

Vergaderjaar 2024–2025

36 666

Initiatiefnota van het lid Bushoff «Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg»

Nr. 4

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 mei 2025

Ik vind het belangrijk dat iedere inwoner in Nederland zich kan inschrijven bij een huisarts in de buurt. Daarom moet het werken met een vaste patiëntenpopulatie door huisartsen weer de norm worden. Want dit is de kern van het vak. Ik zet mij daarvoor in, samen met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Mijn streven is onder andere het verlagen van drempels voor startende huisartsen om een praktijk over te nemen of te starten, zoals afgesproken in het regeerprogramma (bijlage bij Kamerstuk 36 471, nr. 96).

Het lid Bushoff en ik delen hetzelfde doel: een toekomstbestendige en toegankelijke huisartsenzorg voor iedereen in Nederland. Ik ben hem dan ook dankbaar voor zijn brede pallet aan voorstellen om dit gemeenschappelijke doel te behalen. In deze brief reageer ik inhoudelijk op deze voorstellen. In mijn gesprekken met de huisartsenpartijen over het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (hierna: AZWA) ervaar ik de initiatiefnota als extra steun in de rug om ambitieuze afspraken te maken om continuïteit van de huisartsenzorg te borgen – nu én in de toekomst.

Ik realiseer mij dat ik deze brief op een zeer laat moment naar uw Kamer stuur. Ik hecht er belang aan om u, voorafgaande aan het notaoverleg, zo uitgebreid mogelijk te informeren over mijn inzet in het AZWA. Daarom heb ik tot dit moment gewacht zodat u op de hoogte bent van de actuele stand van zaken.

Leeswijzer

- Ten eerste ga ik kort in op twee onderzoeken die het Nivel in mijn opdracht heeft uitgevoerd naar de toegankelijkheid van huisartsenzorg. De resultaten geven namelijk belangrijke informatie over de

urgentie van de initiatiefnota en de afspraken die ik in het AZWA beoog te maken.

- Ten tweede ga ik in op mijn inzet voor AZWA-afspraken over de huisartsenzorg waarover ik op dit moment in gesprek ben met het veld. Ik verwacht het AZWA op korte termijn af te ronden. Vanwege het belang van de beoogde AZWA-afspraken voor het inhoudelijk debat over de initiatiefnota Bushoff op 26 mei, beschrijf ik in deze brief mijn inzet op de huisartsenzorg. Ik merk dat er voor deze inzet een groot draagvlak onder betrokken partijen is, waarbij we samen nog de laatste details uitwerken. Daarom moet ik een voorbehoud maken. Er is nog geen onderhandelaarsakkoord en nadat dat is afgerond vindt een achterbanraadpleging plaats. De toelichting over het AZWA in deze brief betreft dus uitdrukkelijk mijn inzet.
- In het derde deel van deze brief geef ik per thema een reactie op de voorstellen uit de initiatiefnota. Daarbij geef ik per voorstel van de indiener aan of ik het voorstel al uitvoer/overneem, of ik het voorstel ga onderzoeken/onder de aandacht breng bij veldpartijen of dat ik het voorstel niet passend vind voor het beoogde doel. Hiermee voldoe ik aan mijn eerdere toezegging om inhoudelijk te reageren op alle voorstellen van het lid Bushoff¹.

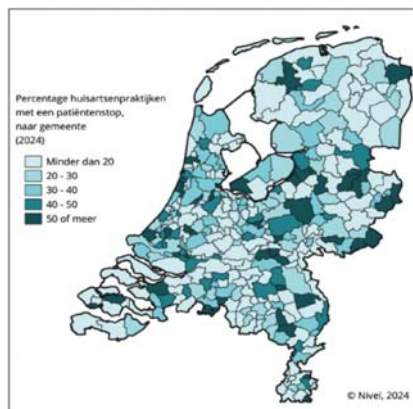
Onderzoek Nivel: toegankelijkheid huisartsenzorg onder druk

