

LHV

Strategisch meerjarenplan vereniging 2015 -2017

De LHV maakt zich sterk voor:

*iedere huisarts,
het vak
en de praktijk*

INHOUD

INLEIDING	3
DE LHV	4
DE DYNAMIEK IN ONZE OMGEVING	7
Algemene ontwikkelingen in de zorg	7
Ontwikkelingen specifiek in de huisartsenzorg	8
STERKTES, ZWAKTES, KANSEN EN BEDREIGINGEN	11
STRATEGISCHE PIJLERS	17
ONZE KOERS IN 2015-2017	19
Onze leden	21
Onze werkzaamheden	24
Onze contacten met onze leden	30
Onze werkwijze en positionering	34
Onze medewerkers	39
Onze verenigingsstructuur en –werkwijze	40
BIJLAGE 1: Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022	42
BIJLAGE 2: Overzicht belanghebbenden	44

INLEIDING

Voor u ligt het strategisch meerjarenplan van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) voor de periode 2015 – 2017.

Strategisch

De ontwikkelingen in de zorg zijn binnen de praktijk van onze leden dagelijks voelbaar. De LHV heeft tot taak hun belangen te behartigen en hen te ondersteunen. Wat zij van ons mogen verwachten is dat we anticiperen op de ontwikkelingen en hun behoeften die daaruit voortvloeien. Daarvoor is visie van de LHV nodig. Wij moeten een helder beeld hebben van wat ons te doen staat om zo optimaal mogelijk van betekenis te zijn voor onze leden. Maar niet alleen voor hen. Bij alles wat de LHV doet, staat het belang van de patiënt permanent voor ogen.

Meerjaren

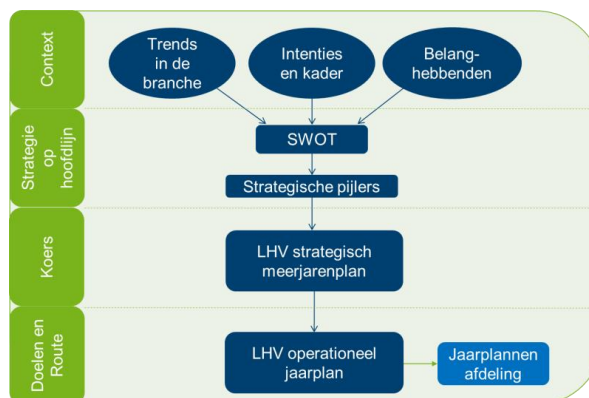
Dit plan beslaat de jaren 2015 tot en met 2017. Het is daarmee richtinggevend en een kader. Daarbinnen worden afzonderlijk jaarplannen ontwikkeld die concreet en meer operationeel zijn.

Vereniging

Dit plan bevat de koers van het algemene deel van de *vereniging*¹ waarmee alle leden te maken hebben. De Apotheekhoudende Afdeling en de Afdeling Wadi hebben daarbovenop ook nog hun eigen plan, net als de kringen.²

Leeswijzer

Bij het maken van dit meerjarenplan hebben we gekozen voor de klassieke opzet. Eerst staan we stil bij de rollen en taken van de LHV en definiëren we de missie. Vervolgens richten we de blik naar buiten en zetten we de belangrijkste ontwikkelingen in de (huisartsen)zorg op een rij. Daarna maken we de klassieke analyse van sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen. Daarmee krijgen we helder welke krachten van buiten voor de LHV het belangrijkste zijn en hoe wij (al dan niet voldoende) zijn voorbereid om daarop in te spelen.



Uit het voorgaande destilleren we de strategische pijlers voor 2015-2017 en beschrijven we de koers van de LHV voor de komende jaren.

¹ Voor de huisartsenzorg is er een apart plan (Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012-2022).

² Dit is dus geen strategisch plan voor de huisartsen(zorg). Daarvoor kennen we de Toekomstvisie 2012-2022.

DE LHV

In dit hoofdstuk staan de missie, werkzaamheden en structuur van de vereniging centraal.

Missie

De missie definieert het bestaansrecht en de identiteit van de vereniging; waar we als vereniging voor staan. Dát benoemen maakt voor onszelf duidelijk wie we zijn; waarom we doen wat we doen. En even belangrijk: waar we niet van zijn.

De LHV is een vereniging voor natuurlijke personen; huisartsen als professionals³. Wij behartigen hun collectieve en individuele belangen op landelijk, regionaal en praktijkniveau en ondersteunen hen bij de praktische uitoefening van hun vak en hun praktijkvoering⁴. Hierbij houden we de kernwaarden van het huisartsenvak en de belangen van de patiënt permanent in het oog.



**‘De LHV maakt zich sterk voor:
iedere huisarts, het vak en de praktijk’**

Iedere huisarts

De vereniging behartigt (a) de collectieve belangen van alle Nederlandse huisartsen en (b) de individuele belangen van haar leden.

Collectief staan we voor alle huisartsen, zelfs voor degenen die geen lid zijn van de LHV. De afspraken die de LHV maakt met de overheid en organisaties in en buiten de zorg binden immers ook hen. Daar waar individuele belangen aan de orde zijn, zijn wij er (alleen) voor onze leden. Of zij nu in opleiding, praktijkhouder, waarnemer of in dienst zijn. Ook de wijze waarop de praktijk is georganiseerd is daarbij niet relevant.

Door nogmaals vast te leggen dat we er zijn voor de professionals, geven we ook aan dat de LHV per definitie en onvoorwaardelijk aan de kant van de huisarts staat, mocht er een belangentegenstelling zijn tussen de huisarts en derden.

Het vak

(De uitoefening van) het vak is de gemeenschappelijkheid van de Nederlandse huisartsen. Dat vak, de professie, is het uitgangspunt. Daar komt de LHV voor op; wij maken ons sterk voor de inhoud en de randvoorwaarden.⁵

De praktijk (de huisartsenvoorziening)

Huisartsen kunnen hun vak alleen goed uitoefenen als ook de context optimaal is. Daarvoor zijn goede randvoorwaarden én ondersteuning bij de praktijkvoering nodig. Het gaat dan onder meer om de financiering, de organisatie, de fysieke praktijk en juridische aspecten. De LHV staat haar leden in hun praktijkvoering met raad en daad terzijde.

³ Dat impliceert dat zij niet tegelijkertijd een vereniging is voor organisaties, voor de patiënt of voor de Nederlandse gezondheidszorg in den brede. Hoewel wij ons als vereniging wel goed rekenschap geven van hun belangen.

⁴ Op landelijk en regionaal niveau, alsmede op praktijkniveau.

⁵ Het NHG ontwikkelt parallel het vak van huisarts in medisch-inhoudelijke termen.

Taakopvatting: wat de LHV dóet

De activiteiten die de LHV op landelijk en regionaal niveau ontplooit, zijn conform de verenigingsdoelen. In 2009 heeft de Ledenraad de volgende doelen bekrachtigd:

1. Versterken strategische positie van de huisarts(enzorg)
De strategische positie van de huisarts is van levensbelang. Zonder positie is de kans groot dat de inhoud van de zorg door anderen wordt bepaald of ingevuld, dat andere bepalen wat de positie van de huisarts in het zorgveld is, hoe de poortwachtersfunctie wordt ingevuld, enzovoort. Daarom staat iedere dag van de LHV in het teken van het behouden en versterken van de strategische positie van de beroepsgroep.⁶
2. Materiële belangenbehartiging
Materiële belangenbehartiging is om twee redenen van belang. In de eerste plaats moeten de financiële randvoorwaarden zo goed zijn dat de praktijk goed kan functioneren en het vak optimaal kan worden uitgeoefend. Daarnaast willen we het inkomen van de huisarts beschermen.⁷
3. Krachtenbundeling beroepsgroep
Eendracht is niet alleen essentieel voor het professioneel laten functioneren en floreren van individuele huisartsen maar ook voor de invloed van de beroepsgroep als geheel⁸. Bovendien maakt eendracht realisatie van grote initiatieven/projecten mogelijk. Daarom is het onderling verbinden van huisartsen en daarmee het bundelen van krachten – nationaal, regionaal én lokaal - een kerntaak van de LHV.⁹
4. Verbeteren kwaliteit huisartsenzorg
Het bevorderen van de kwaliteit van de huisartsenzorg¹⁰ is belangrijk voor de patiënt én voor de beroepsgroep zelf. Kwaliteitsverbetering is vaak iets wat groepsgewijs wordt opgepakt en/of op individueel niveau aangemoedigd en ondersteund moet worden. De LHV staat haar leden daarin bij.¹¹
5. Ondersteuning in de praktijk
De LHV ondersteunt haar leden met praktische middelen bij hun dagelijkse werkzaamheden. Hierdoor hoeven zij niet zelf het wiel uit te vinden en werken zij efficiënter. De ondersteuning varieert van informatie op de website, tot toolkits, brochures, lokale informatiebijeenkomsten, nascholingen en persoonlijk advies.
6. Bieden van ledenvoordeel
Leden krijgen korting op bepaalde LHV-producten. Voor LHV leden gelden lagere tarieven dan voor niet-leden. Daarnaast bedingen wij kortingen op producten van derden, zoals verzekeraars.

⁶ Om de positie binnen de zorg te behouden en versterken, volgen we de politiek op de voet en proberen we de besluitvorming ten aanzien van de huisartsenzorg stelselmatig te beïnvloeden. Daarnaast werken we nauw samen met andere stakeholders om het zorgaanbod van de huisarts te optimaliseren, de inhoud van het zorgaanbod te beschrijven c.q. te actualiseren, arbeidsmarktbeleid te ontwikkelen en opleiding- en stageplaatsen voor huisartsen en praktijkassistenten te realiseren.

⁷ Om de materiële belangen (in termen van loon, arbeidsvoorwaarden, CAO) van de huisartsen te behartigen, onderhandelt de LHV met VWS over het budgettair kader, de tariefsontwikkeling en de systematiek van de bekostiging van de huisartsenzorg, treden we in overleg met de NZa over de onderbouwing en uitwerking van de tarieven en maken we afspraken met ziektekostenverzekeraars ten behoeve van de contractering op inhoudelijk niveau.

⁸ Door gezamenlijk op te treden kan de beroepsgroep makkelijker door derden worden benaderd en kunnen makkelijker afspraken met groepen huisartsen worden gemaakt.

⁹ Voorbeelden naast landelijke projecten zijn activiteiten op kringniveau, het bevorderen van Wagro-vorming, de inzet van HaWeb om huisartsen die elkaar mogelijk zelfs niet kennen met elkaar in contact te brengen.

¹⁰ Kwaliteit in de brede betekenis van het woord, inclusief de kwaliteit van service.

¹¹ In dit kader zoeken wij de samenwerking met andere organisaties op, waaronder het NHG. Voorbeelden zijn verder de betrokkenheid bij het opstellen van de eisen voor herregistratie, het ontwikkelen van handreikingen en het ontwikkelen van competentieprofielen van ondersteunend personeel.

DE DYNAMIEK IN ONZE OMGEVING

De zorg is mogelijk nog nooit zó in beweging geweest als nu. Mede vanwege kostenbeheersing is de overheid genoodzaakt veel wetgeving te veranderen en stellen verzekeraars zich anders op. De volgende ontwikkelingen zullen de huisartsen gaan raken en zijn hierdoor van belang voor de strategie van de LHV.

Ontwikkelingen in de zorg - algemeen

Toenemende zorgvraag = hogere zorgkosten

Er is sprake van een toenemende zorgvraag, met name door de dubbele vergrijzing. Jaarlijks neemt het aantal mensen met een chronische ziekte toe en ook de gemiddelde leeftijd blijft stijgen. Dit leidt tot hogere zorgkosten en indirect tot hogere maatschappelijke kosten door productiviteitsverlies. Patiënt worden geacht meer zelf in actie te komen. Preventie, eigen regie en zelfzorg zijn daarbij sleutelwoorden. Daar waar de geneeskunde van oudsher is gericht op herstel en genezing, komt het accent nu meer te liggen op het bevorderen van de kwaliteit van leven bij chronische ziekten en het behoud van gezondheid.

Hervormingen: zowel saneren als opbouwen

Het kabinet voert de komende jaren hervormingen door om de zorg toegankelijk, goed en betaalbaar te houden. Aan de ene kant wordt de levering van zorg door beleidsmaatregelen verminderd. Denk aan de ontmanteling van de AWBZ, ontwikkelingen in de Wmo, het verminderen van zorg in de GGZ en het beperken van de instroom in de tweede lijn. Aan de andere kant staat een nadrukkelijke versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg (en daarbinnen van de huisartsenzorg). Macrobudgetair wordt groei ruimte gecreëerd om de zorg dichter bij huis te organiseren.

Langer thuis wonen

Het beleid van de overheid is erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen met ondersteuning en zorg, dicht bij de patiënt en sector-overstijgend. Kwetsbare ouderen blijven zodoende langer onder de verantwoordelijkheid van de huisarts.

Substitutie

In toenemende mate is sprake van substitutie van zorg. Van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg, en van eerstelijnszorg naar nuldelijnszorg.

