

**VISIE REGIONALE
SAMENWERKINGEN
ORGANISATIEVORMING
IN DE HUISARTSENZORG**

1 SAMENVATTING

De landelijke huisartsenorganisaties LHV, NHG en InEen staan voor verregaande structurele samenwerking en organisatievorming in de huisartsenzorg en de eerste lijn. Door meer eenheid en kortere lijnen in de regio neemt ook de slagkracht van de huisartsenzorg en de eerste lijn toe.

LHV, NHG en InEen stellen vast dat structurele samenwerking in de regio niet langer vrijblijvend kan zijn. Structurele samenwerking en regionale planvorming krijgen bij voorkeur vorm binnen één regionale huisartsenorganisatie. Waar mogelijk en gewenst kan deze worden uitgebreid met andere ketenpartners in de eerste lijn, met de tweede lijn, GGZ, Wlz-aanbieders en/of het sociaal domein.

Huisartsen moeten aanspraak kunnen maken op een basisniveau van dienstverlening door de regionale organisatie. Als vertegenwoordiger moet de regionale organisatie beschikken over een adequaat mandaat van de huisartsen in de regio. Het is van belang naast de praktijkhoudende huisartsen ook de waarnemend huisartsen en huisartsen in loondienst in de regio actief te betrekken.

Een sterke huisartsen- of eerstelijnsorganisatie zorgt voor goede patiëntenzorg en ondersteunt zorgverleners bij de complexe uitdagingen die op hen afkomen. De urgentie is groot. Er zijn veel vraagstukken waar de eerste lijn een antwoord op moet zien te vinden, zoals de ICT-infrastructuur en toenemende complexiteit van de zorgvraag door langer thuiswonenden ouderen en mensen met GGZ-problematiek. De arbeidsmarktproblematiek en werkdrukbeheersing vormen onmiskenbaar de grootste uitdaging voor de toekomst. Dit zijn vraagstukken die gewoonweg effectiever en duurzamer worden aangepakt door het gezamenlijk te doen. Een regionale organisatie die met mandaat namens een regio kan spreken kan huisartsen hierin ontzorgen door vraagstukken aan te pakken op het (praktijk-, wijk- of regio-)niveau waar dat het meest doelmatig en logisch is, en door een duidelijk aanspreekpunt te vormen voor andere domeinen en stakeholders.

LHV, NHG en InEen ontwikkelen een toolkit met informatie die helpt om invulling te geven aan de structurele regionale samenwerking in de eerstelijnszorg. Deze bevat onder meer modellen voor samenwerking en organisatievorming en handvatten voor regionale planvorming, het opzetten van een regionaal informatiebeleid, gebruik van data, het organiseren en implementeren van scholing en voorbeelden van de bestuurlijke inrichting van regio's. De toolkit komt begin 2020 beschikbaar.

2 INLEIDING

Met deze gezamenlijke visie op nut en noodzaak van structurele regionale samenwerking bieden LHV, NHG en InEen, huisartsen en eerstelijnsorganisaties handelingsperspectieven voor het vormgeven van structurele samenwerking en organisatievorming in de regio.

In deze visie wordt veelal gesproken over huisartsen en (regionale) huisartsenorganisaties omdat dit herkenbare termen zijn voor het merendeel van de leden van LHV, NHG en InEen. De werkelijkheid is echter divers. Er zijn bijvoorbeeld ook multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en multidisciplinaire organisaties waar huisartsen onderdeel van zijn, maar sprake is van een meer gelijkwaardige eerstelijnsamenwerking en organisatiestructuur.

3 AANLEIDING

Zowel vanuit huisartsen zelf als vanuit partijen buiten de sector bestaat er behoefte om lokaal en regionaal te komen tot een duidelijker en eenvoudiger vertegenwoordiging van huisartsen- en eerstelijnsorganisaties.

Deze behoefte aan eenduidigheid en aanspreekbaarheid in de regio is toegenomen en inmiddels urgent. Naast de bekende maatschappelijke ontwikkelingen als vergrijzing, ouderen die langer thuis wonen, toename van het aantal chronisch zieken, ontwikkelingen op het gebied van jeugdzorg, ziekenhuizen en GGZ, vragen vooral ontwikkelingen op het gebied van arbeidsmarkt en werkdruk om een gezamenlijke aanpak. Deze ontwikkelingen maken het enorm belangrijk om het zorgaanbod regionaal goed af te stemmen, te innoveren, te digitaliseren, en dit in samenhang te organiseren om zorgverleners hierbij de juiste ondersteuning te bieden. Een bijkomend voordeel is dat regionale samenwerking en organisatievorming efficiencyvoordelen kan opleveren en mogelijkheden biedt die een individuele huisartsenpraktijk niet heeft, bijvoorbeeld op het gebied van inkoopvoordelen, ICT-afspraken met leveranciers, planvorming, enzovoort.

