

Uitwerking AZWA opdracht D3 [2]

1. Aanleiding

In de werkgroep geven partijen – Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Patiëntenfederatie Nederland en het Zorginstituut – opvolging aan de aanbevelingen uit het rapport ‘Bedrijfsketens in de huisartsenzorg’ van de toezichthouders IGJ en NZa. De opdracht is ook in het AZWA opgenomen en omvat:

Via de werkgroep die opvolging geeft aan de aanbevelingen van de IGJ en NZa over ketenvorming in de huisartsenzorg, vertalen LHV en NHG de kernwaarden van de huisartsenzorg naar werkbare en toetsbare uitgangspunten of normen. Het Zorginstituut begeleidt partijen bij de uitvoering van deze afspraken. De werkgroep levert uiterlijk Q3 2025 het eindproduct van de verkenning op.

2. Inleiding

De Visie Huisartsenzorg 2035 benadrukt dat de huisartsenzorg zich voortdurend ontwikkelt, maar haar fundament behoudt: langdurige relaties met patiënten, integrale zorg in de context van hun leven, en samenwerking binnen een stevig eerstelijnsnetwerk.

In het uitwerken van de opdracht geven we – NHG en LHV – duiding aan wat we verstaan onder de kernwaarden van de huisartsenzorg – continu, persoonsgericht, gezamenlijk en medisch-generalistisch – en hoe deze waarden richting geven aan de organisatie van de zorg. Ondanks dat in de opdracht wordt gevraagd om een uitwerking van de kernwaarden continu en persoonsgericht kwamen er in het proces ook vragen over de andere kernwaarden. Daarom hebben wij ervoor gekozen ook deze kernwaarden mee te nemen in de duiding.

2.1. Leeswijzer

We beginnen met een toelichting op hoe het document gelezen dient te worden. Vervolgens beschrijven we vijf vragen die aanleiding kunnen geven om nader onderzoek te doen naar een partij die zorg verleent. Daarna duiden we de kernwaarden aan de hand van vragen die partijen in de werkgroep aan de beroepsverenigingen hebben gesteld.

3. Status, eigenaarschap en doel document

Dit document is een gezamenlijke uitwerking van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Het document geeft een inhoudelijke duiding van de kernwaarden van de huisartsenzorg en vertaalt deze naar uitgangspunten voor de organisatie en borging van huisartsenzorg. Het document heeft het karakter van een handreiking en duidingskader.

3.1. Gezamenlijk eigenaarschap

LHV en NHG zijn gezamenlijk eigenaar van dit document en verantwoordelijk voor de interpretatie, duiding en eventuele doorontwikkeling ervan.

3.2. Doel en gebruik

Het document is bedoeld om:

- Het gesprek over kwaliteit, organisatie en governance van huisartsenzorg te ondersteunen;
- Richting te geven bij nieuwe of afwijkende organisatievormen;
- Houvast te bieden bij situaties waarin twijfel bestaat over de borging van kernwaarden.

3.3. Gebruik als duidingskader

Toezichthouders en zorgverzekeraars kunnen dit document gebruiken als inhoudelijk referentiekader bij signalen die aanleiding geven tot nader gesprek of onderzoek. De in het document benoemde signalen zijn nadrukkelijk geen automatische normoverschrijdingen, maar indicaties die aanleiding kunnen geven tot verdieping en dialoog. Huisartsen kunnen het document gebruiken om af te wegen of zij met een bepaalde praktijk willen samenwerken en kritisch te beoordelen of ze de continuïteit en kwaliteit van zorg op een verantwoorde manier kunnen bieden aan alle patiënten.

3.4. Ruimte voor context en maatwerk

Afwijkingen van de beschreven uitgangspunten zijn mogelijk en kunnen gerechtvaardigd zijn op basis van context, populatie, regio of organisatievorm. Van belang is dat in die gevallen aantoonbaar wordt gemaakt hoe de kernwaarden van de huisartsenzorg zijn geborgd.

3.5. Afspraak tot verdere uitwerking en terugkoppeling

Met het vaststellen van dit document zijn de betrokken veldpartijen gezamenlijk overeengekomen om de beschreven uitgangspunten actief toe te passen in de praktijk. Verdere toepassing en uitwerking van dit kader vindt plaats in dialoog binnen het vervolg van de werkgroep. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat partijen afzonderlijk, zonder afstemming met de beroepsgroepen en de werkgroep, eigen uitwerkingen of trajecten ontwikkelen.

Partijen committeren zich eraan om ervaringen, inzichten en voorstellen voor verdere uitwerking periodiek terug te brengen in de werkgroep in het vervolg. De werkgroep fungeert daarbij als centraal platform voor reflectie, duiding en eventuele validatie van het kader, in afstemming met LHV, NHG en relevante veldpartijen.

3.6. Relatie tot bestaande kaders

De uitgangspunten in dit document zijn aanvullend op bestaande wet- en regelgeving (zoals Wkkgz, Wtza, WGBO, BIG en Wmg), professionele richtlijnen en toezichtinstrumenten. Zij beogen deze niet te dupliceren of te verzwaren, maar te verhelderen vanuit het perspectief van de beroepsgroep.

3.7. Evaluatie na één jaar

LHV, NHG en veldpartijen evalueren gezamenlijk na één jaar hoe de uitgangspunten in de praktijk uitwerken. Deze evaluatie richt zich op:

- Toepasbaarheid en begrijpelijkheid;
- Bijdrage aan kwaliteit en borging van kernwaarden;
- Eventuele onbedoelde effecten, zoals normverschuiving of extra administratieve lasten.

Na de evaluatie bepalen de beroepsgroepen opnieuw de status van het document.

Dit document is met name relevant bij:

- Nieuwe toetreders tot de huisartsenzorg;
- Ketenvorming en schaalvergroting;
- Organisatievormen waarbij eigenaarschap, zeggenschap en medische verantwoordelijkheid uit elkaar liggen.

Het kader beoogt hiermee bescherming te bieden aan de kernwaarden van de huisartsenzorg, zowel voor patiënten als voor huisartsen zelf, en tegelijkertijd ruimte te laten voor innovatie binnen professionele randvoorwaarden.



De verschillende (gezondheids)wetten

In Nederland bestaat een stevig juridisch kader dat toezichthouders en zorgverzekeraars al kunnen inzetten om de kwaliteit en organisatie van huisartsenzorg te bewaken. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) legt de basis voor de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Deze wet regelt dat patiënten recht hebben op duidelijke informatie over hun behandeling, dat zij toestemming moeten geven voor medische handelingen en dat zorgverleners een medisch dossier bijhouden. Hiermee worden zowel de rechten van patiënten als de transparantie van zorgverlening gewaarborgd.

Daarnaast speelt de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) een belangrijke rol in het waarborgen van transparantie, kwaliteit en verantwoording. Deze wet stelt eisen aan zorgaanbieders die zorg willen leveren in Nederland en legt vast dat bepaalde vormen van zorg alleen mogen worden aangeboden door geregistreerde instellingen. Door te toetsen of een praktijk aan deze toelatings- en organisatorische eisen voldoet, kan de continuïteit en veiligheid van zorg beter worden gegarandeerd. Ook goed bestuur is hier een onderdeel van.