Samenwerking

De overheid dringt met haar beleid expliciet aan op samenwerking tussen professionals in het algemeen en in de wijk in het bijzonder. Om patiënten te kunnen bieden wat zij in de thuissituatie nodig hebben, moet er een verbinding komen tussen de eerste lijn, de tweede lijn, de care en de cure. De gemeente krijgt meer taken in het zorgdomein. De samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige zal

	worden geïntensiveerd in het kader van het naar elkaar toe groeien van care en cure.
Nieuwe organisatiestructuren	Om geïntegreerde en onderling afgestemde zorg te kunnen bieden, werken zorgaanbieders steeds meer samen in informele en formele samenwerkingsverbanden. Zorggroepen die door huisartsen worden bestuurd, zijn daarvan een voorbeeld.
Decentralisatie / regionalisatie	In toenemende mate is sprake van decentralisatie van verantwoordelijkheden naar gemeenten. De overheveling van jeugdhulp is hiervan een voorbeeld, net als onderdelen van de AWBZ.
ICT	Net als elders zal ook in de zorg ICT een steeds grotere rol gaan spelen. Niet alleen bij communicatie in de breedste zin van het woord (professionals – patiënten – mantelzorgers – enz.), maar ook bij de behandeling van ziekten. Een deel van die ontwikkelingen valt onder het begrip e-Health.
Transparantie	Overheden, inspecties, zorgverzekeraars en patiënten vragen steeds meer openheid en informatie over behandelingen en de resultaten daarvan.
Verzekeraars	De zorgverzekeraars hebben niet alleen veel macht, zij maken daar ook in toenemende mate gebruik van door selectief zorg in te kopen bij zorgaanbieders, prijzen te drukken en gedrag en prestaties af te dwingen.
Veranderende rollen, posities, taken en competenties	Zorgaanbieders krijgen andere rollen, posities, taken en competenties en gaan niet alleen meer samenwerken met andere aanbieders van zorg, maar ook met gemeenten en zorgverzekeraars.
Anderhalvelijnszorg	De eerste ten tweede lijn groeien voor een deel van de medisch specialismen naar elkaar toe doordat specialisten in de wijk de patiënt zien en intensiever dan voorheen (daardoor) professioneel contact hebben met de huisarts. De zorgprocessen in de eerste en tweede lijn vloeien beter in elkaar over en verwijzing is minder vaak nodig.
Mededinging	De Autoriteit Consument en Markt (ACM) heeft de afgelopen jaren haar toezicht op de zorgpartijen geïntensiveerd. Mededingingsrechtelijke vraagstukken staan daarom prominent op de agenda, ook in de eerste lijn.
Nieuwe technologie	De snelle ontwikkelingen op technologisch gebied zullen ook de huisartsenzorg betreffen. Niet alleen binnen de huisartsenvoorziening, maar ook in de behandelrelatie met de patiënt. Technologie in de woonsfeer van de patiënt zal evenzeer invloed hebben, bijvoorbeeld door verandering van zelfzorg.

Krapte arbeidsmarkt

Hoewel op dit moment de werkloosheid in de zorg toeneemt, is de verwachting dat er op termijn door toenemende zorgvraag en uitstroom van ouderen een tekort zal gaan optreden aan hoogopgeleiden.

Ontwikkelingen specifiek in de huisartsenzorg

Toegespitst op de huisartsenzorg, is een vergelijkbare inventarisatie te maken:

Toenemende vraag

De vraag naar huisartsenzorg blijft zowel *kwantitatief als kwalitatief* toenemen, mede als gevolg van demografische ontwikkelingen (met name vergrijzing), decentralisatie en de substitutie vanuit de medische specialistische zorg en de GGZ. Ook 'branche-vreemde vraag' vanuit de Wmo komt de huisartsenpraktijk binnen. Daarnaast worden soms oneigenlijke rollen van de huisarts verwacht, bijvoorbeeld het geven van advies bij het kiezen van een verzekeringspolis.

Verbreding takenpakket

De substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg en het toenemend aantal mogelijkheden in de praktijk in termen van diagnostiek en behandeling, zorgen voor een uitbreiding van het takenpakket van de huisarts.

Vak complexer

Het huisartsenvak wordt medisch inhoudelijk steeds ingewikkelder. De huisarts heeft ook in zijn bedrijfsvoering steeds meer inhoudelijke, maar ook praktijkoverstijgende kennis nodig.

Poortwachtersrol wordt aangezet

Het (economische) belang van de poortwachtersrol van de huisarts wordt door de beleidsmakers en verzekeraars nog meer dan in het verleden onderkend. Daardoor worden patiënten nadrukkelijker via de huisarts geleid, alvorens zij duurdere zorg kunnen krijgen.

Huisarts als panacee

De huisarts wordt als oplossing gezien voor alles, vooral door de politiek. Dit kan leiden tot een oneigenlijke toedeling van taken, bijvoorbeeld care-taken of het op de schouders van de huisarts leggen van maatschappelijke problematiek.

Groter appel op 'locomotief-rol'

De initiërende voortrekkersrol van de huisarts wordt van groter belang. Hij/zij entameert en initieert multidisciplinaire samenwerking met andere zorgaanbieders en is aan zet bij het coördineren van het netwerk aan zorgverleners en andere partijen die bij de patiënt zijn betrokken.

Dichter op andere disciplines

Huisartsen zijn de afgelopen jaren ook bedrijfskundig met andere zorgverleners gaan samenwerken, onder meer in gezondheidscentra, maar ook daarbuiten met onder andere de apotheek en fysiotherapeut.

Gemeenschappelijke aanpak	Door de breedte van het takenpakket is een solistische bedrijfsvoering bijna onmogelijk aan het worden. Daarom trekken huisartsen organisatorisch steeds meer gezamenlijk op.
Zorggroepen en andere regionale organisatiestructuren	Een toenemend aandeel van de huisartsenzorg wordt geleverd in de context van zorggroepen. Dit zijn zorginstellingen met een zorgplicht. Deze ontwikkeling ligt in het verlengde van de huisartsenposten, die eveneens zorginstellingen zijn. De verwachting is dat regionale organisaties voor huisartsen zich verder zullen ontwikkelen en meer dan voorheen algemene ondersteuning voor de praktijken gaan bieden.
Onderaannemersrol	Huisartsen zijn steeds vaker onderdeel van formele organisaties of samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld stichtingen en bv's. Vaak niet als aandeelhouder, maar als onderaannemer. De afhankelijkheid daarvan kan ertoe leiden dat het zelfstandig bepalen en handelen van de huisarts onder druk komt te staan.
Nieuw bekostigingssysteem: meer uitkomstbekostiging	Op 1 januari 2015 is de introductie van het nieuwe bekostigingssysteem huisartsenzorg. Het nieuwe systeem onderscheidt drie segmenten en biedt handvatten om samenwerking en innovatie met financieringsprikkelers te bevorderen, dan wel af te dwingen. Met het systeem wordt beoogd meer op uitkomsten te bekostigen in plaats van op inspanning. Het effect op langere termijn zal een meer gedifferentieerde beloning op praktijkniveau zijn.
Taakdelegatie en taakherschikking	De toenemende belasting van de huisarts leidt tot taakdelegatie en taakherschikking richting professionele ondersteuners en zorgverleners buiten de huisartsenpraktijk. De kernwaarden van de huisartsenzorg dienen daarbij leidend te blijven.
Meer managementtaken	Het toenemend aantal personeelsleden in de praktijk en het ingewikkelder worden van de bedrijfsvoering leiden tot uitbreiding van de managementtaken. Hierdoor worden huisartsen steeds meer aangesproken op kennis en vaardigheden die buiten hun medisch terrein liggen. De uitdaging is om de tijd voor de patiënt te behouden ¹² .
Afhankelijkheid ICT	ICT en informatievoorziening gaan een steeds grotere ondersteunende rol spelen in de huisartsenpraktijk (via internet: afspraken, consulten, uitslagen, recepten etc.).
Professionaliteit	Toenemende eisen van externen, waaronder toezichthouders, vragen om professionalisering van huisartsen, zorggroepen en gezondheidscentra. De buitenwereld eist dat de kwaliteit van de zorg en van de bedrijfsvoering permanent verbetert. De lat

¹² Hand in hand met de ontwikkelingen worden binnen de beroepsgroep ook de bestuurstaken belangrijker. Er zijn méér bestuurszetels te bezetten, onder andere door de opkomst van zorggroepen. En de partijen rondom de huisarts intensiveren hun overleg met de beroepsgroep. De bestuurstaken betreffen een deel van de achterban van de LHV en raken niet iedere huisarts.

	komt steeds hoger te liggen. De huisartsenzorg ontwikkelt zich continu en heeft de uitdaging de kwaliteit steeds verder te verhogen.
Meer verantwoording = meer transparantie	Zorgverleners moeten zich steeds meer expliciet verantwoorden jegens verzekeraars en patiënten. Transparantie-eisen worden daarom zwaarder.
‘Peer pressure’	Door toenemende wederzijdse afhankelijkheid en samenwerking stellen huisartsen steeds hogere eisen aan collega-huisartsen, bijvoorbeeld ten aanzien van de kwaliteit van dossiers.
Waarnemers	Het aantal waarnemers is de laatste jaren toegenomen. Dit komt onder meer doordat het in populaire gebieden moeilijk is om een eigen praktijk te vinden en doordat het in verhouding financieel minder aantrekkelijk is geworden om in dienstverband te werken.
Permanente evolutie bedrijfsmodel	Voor het borgen van de continuïteit van de huisartsenzorg zijn (organisatorische) aanpassingen permanent noodzakelijk. We werken anders dan tien jaar geleden en over vijf jaar zal het weer anders zijn.
Complexiteit	De complexere zorgvraag, de (ingezette) veranderingen en de toenemende eisen maken het huisartsenvak steeds complexer.
Veranderend(e) identiteit, zelfbeeld, imago	De veranderingen in de huisartsenzorg hebben invloed op hoe de professional zijn/haar vak beleefd en op het zelfbeeld.

STERKTES, ZWAKTES, KANSEN & BEDREIGINGEN

In de vorige hoofdstukken hebben we de belangrijkste ontwikkelingen in en rondom de huisartsenzorg in kaart gebracht en beschreven welke rol- en taakopvatting de LHV heeft. In dit hoofdstuk volgt een analyse van sterktes, zwaktes, kansen en bedreigen. Op basis daarvan zullen verderop in dit plan de strategische pijlers voor de komende drie jaar worden gedefinieerd.

De interne omgeving belicht de sterke en zwakke punten van de LHV als vereniging (en dus niet de huisartsen(zorg) en de externe omgeving belicht de gesignaleerde kansen en bedreigingen. De omgevingsanalyse brengt zowel de interne als externe omgeving van de LHV in kaart en belicht het heden en de toekomst.

STERKTES EN ZWAKTES LHV

Sterk extern netwerk	Deel van de leden wordt niet bereikt
Representatieve vertegenwoordiger van de huisartsen	Inefficiëntie in vereniging en bedrijfsvoering
Kennis van het huisartsenvak en –praktijk & visie op huisartsenzorg	Onvoldoende implementatiekracht
Regionale vertegenwoordiging	Onvoldoende koersvast door ontbreken helder en gedragen besluitvormingsproces
Breed producten/dienstenpallet	Disbalans bestuurlijke vraagstukken en ledenvraagstukken
Gedreven en betrokken achterban	

KANSEN EN BEDREIGINGEN LHV

Strategische allianties met andere partijen	Nieuwe spelers/vertegenwoordigers huisartsenzorg
Huisartsen hebben behoefte aan ondersteuning & 'gidsfunctie'	Gedeelde positie aan onderhandelingstafel
Groeiend belang huisartsenzorg	Machtspositie verzekeraars
Toenemende vraag naar huisartsenzorg	LHV wordt ingeschakeld als uitvoeringsorganisatie
Dynamiek in de zorg (Wet & Regelgeving)	

TOELICHTING STERKTES

Sterk extern netwerk

Door onze expertise en jarenlange inzet beschikt de LHV over een sterk extern netwerk, zowel op landelijk als regionaal niveau.¹³ Ons netwerk is sterker dan dat van de meeste andere verenigingen in de zorg die professionals vertegenwoordigen. De invloed die we aan ons netwerk ontleen, is van doorslaggevend belang bij het behartigen van de materiële en immateriële belangen van onze leden.

Representatieve vertegenwoordiger van de huisartsen

Het merendeel van de huisartsen is lid van de LHV. De LHV een representatieve vertegenwoordiger van onze beroepsgroep doordat zowel een groot deel van de praktijkhoudende huisartsen, apotheekhoudende huisartsen, waarnemers, huisartsen in dienstverband als van de huisartsen in opleiding lid is.¹⁴ Onze vereniging is voor de huisartsen een *trusted party* aan wie ze het overlaten namens hen koers uit te zetten, besluiten te nemen en afspraken te maken.¹⁵ Dit maakt dat partijen in en buiten de zorg de LHV zien als dé belangenbehartiger en spreekbuis van huisartsen. Hierdoor kan de LHV namens de Nederlandse huisarts afspraken met derden maken.

Kennis van het huisartsenvak en de huisartsenpraktijk & een visie op huisartsenzorg

Onze verenigingshistorie en -structuur maken dat wij doorwrochte kennis hebben van, en inzicht hebben in de huisartsenzorg. Door onze expertise weten we als geen ander wat er speelt bij huisartsen, in het huisartsenvak en de huisartsenpraktijk. En wat er rondom de huisartsenzorg

¹³ Het grote netwerk van de LHV is voor een deel verklaarbaar met de positie van de huisarts in de zorg. De huisarts heeft op praktijkniveau vanuit zijn/haar generalistische, centrale regisseurspositie contact met een groot netwerk aan collega-zorgverleners, zorginstellingen en instanties. Dat grote netwerk op het niveau van n=1 vertaalt zich in een groot netwerk van de LHV op landelijk en regionaal niveau. Vele partijen richten zich tot de LHV omdat zij op praktijkniveau de huisarts willen bereiken.

¹⁴ Voor de huisartsen in opleiding is de LOVAH veelal het eerste aanspreekpunt voor stakeholders. De LHV en de LOVAH onderhouden mede daarom goede contacten.

¹⁵ Althans, voor de grote meerderheid van de huisartsen.

gebeurt, bijvoorbeeld elders in de eerste lijn. Onze visie op waar we in de komende jaren met de huisartsenzorg naar toe zou moeten, hebben we samen met het NHG onderschreven en vastgelegd in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.

Regionale vertegenwoordiging

De LHV is regionaal aanwezig en actief met haar kringen en door de regiobureaus. Deze regionale presentie is belangrijk voor de aansluiting met individuele huisartsen, regionale stakeholders en bij regionale en lokale ontwikkelingen. Vanwege de regionalisatie van de zorg is deze aansluiting nu extra belangrijk. Belangenbehartiging van groepen huisartsen – vanzelfsprekend binnen de grenzen van de mededingingswet - en de ondersteuning van individuen is regionaal vaak beter mogelijk dan vanuit een landelijke setting.