Het is bekend dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk staat. Om daarop adequaat te reageren is het van belang om over de juiste informatie te beschikken. In de brief Versterking Eerstelijnszorg heb ik uw Kamer reeds geïnformeerd over het onderzoek naar het aantal mensen dat ongewenst niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk² dat Nivel in mijn opdracht heeft uitgevoerd. Daaruit bleek dat in ieder geval 36.800 volwassen inwoners in Nederland ongewenst niet bij een huisarts staan ingeschreven. Daarnaast willen zo'n 600.000 volwassenen om verschillende redenen wisselen van huisarts. In aanvulling op dit onderzoek heeft het Nivel, ook in opdracht van VWS, onderzoek uitgevoerd naar patiëntenstops onder huisartsen. Dit onderzoek heb ik recent met uw Kamer gedeeld³. Dit laat zien dat rond de 60% van de huisartsenpraktijken in 2024 korte of langere tijd een (gedeeltelijke) patiëntenstop heeft gehad. Dit percentage is sinds 2021 redelijk stabiel. Daarnaast laat het onderzoek zien dat er grote verschillen tussen regio's en gemeenten zijn (zie figuur 1). Het eerdere rapport van Nivel liet al zien dat er geen gelijkmatige spreiding over het land is van mensen die willen wisselen van huisarts (zie figuur 2).

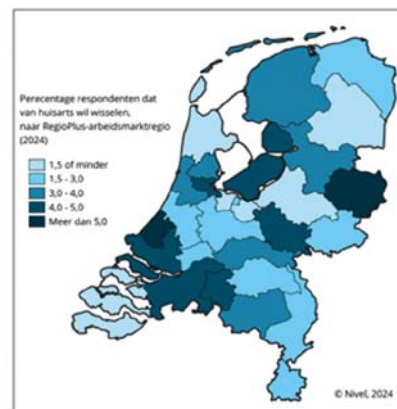
¹ Kamerstukken II, 2024/25, 36 666, nr. 3

² Kamerstukken II, 2024/25, 33 578, nr. 122

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2025/03/31/factsheet-en-rapport-patientenstops-bij-huisartsenpraktijken-spreiding-oorzaken-en-oplossingen>



Figuur 1 Nivel, Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken: spreiding, oorzaken en oplossingen, p. 20



Figuur 2 Nivel, Burgers over inschrijving bij een (nieuwe) huisartsenpraktijk, 2023

De rapporten tonen de relevantie van de initiatiefnota van het lid Bushoff en de noodzaak van regionaal (en soms zelfs lokaal) maatwerk om iedere inwoner van Nederland in te schrijven bij een vaste huisarts in de buurt.

Mijn inzet in het AZWA: duurzame toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio

De zorgvraag zal de komende jaren blijven toenemen, terwijl het beschikbare zorgpersoneel niet even hard meegroeit. Mijn heilige doel is om de zorg in de benen te houden en een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort af te wenden. Dat kan onder meer door het beschikbare personeel slimmer in te zetten. In de huisartsenzorg doe ik dat onder meer door te zorgen dat een groter deel van de huisartsen gaat werken met een vaste patiëntenpopulatie. Een vaste patiëntenpopulatie biedt veel voordelen, zoals betere kwaliteit van zorg en minder zorggebruik. Landelijk gezien zijn er genoeg huisartsen om elke Nederlander aan een vaste huisarts te verbinden. Er zijn ruim 14.000 werkzame huisartsen in Nederland: ongeveer één op elke 1250 inwoners⁴. Het moet dan wel aantrekkelijk genoeg zijn om als huisarts met een vaste populatie te werken.

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn al belangrijke stappen gezet om het werken met een vaste patiëntenpopulatie voor huisartsen aantrekkelijker te maken. Voorbeelden hiervan zijn Meer Tijd Voor de Patiënt beschikbaar maken voor elke praktijk, de Avond-, Nacht en Weekend-zorg (ANW) anders organiseren (inclusief hogere maximumtarieven) en het mogelijk maken om extra uren poh-ggz in te zetten. Dit zijn allemaal generieke afspraken waar elke huisartsenpraktijk in Nederland gebruik van kan maken. Om deze afspraken te realiseren is in de IZA-periode (2023–2026) jaarlijks structurele extra ruimte beschikbaar gesteld voor de huisartsenzorg, oplopend van € 90 mln. in 2023 naar een totale volumegroei van € 520 mln. in 2026. Daar bovenop vindt een indexatie plaats op basis van de loon- en prijsontwikkeling.