Vanuit de sector zelf klinkt een steeds sterkere roep om de samenwerking in de regio beter te organiseren. Tegelijkertijd sturen verschillende landelijke overlegtafels aan op meer en betere samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders in de regio. Zo is de ontwikkeling van JZOJP (Juiste Zorg op de Juiste Plek) een nadrukkelijk onderdeel van het Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg 2019-2022. Ziekenhuizen voelen een enorme urgentie om de zorg anders te gaan organiseren (innovatie) en een deel van de zorg buiten de muren te plaatsen (substitutie). In het hoofdlijnenakkoord is verder uitdrukkelijk aandacht voor het thema 'ICT en zorginfrastructuur' en de (door)ontwikkeling van de regionale Organisatie & Infrastructuur (O&I) in de eerste lijn. Het uitgangspunt bij de O&I is dat er een goede efficiency-balans moet zijn tussen taken die regionaal en taken die in de wijk moeten plaatsvinden.

Een andere stimulans voor een betere organisatie van de regio vormen de vernieuwde kernwaarden en kerntaken van de huisarts die in januari 2019 zijn vastgesteld. Samenwerking (binnen en buiten de huisartsenzorg) is daarbij toegevoegd als vierde kernwaarde van de huisarts. Huisartsen die zich door een regio-organisatie ondersteund voelen bij praktijkoverstijgende vraagstukken zullen een sterkere binding met deze organisatie ervaren. Een regio-organisatie kan de druk op zorgverleners verminderen en helpen om meer tijd voor de patiënt te creëren.

Lokaal en regionaal is nu nog een veelheid aan huisartsenorganisaties actief die in meer of mindere mate een beroep doen op de (bestuurlijke) betrokkenheid van de huisartsen. Er is ook een grote diversiteit in de mate van samenwerking en organisatie per regio. In bijlage 1 bij deze visie staat waar de huisarts op dit moment werkt en actief is: op praktijkniveau, wijk/lokaal niveau en in regionale organisaties. Bijlage 2 geeft een overzicht van de verschillende soorten huisartsenorganisaties. Deze uitwerking geeft een goede indruk van de grote diversiteit aan huisartsenorganisaties.

4 SAMENWERKING EN ORGANISATIEVORMING

Versterking van de organisatie en bestuurlijke inrichting van de huisartsen- en multidisciplinaire eerstelijnszorg in de regio is noodzakelijk en urgent. Zowel vanuit huisartsen zelf als vanuit externe partijen is er behoefte om te komen tot een duidelijker en eenvoudiger vertegenwoordiging van huisartsen- en eerstelijnsorganisaties. Dit betekent dat zorgverleners een verantwoordelijkheid hebben om behalve een adequate individuele praktijkvoering ook samenwerking op wijk- en regioniveau vorm te geven, of zich hierin door een regionale organisatie te laten vertegenwoordigen.

Op veel plaatsen is nog sprake van een (te) grote versnippering van huisartsenorganisaties. Dit leidt tot veel overlap in werkzaamheden en veel bestuurlijke drukte. Meer samenwerking en afstemming kan deze negatieve effecten verminderen. Het uitgangspunt moet zijn dat werkzaamheden worden uitgevoerd op het niveau (praktijk, wijk of regionaal) dat hiervoor het meest doelmatig en logisch is. De uitvoering moet zoveel mogelijk in één hand komen binnen één (regionale) organisatie of minimaal goed en structureel worden afgestemd.

LHV, NHG en InEen vinden het noodzakelijk dat een basisniveau van structurele regionale samenwerking en organisatievorming beschikbaar is in iedere regio. Dit zullen zij landelijk ondersteunen en bevorderen. Een breed palet aan regionale activiteiten zal de binding tussen zorgverleners ook versterken. Samenwerking is geen doel op zich, maar een middel om de zorgverlening aan patiënten te verbeteren en de individuele praktijkvoering te ondersteunen.

Iedere regio is anders. Het is van belang dat de historie en oorzaak van regionale verschillen worden gerespecteerd. Dit betekent dat er ook ruimte moet zijn voor een regionale invulling van de samenwerking. Tegelijkertijd is er een grote urgentie om de huisartsenzorg regionaal eenduidiger te organiseren. Respect voor verschillen in de regio is belangrijk, maar moet niet uitmonden in stilstand. Modellen voor regionale organisatievorming onderscheiden verschillende stappen en fasen. Dit biedt regio's de mogelijkheid de ontwikkelroute te bewandelen die bij de regio past. LHV, NHG en InEen zullen in de toolkit die begin 2020 beschikbaar komt verschillende modellen aanreiken aan hun leden.