Breed producten- en dienstenpalet

De LHV biedt een breed scala aan producten en diensten. We ondersteunen de huisarts in zijn dagelijkse praktijk met nascholing, evenementen, netwerkbijeenkomsten, informatie via de website en in print, persoonlijk advies, enzovoort. Zowel vanuit het landelijk bureau als vanuit de diverse kringbesturen en regiobureaus worden producten en diensten ontwikkeld. De dienstverlening is enerzijds gericht op de totale beroepsgroep en anderzijds op de behoeften van specifieke delen van onze achterban, zoals praktijkhoudende huisartsen, waarnemers en huisartsen in dienstverband. Mede omdat ditzelfde door derden grotendeels niet is te realiseren, is dit een sterk punt van de LHV.

Gedreven en betrokken achterban

Onze leden zijn uitgesproken gedreven en betrokken. Het zijn in de eerste lijn de huisartsen die de schouders onder projecten zetten. Binnen hun eigen werkgebied zetten zij zich in voor hun patiënten, de praktijk en de toekomst van het vak. Tal van vernieuwingen en initiatieven zijn *bottom up* door huisartsen geëntameerd¹⁶. De beroepsgroep is vindingrijk, flexibel, energiek, initiatiefrijk en vooruitganggedreven. Huisartsen zijn de locomotief van de eerste lijn, regelmatig gefaciliteerd en aangemoedigd door de LHV. Door deze kenmerken van de achterban, staat de vereniging sterk.

TOELICHTING ZWAKTES

Deel van de leden wordt niet bereikt

De LHV weet een deel van haar achterban onvoldoende te bereiken c.q. te binden. Voor een deel is dat terug te voeren op weinig interesse van de betreffende leden. Maar anderzijds kan de oorzaak liggen in de manier waarop wij als vereniging georganiseerd zijn en hoe wij daarin acteren, (de aansluiting van) onze producten- en dienstenportfolio bij wat de leden willen, de praktische relevantie van wat wij naar onze leden brengen en de wijze van presenteren van wat wij doen en maken.

Onvoldoende efficiëntie in vereniging en bedrijfsvoering

Zowel binnen de vereniging als de werkorganisatie is er (nog) sprake van onvoldoende efficiëntie in organisatie en bedrijfsvoering, hoewel de laatste jaren grote verbeteringen zijn gerealiseerd. Processen verlopen vaak eerder intuïtief en improviserend, dan strak georganiseerd en effectief. De inefficiëntie blijkt uit het feit dat werkzaamheden regelmatig opnieuw uitgevoerd worden, de besluitvorming veel tijd kost, standpunten niet of te laat worden ingenomen en de betrokkenheid van commissies, werkgroepen en andere organisatorische verbanden onvoldoende verankerd is. Ook het op elkaar inspelen van de onderdelen van de vereniging – landelijk bestuur, kringbesturen / landelijk bureau, regiokantoren – kan beter. De kringen hebben met hun

¹⁶ Huisartsenposten, zorggroepen, creatie en inzet praktijkondersteuners, enz.

regionale verankering en rol als fundament van de vereniging meer in handen dan wat nu wordt benut.

Onvoldoende implementatiekracht

Beleid is pas effectief als de implementatie daarvan effectief is. Ten eerste hebben wij als LHV beleid dat wij gerealiseerd willen zien. We hebben bijvoorbeeld de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, richtlijnen die navolging behoeven en afspraken met derden die moeten worden nagekomen. Als vereniging willen we dus zaken geïmplementeerd zien. Ten tweede verlangen derden dat van ons, al dan niet terecht of gewenst. Van oorsprong heeft de LHV een oriëntatie van binnen naar buiten. De vereniging vertolkte datgene wat de achterban wilde en ging op pad om dat te bereiken. Tegenwoordig nemen stakeholders niet langer genoeg met uitsluitend die rol. Ze verwachten dat er met/via de LHV afspraken gemaakt kunnen worden met de beroepsgroep die leiden tot concrete actie van de achterban. We leven nu dus in een wereld van tweerichtingsverkeer, waarin van de LHV implementatiekracht wordt verwacht. Partijen die 'iets terug kunnen doen' in het belang van de onderhandelingspartner (overheid, verzekeraar), zijn gewild. Er wordt ook van de LHV verwacht dat we de huisarts actief in beweging krijgen¹⁷. Wij zijn echter regelmatig onvoldoende in staat om huisartsen van A naar B te bewegen. Daarvoor is implementatiekracht nodig.

Niet koersvast door ontbreken helder en gedragen besluitvormingsproces

Als vereniging hebben we te maken met veel invloeden en druk van buitenaf. Om ervoor te zorgen dat we onze missie realiseren, is het van essentieel belang dat we onze visie op zaken (tijdig) vormen en uitdragen, doelstellingen expliciet bepalen en de voortgang monitoren. Dat verlangt een helder en gedragen besluitvormingsproces. Op dit moment zijn deze zaken onvoldoende geborgd binnen de vereniging. Hierdoor zijn we gevoelig voor 'zijwind' en laten we ons te veel leiden door de waan van de dag. Bovendien zijn we mede daardoor regelmatig te reactief.

Disbalans bestuurlijke & ledenvraagstukken

De LHV besteedt veel tijd aan bestuurlijke vraagstukken. Het gaat dan om een *conceptuele/strategische* benadering op *lange termijn*. Dat kan de oriëntatie op het hier en nu in de weg staan. Onze leden verlangen *praktische/concrete* ondersteuning op *korte termijn*. Om de toegevoegde waarde van de vereniging voor de leden meer voelbaar te maken – die toegevoegde waarde moet worden 'beleefd' – moeten we proactief hun vragen en knelpunten/problemen signaleren en daar concreet op inspelen. Ledenvraagstukken raken nu nogal eens ondergesneeuwd door aandacht op het meer abstracte (bestuurlijke) niveau.

TOELICHTING KANSEN

Strategische allianties met andere partijen

De kracht van een vereniging wordt voor een belangrijk deel bepaald door het netwerk waarin zij opereert. De LHV verkeert in de positie dat stakeholders graag met haar van doen hebben, willen samenwerken en afspraken willen maken. Deze positie kunnen we nog verder uitbuiten en zodoende de strategische positie van huisartsen verstevigen, hun belangen behartigen en onze achterban middels coproducties van dienst zijn¹⁸.

Behoeft huisarts aan ondersteuning en 'gidsfunctie'

De complexere zorgvraag, de (ingezette) veranderingen en toenemende eisen maken de uitoefening van het huisartsvak steeds complexer. Het appèl van de achterban op de LHV zal

¹⁷ Dat verklaart mede de populariteit van bijvoorbeeld zorggroepen bij de overheid en verzekeraars. Die komen niet alleen vragen, maar geven concreet vorm aan de eerstelijns door huisartsen (en anderen) in een bepaalde richting te krijgen.

¹⁸ Voorbeelden van het benutten van het netwerk zijn nu bijvoorbeeld de rol van de LHV binnen VELO en de makkelijke toegang tot beleidsvormende personen en instanties.

hierdoor toenemen. Huisartsen hebben hierdoor behoefte aan meer en praktische ondersteuning en richtinggevend advies. Dit biedt een belangrijke kans. Hoe beter wij daarin slagen, hoe groter onze toegevoegde waarde en relevantie.

Groeiend belang van huisartsenzorg

Alle ogen zijn gericht op de huisartsen. Zij hebben in hun rol van locomotief de sleutel in handen om de eerste lijn te organiseren, samenwerking aan te jagen en de kosten van de zorg te helpen beheersen, mede vanwege het poortwachterschap. We kunnen stellen dat het overheidsbeleid voor een belangrijk deel rondom de huisarts is ontworpen. Deze prominente positie heeft impact op de rol van de LHV als beroepsorganisatie en vertegenwoordiger van de huisartsen. Besluitvormers en beïnvloeders kunnen niet om de LHV heen.

Toenemende vraag naar huisartsenzorg

De vraag naar huisartsenzorg zal de komende jaren blijven toenemen vanwege een cumulatieve aan ontwikkelingen, zoals demografische ontwikkelingen (vergrijzing) met toename van (multi)morbiditeit, substitutie vanuit de tweede lijn, verbreding van het takenpakket, langer thuis wonen, toestroom van patiënten die vroeger een beroep deden op de GGZ, enzovoort. De betekenis van de LHV voor haar leden zal hierdoor (kunnen) toenemen, aangezien die een groeiende behoefte zullen ervaren aan een gids en ondersteuning in de dagelijkse praktijk.

Dynamiek in de zorg (wet- & regelgeving)

Dynamiek in de omgeving maakt (beroeps)verenigingen relevanter. Mede de huidige dynamiek rondom ons heen – praktisch en in de wet- en regelgeving – maakt de LHV voor de huisartsen extra belangrijk. De ontwikkelingen hebben een grote impact op de rol, positie, taken en competenties van de huisarts. De LHV als belangenbehartiger geeft inzicht in de veranderingen, spreekt namens huisartsen bij de diverse overleggen en ondersteunt huisartsen bij de praktische invulling van de veranderingen.

TOELICHTING BEDREIGINGEN

Nieuwe spelers/vertegenwoordigers huisartsenzorg

Er komen steeds meer spelers/vertegenwoordigers waarbij de huisartsen zich kunnen aansluiten. Denk aan huisartsenverenigingen die huisartsen verbinden, maar ook aan zorggroepen, organisaties als InEen, huisartsenposten en coöperaties. Daarnaast zijn er organisaties die huisartsenzorg (gaan) aanbieden. Het risico bestaat dat de rol van de LHV hierdoor verwaterd.

Gedeelde positie aan overlegtafel

Van oudsher heeft de LHV min of meer exclusief kunnen overleggen met de overheid, verzekeraars, toezichthouders en anderen. Het aantal partijen – ook van buiten de huisartsenzorg – dat meepraat over wat de huisarts wel en niet moet doen, neemt toe. Illustratief is dat het akkoord dat in 2013 is gesloten niet een 'huisartsenakkoord' is, maar (afgedwongen door VWS) een 'eerstelijnsakkoord'. Deze ontwikkeling is niet alleen ongelukkig omdat de invloed van de LHV onder druk staat. Echt schadelijk zijn de momenten waarop stakeholders munt proberen te slaan uit het soms niet geheel op dezelfde lijn zitten van de LHV en andere partijen. Een verdeel- en heerspolitiek door VWS en zorgverzekeraars is in dat geval mogelijk, wat ten koste gaat van de belangen van de individuele huisarts. Kern van de zaak is dat er nu meer partijen aanschuiven, waardoor het speelveld groter en breder is geworden en de rol van de LHV minder exclusief.

Machtspositie verzekeraars

De inkooprol die de verzekeraars op grond van de wet hebben, is in de eerste jaren van het nieuwe stelsel mild ingevuld. Maar de verzekeraars verzakelijken. Zij willen meer waar voor hun geld en verhogen daarom de druk op zorgverleners. De machtspositie die zij al hadden, geven zij

nu concrete inhoud waardoor regelmatig wrijving ontstaat. De toenemende machtsuitoefening is voor onze achterban goed voelbaar. Er worden steeds zwaardere eisen gesteld. Voorbeelden zijn het aanleveren van gegevens (transparantie) en het onder druk zetten van praktijken om hun service te verhogen. Deze trend zal ongetwijfeld de komende jaren doorzetten, aangezien in het nieuwe bekostigingssysteem meer en vaker voor *uitkomsten* zal worden betaald, in plaats voor *inspanningen/verrichtingen*.

Tegenover de verzekeraars staan huisartsen/zorgverleners die op grond van de Mededingingswet niet collectief mogen onderhandelen.¹⁹ Hierdoor staan ze als individu zwak tegenover de grote concerns. De praktijk is dat er slechts bij het kruisje mag worden getekend, zonder mogelijkheid van aanpassing van het contract.²⁰ De bedreiging van deze ontwikkeling voor de vereniging is dat ook de LHV niet collectief mag onderhandelen namens haar leden. Dit besef zou bij een deel van de achterban de (onterechte) indruk kunnen wekken dat het lidmaatschap van de LHV daarom minder relevant is dan voorheen.

LHV wordt ingeschakeld als uitvoeringsorganisatie

De LHV is de beroepsvereniging van de huisartsen in Nederland, maar steeds vaker worden wij door de buitenwereld als uitvoeringsorganisatie ingeschakeld. Men verwacht dat wij innovatie aanjagen, de achterban sturen en alle neuzen eenzelfde kant op laten wijzen. Niet dat wij louter een vertegenwoordiger zijn van de huisartsen richting stakeholders. Ook het omgekeerde wordt verlangd, waarbij de LHV de achterban duidelijk maakt wat mede 'namens' de stakeholders gerealiseerd moet worden. De bedreiging ligt in het feit dat als de LHV geen uitvoering/implementatie kan of wil leveren zoals de stakeholders voor ogen hebben, die dan buiten de LHV om naar anderen stappen. En daar waar de LHV wel de uitvoeringstaak op zich neemt, kan dat stuitten op onbegrip bij de leden omdat de beleving kan zijn dat tegen hun belang in wordt gehandeld ('in opdracht van').

¹⁹ Omgekeerd willen de verzekeraars niet eens onderhandelen. Zij zijn daartoe ook niet verplicht. Vanuit de verzekeraar is onderhandelen een recht, geen plicht.

²⁰ Voor de huisarts is het een geluk bij een ongeluk dat diens positie door zijn spilfunctie voor de verzekeraars zo belangrijk is. Verzekeraars zijn zich ervan bewust dat als de huisartsen op hun handen gaan zitten, de ontwikkelingen in de eerstelijns vanzelf tot stilstand komen. Daardoor zou innovatie en substitutie minder goed van de grond komen en zou het raderwerk van de zorg (inclusief GGZ en de uitgeponde AWBZ) gaan haperen. Dat alleen al maakt de verzekeraars voorzichtig en daarom zijn ernstige confrontaties tot nu toe uitgebleven zoals we die hebben gezien bij onder andere de apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten en logopedisten. Voorts speelt dat de huisarts bij de Nederlandse populatie in hoog aanzien staat en dat daarom verzekeraars tot drie tellen alvorens een publicitair conflict te riskeren dat op henzelf kan terugslaan. Het is mede daarom dat verzekeraars contracten aanbieden - althans tot nu toe - die 'onder de streep' nog acceptabel genoeg zijn voor onze achterban. Andere eerstelijnszorgverleners zitten in een minder comfortabele positie.