Om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de toekomst te borgen is daarnaast maatwerk in elke regio nodig. Uit het Nivel-onderzoek blijkt immers dat de toegankelijkheid van huisartsenzorg per regio verschilt. Ook de onderliggende oorzaken verschillen. In de ene regio zijn bijvoorbeeld genoeg huisartsen, maar is huisvesting voor praktijken een groot knelpunt. Terwijl andere regio's juist relatief weinig huisartsen hebben. Maatwerk betekent niet dat dit vrijblijvend is. In het

⁴ <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/huisartsen-en-praktijken-kaart-cijfers-uit-nivel-beroepenregistraties-de-zorg-2023-2024>

AZWA beoog ik hierover stevige afspraken te maken en zo invulling te geven aan de afspraken over huisartsenzorg in het hoofdlijnenakkoord (bijlage bij Kamerstuk 36 471, nr. 37) en het regeerprogramma.

Mijn inzet voor de huisartsenzorg valt uiteen in twee delen. Ten eerste wil ik dat het werken met een vaste patiëntenpopulatie weer de norm wordt. Daarover beoog ik op de volgende onderwerpen afspraken met partijen te maken:

- Om te zorgen dat mensen makkelijker kunnen wisselen van huisarts dient er een landelijk functionerend ruil- en inschrijfsysteem te komen. Hiermee moet ook het inschrijfproces bij een huisartsenpraktijk eenvoudiger worden.
- Er is een extra stap nodig in de aanpak van huisvestingsproblematiek onder huisartsen. Ik beoog afspraken te maken hoe financiële knelpunten opgelost kunnen worden. Enerzijds met een nieuwe versie van de handreiking huisvesting en anderzijds met maatwerk per regio (zoals hieronder wordt beschreven onder de tweede beoogde afspraak). Ook wil ik rollen en verantwoordelijkheden van onder meer huisartsen zelf, gemeenten en zorgverzekeraars verder aanscherpen.
- Ik ga met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek over toekomstbestendige bekostiging van huisartsenzorg. Ik wil namelijk dat de bekostiging maximaal bijdraagt aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Bovendien ben ik voornemens de NZa vragen per 2027 de bekostiging in de huisartsenzorg aan te passen om maatwerkafspraken over de continuïteit van de huisartsenzorg te stimuleren. Met maatwerk kunnen de drempels van het praktijkhouderschap in elke regio verlaagd worden.
- Samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), opleidingen en experts uit het veld en de wetenschap wil ik onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om actiever te sturen op spreiding van huisartsen over het land.
- Tot slot werken huisartsen zelf onder leiding van het Zorginstituut aan het vertalen van de kernwaarden van de huisartsenzorg naar werkbare en toetsbare uitgangspunten of normen. Zo kunnen deze kernwaarden, waaronder continuïteit, beter worden geborgd bij de inkoop door zorgverzekeraars en door het toezicht van de toezichthouders.

Ten tweede beoog ik in AZWA afspraken te maken over maatwerk per regio. Ik wil dat zorgverzekeraars samen met het collectief van huisartsen in een regio⁵ de verantwoordelijkheid nemen voor de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg in elke regio. Dit kan door middel van gerichte (veelal incidentele) investeringen voor het werven, behouden of ondersteunen van praktijkhoudend huisartsen, het starten, overnemen of uitbreiden van praktijken of het introduceren van innovatieve vormen van werken in de regio. Ik wil dat beschikbare middelen daar worden ingezet waar de knelpunten het grootste zijn en waar deze het meeste impact hebben: ze moeten leiden tot een duurzaam toegankelijke huisartsenzorg. Dit vraagt om een landelijke afspraken die kaders bieden hoe maatwerk effectief kan worden ingezet, zodat niet elke regio het eigen wiel hoeft uit te vinden. Zorgverzekeraars kunnen deze afspraken vervolgens vertalen naar het inkoopbeleid. Ik beoog de NZa vervolgens te verzoeken aanpassen door te voeren in de bekostiging van de huisartsenzorg om afspraken over dit benodigde maatwerk in de contractering beter mogelijk te maken.