Het BIG-register is gericht op de bevoegdheid en deskundigheid van individuele zorgverleners. Alleen geregistreerde professionals mogen bepaalde handelingen uitvoeren, en er is een tuchtrecht voor het geval dat beroepsfouten optreden.

Tot slot regelt de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) de kwaliteit van zorg en het omgaan met klachten en incidenten. Zorgaanbieders zijn verplicht om een klachtenregeling te hebben, veilig te werken en incidenten te melden. Voor toezichthouders en verzekeraars vormt dit een belangrijk instrument om te zien hoe een praktijk omgaat met risico's en verbeterpunten.

4. Signalen en duiding kernwaarden

We beschrijven eerst 5 vragen die aanleiding geven tot verdieping en dialoog. Daarna duiden we de kernwaarden aan de hand van vragen. De vragen zijn tot stand gekomen op basis van input van alle partijen.

4.1. Signalen

- De eigenaar van de huisartsenpraktijk is geen huisarts, maar een andere zorgverlener of bestuurder
 - Zie pagina 17-18 voor verdere toelichting.
- > 4000 patiënten per 1 fte¹ huisarts
 - Zie pagina 6 voor verdere toelichting.
- Tijdens de reguliere dagzorg is er geen huisarts fysiek aanwezig en betrokken bij het primaire zorgproces.
- Onduidelijke organisatieconstructies
 - De Wtza biedt hiervoor wettelijke kaders. Zie pagina 17-18.

¹ Voor 1fte gaan we uit van 40 uur, ondanks dat huisartsen gemiddeld vaak meer uur werken. Uit het tijdsbestedingsonderzoek van het Nivel blijkt dat huisartsen in 2024 gemiddeld 48 uur per week werkten. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/de-werkweek-van-de-nederlandse-huisarts-2024-en-een-vergelijking-met-2018-en-2013>

- Onvoldoende samenwerking in de regio met de huisartsen in de omgeving (hagro indien aanwezig), HAP voor avond, nacht en weekenddiensten.
 - Zie pagina 12 voor verdere toelichting

4.2. Duiding kernwaarden

1. Continuïteit

De kern van het huisartsenvak is het bieden van medisch generalistische zorg, waarbij de kwaliteit in sterke mate afhankelijk is van het bieden van persoonlijke continuïteit. Huisartsen en het vaste team kennen hun patiënten en streven naar langdurige arts-patiënt relaties. Het kennen van de patiënt zorgt voor meer begrip en helpt het huisartsteam om passende zorg te bieden, onder meer omdat het netwerk om de patiënt heen al bekend is². Zo voelen patiënten zich veilig om te praten over bijvoorbeeld stemmingsproblemen, angsten, zorgen om hun partner of kinderen (mantelzorg). Ook op de lange termijn laat onderzoek zien dat continuïteit van zorg door artsen over een langere periode leidt tot betere zorg, lagere sterfte en grotere patiënttevredenheid^{3,4,5,6,7}. Verondersteld wordt dat dit ook geldt voor andere professionals van het huisartsteam⁸.

Huisartsen houden overzicht op de medische zorg die hun patiënten ontvangen en voeren waar nodig de regie. Door goede afspraken en deelname aan ANW-zorg is huisartsenzorg voor de patiënten van de praktijk 24 uur per dag beschikbaar voor gezondheidsklachten van patiënten.

Wat verstaan we onder continuïteit en hoe verhoudt zich dit tot een vast team in de huisartsenpraktijk?

Continuïteit bieden huisartsen door in huisartsenpraktijken samen te werken in een vertrouwd en herkenbaar team met een beperkt aantal huisartsen en medewerkers, rond een vaste groep patiënten. Patiënten ontvangen gedurende een langere tijd huisartsenzorg van hetzelfde team. Begrippen zoals *vast* en *langdurig* laten zich niet vangen in exacte aantallen; het verwijst niet naar een vooraf bepaald aantal uren, personen of jaren. *Vast* gaat om een kwalitatieve relatie: een herkenbaar en vertrouwd huisartsteam met een beperkt aantal huisartsen en medewerkers, rond een vaste groep patiënten.

Tegelijkertijd vraagt het kunnen opbouwen en behouden van een vaste relatie om structurele aanwezigheid in de praktijk. Het wenselijk is dat huisartsen zich voor minimaal twee dagen per week aan een praktijk verbinden en fysiek aanwezig zijn, om herkenbaarheid en continuïteit voor patiënten te kunnen waarborgen⁹. Voor situaties van ziek, piek en uniek, blijft natuurlijk de flexibele inzet van waarnemers nodig.

² LHV-kader Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg <https://www.lhv.nl/product/lhv-kader-kwaliteit-en-toegankelijkheid-van-de-huisartsenzorg/>

³ Pereira Gray DJ, SidawayLee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8(6):e021161.

⁴ van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract*. 2010; 16(5): 947956.

⁵ Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract*. 2010; 27(2): 171178

⁶ The Wall of Evidence for Continuity of Care: How Many More Bricks Do We Need? O. R. Maarsingh. *Ann Fam Med* 2024 Vol. 22 Issue 3 Pages 184186.

⁷ Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17year prospective cohort study O. R. Maarsingh, Y. Henry, P. M. van de Ven and D. J. Deeg. *Br J Gen Pract* 2016 Vol. 66 Issue 649 Pages e5319.

⁸ [Visie Huisartsenzorg 2035](#)

⁹ Gemiddeld 16 uur per week werken is ook nodig voor de [herregistratie als huisarts](#)

De Visie Huisartsenzorg 2035¹⁰ beschrijft: *Als huisartsen en professionals van het huisartsteam verbinden we ons langdurig aan een vaste patiënten populatie en het lokale netwerk van (zorg)professionals, ongeacht de vorm waarin we dat doen (of we nu in loondienst zijn of eigenaar van een praktijk). Een kleine flexibele schil is beschikbaar voor 'ziek, piek en uniek'.*

Hoewel vaak wordt aangenomen dat grote praktijken met veel huisartsen en personeel geen continuïteit kunnen bieden, blijkt uit onderzoek van Otto Maarsingh¹¹ dat dit wel degelijk mogelijk is. Praktijken met parttime huisartsen in loondienst en huisartsen die langer dan vijf jaar in dezelfde praktijk werken, leveren juist bovengemiddelde continuïteit. Dit laat zien dat goede borging van continuïteit ook in grotere praktijken haalbaar is. In de praktijk zien we bijvoorbeeld dat koppels van huisartsen worden gevormd, waarbij een patiënt twee vaste huisartsen heeft die voor elkaar kunnen waarnemen.

Huisartsen hanteren zelf vijf criteria bij het afwegen of er binnen een (nieuw) initiatief voldoende ruimte is voor continuïteit¹²:

- Een vaste huisarts zet zich in voor persoonlijke continuïteit.
- Hij/zij heeft de medische eindverantwoordelijkheid voor het zorgplan en stemt goed af met collega's en het huisartsteam.
- De patiënt heeft te maken met een herkenbaar team.
- Door goede afspraken en deelname aan ANW-zorg is huisartsenzorg voor de patiënten van de praktijk 24 uur per dag beschikbaar voor gezondheidsklachten van patiënten.
- Er is continuïteit van de personen die huisartsenzorg leveren.