STRATEGISCHE PIJLERS

Op basis van de missie, taken en een analyse van sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen is binnen de organisatie een discussie gevoerd, die heeft geleid tot de volgende vijf strategische pijlers²¹.

Bij het hanteren van deze pijlers dient de vereniging ervoor te waken dat zij niet te veel hooi op de vork neemt. De huisarts kan niet alles kan of wil leveren wat van hem/haar wordt gevraagd. Hetzelfde geldt voor de vereniging.

Pijler 1.

**We vergroten het
rendement van onze
expertise**

Wij onderscheiden ons door onze expertise en brede scope²².
Door onze expertise nog gericht in te zetten versterken we onze positie.

Pijler 2.

**We halen de banden
met onze leden aan.**

**We investeren in de
interactie met hen.**

De betrokkenheid bij én van onze leden staat centraal bij onze werkzaamheden²³.

Wij binden onze leden met relevante en zichtbare producten en diensten, afgestemd op hun wensen en behoeften.

We focussen ons op regionale verankering. We moeten ons herbezinnen over de manier waarop en de weg waarlangs onze leden ons bereiken en vice versa.

²¹ Het voert te ver hier de exercitie uit te schrijven. Centraal staat dat de LHV zich gedurende een aantal jaren vast houdt aan een aantal strategische pijlers waarvan het grootste effect wordt verwacht. Zodoende wordt koers gehouden en krijgt de strategie de kans vruchten te gaan dragen.

²² Wij kennen en begrijpen de huisarts, het huisartsenvak en de huisartsenpraktijk alsmede het speelveld rondom de huisarts. Wij zijn hierdoor in staat om de impact van ontwikkelingen en (voorgestelde) veranderingen te overzien en te beoordelen, ten gunste van de huisarts. Dit stelt ons in staat om de belangen van de huisartsen optimaal te behartigen, de huisartsen te ondersteunen en richting te geven en de kernwaarden van het vak te bewaken. Expertise vormt daarnaast een belangrijke factor bij het opbouwen van vertrouwen. Niet alleen bij huisartsen, maar ook bij partijen in ons externe netwerk.

²³ We monitoren proactief landelijke en regionale ontwikkelingen en stellen vast op welke wijze de huisartsen(zorg) hierop moet inspelen.

Pijler 3.

We vergroten onze implementatiekracht

Om de positie van de LHV te bestendigen, moeten we onze implementatiekracht vergroten.²⁴ We bieden meer ondersteuning aan onze leden zodra die van A naar B moeten, bijvoorbeeld vanwege wijzigingen in wet- en regelgeving. Hiervoor is het noodzakelijk dat we als LHV meer procesmatig en planmatig werken, onze organisatiekracht regionaal versterken en zorgen voor strategische afstemming en samenwerking met externe partijen.

We bepalen onze inzet in principe in samenspraak met stakeholders, inclusief nieuwe spelers. Daarbij trekken we ook grenzen.

Pijler 4.

We zetten onze representatieve vertegenwoordiging breed in

Representativiteit is er in twee betekenissen. Binnen de vereniging zorgen wij ervoor dat alle soorten leden hun invloed kunnen uitoefenen. Dat vereist een goed functionerende verenigingsdemocratie. En naar buiten toe geldt dat als wij onderhandelen met andere partijen, de LHV namens de grote meerderheid van de Nederlandse huisartsen spreekt.

Wij bewaken de representativiteit van onze vertegenwoordiging door behoud en werving van leden. Dat is onontbeerlijk voor een krachtige positie in ons netwerk en aan de onderhandelingstafel.

Onze bevoorrechte positie om de huisarts te vertegenwoordigen, zetten wij breed in.

Pijler 5.

We trekken het initiatief naar ons toe & Wij houden vast aan de uitgezette koers

Om richtinggevend te zijn en invloed uit te kunnen oefenen, moeten we rondom de ontwikkelingen in de huisartsenzorg en de eerste lijn het initiatief meer dan voorheen naar ons toe trekken. We moeten als LHV meer het voortouw nemen. Zo kunnen we voorkomen dat we in het kielzog komen van andermans prioriteiten.

Zodra de koers is bepaald en doelen zijn gedefinieerd, moeten we daaraan vasthouden. We dienen daarom minder gevoelig te worden voor 'zijwind' en ad-hoc-prioriteiten. Dit kan betekenen dat we stuiten op weerstand of onbegrip, maar uiteindelijk vergroot de gedragslijn de kans op succes en het maakt ons een betrouwbare partner.

²⁴ Alleen als we derden toezeggingen kunnen doen om dingen te realiseren en toezeggingen waar te maken, zijn wij duurzaam een aantrekkelijke partner.

ONZE KOERS IN 2015 – 2017

Voortbouwend op deze vijf strategische pijlers, moeten we bepalen hoe die zich vertalen in concrete aandachtsgebieden die veelal leiden tot projecten.

Onze leden ²⁵

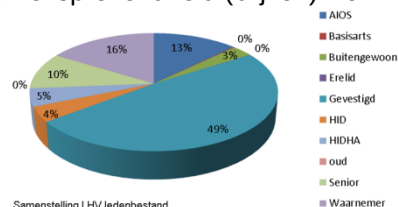


Onze leden vormen het bestaansrecht van onze vereniging. Wij luisteren naar hen, geven hen richting en zorgen ervoor dat zij hun vak onder optimale condities kunnen uitoefenen. Het lidmaatschap van de individuele huisartsen versterkt onze positie én die van de huisarts(enzorg).

Ledenwerving en –behoud

Voor het behoud van de positie van de LHV en daarmee die van de huisarts(enzorg), is het van belang dat huisartsen het lidmaatschap van de vereniging als vanzelfsprekendheid (blijven) zien. Ledenwerving en –behoud is daarom een permanent aandachtspunt.

Het in 2014 gestarte project Ledenbehoud en –werving wordt doorgezet. In 2015 nemen we de resultaten van het ledenonderzoek hierin mee. Ook houden we de contacten met leden die hun lidmaatschap beëindigen tegen het licht.



Profilering LHV

Voor het binden van onze leden is het noodzakelijk dat zij de toegevoegde waarde van het lidmaatschap niet alleen kunnen beredeneren, maar die ook daadwerkelijk beléven. Een groot deel van de werkzaamheden van de vereniging, in het bijzonder de collectieve belangenbehartiging, is niet direct zichtbaar voor de huisartsen. Het is voor hen tamelijk abstract en ver van het bed. Het maken van een vertaalslag naar het concrete,

²⁵ De individuele Nederlandse huisartsen vormen onze leden. Binnen ons ledenbestand signaleren wij drie categorieën.

- De eerste categorie bestaat uit artsen in opleiding tot huisarts en uit basisartsen die nog geen specialisatie hebben gekozen. Hun gezamenlijk aandeel in ons ledenbestand bedraagt bijna 13%, waarbij het aandeel van de artsen in opleiding tot huisarts ruim 12% bedraagt.
- De tweede categorie bestaat uit de praktiserende huisartsen. Bijna 74% van onze leden is actief werkzaam als huisarts. De praktiserende huisartsen vormen daarmee de kern van onze vereniging. Binnen deze categorie maken we onderscheid in praktijkhoudende en niet-praktijkhoudende huisartsen. Een deel van de praktijkhoudende huisartsen, in het bijzonder in dunbevolkte gebieden, is ook apotheekhoudend. Binnen de niet-praktijkhoudende huisartsen onderscheiden we waarnemers / freelancers en huisartsen in dienstverband Hid(ha). Bijna de helft van onze leden werkt als praktijkhouder (49%). Dit komt overeen met het landelijk beeld. De huisarts met een eigen praktijk heeft te maken met andere vraagstukken dan de huisarts die als waarnemer en/of in dienstverband werkzaam is. Gezien het grote aandeel binnen het ledenbestand biedt de LHV specifieke ondersteuning aan de huisarts met een eigen praktijk. Daarbij wordt tevens stilgestaan bij de levensfase van de huisarts zoals praktijkstart en praktijkoverdracht.
- De derde categorie bestaat uit senior leden, buitengewone leden en ereleden. Gezamenlijk vormen zij ruim 13% van ons ledenbestand. Hiervan bestaat 10% uit senior leden, de niet meer praktiserende huisartsen.

individuele niveau (*'What's in it for me'*) staat daarom in de planperiode hoog op de agenda. Goed en frequent contact met de leden is daarbij essentieel.²⁶

Daarnaast starten we een marketingcampagne waarmee we de boodschap van de toegevoegde waarde naar de (aspirant-)leden overbrengen.²⁷ We maken duidelijk dat de LHV niet alleen belangrijk is op individueel niveau, maar dat de vereniging ook staat voor het vak en de beroepsgroep als geheel. We maken zichtbaar wat we concreet dóen.

*We maken het belang
van het lidmaatschap
voor de beroepsgroep en
de individuele huisarts
zichtbaar*

Verder vergroten we de exclusiviteit voor leden. Op dit moment is een groot deel van onze ondersteuning vrij toegankelijk voor niet-leden. Dit *free-riderschap* gaan we inperken.

Uitbreiden advies op maat

De LHV is een vraagbaak voor individuele leden. Vanwege de snelle ontwikkelingen in en rondom de huisartsenpraktijk verwachten we dat de behoefte aan persoonlijk advies zal toenemen. Vaak is er behoefte aan advies op maat. De vraag is hoe wij die vraag kwalitatief en kwantitatief kunnen opvangen. Voor een deel kan dat binnen de huidige afdelingen en

*We bieden meer
persoonlijk en deskundig
advies en ondersteuning
aan onze individuele leden*

regiokantoren. Maar voor een aantal specifieke gebieden zal een 'tweede schil' rondom de LHV nodig zijn waarnaar we leden kunnen verwijzen. Iets dergelijks kennen we al voor de Bouwadviesgroep. Eerstelijns hulp voor leden met vragen over bouw en verbouw wordt verleend door een medewerker van de LHV. Zodra de dienstverlening meer expertise en tijd gaat vergen, verwijzen we de vragensteller door naar de tweede lijn: een vast netwerk van

(binnenhuis)architecten²⁸. Deze formule voor maatadvies – de combinatie van eerstelijns hulp door het bureau en tweedelijns hulp door een vast netwerk van externe deskundigen – kan mogelijk gekloond worden naar andere werkgebieden. De behoefte daaraan en de uitvoerbaarheid zullen onderzocht worden. Gebieden die onder meer in aanmerking komen zijn juridisch advies, financieel advies voor de praktijk en organisatieadvies. De exacte onderwerpen zullen we nader vaststellen.

Ondersteuning hoeft niet altijd persoonlijk te zijn, maar kan ook via internetapplicaties. In 2014 lanceerde Kring Midden-Nederland de module Inzicht in de Praktijk. Via deze gebruiksvriendelijke applicatie krijgen huisartsen inzicht in hun praktijkvoering. In de planperiode is een landelijke uitrol voorzien.

²⁶Contact met leden kan in tal van vormen worden georganiseerd. Bijvoorbeeld: informatiebijeenkomsten, vergaderingen Kringen, deelname LHV Academie, adviescontact met bureau, brieven en circulaires, enz.

²⁷Dit project hangt nauw samen met het project ledenbehoud en -werving.

²⁸Tegen een (uur-)tarief.

Differentiatie naar segmenten achterban

Onze achterban bestaat uit verschillende soorten leden: praktijkhoudend, in loondienst, waarnemers, in opleiding en gepensioneerden. We kunnen in onze benadering nog meer gaan differentiëren, zodat wat we doen nog beter aansluit bij de diverse behoeften van de verschillende segmenten.²⁹

Structureel ledenonderzoek

Eind 2014 houden we een onderzoek onder alle leden. We willen weten waarom zij lid zijn van onze vereniging, wat hun ervaringen, wensen en behoeften zijn ten aanzien van onze werkzaamheden en service, wat zij vinden van de manier waarop wij hen bereiken, de werking van de vereniging, enzovoort. Dit onderzoek gaan we structureel uitvoeren. Door het repeterende patroon kunnen we de effecten van onze ingezette acties op structurele basis evalueren.

Contributiesystematiek tegen het licht

De systematiek voor de landelijke contributie die wij nu kennen, is gebaseerd op het draagkrachtbeginsel. Hoe hoger het inkomen, hoe hoger de contributie. Er zijn drie redenen om de systematiek tegen het licht te gaan houden. In de eerste plaats hebben we vanaf 2015 een administratief uitvoeringsprobleem met betrekking tot het objectief achterhalen van het inkomen van ieder lid.³⁰ Ten tweede breidt de ongelukkige gewoonte zich uit dat per praktijk één praktijkhoudende huisarts lid wordt en de anderen gratis meeliften. We gaan bezien in hoeverre de huidige contributiesystematiek dat in de hand werkt en of aanpassingen dit verschijnsel kunnen indammen. Bij het onderzoek en het trekken van conclusies zullen wij ook kijken naar de kringcontributies (systematiek en hoogte).

Verenigingsdemocratie

Voor cohesie binnen en daardoor kracht van de vereniging, is het noodzakelijk dat alle leden gelijkwaardig hun stem kunnen doen gelden. Representativiteit van de verschillende gremia is daarbij een sleutelbegrip. In de planperiode zal worden bezien of dat voldoende wordt gerealiseerd met de huidige wijze waarop de democratie nu is georganiseerd.

²⁹ De uitkomsten van het ledenonderzoek worden ingezet om de differentiatie verder vorm te geven (wat vinden onze verschillende leden belangrijk).

³⁰ Mede veroorzaakt door veranderende wet- en regelgeving, c.q. een wijziging van de pensioengrondslag.

Onze werkzaamheden



Wij behartigen de collectieve en individuele belangen van huisartsen op landelijk, regionaal, lokaal en praktijkniveau. We vertegenwoordigen de huisartsen en ondersteunen hen bij de praktische uitoefening en ontwikkeling van het vak en hun praktijkvoering. De wensen en behoeften van onze leden staan centraal bij onze werkzaamheden.

