de visie eerstelijnszorg in de praktijk te brengen. De acties uit deze landelijke realisatieagenda hebben verbinding naar regionale plannen en agenda's. Bij het uitwerken trekken we ook samen op met andere sectoren, initiatieven en reeds bestaande tafels waarbij ook een wederkerigheid bestaat en de brede eerstelijnszorg betrokken wordt als initiatieven de eerstelijnszorg raken.

In hoofdstuk 1 presenteren we de zorgbelofte en beschrijven we welke functie deze heeft in het uitvoeren van de realisatieagenda. Hoofdstuk 2 tot en met 5 bevatten de acties die we de komende jaren gaan uitvoeren.

H1 Onze belofte

1. Aanleiding

De [visie voor de versterking van de eerstelijnszorg](#) is in januari 2024 vastgesteld. De ambitie van de visie is om **in 2030 een eerstelijnszorg te hebben die toegankelijk is voor alle burgers die zorg nodig hebben en die bijdraagt aan gelijke kansen op goede gezondheid voor iedereen**. Professionals, zorgaanbieders, patiënten en financiers zijn gemotiveerd om met elkaar de visie in de praktijk te gaan brengen. Met deze realisatieagenda vertalen we de [zes doelen](#) uit de visie in concrete acties voor de periode 2024-2026.

2. De zorgbelofte

Op initiatief van Patiëntenfederatie Nederland hebben de partijen die de visie eerstelijnszorg hebben ondertekend een zorgbelofte opgesteld. De zorgbelofte is een vertaling van de doelen van de visie naar het perspectief van patiënten en professionals. De zorgbelofte werkt twee kanten op. Aan de ene kant maakt deze duidelijk waar Nederland concreet op kan rekenen, als resultaat van de activiteiten uit deze realisatieagenda. Aan de andere kant maakt de Zorgbelofte duidelijk wat zorgverleners verwachten van patiënten en inwoners, en hoe ze daarin worden ondersteund, om goede zorg toegankelijk en betaalbaar te houden.

De zorgbelofte in de eerste lijn³

De eerstelijnszorg is er voor iedereen die zorg nodig heeft. Om dit waar te maken doen de eerstelijns zorgaanbieders en -financiers enerzijds en de inwoners van Nederland anderzijds, deze wederzijdse belofte, geschreven vanuit het perspectief van de patiënt. Vanuit het gezamenlijke doel om de soms beperkte capaciteit aan zorg zo goed mogelijk naar behoefte beschikbaar te stellen aan de inwoners van Nederland. Zodat inwoners en patiënten de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben en deze van goede kwaliteit is. Daartoe zullen de patiënten, eerstelijnszorgaanbieders en financiers de komende jaren de volgende beloften realiseren en laten zien in welke mate dit gelukt is.

1. Ik weet in elke situatie bij wie ik terecht kan voor zorg- of hulpvragen en kan zo nodig altijd terugvallen op een wijkteam waarin in ieder geval de huisarts, apotheek, wijkverpleging en sociaal werk nauw samenwerken.

³ Wie werken er onder andere in de eerste lijn? Huisarts, apotheek, fysiotherapeut, diëtist, oefentherapeut, maatschappelijk werk, wijkverpleegkundigen, specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut, arts VG, verloskundigen, psychologen, logopedist, huidtherapeut en optometrist.