Bij het contracteren moeten zorgverzekeraars kritisch zijn als er geen vaste huisarts aan de praktijk verbonden is of als er alleen zorg wordt geleverd door wisselende waarnemers. Een vaste huisarts is essentieel voor het waarborgen van continuïteit en het dragen van de medische eindverantwoordelijkheid (zie ook hoofdstuk praktijkhouder).

Hoe is de zorg voor ingeschreven patiënten georganiseerd binnen een huisartsenpraktijk?

Patiënten staan op naam ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. In die praktijk ontvangen patiënten huisartsenzorg en hier wordt het medisch dossier beheerd en bijgehouden. Een vast team van huisartsen en professionals binnen het huisartsteam zijn verantwoordelijk voor de zorg aan de patiënten die staan ingeschreven in de praktijk. Huisartsen hebben de medische eindverantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg en stemmen dit goed af met collega's en het huisartsteam.

Als we kijken naar de organisatie van de huisartsenpraktijk, betekent dit onder andere:

- Huisartsenzorg wordt geboden door een huisarts, samen met het huisartsteam, dat meestal bestaat uit een doktersassistent, praktijkondersteuner (POH) en praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Als er taakherschikking nodig of wenselijk is, door huisartsentekorten en/of door de specifieke zorgvragen, kan dit worden overgedragen aan een Physician Assistant (PA) of Verpleegkundige Specialist (VS).
 - Belangrijk aandachtspunt is dat een PA of VS nooit een huisarts kan vervangen. Een VS of PA kan zelfstandig routinematige handelingen van beperkte complexiteit uitvoeren. In de huisartsenzorg is niet zozeer sprake van ingewikkelde voorbehouden handelingen, maar is het eerste patiëntencontact op het spreekuur vaak het meest complexe: er moet een

¹⁰ [Visie Huisartsenzorg 2035](#)

¹¹ Otto Maarsingh. De kracht van continuïteit. 2025

¹² [LHV-afwegingsinstrument Nieuwe aanbieders in de huisartsenzorg](#)



- diagnose gesteld worden en een beslissing worden genomen over eventuele opvolging. Hiervoor is altijd afstemming nodig met een huisarts.
- Dit is een groot verschil met bijvoorbeeld een PA of een VS in de tweede lijn, waar het eerste contact van de patiënt meestal met de medisch specialist is. De PA of VS zich heeft gespecialiseerd in een deel van het vakgebied en er is specifiek beschreven welke controles en (voorbehouden) handelingen VS/PA mogen uitvoeren.
 - Het is belangrijk dat de VS of een PA altijd kan afstemmen met de huisarts, ook moet altijd een huisarts beschikbaar zijn voor situaties waarin een patiënt door een huisarts gezien moet worden en/of overleg door VS/PA nodig is. Het is goed om tijd in de dagplanning te reserveren voor afstemming en overleg, zodat dit er niet bovenop komt. Op die manier blijft het werk voor zowel de huisarts alsook de VS/PA werkbaar. Belangrijk is om vooraf goede afspraken te maken en vast te leggen (zie [hier](#) voor de VS en [hier](#) voor de PA).
 - Tot slot is goed onderzoek naar de kosteneffectiviteit en kwaliteit van zorg door taakdifferentiatie in de huisartsenzorg is nog niet uitgevoerd, wel wenselijk.
- De praktijk bedient een passend aantal patiënten. Gemiddeld zeggen we dat een normpraktijk van 1 fte huisarts bestaat uit 2095 patiënten¹³. Dit is een gemiddelde en geen norm; hier kan van worden afgeweken afhankelijk van de lokale situatie. Zo vragen sommige populaties meer huisartsenzorg door sociaal demografische verschillen. Tegelijkertijd zien we dat wanneer het aantal patiënten per 1 fte huisarts (ongeacht de werkvorm) twee keer de normpraktijk is en dus meer dan 4000 patiënten heeft, het in de praktijk steeds lastiger wordt om continuïteit, kwaliteit en passende zorg voor alle ingeschreven patiënten te waarborgen. Bij een landelijke gemiddelde van 4,5 consulten en visites per patiënt per jaar binnen kantoortijd¹⁴ komt een praktijk met 4000 patiënten uit op ongeveer 75 consulten per werkdag, wat laat zien dat dit aantal patiënten het moeilijk maakt om continuïteit en persoonlijke zorg te bieden.
 - In dergelijke situaties vragen we:
 - De toezichthouders en zorgverzekeraars om met deze praktijken in gesprek te gaan om te begrijpen hoe zij de zorg hebben georganiseerd en geborgd.
 - Huisartsen raden we aan om goed na te denken voordat zij instappen in een praktijk met zulke aantallen, en kritisch te beoordelen of ze de continuïteit en kwaliteit van zorg op een verantwoorde manier kunnen bieden aan alle patiënten. Gebruik hiervoor het LHV-afwegingskader¹⁵.
 - Tot slot kent de huisartsenzorg [NHG-Praktijkaccreditering](#). NPA certificeert huisartsen aan de hand van normen die worden vastgesteld door het NHG en andere belanghebbenden.

Verschilt het belang van continuïteit tussen patiënten met chronische aandoeningen en relatief gezonde patiënten?

Nee, het kennen van patiënten met een chronische zorgvraag is niet per se belangrijker dan het kennen van relatief gezonde patiënten. Juist de kracht van de huisartsenzorg ligt in continuïteit en patroonherkenning bij alle patiënten. Ook bij mensen zonder chronische aandoening kan een vaste huisarts, door eerdere contacten en kennis van iemands manier van presenteren, beter inschatten of klachten waarschijnlijk onschuldig zijn of juist een signaal vormen dat verdere diagnostiek of verwijzing nodig is. Door die herkenning kan een huisarts onnodige diagnostiek en verwijzingen voorkomen, maar ook sneller handelen wanneer er wel reden tot zorg is.

¹³ <https://www.lhv.nl/opkomen-voor-belangen/feiten-en-cijfers-huisartsenzorg/>

¹⁴ <https://www.vektis.nl/huisartsenzorg/dashboard/aantal-consulten-en-visites>

¹⁵ [LHV-afwegingsinstrument Nieuwe aanbieders in de huisartsenzorg](#)

Wat zijn de richtlijnen voor de bereikbaarheid van een huisartsenpraktijk? En wat is de minimale tijd tot een consult?

De [LHV-richtlijn bereikbaarheid en beschikbaarheid](#) schetst 8 richtlijnen rondom de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de huisartsenpraktijk.

Wat betreft de minimale tijd tot een consult is afhankelijk van de [urgentie van de klacht van de patiënt](#):

- U0 --> reanimatie
- U1 --> Onmiddellijk beoordeling huisarts/SEH/Ambulance
- U2 --> binnen een uur beoordeling
- U3 --> beoordeling binnen enkele uren
- U4 --> beoordeling binnen 24 uur
- U5 --> voorlichting en advies of een geplande afspraak

Wie beheert het medisch dossier? Wie is verantwoordelijk, heeft het overzicht en kan daardoor een regierol vervullen?