Core business van de LHV is het versterken van de strategische positie van de huisarts(enzorg) en het behartigen van de belangen van onze leden. Om het huisartsenvak voor de leden behapbaar te houden, gaan we de uitkomsten van de collectieve belangenbehartiging vertalen naar de concrete betekenis voor het individuele lid. Het bundelen van de krachten van de beroepsgroep en de ondersteuning in de praktijk staan in de planperiode hoog op de agenda. De focus ligt daarbij op méér en praktische ondersteuning. De aandacht voor de kwaliteit van de huisartsenzorg verslapt niet, maar gaat hand in hand met het versterken van de strategische positie van de huisarts(enzorg). In de planperiode continueren we de bestaande ledenvoordelen en bouwen we die verder uit.

We vertalen de uitkomsten van de collectieve belangenbehartiging naar de betekenis voor het individuele lid

In praktijk brengen Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012-2022

In de Toekomstvisie staan 17 ambities die de beroepsgroep wil realiseren voor 2022.³¹ Het NHG en de LHV gaan zich hier de komende jaren op richten; het NHG zal het voortouw nemen op de medisch inhoudelijke ambities en de LHV op de ambities op randvoorwaardelijk en organisatorisch gebied. InEen heeft zich eveneens aan de Toekomstvisie verbonden. In de planperiode zal worden ingezet op bundeling van krachten van LHV, NHG en InEen.



In de hele periode tot 2022 staat het verminderen van het aantal patiënten per FTE huisarts centraal. Dat is nodig om voldoende tijd per patiënt beschikbaar te hebben en de werkbelasting op een aanvaardbaar niveau te houden. De LHV zal onderzoek doen naar de meest gewenste praktijkgrootte op basis van een geactualiseerd huisartsgeneeskundig aanbod. De uitkomsten van het onderzoek worden gebruikt om steun en middelen te krijgen voor het verkleinen van het aantal patiënten per huisarts.

In de planperiode zal de LHV haar inspanningen om huisartsen te ondersteunen bij het realiseren van meer service verder uitbreiden. Het internet zal daar een belangrijke rol bij spelen. Zo wordt het mogelijk om afspraken via internet te maken, er komt meer transparantie en behandelingen zullen vaker via internet uitgevoerd of ondersteund gaan worden. De LHV zal de verruiming van openingstijden, daar waar deze is gewenst, ondersteunen en haar invloed aanwenden om dit met passende randvoorwaarden te stimuleren³². De LHV zal onderzoeken welke regionale en lokale

³¹ Zie bijlage 1.

³² Binnen de kaders van de Mededingingswet.

organisatie huisartsen nodig hebben om hun positie te behouden en zal deze samenwerkingsvormen tussen de professionals ondersteunen.

Belangrijkste thema's 2015-2017

In de planperiode staat een aantal thema's centraal. Wij hebben ons hierbij mede gebaseerd op de uitkomsten van de heidag van de Ledenraad op 3 juni 2014 waarbij de relevante thema's door de leden zijn geprioriteerd.

1. Financiering huisartsenzorg / contractering

Per 1 januari 2015 wordt een eerste stap gezet naar het nieuw bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het eindmodel zal in 2018 gerealiseerd zijn. In de planperiode bewaken we de transitie naar het nieuwe bekostigingssysteem. Schokeffecten op praktijkniveau moeten worden voorkomen. De (financiële) belangen van de huisartsen worden bewaakt door betrokkenheid van de LHV bij de nadere uitwerking van de bekostiging.

Doelstellingen financiering:

- Transitie zonder schokeffecten op praktijkniveau
- Bewaken van de basisvoorziening huisartsenzorg (segment 1)
- Loon naar werken: uniforme, relevante, realistische en significante prestatie indicatoren in segment 3
- Realiseren maximum NZa-maximumtarieven op een zodanig niveau dat voor de verzekeraars ruimte ontstaat om de huisarts te belonen op een wijze die goede huisartsenzorg mogelijk maakt.
- Bewaken van het contract van verzekeraars, in lijn met de afspraken van het akkoord eerstelijns
- Informeren en ondersteunen van de huisarts bij de overgang naar het nieuwe systeem, zo mogelijk door het ontwikkelen

2. Aanbod huisartsenzorg

Het huisartsgeneeskundig aanbod is voor het eerst uitgebreid beschreven in 2004 als concretisering van de Toekomstvisie 2002-2012. Dit aanbod was toen de opvolger van het uit 1989 stammende basistakenpakket. Het aanbod huisartsenzorg omschrijft gedetailleerd op welke zorg de patiënten ten minste mogen rekenen als zij onder behandeling staan van een huisarts, respectievelijk de zorg die beschikbaar kan/moet zijn voor specifieke groepen. Het is de basis waarop de verzekeraars zorg bij huisartsen inkopen. Het aanbod is in 2009 voor de eerste maal herzien. In 2014/2015 zal dit voor de tweede keer gebeuren. Het herziene aanbod zal ook inzicht geven in het meerwerk dat de Nederlandse huisarts sinds 2009 is gaan leveren.

Doelstellingen aanbod huisartsen:

- Beschrijven van het basis, aanvullend en bijzonder aanbod van de huisartsenzorg
- De omvang van de huisartsenzorg beschrijven en de uitbreiding van het aanbod sinds 2009
- Beschrijven welk aanbod wordt gecontracteerd door verzekeraars
- De inhoud van het vak transparant maken

3. Ideale praktijkomvang voor optimale kwaliteit van zorg

Het takenpakket van de huisarts is de afgelopen jaren steeds verder uitgebreid. Substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn is een belangrijk streven van overheid en verzekeraars. Dat geldt ook voor substitutie van de eerste lijn naar de tweede lijn. Het aantal mensen met meerdere chronische ziekten groeit, technologische ontwikkelingen maken meer mogelijk en de vraag naar inzicht in de zorg en behandelingen wordt

Doelstellingen ideale praktijkomvang:

- Agenderen van "praktijkverkleining".
- Ideale praktijkgrootte onderbouwen.
- In kaart brengen wat de financiële gevolgen van een dergelijke verandering zijn.

groter. Daarmee wordt de zorg voor patiënten complexer. Huisartsen willen aan de vraag van patiënten naar bovengenoemde zorg voldoen en hebben daar meer tijd per patiënt voor nodig. Dat betekent dat er uitgezocht moet worden hoeveel patiënten een huisarts kan behandelen waarbij hij nog steeds een zo optimaal mogelijke kwaliteit kan bieden, mede in het licht van het genoemde streven van de overheid en verzekeraars naar substitutie. Welke omvang laat de huisarts wel het hele aanbod aan ziekten zien en geeft hem meer tijd voor zijn patiënten?³³ Dit project voeren we uit in nauwe samenhang met het project aanbod huisartsenzorg en het project rond taakdelegatie en taakherschikking.

4. Taakdelegatie en taakherschikking

De huisartsenzorg heeft zich in de afgelopen twintig jaar stormachtig ontwikkeld. De kwaliteit van de zorg is verbeterd en het volume is fors toegenomen. De ontwikkeling om meer zorg naar de eerste lijn en de huisarts te verplaatsen is alleen mogelijk als de huisarts meer tijd en ondersteuning krijgt bij zijn patiëntenzorg. Dit project brengt in kaart wat er nodig is aan taakherschikking en –delegatie om optimale huisartsenzorg te kunnen bieden. Ook wordt bezien in welke vorm en wanneer taakdelegatie en –herschikking mogelijk meer nadelen dan voordelen heeft. Het project wordt in nauwe samenhang uitgevoerd met de projecten 2 en 3.

Doelstellingen taakherschikking en taakdelegatie:

- Standpunt bepalen welke taken herschikt of gedelegeerd kunnen worden.
- Grenzen van taakherschikking – en delegatie aangeven.
- Bepalen wat de gevolgen voor personeelsbezetting in de huisartspraktijk zijn.
- Indien nodig herzien functieomschrijvingen personeel in de huisartspraktijk.

5. Multidisciplinaire en transmurale samenwerking

De complexiteit van zorg neemt toe. Technologische ontwikkelingen maken meer mogelijk en de betere zorg laat mensen langer leven. Hierdoor en door de verdere specialisaties in de zorg, zijn er vaak meerdere zorgaanbieders die dezelfde patiënt en zelfs dezelfde ziekte behandelen. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat er meer in multidisciplinaire teams wordt gewerkt en dat er meer zorg tussen ziekenhuis en eerste lijn mogelijk wordt. Deze zorg wordt veelal gezamenlijk door huisartsen en specialisten gegeven. De rol en taak van de huisarts ten opzichte van anderen moet daarbij helder worden gemaakt, net als de benodigde randvoorwaarden.

Doelstellingen multi-disciplinaire en transmurale samenwerking:

- Taakomschrijving huisartsenzorg in multidisciplinaire en transmurale samenwerking
- Onderbouwing financiering huisartsenzorg in deze samenwerking
- Beschrijving contracten in deze samenwerking
- Inzicht in gevolgen van deze samenwerking voor de individuele huisartsen

³³ De opbouw van de patiëntenpopulatie die per praktijk kan verschillen, speelt mee bij de bepaling van de optimale praktijkomvang.

6. Zeggenschap huisartsen in samenwerkingsverbanden

Huisartsen werken voor hun programmatische zorg steeds meer met andere zorgaanbieders samen in verbanden. Deze samenwerkingsverbanden beschrijven de inhoud en kwaliteit van de zorg die zij willen bieden. Deelnemende huisartsen moeten aan die eisen voldoen. De LHV bevordert de zeggenschap van huisartsen in deze samenwerkingsverbanden.

Doelstellingen zeggenschap huisartsen in samenwerkingsverbanden:

- Huisartsen zijn op de hoogte van de structuur van de samenwerkingsverbanden waarin zij participeren
- Huisartsen zijn in staat hun stem in deze samenwerkingsverbanden door te laten klinken
- Huisartsen nemen deel aan de besluitvorming in hun samenwerkingsverbanden en zijn daartoe voldoende geëquipeerd
- Weten deze samenwerkingsverbanden zo vorm te geven dat een maximale effectiviteit wordt bereikt

7. Uitwisseling van medische gegevens

Waar meerdere zorgverleners samenwerken is uitwisseling van de relevante patiëntgegevens steeds belangrijker. Het gaat dan bijvoorbeeld om het raadplegen van de professionele samenvatting uit het HIS op de huisartsenpost, het opvragen van een actueel medicatieoverzicht, de uitwisseling tussen HIS en KIS, verwijzen van patiënten of het overdragen van het patiëntendossier bij overstap naar een andere huisarts. In opdracht van de VZVZ wordt een landelijke infrastructuur voor de uitwisseling van gegevens ontwikkeld, beheerd en uitgebouwd; het LSP. Diverse zorgpartijen, waaronder de verzekeraars en de LHV, hebben hierover een convenant afgesloten over de periode 2013 tot 2016. Maar daarnaast zijn er vele andere manieren waarop uitwisseling van informatie kan plaatsvinden. Op het uitwisselen van (patiënt)gegevens zijn wettelijke bepalingen van toepassing, bijvoorbeeld de wet op bescherming van persoonsgegevens.

Doelstelling uitwisseling medische gegevens:

- Huisartsen kunnen op een veilige en efficiënte manier informatie van hun patiënten delen en uitwisselen met anderen

8. Transparantie

Het inzichtelijk maken van het doen en laten van de huisarts is belangrijk voor het verbeteren van de kwaliteit van zijn of haar huisartsenzorg (interne transparantie) en voor het inzichtelijk maken van de prestaties van de huisartsenzorg naar publiek, overheid en verzekeraars (externe transparantie). Dat geldt indien en voor zover die transparantie zinvol en te realiseren is.³⁴ Het bieden van transparantie verstevigt de positie van de huisartsen en maakt het mogelijk over goede randvoorwaarden voor het leveren van huisartsenzorg te onderhandelen. Het zichtbaar maken van de kern van het vak is daarbij van het grootste belang. Door hun goede registratie in hun HIS beschikken huisartsen over een schat aan informatie over de zorg die zij leveren. De uitdaging is deze informatie goed toegankelijk te maken en van een heldere interpretatie te voorzien.

Doelstellingen transparantie:

- Huisartsen beschikken over indicatoren die de kernwaarden van het huisartsenvak zichtbaar maken
- Huisartsen hebben etalage-informatie openbaar gemaakt via een aantrekkelijke website
- Huisartsen zijn in staat om de indicatoren gemakkelijk uit het HIS te genereren

³⁴ Indicatoren dienen slechts te worden ingezet indien die relevant zijn voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Gewaakt dient te worden dat niet zinloos data worden uitgevraagd, onder de vlag van 'indicator'.

9. ICT in de praktijk

ICT is een onmisbaar aspect van de praktijkvoering van huisartsen. Het huisartseninformatie-systeem vormt daarbij de kern. Met behulp van het HIS wordt onder meer het elektronische patiëntendossier up to date gehouden, worden afspraken gepland en wordt medicatie voorgeschreven. Maar ook de declaraties naar verzekeraars worden vanuit het HIS verzorgd. ICT is dus essentieel voor de kwaliteit van zorgverlening en dossiervorming. Maar ICT draagt ook bij aan de efficiënte organisatie van zorg, aan een goede service en bereikbaarheid en aan een goede financiële afwikkeling en praktijkvoering. Daarbij is een goede beveiliging van patiëntgegevens en het bewaken van de privacy essentieel.

Doelstellingen ICT in de praktijk:

- De LHV heeft zicht op de gewenste en geboden functionaliteiten en kwaliteit van de verschillende HIS'en en helpt praktijken bij het nemen van beslissingen rondom hun huisartseninformatiesysteem.
- De LHV informeert haar leden over de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en ondersteunt haar leden bij het voldoen aan de daarin gestelde eisen.
- De LHV heeft zicht op de voor- huisartsen relevante ontwikkelingen op gebied van ICT /
- e-health en informeert haar leden daarover. Huisartsen zijn in staat om de indicatoren gemakkelijk uit het HIS te genereren.