Structurele samenwerking en organisatievorming in de regio helpt om de belangen van zorgverleners af te stemmen, hen te ontzorgen, knelpunten op te lossen en de aanspreekbaarheid van de huisartsenzorg in de regio te vergroten. Daarnaast biedt de regionale organisatievorming kansen voor betere ondersteuning, modernisering en innovatie. Dit draagt eraan bij dat het aantrekkelijk blijft om in de huisartsenzorg te werken.

Voor een succesvolle regionale samenwerking is het van belang dat huisartsen voldoende invloed hebben en betrokkenheid ervaren. Net zo belangrijk is het dat de organisatie met mandaat van de aangesloten huisartsen kan spreken en handelen. De betrokkenheid van alle huisartsen (praktijkhoudend, waarnemend of in loondienst) en het mandaat voor de organisatie moeten goed worden geborgd. In de toolkit delen LHV, NHG en InEen ter inspiratie voorbeelden van de bestuurlijke inrichting en governance uit verschillende regio's.

5 EEN UITWERKING: KENMERKEN EN TAKEN REGIONAAL HUISARTSENZORGNETWERK OF HUISARTSENZORGORGANISATIE

Er is een bundeling nodig van lokale huisartsen-samenwerkingsverbanden en (koepels van) gezondheidscentra in een zogenaamd regionaal huisartsenzorgnetwerk (RHN) of liefst in een regionale huisartsenorganisatie (RHO). Doelstelling is om vanuit deze organisatie ook samenwerking met partijen uit de eerste lijn én andere domeinen vorm te geven.

Een RHN/RHO bestaat uit deelgroepen van samenwerkende huisartsen en dient de diverse huisartsenvoorzieningen ten behoeve van een sterke eerstelijnsgezondheidszorg in de regio. Dit kan worden ingevuld als:

- ▶ structurele samenwerking tussen zorggroepen, kringen, dienstenstructuren en gezondheidscentra op basis van één regioplan;
- ▶ één samenwerkingsverband/organisatie en daarmee één aanspreekbare eenheid per regio door bundeling van krachten van bestuurlijk actieve (bekwame of bestuurlijk ondersteunde) huisartsen(organisaties);
- ▶ gezamenlijk gebruik van bestaande (praktijk overstijgende) financieringsbronnen, zoals contributie van leden, subsidies en gelden ten behoeve van Organisatie & Infrastructuur (O&I).

De optimale omvang van een regio is afhankelijk van verschillende factoren en verschilt van regio tot regio. Zo ligt voor de hand dat een regionale samenwerking in een krimpgebied andere uitdagingen zal oppakken dan een regionale samenwerking in een grootstedelijk gebied. Ook geografische grenzen en de historie spelen een rol bij het bepalen van de omvang van de regio. Bovenal is van belang dat de gekozen omvang bijdraagt aan betere zorg voor de patiënt, goede ondersteuning van huisartsen en efficiënter gebruik van de beschikbare bestuurskracht. Dit betekent enerzijds dat de regio niet te klein moet zijn om de bestaande regionale vraagstukken op te pakken, anderzijds dat deze niet zo groot moet zijn dat huisartsen en organisaties in het samenwerkingsverband elkaar onvoldoende kennen voor een effectieve ontwikkeling van mandaat en draagkracht.

De mate van samenwerking en de vorm zijn dus afhankelijk van de regionale ontwikkelingen, regionale vraagstukken en bestaande regionale organisatievormen. Ook beleid van verzekeraars kan invloed hebben op samenwerking en vorm.

Om mogelijkheden voor het versterken van de binding tussen huisartsen en hun RHN of RHO te verkennen, vormen gewenste basisfuncties voor deze regio-organisatie een goed startpunt voor gesprek. Welke ondersteuning mogen huisartsen in hun regio verwachten en welke taken of activiteiten zou een RHN of RHO hiervoor minimaal moeten invullen? Welke bouwstenen vormen een stevig fundament voor structurele regionale samenwerking? Dit brengen LHV, NHG en InEen in de komende periode gezamenlijk in kaart. Dit overzicht van bouwstenen voor een structurele regionale samenwerking wordt het vertrekpunt voor toekomstig beleid.

6 TOT SLOT, HOE NU VERDER?

De dynamiek in de regio's neemt fors toe. De grote maatschappelijke opgave en de belasting die dit oplevert voor de eerstelijnszorg in het algemeen en voor huisartsen in het bijzonder, is in veel regio's de urgente aanleiding om tot intensivering van de gesprekken te komen over vormgeving van regionale samenwerking, vertegenwoordiging en organisatievorming.