De huisarts is verantwoordelijk voor het medisch dossier en de dossiervoering. Het medisch dossier wordt beheerd door de huisarts waarbij de patiënt staat ingeschreven. Dit staat beschreven in de KNMG-richtlijn [Omgaan met medische gegevens](#):

Artsen zijn wettelijk verplicht om een medisch dossier bij te houden over de behandeling of begeleiding van een patiënt. Het primaire doel van de dossierplicht is een goede hulpverlening aan de patiënt. Een zorgvuldig bijgehouden medisch dossier is van belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg voor de patiënt. De arts, maar bijvoorbeeld ook de waarnemer, de opvolger en andere zorgverleners die bij de behandeling betrokken zijn, moeten uit het medisch dossier kunnen begrijpen wat de medische achtergrond en situatie van de patiënt zijn.

Initiatieven waarbij patiënten niet staan ingeschreven en de zorgverlener dus ook niet in het medisch dossier van de patiënt kan, is een service en geen huisartsenzorg. Bovendien is het de vraag in hoeverre deze vorm van service bijdraagt aan passende zorg voor patiënten of de kwaliteit van zorg. Immers is de eigen huisarts van patiënten het eerste aanspreekpunt voor zorgvragen.

Voor het overdragen van een dossier zie: <https://www.nhg.org/praktijkvoering/gegevensuitwisseling/leidraad-dossioverdracht/>

Kernpunten continuïteit:

	Bronnen
Huisartsenzorg wordt geboden door een vaste huisarts, vaak samen met het huisartsteam dat uit verschillende zorgverleners kan bestaan.	• Kernwaarden huisartsenzorg • Visie Huisartsenzorg 2035
Huisartsen en hun team kennen hun patiënten en bouwen aan langdurige arts-patiënt relaties, met aandacht voor wat voor de patiënt belangrijk is.	• Kernwaarden huisartsenzorg • Visie Huisartsenzorg 2035
Essentiële afspraken en praktijkinformatie worden vastgelegd, zodat taken bij overmacht kunnen worden overgenomen.	• LHV-handreiking tijdelijke uitval in de praktijk
De huisartsenpraktijk neemt deel aan de ANW-zorg, zodat huisartsenzorg 24 uur per dag beschikbaar is voor gezondheidsklachten van patiënten die direct of binnen enkele uren beoordeeld moeten worden.	• Kernwaarden huisartsenzorg • Kerntaken huisartsenzorg



Huisartsen dragen de medische eindverantwoordelijkheid, voeren waar nodig regie en stemmen af met collega's.	• Kernwaarden huisartsenzorg • Kerntaken huisartsenzorg
De huisartsen handelen conform de richtlijn bereikbaarheid en beschikbaarheid.	• LHV richtlijn bereikbaarheid en beschikbaarheid
Het medisch dossier wordt beheerd door de huisarts waarbij de patiënt staat ingeschreven. Deze huisarts draagt verantwoordelijkheid voor een volledig, zorgvuldig en actueel dossier conform de KNMG richtlijn.	• KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens
1 fte huisarts kan maximaal 4000 patiënten bedienen; bij meer patiënten moet de continuïteit aantoonbaar worden gewaarborgd.	• Gebaseerd op 2x de normpraktijk

2. Persoonsgericht

Huisartsen houden rekening met de individuele kenmerken, behoeften, context en leefomstandigheden van hun patiënten. Zij bepalen samen met hun patiënten welke zorg nodig en passend is. Om persoonsgerichte zorg te kunnen realiseren, is op verschillende niveaus samenwerking nodig: binnen het huisartsteam, in de wijk, in de regio, en op landelijk niveau. Juist door deze samenwerking op verschillende niveaus zorgen we voor een toekomstbestendige huisartsenzorg. Hier gaan we verder op in bij het hoofdstuk gezamenlijk.

De huisartsenzorg van de toekomst is hybride: een combinatie van fysiek en digitaal patiëntencontact, mits geboden door dezelfde praktijk. Digitale huisartsenzorg kan niet bestaan zonder de mogelijkheid van fysieke zorg binnen de praktijk waar patiënten staan ingeschreven. Net als fysieke zorg is ook digitale zorg maatwerk: de huisarts sluit aan bij de mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt. We zetten digitale middelen in als de patiënt daarvan zelfredzamer wordt. We zoeken naar het optimale evenwicht tussen fysieke en digitale zorg en een naadloze aansluiting van die twee. We houden altijd oog voor de menselijke en ethische kant van de zorg¹⁶.

Wat ondersteunt huisartsen bij het bieden van persoonsgerichte zorg aan patiënten?

Huisartsenzorg is bij uitstek persoonsgerichte zorg. Huisartsen bevorderen samen beslissen door zorg te bieden die aansluit bij de wensen, behoeften en context van de patiënt, gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Dit draagt bij aan grotere tevredenheid bij zowel arts als patiënt en heeft een positieve invloed op de gezondheid van patiënten. NHG en LHV ondersteunen huisartsen hierbij, samen met partners zoals InEen en Pharos, door het ontwikkelen van tools en richtlijnen die persoonsgerichte zorg versterken, met expliciete aandacht voor diversiteit, inclusie en gezondheidsverschillen. Dit krijgt onder andere vorm in:

- Het [gesprek op maat](#) in de spreekkamer
- [Menukaart](#) persoonsgerichte zorg

Welke plek heeft digitale zorg in de huisartsenzorg?

¹⁶ [Digitalisering in de huisartsenzorg: uitgangspunten en werkagenda](#)

Digitale zorg kan, als integraal onderdeel van de huisartsenzorg, de zorg toegankelijker maken en patiënten meer regie geven. Digitale zorg vindt plaats binnen een huisartsenpraktijk: denk aan de triagevoorbereiding, digitale consulten, zelfmeting bij telemonitoring, digitale keuzehulpen en digitale ondersteuning van zelfzorg, diagnostiek, preventie, behandeling. De huisartsenkoepels Ineen, NHG en LHV zetten digitale zorg in als die voldoet aan de kwaliteitseisen voor de huisartsenzorg en als de toegevoegde waarde (wetenschappelijk) aangetoond is¹⁷.

Om persoonsgerichte en continue zorg te waarborgen, kan het zorgproces niet structureel worden opgeknipt. Het uitbesteden van telefonische en digitale contacten aan doktersassistenten op afstand is een voorbeeld van het opknippen van het zorgproces. Bijvoorbeeld door doktersassistenten op afstand die telefonische en digitale vragen oppakken. Deze vorm van inhuur is vaak kostbaarder en de ingehuurde medewerkers zijn doorgaans minder vertrouwd met de werkwijze, patiëntenpopulatie en context van de praktijk. Dit vraagt extra begeleiding en beperkt de inzetbaarheid, waardoor zij het werk van de uitgevallen medewerker niet volledig kunnen overnemen. Wij zien het inhuren van medewerkers via dergelijke aanbieders daarom vooral als een tijdelijke oplossing.