Het budgettair kader huisartsenzorg dient voor deze afspraken uiteraard voldoende ruimte te bieden. Zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord

⁵ Met het collectief van huisartsen in de regio wordt bedoeld de regionale huisartsenorganisatie (RHO), in nauwe samenwerking met huisartsen en LHV-afdeling.

groeit dit kader 2027 en 2028 met hetzelfde percentage als het laatste jaar IZA (3,5% per jaar). Om de continuïteit van de huisartsenzorg in *elke* regio in Nederland te borgen, in lijn met het Hoofdlijnenakkoord, is het mijn inzet dat zorgverzekeraars in nauwe samenwerking met regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en huisartsen met deze groeiruimte in de contractering topprioriteit geven aan het realiseren van duurzame toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio. Ook in 2025 en 2026 wil ik hier samen met partijen al vol op inzetten.

Naast bovengenoemde inzet op de huisartsenzorg beoog ik in het AZWA ook afspraken te maken over onder meer het structureel borgen en financieren van Thuisarts.nl, het structureel versterken van de eerste-lijnszorg en over het verminderen van regeldruk. Naar verwachting kan ik uw Kamer op korte termijn informeren over het onderhandelaarsakkoord.

Met mijn inzet voor afspraken over de huisartsenzorg is het tevens mijn streven invulling te geven aan de motie Bikker om in het beleid en de wet- en regelgeving ernaar te streven dat elke Nederlander terecht kan bij een huisarts in de buurt⁶, de toezegging van mijn voorganger uw Kamer te informeren over de nadere uitwerking van de beleidsopties om het werken met een vaste patiëntenpopulatie in de huisartsenzorg te stimuleren⁷ en mijn toezegging om begin 2025 een brief over de mogelijkheden om van huisarts te wisselen te sturen naar uw Kamer⁸. Ook beoog ik hiermee invulling te geven aan de motie van het lid Dijk om met een uitgewerkt plan te komen om wachttijden bij huisartsen te voorkomen door hen beter te ondersteunen en hiertoe voorstellen naar de Kamer te sturen voor deze zomer⁹. Wanneer het AZWA getekend is zal ik u definitief informeren over het afdoen van deze moties en toezeggingen.

Reactie initiatiefnota Bushoff

De initiatiefnota van het lid Bushoff presenteert verschillende routes om bij het doel – iedereen een vaste huisarts – te komen. Op basis van vier thema's ga ik in onderstaande passages in op de voorstellen uit de nota.

Thema 1: Werken met een vaste patiëntenpopulatie is de norm

Het lid Bushoff heeft in zijn initiatiefnota op dit thema verschillende voorstellen gedaan, waarop ik beoog aan te sluiten met de AZWA-afspraken over het werken met een vaste patiëntenpopulatie en maatwerk per regio. Hieronder geef ik per voorstel van het lid Bushoff een reactie.

⁶ *Kamerstukken II, 2024/25, 36 600 XVI, nr. 97.*

⁷ 11616, De Minister voor MZ zegt toe dat de Tweede Kamer in de tweede helft van 2024 geïnformeerd wordt over de nadere uitwerking van de beleidsopties om het werken met een vaste patiëntenpopulatie in de huisartsenzorg te stimuleren

⁸ TZ202411-013, De Minister stuurt de Kamer begin 2025 een brief over de mogelijkheden om van huisarts te wisselen.

⁹ *Kamerstukken II, 2024/25, 29 689, nr. 1290.*

VII. Maak zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties verantwoordelijk voor het opzetten van netwerken die startende en stoppende praktijkhouders begeleiden en aan elkaar koppelen.

IX. Stimuleer lokale samenwerking, campagnes en trainingen die startend huisartsen handvatten bieden en informatie geven over het openen van een eigen praktijk.