LHV, NHG en InEen bekrachtigen met deze visie de noodzaak om in de regio tot gezamenlijke afspraken en één organisatorisch aanspreekpunt te komen. Huisartsenorganisaties en eerstelijnsorganisaties zijn de aangewezen partij om hierin het voortouw te nemen.

De totstandkoming van regionale samenwerking en organisatie is een complex proces. Het gaat daarbij vooral om het vinden van een goede balans tussen herkenbaarheid voor en invloed van de aangesloten zorgverleners (huisartsen) op de organisatie. Een organisatie die hen enerzijds vertegenwoordigt en ondersteunt, en anderzijds een adequaat mandaat van de zorgverleners nodig heeft om op regionaal niveau afspraken te kunnen maken en uitvoeren. Dit vraagt om zorgvuldige afwegingen, ruimte voor de verschillende geluiden uit de regio en begrip voor historische uitgangspunten, wensen en aangelegane verplichtingen.

LHV, NHG en InEen vragen hun leden nadrukkelijk om met elkaar aan de slag te gaan én het goede gesprek te voeren. Het is belangrijk dat de verschillende eerstelijns- en huisartsenorganisaties elkaar goed vinden en versterken. Een sterke regionale organisatie en gestructureerde samenwerking levert veel op. Voor de zorgverleners zelf, maar zeker ook voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Het leveren van goede patiëntenzorg is en blijft het gezamenlijke uitgangspunt.

LHV, NHG en InEen zijn van mening dat structurele regionale samenwerking stap voor stap én bottom-up vorm moet krijgen. Iedere regio is anders, het gaat om maatwerk en doorontwikkeling. Daarom geven zij geen einddatum maar wel een aanzet voor minimale bouwstenen die in elke regio zouden moeten terugkomen.

Meer samenwerking in de regio leidt in de praktijk tot mooie vernieuwende voorbeelden van zorgverlening en nieuwe inzichten. LHV, NHG en InEen verzamelen deze voorbeelden en delen ze met hun leden.

Daarnaast ontwikkelen LHV, NHG en InEen een toolkit die huisartsen- en eerstelijnsorganisaties ondersteunt bij de invulling van de regionale samenwerking. Deze bevat modellen voor samenwerking en organisatievorming en handvatten voor regionale planvorming, het opzetten van een regionaal informatiebeleid, gebruik van data, het organiseren en implementeren van scholing en voorbeelden van de bestuurlijke inrichting van regio's. De toolkit komt begin 2020 beschikbaar voor de leden van de koepels.

BIJLAGE 1**OVERZICHT ACTUELE WERKWIJZE HUISARTSEN EN ORGANISATIES****ACTUELE SITUATIE LOKAAL**

De huisarts in Nederland verleent zorg dicht bij de patiënt vanuit een persoonlijke, continue relatie met de patiënt. De organisatie waarbinnen deze zorg wordt geboden, wordt ook wel de huisartsvoorziening genoemd. Hierin voert de praktijkhoudend huisarts de regie over een team van andere huisartsen (in opleiding), doktersassistenten, POH's en soms praktijkverpleegkundigen of andere ondersteuners. Steeds vaker werkt de huisarts samen met andere huisartsen en met (para-)medische disciplines zoals apotheken, specialisten ouderengeneeskunde, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, diëtisten en verloskundigen in een lokaal en vaak wijkgericht samenwerkingsverband, al dan niet op dezelfde locatie, al dan niet geformaliseerd. Ook met niet-medische disciplines is in toenemende mate sprake van structurele samenwerking, zoals met het sociaal domein. Aandacht voor organiseren is een noodzakelijk onderdeel van het competentieprofiel van de huisarts.

ACTUELE SITUATIE REGIONAAL

Niet alleen lokaal, maar ook regionaal zijn huisartsen georganiseerd. In de regio's zijn huisartsendienstenstructuren, zorggroepen, LHV-kringen en Wagro's, WDH's, en andere organisatievormen van en voor gevestigde en niet gevestigde huisartsen en hun ondersteunende medewerkers. Daarnaast zijn er (koepels van) gezondheidscentra waar huisartsen multidisciplinair samenwerken en de ondersteuning multidisciplinair (ook aan huisartsen) wordt geleverd. Meer informatie over de verschillende lokale en regionale samenwerkingsvormen is te vinden in bijlage 2 - Regionalisering: begrippen en organisaties.

Huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners en -organisaties krijgen ook ondersteuning van 15 Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Deze ROS'en zijn onafhankelijk en hebben vooral tot taak de samenwerking in de regio te bevorderen.

Doordat huisartsen vanuit verschillende organisaties ondersteuning krijgen, komt het veelvuldig voor dat de activiteiten van de organisaties elkaar overlappen.