10. GGZ zorg in de praktijk

De GGZ-zorg in Nederland ondergaat een grote transitie.³⁵ De zorg moet dichter in de buurt van de patiënten komen. De minister heeft met de GGZ partijen een convenant gesloten om dit mogelijk te maken. Centraal daarin staat extramuralisering van de zorg, het verminderen van het aantal bedden in de intramurale zorg en het versterken van de basis-GGZ. Voor de huisartsenzorg betekent dit dat zij een groter aandeel krijgt in de GGZ zorg. Het poortwachterschap wordt versterkt en de hoeveelheid GGZ zorg neemt toe. Dit moeten huisartsen waarmaken met meer ondersteuning in de huisartsenpraktijk door de POH-GGZ en nauwe samenwerking met overige GGZ-aanbieders.

Doelstellingen GGZ in de praktijk:

- Ondersteuning bij het organiseren van GGZ zorg in de huisartspraktijk
- Ondersteuning bij opleiden en contracteren van POH-GGZ
- Ondersteuning bij contracteren GGZ zorg
- Reduceren administratieve lasten bij invoering nieuwe systeem. De LHV informeert haar leden over de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en ondersteunt haar leden bij het voldoen aan de daarin gestelde eisen

11. Ouderenzorg in de praktijk

Het aantal ouderen per huisartsenpraktijk neemt toe met de vergrijzing van de bevolking. Een deel van deze ouderen leidt aan multimorbiditeit. Dit leidt tot een steeds complexere zorgvraag. Deze zorgvraag zal steeds meer thuis in de eigen omgeving van de patiënt worden opgevangen door de op handen zijnde transities in de zorg (AWBZ, WMO en WLZ). De LHV heeft het aanbod ouderenzorg beschreven en zal in de

Doelstellingen ouderenzorg in de praktijk:

- Huisartsen kennen het aanbod ouderenzorg
- Huisartsen zijn in staat de vraag naar zorg in hun praktijk zichtbaar te maken
- Huisartsen weten welk aanbod zij voor hun oudere populatie

³⁵ In 2013 is hiervoor door de minister met partijen een akkoord gesloten. De LHV is daarvan geen ondertekenaar.

planperiode de huisartsen ondersteunen bij het samenstellen en realiseren van hun eigen aanbod.

12. Jeugdzorg in de praktijk

De transitie van de jeugdzorg krijgt in 2015 zijn definitieve beslag. Per 2015 wordt de jeugdzorg door de gemeente gecoördineerd en ingekocht. Deze verandering loopt parallel aan het invoeren van een aantal veranderingen in de WMO en de transitie in de GGZ.

Voor de huisartsenzorg betekent dit een verdergaande samenwerking met de gemeente voor het leveren van jeugdzorg. De gemeente wordt daarbij een belangrijke (verwijs)partner. Ter voorbereiding op deze veranderingen heeft de LHV in 2013 het "Aanbod huisartsenzorg voor jeugd met psychische of psychosociale klachten" beschreven. In de planperiode zal de LHV huisartsen ondersteunen dit aanbod in de praktijk te implementeren.

Doelstellingen jeugdzorg in de praktijk:

- Huisartsen kennen het aanbod het "Aanbod huisartsenzorg voor jeugd met psychische of psychosociale klachten".
- Huisartsen zijn in staat de vraag naar zorg van jeugdigen met psychische of psychosociale klachten in hun praktijk

13. Implementatie WMO en WLZ

Om de zorg toegankelijk, goed en betaalbaar te houden vindt er in de komende jaren een aantal grote transitie plaats. De Wet Langdurige Zorg wordt ingevoerd. Deze wet vervangt een deel van de AWBZ, een ander deel wordt overgeheveld naar de WMO. Als gevolg van deze omwentelingen en de daarmee gepaard gaande decentralisatie naar bijvoorbeeld de gemeente, komen patiënten in een andere positie. Bijvoorbeeld omdat zij langer thuis blijven wonen. Dat gaat het werk van de huisarts raken. In de planperiode besteedt de LHV aandacht aan politieke beïnvloeding (continueren activiteiten 2014) en het voorbereiden van de implementatie in de praktijk.

Doelstellingen implementatie WMO en WLZ:

- Effect transitie in kaart brengen
- In kaart brengen benodigde activiteiten door huisarts
- Scheppen van randvoorwaarden: financiële vergoeding voor huisartsen als zij de dialoog aangaan met de gemeente

14. E-health

E-health is een containerbegrip met als gemeenschappelijke noemer het gebruik van internettechnologie en multimediamogelijkheden. Deze technieken worden gebruikt om bestaande zorg via een nieuwe weg aan te bieden of nieuwe vormen en inhoud van zorg te ontwikkelen. E-health wordt verondersteld de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg te vergroten (digitale zorg) en het zelfmanagement van patiënten te versterken. De verwachtingen bij partijen in de zorg zijn hooggespannen. De toepassing van e-health producten zal de komende jaren een vlucht nemen. Onduidelijk is wat deze producten en diensten aan patiënten en de huisartsenzorg te bieden hebben en hoe doelmatig zij zullen zijn. De LHV ziet het als haar taak de huisartsen te helpen keuzes te maken bij het gebruik van e-health en zinvolle toepassingen te bevorderen.

Doelstellingen e-health:

- Nieuwe e-health ontwikkelingen ondersteunen en onder de aandacht brengen door het formuleren van relevante criteria en randvoorwaarden waarop (succesvolle) e-health-toepassingen getoetst kunnen worden. Daar waar het gaat

Onze contacten met onze leden



Het is van groot belang dat wij onze leden op landelijk en regionaal niveau écht bereiken.

Wij maken ons zichtbaar en binden onze leden door inzet van diverse vormen van contact:

Kringen	De 23 huisartsenkringen vormen de regionale vertegenwoordigers van de LHV. De kringbesturen behartigen de belangen van de huisartsen in de regio. Zij zijn het aanspreekpunt voor de huisartsen en andere stakeholders in de regio en de schakel met de LHV op landelijk niveau.
Regiobureaus	In iedere regio worden de kringen inhoudelijk en organisatorisch ondersteund door een regiobureau. Regiobureaus hebben namens de kringen eveneens een vertegenwoordigende rol en zijn aanspreekpunt voor leden en anderen.
Media	De media zijn een belangrijk communicatiekanaal. Naast de algemene LHV website zijn er sites voor de kringen en de apotheekhoudende afdeling. Daarnaast zijn er specifieke sites zoals Watzegtmijnpolis.nl en nascholingssites van kringen. HAweb is een gezamenlijk product met het NHG en is een online platform dat de beroepsgroep samenbrengt om kennis en ervaringen te delen. Overige vormen van digitale media die worden ingezet om leden te bereiken zijn bijvoorbeeld digitale nieuwsbrieven, Twitterberichten en e-mail services. Naast de digitale media maakt de LHV ook gebruik van geschreven media zoals persberichten en het ledenblad De Dokter. Het ledenblad geeft een actueel beeld van de thema's die het belang van de huisarts raken. We monitoren onze inspanningen en maken inzichtelijk wat we willen bereiken, welke resultaten we behalen en hoe we dat doen.
Persoonlijk contact	Om leden te bereiken met onze werkzaamheden en ondersteunende producten is persoonlijk contact van groot belang. Persoonlijk contact vindt niet alleen plaats vanuit kringbesturen en regiobureaus. Ook het landelijk bureau en bestuur zoeken persoonlijk contact met de leden. Onderlinge afstemming tussen landelijk en regionaal niveau is daarbij essentieel.

LHV Academie

De LHV Academie is het expertisecentrum voor de leden op het vlak van ondernemerschap en praktijkvoering. Zij verzorgt geaccrediteerde scholing voor individuele leden en draagt zo bij aan de kwaliteitsverbetering binnen de huisartsenzorg. Ook e-learning en vanuit de Kringen georganiseerde scholingen kunnen onderdeel zijn van de LHV Academie. Ook de scholingen vanuit De Startende Huisarts zijn onderdeel van de Academie.

Regionale verankering

Om onze leden optimaal van dienst te kunnen zijn, moeten we ons in de planperiode focussen op regionale verankering. Dit betekent dat de rol van de kringen en de regiobureaus als regionale vertegenwoordigers met kracht wordt bijgezet en dat er meer afstemming en samenwerking plaatsvindt tussen het landelijk bureau en de regiobureaus. Hiermee beogen we huisartsen in hun eigen werkomgeving te ondersteunen, te vertegenwoordigen en een verenigingsplatform te bieden.



Onze regionale vertegenwoordigers zijn verantwoordelijk voor het behartigen van de collectieve en individuele belangen van de huisartsen op regionaal en lokaal niveau, en regelmatig ook op praktijkniveau. De kringbesturen en de regiobureaus vormen de schakel met de LHV op landelijk niveau. Dat betekent dat ideeën en vraagstukken die een landelijke aanpak verdienen door de regionale vertegenwoordigers bij het bestuur en landelijk bureau onder de aandacht worden gebracht en (indien mogelijk) op landelijk niveau worden opgepakt. De LHV gaat een werkgroep

samenstellen om de gewenste situatie verder vorm te geven en te implementeren. De werkgroep bestaat uit een bestuurslid, medewerker(s) van het landelijk bureau, afgevaardigde(n) vanuit de ledenraad en een regiomanager.

Websites up to date

In 2014 is de website van de LHV, inclusief de sites van de kringen, gemoderniseerd en op een andere technische leest geschoeid. In de planperiode moeten de websites onderhouden en continu vernieuwd worden. We zullen meer met beeldmateriaal (foto en video) werken. Het ledenonderzoek dat in 2014 houden levert input voor de verdere ontwikkeling. Uitgangspunt is dat de websites snel, toegankelijk en relevant zijn voor onze leden.

Optimale communicatiemix

Om onze leden te bereiken moeten we de juiste middelen en media inzetten. Uit het ledenonderzoek 2014 zal blijken welke vormen van digitale en geschreven media het beste aansluiten bij de behoefte van onze leden en de doelgroepen die wij daarbinnen onderscheiden. Aan de hand van de uitkomsten zorgen wij voor een optimale media- en communicatiemix.

Impuls HaWeb

Het gebruik van HAweb stijgt en de functies worden goed gewaardeerd. Inmiddels hebben 10.055 LHV- en NHG-leden een actief account op HAweb. De inzet en het actieve gebruik van HAweb – ook binnen de vereniging - kan verder vergroot worden. In de planperiode wordt daaraan een impuls gegeven. Bijvoorbeeld door de inzet van HAweb bij de belangrijke thema's in de planperiode.

Communicatie: helder, begrijpelijk, praktisch, relevant

De LHV vertegenwoordigt de huisartsen aan de onderhandelingstafel. Het is van essentieel belang dat wij onze leden laten zien wat er gedaan is om het huisartsenbelang te behartigen. We besteden niet alleen aandacht aan onze successen. Als wij onze doelen niet hebben bereikt, leggen we uit wat de inzet en het verloop is geweest en wat de uitkomst is van het (onderhandelings)proces. In de planperiode heeft deze communicatie prioriteit.

We laten onze leden zien wat er gedaan is om het huisartsenbelang over het voetlicht te brengen en waarom het belang van de huisartsen soms niet (volledig) gerealiseerd kon worden

Onze leden willen aangesproken worden in heldere taal. Het gaat om helderheid, begrijpelijkheid en praktische relevantie.

Intensiveren persoonlijk contact

Om het verenigingsgevoel en de binding tussen leden en de LHV aan te wakkeren, vergroten we zowel het aantal contactmomenten tussen leden onderling als die tussen de LHV en haar leden. Uit reacties van leden blijkt dat zij met name face-to-face-contact waarderen en dat dit een grote positieve impact heeft.

In dat kader gaan we meer thema- en informatiebijeenkomsten op regionaal niveau organiseren. Bijeenkomsten tussen de leden onderling worden primair vanuit de regio georganiseerd. Op verzoek zijn afgevaardigden vanuit het landelijk bureau aanwezig of biedt de LHV Academie nascholing aan. We blijven ook andere vormen van bijeenkomsten organiseren waarbij leden worden verbonden, zoals starterscafés. Door kennis, ervaring en passies (en eventueel ook boosheid en frustratie) met elkaar te delen ontstaat een LHV-wij-gevoel. Dit gevoel heeft het effect van krachtenbundeling en het helpt de leden aan de vereniging te hechten.

We gaan het persoonlijk contact in het land tussen bestuursleden en leden intensiveren. Dat is nodig voor het ophalen van wat er bij de achterban leeft, het creëren van betrokkenheid bij lokale vraagstukken en het geven van toelichting op het gevoerde en te voeren beleid. Dit face-to-face-contact gaan we verrijken met de bestuursblog op de website, de periodieke voorzittersbrief en de regionale informatiebijeenkomsten in het laatste kwartaal. Hier behandelen we het volgende jaar, waarbij het MT en het bestuur gezamenlijk belangrijke ontwikkelingen toelichten.

Medewerkers van het bureau zullen de face-to-face-contacts ook benutten voor het ontwikkelen van producten. Door de interactie met leden kunnen we die beter op hun behoeften afstemmen en inhoudelijk aanscherpen.

Herbezinning op positionering en werkwijze LHV Academie & Bestuursacademie

Via de LHV Academie bieden we praktische en geaccrediteerde nascholing aan. Het aanbod wordt steeds breder, zowel in thematiek als in de organisatorische opzet. Van e-learning, intervisie tot incompany trainingen en van praktijkvoering tot ondernemerschap. Er is behoefte aan een duidelijk beeld over de toekomstige positionering van de LHV Academie. Wat is de passende positie en vorm voor de Academie binnen de LHV? Welk dienstenaanbod hoort daarbij en hoe ziet de financiering van de Academie eruit? We zetten de activiteiten die in dit kader in 2014 gestart zijn voort in 2015. In de planperiode ligt de focus op het beoordelen van drie mogelijke Academie-varianten.

Voor een sterk verenigingskader intensiveren we de inzet van de Bestuursacademie. Op deze manier bevorderen we de deskundigheden van (toekomstige) bestuurders.