2. Ik kijk op een betrouwbare website zoals thuisarts.nl of apotheek.nl voordat ik contact opneem met mijn huisartspraktijk of een andere zorgverlener, dit zorgt er voor dat ik soms ook zelf, samen met mijn omgeving, mijn (zorg)vraag kan oplossen.
3. Ik bereid me zo goed mogelijk voor op een afspraak met een zorgverlener, zodat ik de juiste vragen kan stellen en onder woorden kan brengen wat voor mij belangrijk is in een 'samen beslis-gesprek'.
4. Ik mag er van uitgaan dat ik als het nodig is binnen één dag toegang heb tot huisartsenzorg. Dat kan ook digitaal of telefonisch zijn. Wanneer nodig, kan ik terecht bij mijn huisartspraktijk bij mij in de buurt.
5. Ik maak zo mogelijk gebruik van betrouwbare digitale (zelf-)zorg en benut in afstemming met mijn zorgverlener de mogelijkheden van zorg-op-afstand.
6. Ik kan er op rekenen dat zorgverleners persoonsgerichte zorg leveren, die past bij mijn persoonlijke situatie, omstandigheden en mogelijkheden. Wanneer er meerdere zorgverleners betrokken zijn werken zij vanuit één zorgplan, dat voor mij (en eventueel ook naasten) toegankelijk is.
7. Ik ervaar en draag bij aan goede afstemming en samenwerking tussen zorg- en hulpverleners (maatschappelijk werk, huisartspraktijk, wijkverpleging, apotheek, specialist ouderengeneeskunde, paramedicus, arts VG).
8. Ik beschik over informatie om te bepalen wat goede zorg is en om daarin keuzes te kunnen maken.
9. Ik heb inzicht in het zorgaanbod in de eerste lijn (wie doet wat), de eventuele wachttijden en de kwaliteit ervan. Ook kan ik zien welke zorgverleners met elkaar samenwerken.
10. Ik heb rechtstreekse toegang tot (gespecialiseerde) paramedische zorgverleners, waaronder fysiotherapeuten en diëtisten, welke mij als het nodig is voor in de eerste lijn afgesproken klachten kunnen doorverwijzen.

De zorgbelofte dient drie doelen. Ten eerste dwingt deze ons vastlopende (belangen-) discussies vlot te trekken en steeds de focus te houden op diegenen voor wie het doen: de inwoner en patiënt. Dit geldt voor alles wat we de komende jaren doen. Ten tweede geeft de zorgbelofte richting aan de (regionale) veranderingen en helpt ongewenste variatie in toegang en kwaliteit van eerstelijnszorg te voorkomen. Ten derde is de zorgbelofte een fundament voor heldere en doelgerichte communicatie met iedereen die te maken krijgt met veranderingen: de patiënt, de inwoner, de professional, aanbieders en financiers.

H2 We versterken samenwerking in de regio

In de visie eerstelijnszorg (paragraaf 6.2) is afgesproken om twee punten op het gebied van regionale samenwerking verder uit te werken:

1. Hoe krijgt het regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband (RESV) voldoende slagkracht om de doelen en taken uit de visie daadwerkelijk effectief uit te kunnen voeren?
2. Op welke wijze kan of moet ook zorg – bijvoorbeeld in de vorm van programma's - bij een RESV als hoofdaannemer worden ingekocht?

Deze vragen zijn beantwoord in een separate notitie. Op basis van de notitie is een eerste aanzet gedaan tot het formuleren van acties.

Acties:

- Partijen, waarbij ZN trekker is, ontwikkelen een landelijke handreiking voor contractering van RESV's. De handreiking is in Q1 2026 gereed.
- Overheidspartijen VWS, NZa en ZINL onderzoeken de ruimte die er is binnen bestaande wet- en regelgeving om domeinoverstijgende afspraken met RESV's te kunnen maken. Hierover is in Q4 2025 duidelijkheid. Ze betrekken andere partijen waar nodig.
- Overheidspartijen werken aan het landelijk inregelen van de bekostiging van RESV's. Dit resulteert in Q2 2026 in een betaaltitel voor activiteiten van RESV's die is ingebed in een beleidsregel.
- Op landelijk niveau inventariseren we wat er per 2027 nodig is voor het uitvoeren van de hoofdtaken van het RESV in elke regio en waar we de benodigde financiële middelen kunnen vinden.

H3 We maken werk van passende zorg en ondersteuning voor alle patiënten

Onderwerp: preventie, digitalisering en een betere toeleiding (werkgroep 3)

Vertrekpunt voor dit hoofdstuk zijn de eerste drie doelen uit de visie eerstelijnszorg 2030. In 2030:

1. *De ongewenste druk op de eerstelijnszorg is substantieel teruggedrongen.*
 - Door initiatieven voor een gezondere samenleving, stimuleren van eigen verantwoordelijkheid bij burgers, en betere samenwerking met het sociaal domein.
2. *Patiënten zijn beter voorbereid op en doorverwezen naar de eerstelijnszorg.*
 - Door verbeterde (digitale) vraagverheldering en toeleiding, en betere ontsluiting van informatie over zorgtoegang en kwaliteit.
3. *Er wordt meer dan voorheen passende eerstelijnszorg geboden, met nadruk op gezondheid en kwaliteit van leven en waar mogelijk ondersteund door digitale middelen van meerwaarde.*
 - Door juiste zorg op de juiste plek, samen beslissen, proactieve zorgplanning bij complexe zorgvragen, en meer digitale en hybride zorg.