BIJLAGE 2

REGIONALISERING: BEGRIPPEN EN ORGANISATIE

INLEIDING

Om meer begrip en eenheid van taal te creëren lichten LHV, NHG en InEen verschillende begrippen op gebied van regionalisering in dit document toe. Ook beschrijven zij de taken, aantallen en soorten leden van bestaande wijkgerichte en regionale (huisartsen)organisaties.

BEGRIPPEN

Belangrijke begrippen in het kader van regionalisering in de zorg zijn:

REGIONALISERING

Het versterken van de structurele samenwerking tussen huisartsen (en eventueel andere zorgverleners) in een substantieel gebied ten behoeve van de organisatie van goede patiëntenzorg. Regionalisering is een reactie op nationalisering (landelijke regels/afspraken). Deelnemers aan regionale organisaties voelen zich onderdeel van een gemeenschap. Belangrijk zijn kleinschaligheid en overzichtelijkheid. Iedereen moet zijn steentje bijdragen, samenwerking is een kernbegrip. De omvang van een regio ligt niet vooraf vast, maar is wel substantieel en passend bij de omvang en binding van de huisartsen in het betreffende gebied. Genoemd is een indicatie van ongeveer 50.000 tot 200.000 inwoners (bij financiering O&I) of - wanneer hiervan sprake is - een 'natuurlijke regio'. Denk hierbij aan gemeentegrenzen of een adherentiegebied van bijvoorbeeld een ziekenhuis. Als de regionale organisatie afspraken namens aangesloten aanbieders wil maken, is draagvlak en mandaat essentieel. Het formaliseren van samenwerking binnen een regio is niet vrijblijvend.

REGIONALE PLANVORMING

Afspraken die partijen in de regio maken over de invulling of ontwikkeling van structurele regionale samenwerking, mogelijk resulterend in de vorming een regionale organisatie.

ORGANISATIE & INFRASTRUCTUUR

Organisatie & Infrastructuur (O&I) gaat enerzijds om het ontwikkelen van een nieuwe bekostigingsstructuur voor versterking van de organisatiegraad in de eerste lijn, om de beweging naar meer samenwerking en organisatie van de eerste lijn. De overtuiging hierbij is dat versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn noodzakelijk is om de uitdagingen die op de eerste lijn afkomen het hoofd te bieden. Per 1 januari 2018 is om deze reden een aantal nieuwe betaaltitels O&I geïntroduceerd, die de huidige betaaltitels voor gezondheidscentra (GEZ-financiering) en ketenzorg moeten vervangen. Deze nieuwe betaaltitels ondersteunen de (multidisciplinaire) samenwerking, de organisatie, ketenzorg, kwaliteitsontwikkeling, aanspreekbaarheid van de eerste lijn en de innovatie van zorg. De betaaltitels richten zich op 'wijkmanagement' en 'regiomanagement'. Ook praktijkmanagement vormt onderdeel van O&I, maar hiervoor is geen landelijke betaaltitel. Deze begrippen worden hieronder toegelicht.

PRAKTIJKMANAGEMENT

Geeft ondersteuning aan individuele praktijkvoering van huisartsen. Praktijkmanagement vervangt geen reguliere betaaltitel (als GEZ of Ketenzorg). Met praktijkmanagement krijgt de huisartsenpraktijk of groep praktijken ondersteuning op gebied van onder andere accreditatie, administratieve processen en praktijkvoering. Er is geen landelijke betaaltitel. Verzekeraars maken afzonderlijke afspraken in S3.

BIJLAGE 2

WIJKMANAGEMENT (O&I BETAALTITEL)

Stimuleert dat huisartsen samen met de andere eerstelijnszorgverleners multidisciplinaire wijk Samenwerking organiseren. Bijvoorbeeld in een wijkgezondheidscentrum, waarin huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners in dienst van het centrum of als zelfstandige beroepsbeoefenaren samenwerken. Maar ook andere vormen zijn denkbaar, passend bij de lokale omstandigheden. Deze wijk Samenwerkingsverbanden geven gestructureerd vorm aan de samenwerking tussen huisartsen, apotheek en wijkverpleging en waar mogelijk ook paramedische zorgverleners en eerstelijns GGZ. Ook kunnen verzekeraars met deze multidisciplinaire Samenwerkingsverbanden zorgvernieuwing op wijkniveau afspreken. Een aantal ondersteuningstaken kan prima op wijkniveau worden ingevuld en daar moet ook de operationele samenwerking gestalte worden gegeven. De betaaltitel O&I wijkmanagement komt in de plaats van de GEZ-financiering voor gezondheidscentra of eerstelijns Samenwerkingsverbanden.

REGIOMANAGEMENT (O&I BETAALTITEL)

Voor een aantal ondersteunende taken voor huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners is een aanpak op regioniveau efficiënter dan een aanpak op het niveau van de wijk.