XI. Geef startende huisartsen financieel de ruimte om in de beginfase van een eigen praktijk een dag(deel) vrij te kunnen houden voor het opstarten van hun praktijk en benodigde scholing en training hierover.

XII. Stimuleer, naast praktijkhoudend huisartsen die samenwerking met collega's in loondienst, de oprichting van gezondheidscentra waar artsen in loondienst met een vaste patiëntenpopulatie kunnen werken en beleg hierin een prominente rol voor zorgverzekeraars

Bovenstaande voorstellen zijn goede voorbeelden van regionaal maatwerk om meer huisartsen de stap naar het werken met een vaste populatie te laten zetten. Verschillende regio's brengen deze voorstellen al in de praktijk. Met de beoogde AZWA-afpraak over maatwerk in de regio streef ik ernaar dat dit soort activiteiten niet langer vrijblijvend zijn. Ik wil dat landelijke partijen een kader ontwikkelen waarmee regio's worden geholpen bij het inzetten van passend maatwerk. Ik vraag partijen bovenstaande voorstellen hierin mee te nemen en zo neem ik de voorstellen VII, IX, XI en XII dus over. Uiteindelijk is het aan de regionale partijen om samen afspraken te maken over de meest effectieve inzet van de beschikbare middelen. Specifiek voorstel XII om zorgverzekeraars (en/of RHO's) een belangrijke rol te geven bij het opzetten van gezondheidscentra en praktijken of om praktijken tijdelijk onder beheer te nemen wanneer de praktijkhouder failliet gaat of stopt, zal ik extra onder de aandacht van de partijen brengen bij het maken van de landelijke afspraken over maatwerk. Hiermee beoog ik ook invulling te geven aan een eerdere toezegging van mijn voorganger¹⁰ en een motie van de leden Dijk en Bushoff¹¹.

VIII. Geef de NZa de opdracht om bij de nieuwe tariefberekeningen niet alleen te kijken naar de gemiddelde kosten uit het verleden, maar ook toekomstscenario's (zoals demografische ontwikkelingen) mee te nemen.

Ik deel het standpunt van het lid Bushoff dat de bekostiging van de huisartsenzorg moet bijdragen aan toegankelijke huisartsenzorg in elke regio. Daarom ga ik in gesprek met de NZa over de wijze waarop de bekostiging kan bijdragen aan de gezamenlijke beleidsdoelen. Zoals aangegeven zal ik de NZa vragen naar aanleiding van de beoogde afspraak over maatwerk in elke regio de bekostiging aan te passen om dit nog beter mogelijk te maken. Ik neem dit voorstel dus over en geef hiermee ook invulling aan de motie van de leden Bushoff en Van Dijk om in gesprek gaan met de NZa over een andere vorm van tariefberekening voor de huisartsenzorg waarbij ook toekomstscenario's worden meegenomen¹².

Hierbij wil ik wel benadrukken dat de NZa op basis van huidige bekostigingssystematiek inclusief de tariefberekeningen al goed rekening houdt

¹⁰ 11642 De Minister voor MZ zegt toe de Kamer te informeren over de uitkomsten van de verkenning met zorgverzekeraars om te sturen op de continuïteit van huisartsenzorg in de regio

¹¹ Kamerstukken II, 2023/24, 36 410 XVI, nr. 143.

¹² Kamerstukken II, 2024/25, 33 578, nr. 126.