Kader: kwaliteitsaspecten digitale zorg¹⁸

Kwaliteitsaspecten	Toelichting
Veiligheid	De geleverde digitale zorg moet veilig zijn. Conform de artseneed zal de arts de patiënt geen schade doen. Dit geldt zowel op het gebied van zorg en gezondheid als op het gebied van informatiebeveiliging en privacy.
Effectiviteit	De inzet van digitale zorg is minimaal even effectief als niet-digitale zorg. Enkel die digitale zorg wordt aanbevolen die bewezen effectief is en een anamnestic, diagnostisch of therapeutisch voordeel kan opleveren.
Efficiëntie	Efficiëntie staat voor een werkwijze die weinig middelen of inspanning vergt. Verspilling van tijd, arbeidskrachten en geld moet met digitale zorg zoveel mogelijk worden vermeden.
Persoonsgerichtheid	Digitale zorg moet passend zijn in een bepaalde situatie en afgestemd op de behoefte en mogelijkheden van de patiënt.
Tijdigheid	Digitale zorg moet op het juiste moment en door de juiste zorgverlener worden verleend. Extra aandacht is hiervoor nodig, omdat digitale zorg niet altijd direct wordt geleverd.
Gelijkwaardigheid	De toegang tot digitale zorg, behandeling en het resultaat ervan moet gelijkwaardig zijn, zonder onderscheid als gevolg van de eigenschappen van de patiënt, behalve het onderscheid in zorgbehoefte.

Sommige patiënten willen graag zelf bepalen of ze fysiek of digitaal worden gezien. Hoe kijkt de beroepsgroep tegen de keuzevrijheid van patiënten over de contactvorm met patiënten aan?

De kernwaarde persoonsgericht betekent dat huisarts en patiënt in samenspraak bepalen welke zorg passend en nodig is, met oog voor de individuele kenmerken, behoeften en context van de patiënt. Het gaat om gezamenlijk beslissen, niet om een eenzijdige eis van de patiënt of de praktijk. Dit sluit aan bij wat juridisch is toegestaan en vereist.

¹⁷ [Digitalisering in de huisartsenzorg: uitgangspunten en werkagenda](#)

¹⁸ <https://www.nhg.org/thema/digitale-zorg/visie-op-digitale-huisartsenzorg/digitalisering-e-health-digitale-huisartsenzorg-wat-is-het-verschil/>

De huisartsen hanteren het volgende:

- Patiënten kunnen geen fysiek of digitaal consult ‘afdwingen’. De huisarts of doktersassistent trieert de klachten van de patiënt en bepaalt of de patiënt gezien moeten worden. In de praktijk komt het ook regelmatig voor dat patiënten fysiek worden gezien, ook wanneer dit medisch gezien niet strikt noodzakelijk is. Soms voorkomt een bezoek juist extra zorg, bijvoorbeeld omdat de patiënt ter plekke gerustgesteld kan worden. Het gaat er dus niet alleen om wat strikt medisch noodzakelijk is, maar ook om wat in de context van patiënt en klacht de meest passende zorg is.
- De patiënt wil digitaal gezien worden, maar dit past niet bij de klacht. Denk aan klachten waarbij lichamelijk onderzoek noodzakelijk is. De huisarts zal dit uitleggen aan de patiënt.
- De patiënt wil digitaal gezien worden, maar de praktijk biedt dit nog niet aan. Als koepels zullen we de komende jaren gezamenlijk de regie nemen in de digitale transformatie van de huisartsenzorg.

Kernpunten persoonsgericht:

	Bronnen
Huisartsen stellen de hele mens centraal en focussen niet alleen op diens ziekte of beperkingen.	• Kernwaarden huisartsenzorg
Huisartsen houden rekening met de individuele kenmerken, behoeften en context van hun patiënten.	• Kernwaarden huisartsenzorg
Huisartsen bepalen samen met hun patiënten welke zorg nodig en bij de persoon passend is.	• Kernwaarden huisartsenzorg
Digitale zorg vindt plaats binnen de eigen huisartsenpraktijk	• Digitalisering in de huisartsenzorg: uitgangspunten en werkagenda
Huisartsen leveren passende zorg op basis van gezamenlijke besluitvorming met de patiënt	• Kernwaarden huisartsenzorg

3. Gezamenlijk

Huisartsen werken samen met hun team en met andere zorg- en hulpverleners om passende zorg te leveren. De huisartsenpraktijk is in de wijk, gemeente en regio ingebed. Dit betekent dat huisartsen de andere (eerstelijns)zorgverleners in de wijk en uit het dichtstbijzijnde ziekenhuis kennen en kunnen inschakelen. Voor praktijk overstijgende vraagstukken, kunnen huisartsen worden ondersteund door een regionale organisatie.

Uit welke zorgverleners kan het huisartsteam bestaan?

In de huisartsenpraktijk werken verschillende zorgverleners:

- De **doktersassistent** kan het eerste aanspreekpunt zijn voor de patiënt. Een doktersassistent beantwoordt vragen, beoordeelt met welke urgentie patiënten door de huisarts moeten worden gezien (triage) en voert kleine verrichtingen onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts uit.
- Bijna alle huisartsenpraktijken werken met een **praktijkondersteuner /POH** die verschillende specialisaties kan hebben zoals patiënten begeleiden met (risico op) een chronische aandoening zoals diabetes, COPD of hart- en vaatziekten.
- **POH-GGZ** kan ondersteunend aan en onder verantwoordelijkheid van de huisarts ingezet worden voor de ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en zo nodig het voorbereiden van verwijzing



van patiënten met psychische, psychosomatische en psychosociale klachten binnen de kaders van de huisartsgeneeskundige zorg. De praktijk biedt huisartsenzorg (geen basis- of gespecialiseerde ggz) aan patiënten van alle leeftijden met lichte psychische problematiek. In de huisartsenzorg is de huisarts hoofdbehandelaar van de patiënten die binnen de huisartsenpraktijk.

- Sommige huisartsen werken ook met een **verpleegkundig specialist** of **physician assistant**. De VS of PA kunnen zelfstandig bepaalde medische taken uitvoeren. Voor het verschil zie [hier](#). De VS en PA hebben een beperkte zelfstandige bevoegdheid, maar kunnen nooit een huisarts vervangen. Ze mogen zelfstandig routinematige medische handelingen verrichten van beperkte complexiteit. De huisarts en VS/PA moeten afspraken vastleggen over taakverdeling en begrenzing. Belangrijk is daarbij mee te nemen dat het stellen van een diagnose veelal gezien moet worden als een (hoog-) complexe handeling en vaak vooraf niet duidelijk is met welke (onderliggende) klachten een patiënt op het spreekuur komt.
- Veel huisartsenpraktijken hebben tegenwoordig ook een **praktijkmanager** aan zich verbonden (in dienst of gedetacheerd via de RHO) die organisatorische en personeelstaken op zich neemt.
- Arts in opleiding tot specialist (aios) volgt de opleiding tot huisarts. Een huisarts superviseert de aios en is beschikbaar voor hulp.
- Ook kunnen in een huisartsenpraktijk **artsen nog niet in opleiding (ANIOS)** werken. Bij supervisie van deze groep dient er sprake te zijn van verschillende randvoorwaarden, waaronder een één-op-één relatie tussen de basisarts en de supervisor. Dit betekent dat er sprake moet zijn van een vaste supervisor per basisarts en een huisarts niet meerdere basisartsen tegelijk mag superviseren. Alle randvoorwaarden zijn [hier](#) te vinden.