Onze werkwijze en positionering



Wij zijn een professionele en deskundige vereniging en handelen in het belang van onze leden. Wij verbinden onze leden en staan in verbinding met de betrokken partijen op landelijk en regionaal niveau. Waar nodig zorgen wij voor strategische afstemming en samenwerking met betrokken partijen ten gunste van de huisarts(en)zorg).

Bij de activiteiten die wij ontplooiën staat het belang van onze leden voorop. Bij de collectieve belangenbehartiging zoeken wij naar het gemeenschappelijk belang van de segmenten in onze achterban, of van specifieke segmenten.³⁶ Wij staan voor onze zaak en hebben oog voor detail. Wij verbinden onze leden en staan in verbinding met de betrokken partijen op landelijk en regionaal niveau. Waar nodig zorgen wij voor strategische afstemming en samenwerking met de partijen in het veld.

Prioriteren en stellen van grenzen

Omdat onze mensen en middelen beperkt zijn, moeten we prioriteren. Veel externe partijen doen een beroep op ons in de vorm van deelname aan projecten, aanschuiven bij bijeenkomsten, enzovoort. Steeds opnieuw moeten we toetsen of we kunnen/willen ingaan op verzoeken van buiten.

Die toetsing verloopt langs verschillende lijnen, namelijk:

- past het verzoek binnen onze missie³⁷,
- binnen onze taakopvatting³⁸,
- binnen onze doelstellingen van de betreffende periode,
- binnen ons 'rantsoen' aan middelen, zoals tijd en geld?

Bij verzoeken van buiten moet op alle vragen bevestigend worden geantwoord. Dit betekent dat wij in sommige gevallen tot de conclusie komen dat wij een vraagstuk niet oppakken en de bijbehorende activiteiten niet ontplooiën. Door het stellen van prioriteiten en grenzen blijft onze rol helder en kunnen wij de doeltreffendheid van onze vereniging vergroten.

Wij stellen onze eigen prioriteiten. We signaleren proactief veranderingen en knelpunten in de huisartsenzorg. Dat is onze antennefunctie. Vervolgens trachten wij onze eigen prioriteiten ook op de agenda van onze stakeholders te krijgen.

Capaciteit doelmatiger inzetten

Zowel op landelijk als regionaal niveau besteden we veel tijd aan onze interne organisatie. In de planperiode gaan we onderzoeken en bepalen hoe we de efficiëntie en de effectiviteit van de organisatie (Ledenraad van de landelijke vereniging alsmede van de kringen, kringbesturen,

³⁶ Praktijkhoudend, in loondienst, waarnemer, in opleiding, gepensioneerd.

³⁷ 'De LHV maakt zich sterk voor iedere huisarts, het vak en de praktijk'

³⁸ De taakopvatting van paragraaf 2.7 betreft: (1) Verstevenigen strategische positie, (2) Materiële belangenbehartiging, (3) Krachtenbundeling, (4) Verbeteren kwaliteit beroepsgroep, (5) Ondersteuning in de praktijk, (6) Bieden van ledenvoordeel.

bestuur en bureau) kunnen verbeteren. Dat komt de aandacht voor onze leden ten goede.

Bundelen van interne krachten

Onze vereniging kent zeer veel organen, waaronder 1 centraal bestuur, 23 kringen/kringbesturen, 7 regiokantoren en 1 kantoor in Utrecht. In de praktijk blijken die niet altijd goed op elkaar te zijn afgestemd. Zo kan het voorkomen dat op verschillende plekken hetzelfde wiel worden uitgevonden, we onderling niet optimaal gebruik maken van de aanwezige kennis en ervaring en er verschillen tussen standpunten en manieren van uitvoering ontstaan. Meer samen en planmatiger werken zijn daarom het adagium. Ook is het van belang dat alle onderdelen van de vereniging op specifieke, belangrijke thema's in den lande gelijke tred houden. Dat we niet een verschillende timing en ritme hebben, maar juist op elkaar afgestemd werken.

Dat betekent dat we voor *enkele hoofdthema's per jaar* afspreken dat *alle geledingen* van de vereniging *gelijktijdig* worden gemobiliseerd en *gelijktijdig* daar de schouders onder zetten. Elk thema kent een doorlooptijd van een aantal maanden. Bestuursleden, regiomanagers, mensen van communicatie en de beleidsafdelingen houden zich bezig met hetzelfde thema. Zodoende ontstaat *power* en krijgen we zaken van de grond.

In de planperiode gaan we werken met een kalender waarop we implementatiethema's in de tijd uitzetten. Bij aanvang van elk thema zijn de standpunten en doelstellingen helder geformuleerd en door de Ledenraad bekrachtigd.

Intensiveren ledenraadpleging

Leden willen graag geraadpleegd worden over belangrijke en actuele thema's. In de planperiode gaan we nog actiever het gedachtengoed bij hen ophalen.

Daarbij beperken wij ons niet tot de leden die bestuurlijk of anderszins actief zijn, maar richten wij ons op alle leden. Hierbij maken we gebruik van diverse beschikbare gremia, mensen en middelen.³⁹

We halen het gedachtengoed bij onze leden op

Optimaliseren en borgen besluitvormingsproces

Een duidelijke koers vraagt om een gedragen besluitvormingsproces waarbij de afgevaardigden van de Ledenraad zich voldoende meegenomen voelen door het bestuur. De commissie verenigingsdynamiek heeft zich gebogen over de inrichting van beleidsprocessen, de rol van de verenigingsorganen en de vormgeving van de vergaderingen. Zij heeft vijf kernprincipes geformuleerd voor het gewenste samenspel tussen bestuur en Ledenraad. In deze principes en de bijbehorende uitwerking beschrijft de commissie het gewenste (strategische) besluitvormingsproces, inclusief de bijbehorende rollen. In de planperiode wordt het beschreven proces getoetst, geoptimaliseerd en geborgd binnen de vereniging.

De vijf kernprincipes die in 2014 zijn verwoord in de werkgroep verenigingsdynamiek voor samenspel tussen bestuur en Ledenraad zijn:

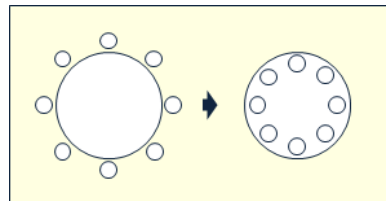
1. De discussie tussen bestuur en Ledenraad vindt plaats op strategisch niveau
2. Om discussie op strategisch niveau te stimuleren, volgen bestuur en Ledenraad een strategische beleidscyclus

³⁹ Regionale vertegenwoordigers, de media (bijvoorbeeld door internetpeilingen), het bureau en het bestuur, de LHV Academie, enz.

3. De besluitvorming in de Ledenraad is van zodanige kwaliteit dat zij 'controleerbare slagvaardigheid' oplevert
4. De strategische beleidscyclus wordt ingericht op zo groot mogelijke betrokkenheid van leden
5. Bestuur en Ledenraad hebben een gedeelde opvatting over hun respectievelijke rollen, gedragen zich rolvast en zijn daarop aanspreekbaar

Interne positionering en beleving

Er is één ondeelbare LHV. Ofwel, de centrale organisatie in Utrecht (bestuur en bureau) vormen samen met de kringen en regiokantoren één onlosmakelijk geheel. Desondanks wordt soms toch een wij-zij-positie ervaren, met name door de kringen die zich soms als een soort satellieten rondom 'de LHV' voelen. We zullen de organisatorische en mentale slag zoals hiernaast gevisualiseerd moeten maken. Vanuit onderlinge verbondenheid en betrokkenheid werken wij samen om de verenigingsdoelen te realiseren en onze leden van dienst te zijn. Zowel de verenigingsstructuur als de bedrijfsprocessen en de organisatiecultuur van alle geledingen moeten daarom meer vervlochten worden. Het gemeenschappelijk oppakken van projecten van de organisatie in Utrecht en de regiokantoren/kringen kan daartoe bijdragen en als voorbeeld dienen.



Externe positionering

In de onderstaande paragrafen maken wij onze positionering ten opzichte van een aantal relevante stakeholders inzichtelijk.

1. Patiënten

Wij koesteren het bondgenootschap tussen huisarts en patiënt. Dat kan in de vorm zijn van patiënteninformatie die we via de praktijk verspreiden, het realiseren van patiëntgerichte projecten, het faciliteren van zorg(processen) in de praktijk en buurt en anderszins. Los van het belang van de patiënt dat hiermee is gediend, plukken wij daar ook zelf de vruchten van in de vorm van goodwill onder het grote publiek, wat onze positie versterkt. In dit kader werken we samen met (regionale) patiëntenorganisaties.

2. Samenwerkende huisartsen

Verbinding tussen huisartsen maakt het mogelijk om kennis en ervaringen te delen, gezamenlijke doelstellingen te formuleren, taken onderling te verdelen en afspraken te maken met stakeholders. Wij moedigen de diverse vormen van verbinding aan op landelijk, regionaal en lokaal niveau.

3. Zorgorganisaties, w.o. multidisciplinaire samenwerkingsverbanden

Huisartsen zijn steeds vaker onderdeel van, c.q. aangesloten bij organisaties of multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, zoals zorggroepen. De positie van individuele huisartsen staat daarbij soms onder druk omdat hun belangen niet overeenkomen met die van de organisatie. De LHV vindt dat de organisaties en samenwerkingsverbanden dienstbaar moeten blijven aan de zorg en niet omgekeerd. Daarom is het van essentieel belang dat huisartsen binnen de organisaties en verbanden aan het roer blijven staan en hun invloed en verantwoordelijkheid zo nodig

‘terugveroveren’.⁴⁰ Wij ondersteunen onze leden bij de positionering binnen organisaties, bijvoorbeeld door middel van nascholing en advisering op maat.⁴¹

*We zijn onvoorwaardelijk
loyaal richting de huisartsen*

4. InEen

InEen behartigt de belangen van de georganiseerde eerstelijnszorg zoals de gezondheidscentra, eerstelijnscentra, zorggroepen, ROS'en, huisartsenlaboratoria en huisartsenposten. Een goede en werkbare verstandhouding tussen de LHV en InEen is onmisbaar en daar zal dus continue aan gewerkt moeten worden. De LHV is altijd voorstander geweest van een federatief verband tussen de LHV, het NHG en InEen. Kerngedachte daarbij is dat wij de geledingen gesloten moeten houden in geval van kerndossiers. Dit ideaal huldigen wij onverminderd.

5. NHG

Het NHG is de belangrijkste partner van de LHV bij de inhoudelijke onderbouwing van het huisartsenvak. Het NHG en de LHV werken nauw samen bij het verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg en bepalen gezamenlijk de visie op het vak voor de komende jaren. We hebben deze visie vastgelegd in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. In de planperiode zullen de LHV en het NHG in nauwe samenwerking een aantal van deze ambities realiseren (zie thema's).

6. KNMG en federatiepartners

De samenwerking met de landelijke artsenfederatie is van onbetwist belang. Met de recente, bijgestelde taakafbakening van de KNMG zijn wij complementair aan de federatie (en andersom).

7. Positionering ten opzichte van andere zorgverleners

De beweging van de zorg richting de wijk en het langer thuis wonen heeft gevolgen voor de huisartsen. We zullen waarschijnlijk meer en intensiever met andere professionals samenwerken. Dat op zichzelf al is een reden om de relatie met fysiotherapeuten, apothekers, wijkverpleegkundigen en andere eerstelijnszorgverleners te koesteren en aan te halen. Daarnaast zijn er ook op het vlak van de belangenbehartiging parallellen. Denk bijvoorbeeld aan de gelijksoortige positie jegens verzekeraars en mededingingsvraagstukken. Enkele jaren geleden is hiervoor VELO (Verenigde EersteLijnsOrganisaties) in het leven geroepen, een informeel netwerk van eerstelijnsorganisaties.⁴² Voorwaarde voor succes is dat de VELO-partners zich niet beperken tot belangenbehartiging in bestuurlijke gremia, maar daarnaast de professionals in de wijk zeer *concreet* weten te ondersteunen in hun samenwerking.

8. Internationaal

Contacten en samenwerking met buitenlandse (zuster-)organisaties zijn een kans die – uitsluitend in de context van de UEMO en de Wonca - wordt benut als het belang van de Nederlandse huisarts daarmee wordt gediend. Internationale ontwikkelingen en wetgeving uit Brussel vragen daarom.

9. Patiëntenorganisaties

Mede omdat de huisarts en de patiënt bondgenoten zijn, zal de LHV nauwer gaan samenwerken met patiëntenorganisaties. Daarbij is niet alleen te denken aan de NPCF, maar ook lokaal aan Zorgbelang en andere partijen.

⁴⁰ Binnen de kaders van de wet- en regelgeving.

⁴¹ Scholing in onderhandelen, governance, besturen, e.d.

⁴² LHV, KNMP, LVE, Actiz, KNMT, KNGF en V&VN.

Onze medewerkers



Wij zijn een goed werkgever en in staat om de juiste mensen aan te trekken, te behouden en met elkaar te verbinden. Hierdoor kunnen wij de doelstellingen van de vereniging realiseren en ons sterk maken voor iedere huisarts, het vak en de praktijk.

Binnen de werkorganisatie werken ongeveer 80 medewerkers, verspreid over het bureau in Utrecht en de zeven regiokantoren. Zij vormen een belangrijk deel van het kapitaal van de vereniging. Daarom optimaliseren wij de werkomstandigheden en ondersteunen wij hen actief bij hun ontwikkeling. Bijvoorbeeld in de vorm van opleidingen en trainingen. Dat is niet alleen belangrijk voor de collega's zelf maar hierdoor zijn wij ook in staat om goede medewerkers aan te trekken en te binden, wat noodzakelijk is voor de continuïteit van de vereniging.

Behoefte aan flexibiliteit

Samenwerking tussen het bestuur, het landelijk bureau en de kringen is van levensbelang voor de resultaten en voor de cohesie binnen de vereniging. Meer samenwerking vraagt om meer interactie c.q. contactmomenten tussen de verschillende geledingen. In de planperiode zullen wij daarom onze medewerkers aanmoedigen hun collega's in de regio's op te zoeken. Ook het bestuur zal frequenter dan voorheen het land in gaan.