Deze doelen staan nader omschreven in de visie eerstelijnszorg. We voeren op basis van deze doelen de volgende actiepunten uit:

Acties:

1. Informatie ontsluiten vanuit de brede eerstelijnszorg op Thuisarts.nl. Opstellen van het plan van aanpak waarvan uitvoering vervolgens in 2025 start. [Betrokkenen: PPN, KNMP, Verenso, NVAVG, LHV, V&VN, KNGF en Patiëntenfederatie Nederland i.s.m. Thuisarts.nl]
2. Ontwikkeling van een gezamenlijk model voor vraagverheldering en toeleiding naar ondersteuning binnen of buiten de zorg voor zorgaanbieders in de eerste lijn. De eigenaren leveren in Q3 2025 een plan van aanpak op. [PPN, KNMP, Verenso, NVAVG, LHV, V&VN, KNGF]
3. Inventariseren of het nodig is om regio's/wijken te ondersteunen met formats/tools voor het opstellen van hun eigen sociale kaart. De inventarisatie moet in Q1 2025 worden opgeleverd. [nog geen trekkende partijen aan toegewezen]
4. Implementatie van Samen Beslissen in de Praktijk. De Patiëntenfederatie Nederland levert de inventarisatie in Q1 2025 op, het plan van aanpak is gereed in Q3 2025, en de uitvoering start in Q4 2025. [Patiëntenfederatie Nederland , V&VN]

5. Verkennen van mogelijkheden voor meer inzicht in de kwaliteit en capaciteit van zorg. De Patiëntenfederatie Nederland brengt de huidige situatie in kaart in Q1 2025, met een plan van aanpak inclusief mijlpalen en eindresultaten in Q2 2025. [Patiëntenfederatie Nederland]

H4 We zorgen dat professionals kunnen doen waar ze het beste in zijn

Het beter benutten van de capaciteit binnen de eerstelijnszorg en het waar nodig optimaler organiseren van taken begint met het erkennen en herkennen van de verschillende vakgebieden van eerstelijns zorgprofessionals. Dat is zowel van belang voor de zorgprofessionals zelf t.b.v. onderlinge afstemming en samenwerking als voor patiënten t.b.v. oriëntatie op de juiste zorg⁴. Voor zorgverleners is hun bijdrage aan passende eerstelijnszorg, waar patiënten het meeste baat bij hebben, het leidende principe.

In dit hoofdstuk worden activiteiten beschreven waarmee invulling wordt gegeven aan de volgende afspraken uit de visie:

- De capaciteit aan (eerstelijns) zorgverleners op peil houden en verbeteren;
- Waar mogelijk hybride zorg inzetten, met het doel om capaciteit beter te benutten en werkdruk te verlagen;
- Meer inzetten op optimaler organiseren van zorgtaken;
- Passende mogelijkheden creëren, waaronder passende bekostiging om het regiebehandelaarschap primair bij een andere professional dan de huisarts te beleggen;
- Experimenteren met het op een andere manier organiseren van verwijzing naar gespecialiseerde zorg;
- Paramedici laten bijdragen aan het voorkomen van (en verergering van) problemen en helpen daarmee de doorstroming naar de tweede lijn verminderen;
- Afspraken maken over regelruimte voor zorgprofessionals bij specifieke en/of complexe situaties.

Na inventarisatie van bevorderende en belemmerende factoren op het gebied van capaciteitsverdeling en samenwerking is een aantal activiteiten uitgewerkt. Hierbij wordt uitgegaan van de afspraken zoals eerder vastgelegd t.a.v. landelijke kaders, richtlijnen en standaarden en de borging hiervan in de afspraken die op regionaal niveau worden gemaakt.

Acties:

- Beroepsverenigingen werken toe naar centraal overzicht van/inzicht in vakgebieden, taken en verantwoordelijkheden van eerstelijns zorgprofessionals t.b.v. enerzijds verwijzing naar

⁴ Waar wij patiënten noemen, bedoelen we ook burgers/cliënten

elkaar en anderzijds (keuze) informatie voor patiënten. Q3 2026 is deze informatie beschikbaar voor professionals en patiënten.