- ▶ Naast de ondersteuning van ketenzorgprogramma's ontwikkelen steeds meer zorggroepen/ regionale huisartsenorganisaties en grotere (organisaties van) gezondheidscentra nieuwe activiteiten, bijvoorbeeld: Kwaliteitsmanagement; dit gebeurt al voor de ketenzorg, maar wordt in sommige regio's ook uitgebreid naar andere aspecten van de huisartsenzorg.
- ▶ Organiseren en realiseren van gestructureerde, vaak multidisciplinaire, zorg voor specifieke doelgroepen of -problematiek.
- ▶ Zorginnovatie; de ontwikkeling en implementatie van zorgvernieuwend initiatieven.
- ▶ ICT-ondersteuning en datamanagement; naast het KIS voor de ketenzorg beheren sommige zorggroepen de HIS'en van de aangesloten huisartsen en organiseren ze de gegevensuitwisseling in de regio. Deze ondersteuning richt zich met name op het leggen van koppelingen tussen zorgaanbieders en het genereren van informatie op basis van de data uit de systemen van de zorgaanbieders.
- ▶ Ondersteuning van administratieve processen, denk aan accreditatie, ontwikkeling van protocollen, contractafspraken en HRM.
- ▶ Het gemandateerde overleg met gemeenten, ziekenhuizen, VVT-instellingen, GGZ-instellingen, overige eerstelijnszorgverleners.

GOVERNANCE/GOED BESTUUR

Goed bestuur, adequaat toezicht en patiëntenparticipatie zijn voorwaarden voor goede zorg. Waarborging van samenhang en transparantie in het bestuur is een belangrijk onderdeel van goed bestuur. Evenals toezicht van een organisatie op basis van wettelijke eisen en met het oog op een efficiënte en effectieve realisatie van beleidsdoelstellingen. Ook de betrokkenheid en participatie van de individuele zorgverleners is voor de huisartsenzorg van groot belang.

De Governancecode Zorg kan hierbij ondersteunen. Hiermee volgen zorgorganisaties zeven principes die breed gedragen zijn in de hele sector. Bij elk principe wordt de concrete toepassing beschreven. De code is een instrument om de governance zo in te richten dat deze bijdraagt aan het waarborgen van goede zorg, het realiseren van de maatschappelijke doelstelling van zorgorganisaties en het maatschappelijk vertrouwen. De Governancecode 2017 sluit aan bij het

BIJLAGE 2

recent ontwikkelde toetsingskader goed bestuur van IGZ/NZa (2016).

De Governancecode Zorg is integraal van toepassing voor grote organisaties (> 50 fte). Ook kleinere zorgorganisaties wordt geadviseerd om met de Governancecode aan de slag te gaan. Enkele principes uit de Governancecode zijn overigens sowieso van toepassing op kleine (\leq 50 fte) organisaties.

Zie ook de [handreiking Governancecode](#) uit 2017.

ORGANISATIES

HUISARTSENKRINGEN

In 2019 bestaat de LHV uit 23 huisartsenkringen die een onlosmakelijk onderdeel vormen van de LHV. Leden van de LHV zijn automatisch aangesloten bij de huisartsenkring in de eigen regio. De huisartsenkringen zijn essentieel in de beleidsvorming, vertegenwoordiging, belangenbehartiging en besluitvorming binnen de vereniging. Een huisartsenkring verbindt alle huisartsen in een gebied met elkaar en draagt bij aan de samenwerking binnen de huisartsenzorg en andere regionale stakeholders. Het is een vereniging met een eigen bestuur dat de individuele leden vertegenwoordigt in de LHV Ledenraad. Elke huisartsenkring wordt ondersteund door het bureau van de LHV. Voor de inzet van de vereniging betalen de leden contributie.

De LHV ledenraad heeft een basistakenpakket voor huisartsenkringen opgesteld. Daarnaast kunnen kringen aanvullende dienstverlening bieden in overleg met hun leden en andere in hun werkgebied actieve huisartsenorganisaties. Huisartsenkringen overleggen met stakeholders, zorgen voor verbinding tussen regionale organisaties, zijn het aanspreekpunt voor leden over kwesties in hun werkgebied en werken desgewenst mee aan projecten. Ze borgen en verstevigen de positie van leden en geven mede richting aan het landelijk te voeren beleid. De invulling en uitwerking van het takenpakket kan per kring verschillen en is afhankelijk van de keuzes en situatie in de regio.

LOKALE EN REGIONALE ORGANISATIEVORMEN IN DE HUISARTSENZORG

De kleinste organisatorische eenheid is de huisartsenpraktijk. Deze kan een of meerdere (huisarts-) eigenaren hebben (solo/duo/groepspraktijk). Rechtsvormen variëren van eenmanszaak, (kosten-) maatschap tot coöperatie of BV.