met toekomstscenario's, zoals demografische ontwikkelingen. De NZa heeft als zelfstandig bestuursorgaan de wettelijke taak om prestaties en tarieven voor de zorg vast te stellen. Deze tarieven voor de huisartsenzorg worden vastgesteld op basis van periodiek kostprijsonderzoek. Daarnaast indexeert de NZa nu ook al jaarlijks de tarieven op basis van de verwachte, toekomstige loon- en prijsontwikkeling. Demografische ontwikkelingen (die leiden tot bijvoorbeeld een toename in de zorgvraag) resulteren onder meer in een toename van het aantal consulten, die de huisarts uiteraard vergoed krijgt. Voor andere demografische parameters kent de bekostiging bijvoorbeeld al een opslag op het inschrijftarief op basis van leeftijd (als indirecte indicatiemaat voor zorgzwaarte) en voor ingeschreven patiënten die wonen in postcodegebieden met een lage sociaaleconomische status. De bekostiging van de huisartsenzorg biedt bovendien veel mogelijkheden om aanvullende maatwerkafspraken te maken tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Denk hierbij aan specifieke afspraken over de toegankelijkheid van zorg in de regio, multidisciplinaire zorg, of zorgvernieuwing en resultaatbeloning. Op die manier kunnen zorgverzekeraars, RHO's en huisartsen al inspelen op huidige en toekomstige knelpunten. Met mijn inzet voor de AZWA-afpraak over explicietere invulling van deze mogelijkheden tot maatwerk in elke regio en een daarbij horende aanpassing van de bekostiging wil ik zorgen dat deze mogelijkheden nog beter benut worden.

Ik zie dus dat de bekostiging op dit moment al veel ruimte biedt om de huisartsenzorg toekomstbestendig te organiseren. Desondanks ga ik de komende periode met de NZa in gesprek om deze nogmaals kritisch tegen het licht te houden. Ik vraag hierbij van de huisartsenpartijen om actief met voorstellen te komen omdat het aanpassen van de bekostiging vraagt om een duidelijke visie vanuit de beroepsgroep over de huisartsenzorg van de toekomst. De huisartsenpartijen hebben recent de «visie huisartsenzorg 2035» gepubliceerd en werken uit wat de betekenis daarvan is voor de bekostiging¹³. Ik heb met hen afgesproken dat ik de uitkomsten hiervan – die rond de zomer worden verwacht – afwacht en aan de hand daarvan het gesprek met de NZa aan ga. Ik informeer uw Kamer na de zomer over de voortgang.

X. Maak bedrijfsvoering vast onderdeel van de huisartsenopleiding.

Ik ga niet over de inhoud van de opleiding, maar heb het voorstel wel onder de aandacht van de opleidingsinstituten¹⁴ gebracht. Zij hebben mij laten weten dat in 2021 de urgentie voor meer praktijkmanagement in de huisartsopleiding werd vastgesteld. Dat heeft geleid tot een landelijk onderwijsprogramma praktijkmanagement waarin het onderwerp praktijkhouderschap, naast andere organisatievormen, een nadrukkelijke plaats heeft. Dit voorstel is dus al staande praktijk.

Thema 2: Huisvestingsproblematiek

Een belangrijk deel van het aantrekkelijker maken van het praktijkhouderschap én een voorwaarde voor toegankelijke huisartsenzorg is betaalbare en passende huisvesting voor huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. In de AZWA-gesprekken heb ik daarom specifiek aandacht voor huisvestingsproblematiek. Het is mijn inzet dat partijen in de vernieuwde Handreiking Huisvesting huisartsen opnemen hoe financiële knelpunten kunnen worden opgelost wanneer deze leiden tot discontinuïteit van zorg. Hiervoor wordt een «stroomschema» ontwikkeld. Daarnaast is mijn inzet dat de leden van de landelijke partijen (op regionaal/lokaal niveau) gaan

¹³ <https://www.lhv.nl/nieuws/visie-huisartsenzorg-2035-samen-continuïteit-bieden/>

¹⁴ Huisartsenopleiding Nederland

werken volgens het principe «pas de handreiking toe, of leg uit», waarmee de handreiking een steviger positie krijgt. Bovendien is de beoogde AZWA-afspraken over regionaal maatwerk bij uitstek geschikt om financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek op te lossen. Het gaat daarbij niet om structurele huisvestingskosten, maar bijvoorbeeld wel om tijdelijke kosten voor een verbouwing of verhuizing die niet goed te financieren zijn vanuit de reguliere tarieven, eigen middelen of door een lening bij de bank. Met deze inzet werk ik aan de uitvoering van de motie Dobbe en Dijk die mij oproept een noodplan te maken om huisartsen te helpen aan betaalbare, voldoende en geschikte praktijkruimtes¹⁵. Hetzelfde geldt voor de motie van het lid Bushoff over welke mogelijkheden er zijn om de knelpunten rondom financiering van huisvesting bij huisartsen te verminderen¹⁶.