Hoe groot kan een huisartsteam zijn in relatie tot het aantal ingeschreven patiënten? En is er een minimum aan huisartsen nodig?

Wanneer het aantal patiënten per 1 fte huisarts (ongeacht de werkvorm) richting de 4000 patiënten gaat, wordt het in de praktijk steeds lastiger wordt om continuïteit en passende zorg voor alle ingeschreven patiënten te waarborgen.

Een deel van de taken van de huisarts kan ook bij andere teamleden neergelegd worden. Er is dan sprake van taakherschikking: het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen verschillende beroepen. Hier zijn wel grenzen aan: de huisarts blijft eindverantwoordelijk voor de zorg en moet daarom overzicht kunnen houden. Een VS of een PA kan bijvoorbeeld een deel van de taken van de huisarts overnemen, maar nooit een huisarts vervangen. De complexiteit van de zorgvraag in de huisartsenzorg is lastig voorspelbaar.

Een VS of een PA heeft een beperkte zelfstandige bevoegdheid: de VS/PA mag zelfstandig routinematige medische handelingen verrichten, met beperkte complexiteit. Hiervoor is altijd afstemming nodig met een huisarts, ook moet altijd een huisarts beschikbaar zijn voor situaties waarin een patiënt door een huisarts gezien moet worden en/of overleg door VS/PA nodig is.

Een (te) groot team heeft invloed op de kwaliteit van zorg: huisartsen zijn meer bezig met aansturen en overleggen en minder met inhoudelijke vraagstukken en zorg verlenen. Patiënten krijgen ook meer verschillende zorgverleners te zien.

Wat is een goede verhouding tussen huisartsen en ondersteunend personeel?

Een goede verhouding tussen huisartsen en ondersteunend personeel is niet te geven. De samenstelling van het team hangt bijvoorbeeld af van de kenmerken van de patiëntenpopulatie. In praktijken waar veel wordt

gedelegeerd en waar intensieve zorg wordt geleverd aan een oudere of complexere populatie, is doorgaans meer ondersteunend personeel nodig dan in praktijken met een jongere en minder zorg intensieve populatie. Naarmate het team groter wordt, verschuift de rol van de huisarts deels van directe patiëntenzorg naar het organiseren en aansturen van het team. Dit vraagt om duidelijke werkafspraken en een heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden. We zien ook praktijken die bijvoorbeeld zonder doktersassistenten willen werken.

Wat is er voor nodig om te mogen spreken van inbedding in de wijk?

Huisartsen en hun team kunnen persoonsgerichte zorg aan patiënten in de wijk niet alleen bieden. Daarom wordt samenwerking ten behoeve van patiënten in de wijk steeds belangrijker, ook in tijden van schaarste¹⁹. Dit betekent onder andere dat:

- Afstemming met de huisartsen in de omgeving al dan niet via een Hagro om de continuïteit van zorg te waarborgen, bijvoorbeeld bij krapte en afwezigheid. Dit biedt eveneens kansen om de zorg af te stemmen op de specifieke behoeftes van de populatie in de wijk.
- Samenwerken binnen wijk verbanden, die in ieder geval de wijkverpleging, de apotheker en het sociaal domein omvatten. Voor mensen met chronische psychische problematiek kan samenwerking met wijk gebonden GGZ teams de huisarts ondersteunen.
- Huisartsen draaien mee in de regionale EKC groep/FTO
- Samenwerking met specialist ouderen geneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten.²⁰
- Deelname aan de ANW-zorg
- Betrokkenheid bij RHO of regionale huisartsenvereniging of huisartsen coöperatie

Bij deze vormen van samenwerking is het van belang dat de huisarts een zichtbare rol in de wijk vervult, eventueel via een afgevaardigde huisarts. Afspraken die in deze overleggen worden gemaakt, worden structureel vastgelegd en gedeeld, zodat relevante informatie toegankelijk is voor andere betrokkenen

Kernpunten gezamenlijk

	Bronnen
Bij taakherschikking naar PA of VS worden heldere afspraken gemaakt en vastgelegd; de huisarts blijft eindverantwoordelijk.	• Handreiking taakherschikking PA – Huisarts • Taakherschikking in de huisartsenzorg: De verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg
Bij taakherschikking is de huisarts beschikbaar voor situaties waarin een patiënt door een huisarts moet worden gezien of wanneer overleg met PA/VS nodig is.	• Handreiking taakherschikking PA – Huisarts • Taakherschikking in de huisartsenzorg: De verpleegkundig specialist in de huisartsenzorg
Een AIOS wordt altijd gesuperviseerd door een huisarts; deze is beschikbaar voor overleg en begeleiding.	
Voor ANIOS geldt dat er een vaste één-op-één relatie is met een supervisor. Een huisarts mag niet meerdere basisartsen tegelijk superviseren.	• Standpunt Supervisie basisarts

¹⁹ [Visie Huisartsenzorg 2035](#)

²⁰ [Handreiking kwetsbare ouderen thuis](#) | [Convenant MGZ](#)

Huisartsen bevorderen samen met de beroepsgroep de kwaliteit van de huisartsenzorg.	• Kernwaarden huisartsenzorg
Huisartsen zijn zelf zichtbaar in de wijk en fungeren als aanspreekpunt voor andere partners, zoals de wijkverpleging en apotheek.	• Visie huisartsenzorg 2035
Huisartsen werken samen met collega-huisartsen in de omgeving, bijvoorbeeld via een Hagro.	• Kernwaarden huisartsenzorg • Visie huisartsenzorg 2035
Huisartsenteams werken samen met relevante partijen in de wijk, passend bij de zorgbehoefte van de populatie. Periodieke overleggen zijn geborgd en relevante informatie is vastgelegd in de praktijk.	
Huisartsen nemen deel aan regionale EKC-groepen en aan FTO-overleggen	• Herregistratie eisen huisartsen
Huisartsen werken samen met specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten.	• Visie huisartsenzorg 2035
Huisartsenpraktijken nemen deel aan de ANW-zorg.	• Visie huisartsenzorg 2035 • Kernwaarden huisartsenzorg • Kerntaken huisartsenzorg
Huisartsen zijn betrokken bij regionale organisaties zoals de RHO, de regionale huisartsenvereniging of de huisartsencoöperatie.	• Visie huisartsenzorg 2035

4. Medisch generalistisch

Huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor het verhelderen en beoordelen van lichamelijke en psychische klachten, problemen en vragen van jong tot oud. Huisartsen hebben een generalistische functie. Het overgrote deel van de werkzaamheden in de huisartsenpraktijk is basisaanbod. Dit is zorg die elke huisarts moet bieden en waar de patiënt altijd op kan rekenen. Huisartsen kunnen – afhankelijk van de populatie – extra zorgaanbod aanbieden.