De huisartsvoorziening omvat naast de huisarts en waarnemer in een voorziening of huisartsenpraktijk ook de werkzame ondersteuners, zoals de praktijkondersteuner (POH), praktijkmanager en doktersassistent.

HUISARTSEN ONDER EEN DAK (HOED)

Meerdere praktijken kunnen in één gebouw gehuisvest zijn. Is dit het geval, dan wordt meestal gesproken van een HOED of - indien er meer disciplines betrokken zijn - van een gezondheidscentrum.

BIJLAGE 2

HAGRO (HUISARTSENGROEP OF WAARNEEMGROEP)

Een (informeel) samenwerkingsverband van praktijken op wijk/lokaal/gemeentelijk niveau ten behoeve van waarneming bij vakantie/ziekte en dergelijke. De HAGRO functioneert ook als eenheid voor het kwaliteitsbeleid (intervisie- of toetsgroepen, disfunctioneren), als eenheid voor overleg over diagnostiek of farmacotherapie, als overlegorgaan voor plaatselijke kwesties (zoals beschikbaarheid) en ten behoeve van deelname aan grotere organisaties (zoals kring, zorggroep, HAP, RHO). Daarnaast is de HAGRO aanspreekpunt voor gemeenten, zorgverzekeraars en plaatselijke zorgaanbieders/verleners. In een aantal gevallen, wanneer sprake is van gemeenschappelijke economische activiteiten zoals gemeenschappelijk personeel of projecten, zijn deze Hagro's omgezet in een rechtsvorm zoals een coöperatieve vereniging.

WAGRO

Een (informeel) samenwerkingsverband van niet gevestigde huisartsen in een regio. De Wagro valt onder de huisartsenkring en wordt ondersteund door het LHV bureau in dezelfde regio. Via de Wagro wordt voorzien in nascholing voor waarnemers en Hidha's, uitwisseling van relevante informatie en vaak belangenbehartiging ten opzichte van andere organisaties zoals de HAP of de kring.

WERKGROEPEN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING HUISARTSEN (WDH)

Een WDH is een werkgroep van huisartsen die als taak heeft nascholing te ontwikkelen en te organiseren voor de huisartsen in de regio. Een WDH initieert en ontwikkelt nascholing ván, vóór en dóór huisartsen. In een aantal gevallen valt deze onder een regionale huisartsenorganisatie of kring.

COÖPERATIES

Coöperaties op lokaal of regionaal niveau zijn veelal gebaseerd op samenwerkende huisartsengroepen (Hagro's) en lokale huisartsenpraktijken. De coöperaties worden vaak gefinancierd via contributie van de leden, soms deels vanuit bijdragen van de zorgverzekeraar voor specifieke activiteiten.

GEZ-ORGANISATIES

Een Geïntegreerde Eerstelijns Zorgorganisatie (GEZ) is een gezondheidscentrum dat (voorheen GEZ-)financiering van een zorgverzekeraar ontvangt om op wijkniveau multidisciplinaire zorg te organiseren. Zie ook de definities van 'wijkmanagement' en 'gezondheidscentrum'.

GEZONDHEIDSCENTRUM

Gezondheidscentrum is geen beschermde titel. LHV, NHG en InEen verstaan hieronder een multidisciplinair samenwerkingsverband onder één dak, waarbij minimaal de huisartsenzorg en apotheek zijn vertegenwoordigd, dat wijk- of populatiegerichte zorg verleent en daarvoor GEZ of O&I financiering ontvangt. Een beperkt deel (ongeveer 30%) van de gezondheidscentra is een loondienstcentrum, een aantal is georganiseerd onder een (landelijke, regionale of lokale) koepel. Zie ook definitie 'wijkmanagement' en 'GEZ-organisatie'.

KETENZORGORGANISATIES

Ketenzorgorganisaties zijn huisartsenorganisaties die programmatische zorg aanbieden voor patiënten met chronische aandoeningen. Diverse ketenzorgprogramma's worden doorgaans op regionaal niveau aangeboden door zorggroepen, maar soms ook op lokaal niveau door (koepels van) gezondheidscentra of coöperaties. Ketenzorgorganisaties hanteren een kwaliteitscyclus in het leveren van zorg en worden bekostigd door verzekeraars op basis van keten-dbc's. Zie ook de definitie van 'zorggroepen'.