Het lid Bushoff doet verschillende voorstellen binnen dit thema, waar ik hieronder op reageer.

IV. Breid het Waarborgfonds Zorg (Wfz) uit naar kleine zorginstellingen, waar ook de huisarts onder valt.

Met mijn brief uit het najaar 2024¹⁷ heb ik uw Kamer geïnformeerd over de bezwaren van het aansluiten van huisartsen bij het Wfz. Op basis van mijn verkenning voor deze brief neem ik voorstel IV niet over.

Met mijn inzet op een AZWA-afspraken over regionaal (financieel) maatwerk kies ik voor een andere route om huisartsen lucht te geven bij incidentele hoge huisvestingskosten, bij bijvoorbeeld verbouwing, nieuwbouw of verhuizing van een praktijk. Deze route sluit bovendien aan bij bestaande financieringsroutes, omdat dit gewoon onderdeel kan blijven van de contractering tussen zorgverzekeraars en huisartsen.

V. Verplicht gemeenten om referentiewaarden voor nieuwbouw op te stellen waarin rekening wordt gehouden met maatschappelijke voorzieningen, waaronder zorg en welzijn, en verstrek provinciale subsidies voor het (ver)bouwen van huisartsenpraktijken.

In de handreiking is het opstellen van referentiewaarden voor nieuwbouw al opgenomen onder de handelingsopties van gemeenten. Ik streef ernaar dat partijen gaan werken volgens het principe «pas toe of leg uit» uit en verwacht daarmee dat gemeenten rekening zullen houden met huisartsenzorg bij nieuwbouw. Daarom kies ik er niet voor om het opstellen van referentiewaarden voor eerstelijnsvoorzieningen door gemeenten (wettelijk) te verplichten. Bovendien is dit een complex wettelijk proces. Vanuit het oogpunt van proportionaliteit wil ik eerst bezien of bovengenoemde afspraken inderdaad voldoende helpen. Ik heb daar vertrouwen in. Zodoende neem ik dit voorstel, op dit moment, niet over. Met mijn inzet in het AZWA doe ik wel alles wat binnen de huidige wettelijke kaders mogelijk is om gemeenten deze rol te laten pakken.

Naast het aanscherpen van de afspraken over huisvestingsproblematiek, ben ik met het oog op de toekomstige borging van vastgoed voor eerstelijnszorgvoorzieningen in gesprek met de Minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening. Deze gesprekken vinden plaats in het kader van de Nota Ruimte en daarmee geef ik invulling aan mijn toezegging tijdens het Commissiedebat Eerstelijnszorg van 7 november jl.

¹⁵ Kamerstukken II, 2024/25, 33 578, nr. 129.

¹⁶ Kamerstukken II, 2024/25, 33 578, nr. 136.

¹⁷ Kamerstukken II, 2024/25, 33 578, nr. 108

om met de Minister van VRO in gesprek te gaan over de bouw van gezondheidscentra¹⁸.

De provincie een rol geven in de huisvestingsproblematiek vind ik onwenselijk. Met de zorgverzekeraars, RHO's, de gemeenten en de huisartsen zelf zijn al een groot aantal partijen direct betrokken bij dit vraagstuk. Met de AZWA-afspraken is mijn inzet om duidelijk te maken wie welke verantwoordelijkheid heeft en ook hoe indien nodig financieel maatwerk kan worden afgesproken tussen verzekeraars en huisartsen. Een aanvullende (financiële) route via de provincies toevoegen vind ik niet passend. Dit voorstel neem ik dus niet over.

VI. Maak gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk om in samenwerking met huisartsenorganisaties informatiepunten voor huisartsen over het vinden en uitbreiden van huisvesting op te zetten.