De basiszorg die elke huisarts biedt is onderverdeeld in vijf kerntaken²¹

Kerntaak	Omschrijving	Dit betekent dat:
Medisch generalistische zorg	• Medisch-generalistische zorg betekent dat de huisarts klachten, problemen en vragen van	• Er wordt minimaal het basisaanbod huisartsenzorg

²¹ <https://www.lhv.nl/thema/kernwaarden-en-toekomstvisie/>



	velerlei aard verheldert en beoordeelt vanuit een medisch perspectief. • Bij de diagnostiek en het beleid betreft de huisarts de voorgeschiedenis en omstandigheden van de patiënt, zoals werk of gezin, en de persoonlijke wensen, verwachtingen en voorkeuren.	aangeboden. Zie hier het basisaanbod huisartsenzorg.
Zorg coördinatie	• De huisarts heeft overzicht over het zorgtraject van de patiënt met betrekking tot de medische zorg. • De huisarts weet welke zorgverleners betrokken zijn en wat hun taken en verantwoordelijkheden zijn. • De huisarts coördineert de huisartsgeneeskundige, medisch-generalistische zorg en heeft een signaalfunctie. • Huisartsen zijn niet verantwoordelijk voor de coördinatie van de specialistische (vervolg)zorg in de tweede lijn en ook niet voor de dagelijkse verzorging of ondersteuning van de patiënt.	• De huisarts weet welke zorgverleners betrokken zijn en wat hun taken en verantwoordelijkheden zijn • De huisarts coördineert de huisartsgeneeskunde, medisch generalistische zorg en heeft een signaalfunctie.
Individuele preventieve zorg	• De huisarts ziet geïndiceerde en zorggerelateerde individuele preventie als een kerntaak. • Geïndiceerde preventie richt zich op mensen met risicofactoren of beginnende klachten, terwijl zorggerelateerde preventie bedoeld is om bij bestaande aandoeningen complicaties of beperkingen te voorkomen. • De kern van deze taak is het signaleren en bespreekbaar maken van gezondheid en leefstijl om (complicaties van) chronische ziekten te voorkomen.	• Geïndiceerde en zorggerelateerde individuele preventie is de kerntaak. • De huisarts werkt samen met partners, en kan verwijzen/verwijst naar andere partners zoals leefstijlcoaches, paramedici, aanbieders van stoppen-met-roken of alcoholprogramma's, GGD of gemeenten.
Terminaal-palliatieve zorg	• Terminaal-palliatieve zorg is zorg die plaatsvindt in de stervensfase, de fase waarin het sterven op korte termijn (binnen enkele dagen tot weken) is te verwachten. Terminaal-palliatieve zorg heeft als doel het stervensproces zo comfortabel mogelijk te maken. Omdat de meeste patiënten thuis wensen te overlijden, is de huisarts degene die de medische zorg in deze fase meestal levert.	• De huisarts biedt doordeweeks overdag terminaal-palliatieve medische zorg aan zijn eigen patiënten. Daarnaast zorgt de huisarts ervoor dat terminaal-palliatieve zorg 24 uur per dag beschikbaar is. Huisartsen werken daarom samen en dragen naar elkaar over.



	• De eigen huisarts van de patiënt heeft in deze fase een bijzondere rol als vast en vertrouwd aanspreekpunt in de zorg.	• Er worden afspraken gemaakt over de beschik- en bereikbaarheid van de vaste huisarts(en), zodat de patiënt weet bij wie hij terecht kan bij hun afwezigheid.
Spoedeisende zorg	• Spoedzorg is zorg die niet kan wachten tot een reguliere afspraak bij een zorgverlener. • Spoedeisende huisartsenzorg is bedoeld voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren beoordeeld moeten worden en waarbij de medisch-generalistische huisartsenblik van meerwaarde is.	• Dit is vastgelegd in de richtlijn bereikbaarheid en beschikbaarheid

Welke organisatorische randvoorwaarden zijn essentieel voor het goed functioneren van ketenzorg binnen de huisartsenpraktijk

Ketenzorg is zorg voor mensen met chronische aandoeningen die meerdere zorgverleners nodig hebben. Zorg voor patiënten met een chronische aandoening is onderdeel van de medisch-generalistische zorg en een kerntaak van de huisarts. Voor aandoeningen zoals diabetes, COPD, astma en hypertensie vindt de zorg meestal plaats binnen een georganiseerde zorgketen. De huisarts blijft daarbij eindverantwoordelijk voor het medische beleid en speelt een belangrijke rol in het aansturen en ondersteunen van de praktijkondersteuners die een groot deel van de dagelijkse begeleiding uitvoeren.

Daarom is het belangrijk om duidelijke protocollen te hebben voor ketenzorg, waaronder:

- Een oproep systeem voor het oproepen van patiënten; vaak is dit minimaal één keer per jaar.
- Eenduidige registratie van ketenzorg
- Structurele vastlegging van ketenzorgconsulten;
- Werken conform de geldende richtlijnen en zorgstandaarden.

Momenteel werken de koepels aan het doorontwikkelen van de ketenzorg.

Sommige zorgconcepten hebben de zorg voor bijvoorbeeld chronisch zieken en palliatieve patiënten onvoldoende geborgd. Wat zijn de vereisten voor het vervullen van deze kerntaken waaraan getoetst kan worden?

Huisartsenzorg omvat alle kerntaken inclusief het volledige aanbod basis huisartsenzorg. Als een concept bijvoorbeeld alleen spoedzorg biedt, spreken we niet van huisartsenzorg.

Sommige zorgconcepten focussen zich op patiënten met veel lichte klachten (denk aan oogontsteking, huidproblemen, bespreken van de wens om anticonceptie te gaan gebruiken). Of ze richten zich op een selectie patiënten, zoals studenten of arbeidsmigranten. Is dit huisartsenzorg, volgens de beroepsgroepen?

Een huisarts is een medisch generalist. Praktijken of organisaties die zich expliciet focussen op huidproblemen of het bespreken van anticonceptie is een service en geen huisartsenzorg. Dit staat ook zo in de kernwaarden medisch-generalistisch en persoonsgericht zoals hierboven beschreven. Een waterbed effect is hierbij voorstelbaar waarbij andere praktijken dan de zwaardere zorg krijgen.

Sommige huisartsenpraktijken bedienen een specifieke patiëntenpopulatie. Een praktijk in het centrum van Utrecht zal bijvoorbeeld vaker jonge volwassenen, expats of studenten aantrekken. Dit betekent echter niet dat een praktijk bewust mogen selecteren of werven op bepaalde patiëntengroepen. Volgens de mededingingsregels moet een huisarts alle patiënten accepteren zolang er ruimte is voor nieuwe inschrijvingen. Het actief werven van uitsluitend één specifieke doelgroep, of het werven van andere groepen, is niet toegestaan. De samenstelling van de patiëntenpopulatie mag dus het gevolg zijn van geografische of demografische factoren, maar niet van selectief toelatingsbeleid. Hierdoor blijft de toegankelijkheid van huisartsenzorg gewaarborgd.