BIJLAGE 2

ZORGGROEPEN

Er zijn ongeveer 115 zorggroepen in Nederland. Deze organiseren de programmatische zorg aan patiënten met chronische ziekten. Veelal zijn dat Diabetes type 2, COPD, astma en Cardio Vasculair Risicomanagement. In toenemende mate voeren zij ook GGZ-programma's en programma's voor kwetsbare ouderen uit. Daarnaast zijn zorggroepen actief in ondersteuning van huisartsen op andere gebieden zoals ICT, zorgvernieuwingprojecten, administratie, en vormen ze een regionaal aanspreekpunt voor andere zorgaanbieders/stakeholders/verzekeraars. Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgverleners (veelal huisartsen) zijn verenigd. De zorggroep is verantwoordelijk voor de coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van in ieder geval de ketenzorgprogramma's in een regio bedoeld. De organisatie van de zorggroep wordt bekostigd vanuit de afspraken met de zorgverzekeraar over de programmatische zorg, afspraken over substitutie, zorgvernieuwing en/of andere ondersteuning van huisartsen (O&I). De zorggroep vertegenwoordigt vaak ook de aangesloten huisartsen/zorgverleners in overleggen met gemeenten, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders/stakeholders. Sinds 2018 wordt ook gebruik gemaakt van de nieuwe betaaltitels O&I ketenzorg en O&I regiomanagement (op populatiebasis).

HUISARTSENPOSTEN

Voor huisartsenzorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag zijn er 's avonds, 's nachts en in het weekend de huisartsenposten. Er zijn 118 huisartsenposten. Deze zijn georganiseerd in 52 rechtspersonen (huisartsendienstenstructuren: HDS'en). De meeste huisartsenposten zijn gelegen bij of in de nabijheid van een ziekenhuis met SEH faciliteit. Binnen de acute zorgketen werkt de huisartsenpost samen met het ziekenhuis, de GGZ, de ouderenzorg en de ambulancezorg. Ruim 95% van de huisartsen is voor ANW-diensten aangesloten bij een huisartsenpost. Huisartsen vormen veelal het bestuur van de huisartsenpost. Een deel van de huisartsenposten is nauw gelieerd aan de regionale zorggroep en/of valt onder een brede regionale huisartsenorganisatie.

Ook bestaan er op een aantal plaatsen in Nederland kleinschalige dienstenstructuren op basis van onderlinge waarneming. De financiering van de HDS loopt via de verzekeraars middels beleidsregels van de NZa.

REGIONALE HUISARTSEN ORGANISATIES (RHO'S)

Dit is een verzamelnaam voor meerdere organisatievormen op het gebied van regionale huisartsenzorg waarin activiteiten zijn gebundeld en die als aanspreekpunt voor derden functioneren. Over het algemeen gaat het om een bundeling van een aantal Hagro's en/of coöperaties van huisartsen, inclusief gezondheidscentra. RHO's zijn veelal ontstaan op basis van historisch gegroeide verbanden (bijvoorbeeld de regionale huisartsenverenigingen) of een logische regionale samenhang. De omvang en vorm past bij de bundeling van activiteiten die de RHO voor huisartsen organiseert, zoals de ANW-dienstenstructuur, ketenzorg, zorgvernieuwing, ondersteuning/ontzorgen en kwaliteit/nascholing. Deze structuren zijn vaak het aanspreekpunt op deze terreinen. Regionale huisartsenorganisaties kunnen eigenaar en/of bestuurder zijn van gemeenschappelijke ondernemingen zoals zorggroepen. Voor deze activiteiten zijn vergoedingen beschikbaar via de zorgverzekeraars en gemeenten, ledenbijdragen en kostenvergoedingen.

BIJLAGE 2

REGIONALE ONDERSTEUNINGSSTRUCTUREN (ROS)

De 17 Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) adviseren en begeleiden de eerste lijn én betrokken partijen bij het realiseren van samenhangende zorg in de wijk en de regio. ROS'en treden op als onafhankelijke regionale partners en informeren de eerste lijn over veranderingen in de zorg. Ze zetten zich in voor de samenwerking in de wijk en de regio in de rol van initiator, adviseur, projectleider of procesbegeleider zodat men elkaar weet te vinden, cultuurverschillen kan overbruggen en goed met elkaar kan samenwerken. ROS'en werken voor de eerste lijn. Zij zijn zelf geen zorgaanbieder.

Voor hun maatschappelijk opdracht om de eerstelijnszorg te versterken ontvangen ROS'en financiering vanuit de overheid. De preferente zorgverzekeraar zorgt voor een vergoeding aan de ROS per inwoner op basis van premiegelden van verzekerden. De ROS'en hebben hiermee regionaal de taak om de implementatie van vernieuwingen te ondersteunen, de eerste lijn te versterken en innovatie te stimuleren. ROS'en worden gefinancierd vanuit een aparte NZa-beleidsregel per inwoner in een bepaald gebied. Daarnaast kunnen zij voor advieswerk derdengelden genereren, bijvoorbeeld van gemeenten.