*Samenwerking vereist
interactie en contact*

Invoeren beoordelingssystematiek

In de planperiode voeren we binnen het landelijk bureau een beoordelingssystematiek in. Door de invoering van deze systematiek zijn wij beter in staat om medewerkers te belonen naar hun prestaties.

Onze verenigingsstructuur en onze werkwijze



Wij zorgen voor een verenigingsstructuur die ons in staat stelt de belangen van onze leden optimaal te behartigen. De inrichting van de vereniging schept de juiste condities voor beleid met een breed draagvlak onder leden.

De structuur en werkwijze van onze vereniging vragen om aandacht. De slagvaardigheid behoeft verbetering, sowieso door meer samenwerking tussen de organen en mogelijk ook door bijstelling van de inrichting. Ook de discussie met onze leden en de inbreng van het gedachtengoed van onze leden kan verbeterd worden.

Optimaliseren en borgen samenwerking vereniging en werkorganisatie

De commissie verenigingsdynamiek heeft gekeken naar de inrichting van de beleidsprocessen, de rol van de verenigingsorganen en de vormgeving van de vergaderingen. Gericht op het gewenste samenspel tussen bestuur en Ledenraad heeft zij vijf kernprincipes geformuleerd. In de planperiode toetsen we die principes en de daaraan gerelateerde werkwijze in de praktijk. Dit kan leiden tot aanpassingen. Aansluitend zal de werkwijze geborgd worden binnen de vereniging.

In de planperiode moet ook vastgesteld worden of alle vraagstukken die geadresseerd zijn aan de commissie verenigingsdynamiek voldoende en in relatie tot elkaar, zijn opgepakt en ter besluitvorming zijn voorgelegd aan de Ledenraad. Enkele vraagstukken die geadresseerd zijn: vergaderstructuur, agendacommissie, beleidsvorming, werkprocessen, betrokkenheid kring bij Ledenraad (vooraf en achteraf).

Vergroten verbinding binnen de vereniging

Ondanks een grote en enthousiaste inzet lukt het een groot aantal kringen onvoldoende om huisartsen actief te betrekken of te peilen over visie en beleid. In de planperiode staat het vergroten van de (lokale) verbinding, inclusief beleid om kader te rekruteren en te vormen, hoog op de agenda.

Vergroten uniformiteit taakopvatting kringen en regiobureaus

De 23 kringen en 7 regiobureaus vullen hun rollen ieder op hun eigen manier in. Dat is voor een deel verklaarbaar door lokale verschillen in omstandigheden en behoeften. Maar voor een deel zijn de verschillen in aanpak en werkwijzen er in de loop der jaren ingesleten, zonder rationale.

De verscheidenheid heeft gevolgen voor de LHV-beleving van onze leden. Iemand in Kring A kan een andere LHV ervaren dan een collega in Kring B. In de planperiode wordt onderzocht of er gestreefd dient te worden naar meer uniformiteit in de taakopvatting van kringen en regiobureaus om zodoende de profilering en werkwijzen waar wenselijk te uniformeren. Een landelijke beschrijving van de rol van kringen en regiokantoren kan hierbij

*We beschrijven de rollen op
landelijk en regionaal niveau*

helpen. Anderszins zou de conclusie kunnen luiden dat de verscheidenheid juist de kracht en effectiviteit van de vereniging vergroot.

Meer in het algemeen zal ook worden gezien welke taakstelling de kringen en regiokantoren hebben en hoe de kring als ontmoetingsplek voor de huisarts verder kan worden gepositioneerd.

Dit project zullen we in nauwe samenwerking met de betrokkenen uitvoeren.

Onderzoek structuur binnen vereniging

De verenigingsstructuur is sinds 2005 ongewijzigd. In de planperiode zullen we kijken of die gehandhaafd moet worden of dat aanpassingen nodig zijn, bijvoorbeeld om de binding tussen landelijk en lokaal te versterken, de efficiëntie te verhogen en/of de band met de leden te verstevigen.

Positionering afdeling Wadi

De Afdeling Wadi is een aparte afdeling binnen de LHV. Zij behartigt de belangen van waarnemers, huisartsen in loondienst en Hid(ha)'s. We zien dat de groep waarnemers en huisartsen in loondienst verder toeneemt.

In de planperiode moet vastgesteld te worden hoe wij specifieke groepen in de achterban, ieder met hun eigen behoeften, optimaal kunnen bedienen. Voor de genoemde huisartsen bestaat de aparte 'afdeling' binnen de vereniging. De vraag is of deze modus optimaal is en voor andere segmenten in de achterban navolging verdient, of de huidige uitzondering van Wadi gecontinueerd moet te worden, dan wel of de afdeling Wadi op zou moeten gaan in het geheel van de vereniging.

Bijlage 1: Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022



Uitgangspunten

Een toekomstbestendige invulling van de kernwaarden huisarts geneeskunde – **generalistisch, persoonsgericht** en **continu** – die een adequaat antwoord geeft op de vragen van allerlei groepen patiënten in de samenleving.

De huisarts kent zijn of haar patiënten en de patiënten kennen hun huisarts.

Gedeelde en afgestemde verantwoordelijkheden met andere zorgverleners, zodat de verschillende zorgvragen op de juiste tijd, op de juiste plaats door de juiste zorgverlener worden beantwoord.

Het leveren van kwalitatief goede en samenhangende **zorg op maat** dichtbij de patiënt. Goede kwaliteit uit zich in: **patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, gepaste zorg en gelijkheid**. De **poortwachtersfunctie** is daarbij essentieel.

Aandacht voor de betrokkenheid en **eigen verantwoordelijkheid** van de **patiënt** bij de besluitvorming over het behandelbeleid en de bevordering van **zelfmanagement** en versterking van de mantelzorg.

De huisartsenzorg draagt bij aan het **verminderen van gezondheidsachterstanden** in de bevolking.

Ambities

1. De patiënt ontvangt zoveel mogelijk zorg in de **eigen woonomgeving** door maximaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de huisarts, **samenwerking** met andere zorgverleners in de eerstelijns en het stimuleren van zorginnovatie
2. De huisarts investeert in een **duurzame relatie met de patiënt**
3. De patiënt heeft te maken met een **herkenbaar team** van niet meer dan twee huisartsen: de eigen huisarts en een vaste 'tweede' huisarts
4. De huisarts zet zich in voor **persoonlijke continuïteit** en heeft wekelijks tenminste **drie contactdagen**. Samen met de 'vaste tweede' huisarts waarborgt hij of zij de continuïteit voor de patiënt
5. De huisarts voelt zich verantwoordelijk voor het – in samenspraak met de patiënt – bepalen van doel en beleid van de behandeling en voor de coördinatie van zorg, ook bij verwijzing. Hiervoor wordt een **elektronisch patiëntendossier** bijgehouden en beheerd en de gegevens door de huisarts geïnterpreteerd.
6. Versterking van de **coördinatie- en gidsfunctie** van de huisarts voor alle patiënten die dat nodig hebben, met name de groeiende groep kwetsbare ouderen en kinderen en mensen met meerdere chronische aandoeningen.
7. Om de **service naar patiënten** te verbeteren, maken huisartsen actief gebruik van de mogelijkheden voor informatie- en communicatie technologie.
8. Versterken van de **organisatiegraad** van huisartsenpraktijken op lokaal, regionaal en landelijk niveau, ter verbetering van de kwaliteit, samenwerking en doelmatigheid.
9. Door **flexibele openingstijden** van het huisartsensamenwerkingsverband kan een groter deel van de zorgvraag van patiënten overdag worden opgevangen.
10. De huisarts werkt met andere zorgverleners samen op basis van **richtlijnen** en structurele samenwerkingsafspraken.
11. De huisartsenzorg richt zich vooral op die vormen van preventie waarvan haar inzet aantoonbare meerwaarde heeft: de **zorggerelateerde en geïndiceerde preventie**.
12. Samen met andere partijen (GGD, gemeente) geven huisartsen vorm aan **wijkgebonden preventie**, waarbij wordt afgesproken wie op welke wijze de meest effectieve rol kan spelen.
13. Om de groeiende en veranderende zorgvraag op te vangen werkt de beroepsgroep, samen met de afdelingen huisartsgeneeskunde, aan **zorginnovatie**.
14. De **agenda van onderzoek en innovatie** concentreert zich op voor de huisartsenzorg relevante thema's, die gekoppeld zijn aan de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Met het oog op het efficiënt gebruik van beschikbare middelen vindt afstemming van deze agenda plaats op landelijk niveau.
15. Elke huisartsenpraktijk werkt continu en zichtbaar aan de **monitoring en verbetering van de kwaliteit** van patiëntenzorg en praktijkvoering.
16. De beroepsgroep neemt verantwoordelijkheid voor de continuïteit en ontwikkeling van het vakgebied, doordat elke huisartsenpraktijk structureel meewerkt aan **onderwijs, onderzoek of innovatie**.
17. De beroepsgroep zet in op het behoud van de **internationale koplopersrol** op het gebied van kwaliteit van zorg, zorgontwikkeling, onderzoek en onderwijs.

Bijlage 2: Overzicht belanghebbenden (zorgpartners en andere relaties)

In onze omgeving hebben we te maken met een groot aantal belanghebbenden (stakeholders) waarmee we op structurele basis afstemmen en/of samenwerken. In dit overzicht streven wij niet naar volledigheid.

Belanghebbenden	
Huisartsen	De LHV behartigt de belangen van alle Nederlandse huisartsen ongeacht of zij lid zijn van de beroepsvereniging.
Leden	De individuele Nederlandse huisartsen met een lidmaatschap van de LHV.
Ledenraad	De Ledenraad is het hoogste orgaan van de LHV. In de ledenraad wordt het beleid van de LHV bepaald en de jaarrekening en begroting besproken. Het landelijk bestuur wordt benoemd door de Ledenraad en legt verantwoording aan de Ledenraad af over het gevoerde beleid.
Patiënten	De patiënt staat centraal bij de huisartsen en vormt daarmee indirect een belanghebbende. Behoud van de kernwaarden van het huisartsenvak staat centraal bij de activiteiten die wij als vereniging ontplooiën.
NZa	De Nederlandse Zorgautoriteit maakt en bewaakt goed werkende zorgmarkten en heeft hiermee een sleutelpositie in het zorgstelsel. Zij stelt de belangrijkste tarieven voor huisartsenzorg vast. De LHV heeft intensief contact met de NZa om er voor te zorgen dat tarieven voor de gehele beroepsgroep goed worden onderbouwd en uitgewerkt.
Politiek Den Haag	Het Ministerie van VWS bepaalt de budgettaire ruimte voor de tarieven in de huisartsenzorg. De LHV is voor VWS een vaste partner in de onderhandelingen over het budgettair kader, de tariefontwikkeling en de systematiek van de bekostiging van de huisartsenzorg. Naast het ministerie van VWS zijn de ministeries van Financiën (rijksbegroting), Sociale Zaken (werkgelegenheid) en Binnenlandse Zaken (rampenbeleid) gesprekspartners van de LHV.
IGZ	De Inspectie voor de Gezondheidszorg bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten en is daarmee een belangrijke gesprekspartner.
NPCF	De patiëntfederatie NPCF is een koepel van 32 organisaties die zich sterk maakt voor alle mensen die zorg nodig hebben. De LHV stemt af met de NPCF en trekt soms gezamenlijk op (watzegtmijnpolis.nl-campagne).
Zorgverzekeraars	De LHV overlegt op lokaal niveau met zorgverzekeraars over speerpunten, ontwikkelingen en de kaders van het huisartsencontract.
ZN	Zorgverzekeraars Nederland, de overkoepelende organisatie van zorgverzekeraars, is een belangrijke gespreks- en onderhandelingspartner voor landelijke afspraken op het gebied van tarief- en prestatieafspraken.

	Waar mogelijk trekken de LHV en ZN gezamenlijk op naar VWS en NZa.
Eerstelijnszorg partijen	De LHV werkt intensief samen met andere organisaties in de eerstelijnszorg. Voorbeelden zijn InEen (zorggroepen, huisartsenlaboratoria, ROS-en en huisartsenposten), koepels van instellingen, beroepsverenigingen etc.
VELO-partners	De LHV maakt onderdeel uit van de Verenigde Eerstelijns Organisaties. In deze setting worden afspraken gemaakt over onderlinge samenwerking en taakverdeling ten gunste van de beste zorg in de buurt.
Tweedelijnszorg partijen	De substitutie van tweede naar eerstelijnszorg maakt dat meer afstemming met tweedelijnszorg partijen zoals ziekenhuis en medisch specialisten, alsmede met de geestelijk gezondheidszorg noodzakelijk is.
NHG	De relatie met het Nederlands Huisartsen Genootschap is belangrijk als het gaat om inhoudelijke standpunten rondom huisartsenzorg.
KNMG	Het LHV basislidmaatschap wordt gezamenlijk met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst aangeboden. De LHV en landelijke artsenfederatie werken samen en formuleren gezamenlijk standpunten.
Gemeenten	Nederlands gemeenten hebben een rol in de lokale zorg en ondersteuning aan burgers. De ontmanteling van de AWBZ maakt dat meer afstemming en samenwerking met lokale gemeenten (via de VNG) noodzakelijk is.
Universiteiten en opleidings-instituten	Er vindt afstemming plaats met universiteiten en opleidingsinstituten bijvoorbeeld ten aanzien van opleidingsplaatsen voor huisartsen en praktijkassistenten (ten gunste van de continuïteit van huisartsenzorg).
Werkgevers- en werknemers-organisaties	Met werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorg ontwikkelt de LHV arbeidsmarktbeleid, zodat de huisarts ook in de toekomst over voldoende ondersteunend personeel beschikt.
HAP	Gericht op de continuïteit van zorg vindt op lokaal niveau afstemming plaats met HuisartsenPosten.
Huisartsen-organisaties	Op lokaal niveau vindt samenwerking en afstemming met huisartsenorganisaties plaats.
LINH	De taak van de LHV om de kwaliteit van de huisartsenzorg te (helpen) verbeteren, brengt met zich mee dat de samenwerking met LINH zal worden voortgezet.