- Beroepsverenigingen zorgen ervoor dat de definitie van 'regiebehandelaarschap' vanaf Q1 2025 uniform is gedefinieerd zodat deze eenduidig kan worden toegepast binnen de eerste lijn.
- Beroepsverenigingen brengen in kaart wat bij de verschillende beroepsgroepen de wettelijke ruimte en het potentieel is om invulling te geven aan taakverdeling, taakdelegatie en taakherschikking. Dit wordt uitgewerkt in een plan van aanpak na Q4 2025.
- Beroepsverenigingen beschrijven kaders voor multidisciplinair overleg (MDO) voor alle eerstelijns zorgverleners (met voor zorgprofessionals transparante en uitlegbare bekostiging) voor patiënten waarbij dit passend is. Zij doen Q1 2026 een voorstel voor de invulling en randvoorwaarden die nodig zijn.
- Beroepsverenigingen maken onderwerpen van richtlijnen (herzieningen)cycli inzichtelijk voor elkaar, zodat zij elkaar versterken en waar mogelijk op elkaar aansluiten. Doel is het bevorderen van multidisciplinaire zorg. Q3 2026 starten beroepsverenigingen een pilotproject, bijvoorbeeld voor revalidatie oncologische zorg in de eerste lijn.
- Beroepsverenigingen maken een actieplan gericht op stimuleren en behouden generalistische functies in de eerste lijn t.b.v. capaciteit.
- Beroepsverenigingen inventariseren in Q1 2025 wat de belangrijkste knelpunten in gegevensuitwisseling zijn voor de eerste lijn en gaan hierover in gesprek met de IZA-tafel digitalisering.
- Beroepsverenigingen komen in Q1 2025 met een visie op hybride zorg in de eerste lijn. Op basis hiervan komen zij in Q2 2025 met standpunten en randvoorwaarden voor een passende inzet van hybride zorg. Vanaf Q1 2026 gaan zij inzetten op het versterken van de digitale vaardigheden van professionals.

H5 We werken aan hechte wijkverbanden

In de visie is geformuleerd dat in 2030 professionals in de eerste lijn samenwerken in hechte wijkverbanden. Met een integraal en generalistisch perspectief die verantwoordelijkheid nemen voor de populatie in de wijk. We zijn allereerst op zoek gegaan naar factoren die bepalend zijn voor het succesvol functioneren van een hecht wijkverband. We zijn daarbij niet begonnen met een 'leeg vel'. Op verschillende plekken in het land wordt nu al vruchtbaar integraal samengewerkt in samenwerkingsverbanden in de wijk. Die voorbeelden inspireren ons hoe het kan en geven tegelijkertijd inzicht in de werkende factoren van het succesvol samenwerken en waar knelpunten zitten. Dit heeft al geleid tot een handreiking voor wijkverbanden die in een separate notitie is opgenomen.

Acties:

- VNG, SWN en VWS maken in Q1 2025 afspraken over deelname van het sociaal domein in RESV's en hechte wijkverbanden.
- VNG, SWN en InEen onderzoeken in Q1 2025 welke mogelijkheden uit de Leidraad MGN kunnen worden toegepast op de onderdelen van de voorgestelde multidisciplinaire en integrale zorg en ondersteuning in een hecht wijkverband.
- Het BO heeft afspraken gemaakt over hoe de wijkverpleging zich lokaal en regionaal herkenbaar en aanspreekbaar organiseert. Dit met als doel om de toegang tot wijkverpleging voor iedereen die dat nodig heeft goed te organiseren, in nauwe samenwerking met o.a. de huisartsenzorg. Daartoe wordt onder meer een coördinerend mechanisme in de wijk, op het niveau van de huisartsenpraktijk, georganiseerd. In Q1 2025 werken Actiz, ZorgthuisNL, ZN en VWS in samenwerking met LHV, Patiëntenfederatie en V&VN verder uit op welke manieren dit in de regio georganiseerd kan worden. Deze uitwerking omvat o.a. een aantal modellen die passen binnen de in het BO gemaakte afspraken en een analyse welke gevolgen deze modellen hebben voor marktordening en keuzevrijheid.