Kernpunten medische generalistisch

Huisartsen zijn eerste aanspreekpunt voor de lichamelijke en psychische klachten van hun patiënten, van jong tot oud.	• Kernwaarden huisartsenzorg
Huisartsen geven passende medische zorg aan hun patiënten, niet te veel en niet te weinig.	• Kernwaarden huisartsenzorg
Huisartsen hebben brede medische kennis en vaardigheden om gezondheidsklachten te beoordelen, te behandelen of patiënten te verwijzen.	• Kernwaarden huisartsenzorg
Alle huisartsen leveren de kerntaken en daarmee het basisaanbod huisartsenzorg	• Kernwaarden huisartsenzorg • Kerntaken huisartsenzorg • Visie huisartsenzorg 2035

Praktijkhouderschap en praktijk eigenaarschap

Dit is geen kernwaarde of kerntaak van de huisartsenzorg. Toch zijn hier veel vragen over gesteld, waardoor we het zinvol vinden om er uitgebreider bij stil te staan. Met een praktijkhouder bedoelen we een zelfstandig gevestigde huisarts die zowel verantwoordelijk is voor de zorg aan de op naam ingeschreven patiënten als voor de bedrijfsvoering van de praktijk. De praktijkhouder is daarmee zowel huisarts als eigenaar van de praktijk.

Het kan ook voorkomen dat een andere zorgverlener of een bestuurder eigenaar is van een huisartsenpraktijk. In dat geval spreken we van een praktijk eigenaar, niet van een praktijkhouder.

De huisarts blijft altijd medisch verantwoordelijk voor de zorg aan de ingeschreven patiënten en heeft een coördinerende rol binnen de medische zorg. Huisartsenzorg kan uitsluitend door een huisarts worden verleend.

In hoeverre moet de eigenaar van een huisartsenpraktijk altijd een huisarts zijn?

In beginsel is het wenselijk dat de eigenaar van een huisartsenpraktijk zelf huisarts is. Als huisarts ben je samen met andere huisartsen en ondersteunend personeel verantwoordelijk voor de zorg aan ingeschreven patiënten. Praktijkhouders dragen daarbij niet alleen medische verantwoordelijkheid, maar ook verantwoordelijkheid voor de organisatie van de praktijk, zoals personeel, huisvesting, bereikbaarheid en financiën. Voor deze taken kan ondersteuning worden ingeschakeld, bijvoorbeeld via een praktijkmanager, terwijl de (medische) regie en eindverantwoordelijkheid bij de huisarts blijft.

Wanneer het eigenaarschap bij niet-huisartsen of niet-zorgverleners ligt, is dit een signaal omdat daarmee de

directe koppeling tussen medische eindverantwoordelijkheid en bestuurlijke zeggenschap ontbreekt. Dit vraagt extra aandacht voor het borgen van continue, medisch-generalistische en persoonsgerichte zorg. In organisaties waar efficiency, schaal en groei sturend zijn bestaat het risico dat tijd voor de patiënt onder druk komt te staan, terwijl juist continuïteit en het opbouwen van een vertrouwensrelatie bepalend zijn voor goede en betaalbare huisartsenzorg.

Indien de eigenaar geen huisarts is, dient daarom expliciet geborgd te zijn dat een huisarts langdurig aan de praktijk verbonden is en daadwerkelijk de medische inhoudelijke regie voert.

In voorbeelden waarbij de praktijkeigenaar geen huisarts is, moet de eigenaar voldoen aan de eisen van de Wtza (net zoals een huisarts). Er wordt daarin gekeken naar de volgende eisen:

- Is er een onafhankelijk intern toezichthouder? (artikel 3 Wtza, indien die eis van toepassing is)
- Is de zorgverlening zo georganiseerd dat het moet leiden tot het verlenen van goede zorg? Denk daarbij aan voldoende kwalitatief personeel, materiele middelen en bouwkundige voorzieningen, goede afstemming over de zorg en dat iedereen weet waarvoor ze verantwoordelijk of bevoegd zijn. (artikel 3 Wkkgz)
- Is er een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg? (artikel 7 Wkkgz)
- Is er een interne procedure waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten? (artikel 9 Wkkgz)
- Is er een schriftelijke regeling met betrekking tot de financiële bedrijfsvoering (artikel 40a, eerste lid, Wmg)
- Is er een administratie waarin de zorgactiviteiten financieel gescheiden zijn van de andere activiteiten? (artikel 40a, tweede lid, Wmg)
- Is er een ordelijke en controleerbare financiële administratie? (artikel 40a, vierde lid, Wmg)
- Wordt er rechtmatig gedeclareerd (artikel 35, eerste, tweede, zesde en zevende lid, Wmg)

Als er geen huisarts praktijkeigenaar is, wat moet er op het vlak van bedrijfsvoering minimaal geregeld zijn?

De onderstaande randvoorwaarden gelden in principe voor alle huisartsenpraktijken. Wanneer de eigenaar zelf huisarts is, vallen de medische en organisatorische verantwoordelijkheid vaak samen in één persoon en zijn deze voorwaarden doorgaans impliciet geborgd. Wanneer het eigenaarschap echter bij een niet-huisarts ligt, is het noodzakelijk dat deze randvoorwaarden expliciet en aantoonbaar zijn ingericht om kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg te waarborgen.

1. Medische verantwoordelijkheid:

- Er moet één of meerdere huisartsen formeel zijn aangewezen die de medisch eindverantwoordelijkheid dragen voor de zorg aan ingeschreven patiënten.
- Deze huisarts(en) moeten structureel betrokken zijn bij beleidsbeslissingen die invloed hebben op de patiëntenzorg.

2. Continuïteit van zorg:

- Er moet een plan zijn voor waarneming bij afwezigheid van huisartsen en/of ondersteunend personeel zodat patiënten altijd toegang hebben tot huisartsenzorg. Hierover kun je als praktijk van te voren nadenken. Hier vind je informatie over het maken van een plan voor tijdelijke en structurele uitval.
- Dit plan dient vooraf te zijn vastgelegd en periodiek te worden geëvalueerd.
- Belangrijk dat de praktijk aangesloten is bij de RHO.



3. Bestuurlijke verantwoordelijkheid en governance

- De niet-medische eigenaar moet zorgen dat bedrijfseconomische keuzes (zoals personeelsinzet of kostenbesparing) niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.
- De governance-structuur moet helder en transparant maken wie waarvoor verantwoordelijk is — zakelijk, organisatorisch en medisch.
- Er moet vastgelegd zijn hoe conflicten tussen medische en bedrijfseconomische belangen worden afgewogen, waarbij de kwaliteit van zorg leidend is.

Wat is belangrijk om als huisarts te overwegen bij samenwerking met een nieuwe aanbieder in de huisartsenzorg?

Wanneer huisartsen overwegen samen te werken met een nieuwe aanbieder in de huisartsenzorg, is het belangrijk om dit zorgvuldig af te wegen. Sluit de werkwijze en visie van deze aanbieder aan bij jouw eigen manier van werken en professionele waarden? Biedt het initiatief voldoende randvoorwaarden om verantwoorde, kwalitatief goede en continue zorg te kunnen leveren?

De LHV heeft hiervoor een instrument ontwikkeld²² dat huisartsen ondersteunt bij het maken van een weloverwogen keuze om wel of niet samen te werken met een andere aanbieder. Dit instrument kan daarnaast ook dienen als houvast voor zorgverzekeraars en de inspectie bij de beoordeling van dergelijke samenwerkingsvormen.

²² [LHV-afwegingsinstrument Nieuwe aanbieders in de huisartsenzorg](#)