Het opzetten van informatiepunten voor huisartsen met betrekking tot huisvestingsproblematiek is al genomen in de Handreiking Huisvesting. Er zijn ook al verschillende initiatieven in het land zoals het door het lid Bushoff aangehaalde H-team in Rotterdam, of het recent opgerichte H-team in de Den Haag¹⁹. Zoals aangegeven is mijn inzet dat partijen de handreiking uitvoeren volgens het principe «pas toe of leg uit», waarmee ik ook dit voorstel overneem.

Thema 3: Private equity (in de huisartsenzorg)

Ik deel de terechte zorgen van het lid Bushoff over bedrijfsketens en private investeerders in de huisartsenzorg. Door de bedrijfsvoering van sommige bedrijfsketens kan vertrouwde, toegankelijke en continue huisartsenzorg in het geding komen. Ik wil dat kwaliteit en de kernwaarden²⁰ van huisartsenzorg centraal staan en beoog hierover ook afspraken in het AZWA te maken die gedeeltelijk aansluiten bij de voorstellen van het lid Bushoff.

XIII. Scherp de uitzondering voor huisartsen op het winstverbod in de zorg aan, zodat grote commerciële partijen hier geen misbruik meer van kunnen maken.

Allereerst kan ik niet genoeg benadrukken dat ik het met de Kamer eens ben dat er binnen de zorg geen plek is voor personen of partijen die hun eigen financiële belangen voorop zetten. Ook niet binnen de huisartsenzorg. Het volledig verbieden van winstuitkering binnen de huisartsenzorg heeft echter grote (buiten proportionele) gevolgen voor het zorgveld, omdat een dergelijk verbod ook enorm veel huisartsen raakt in hun inkomen. Dit zijn huisartsen die wel integer werken en goede zorg aan hun patiënten bieden. Daarom wil ik niet inzetten op een verbreding van het winstuitkeringsverbod voor ook huisartsen. Om te borgen dat commerciële partijen geen misbruik maken van het feit dat huisartsen winsten mogen uitkeren, wil ik wel inzetten op een gerichte aanpak tegen graaiers in de zorg. Dat betekent daar waar de winsten excessief zijn of daar waar geld wordt weggesluisd, we gericht en stevig gaan ingrijpen.

¹⁸ TZ202411-010, De Minister zegt toe in gesprek te gaan met de Minister van VRO over de bouw van gezondheidscentra en zegt toe in gesprek te gaan met de Minister van EZ over het financieel instrumentarium. Ook zal zij zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht in dit kader. Zij zal de Kamer hier in het voorjaar 2025 over terugkoppelen.

¹⁹ Omroep West, <https://www.omroepwest.nl/nieuws/4836797/speciaal-team-helpt-huisartsen-bij-vinden-van-goede-huisvesting>

²⁰ Kernwaarden: Persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk

Dit wil ik doen met het wetsvoorstel Wet Integere Bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wibz).

Met dit wetsvoorstel wil ik zoveel mogelijk barrières opwerpen om commerciële partijen die alleen uit zijn op hun eigen financiële gewin te weren uit de zorg. Dit doe ik door o.a. te waarborgen dat er geen winst wordt uitgekeerd als de kwaliteit en toegankelijkheid van de geboden zorg niet op orde is bij de desbetreffende zorgaanbieder. Dit wetsvoorstel is op 29 januari jl. naar de Tweede Kamer gestuurd²¹. Daarnaast heb ik uw Kamer onlangs geïnformeerd over de aanpassingen met betrekking tot de zorgspecifieke fusietoets²². Grote commerciële partijen zullen mogelijk vaker fuseren of overnames doen, dan een reguliere zorgaanbieder. Ik wil de Nederlandse Zorgautoriteit meer bevoegdheden geven om fusies inhoudelijker te toetsen en daarmee een extra waarborg inbouwen om de publieke belangen te borgen tijdens een dergelijk proces. Uw Kamer is recent geïnformeerd over de aangenomen moties rondom private equity en winst in de zorg²³.

XVI. Creëer de bevoegdheid voor de NZa om overnames on hold te zetten in het geval dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) onderzoek doet naar een overnemende partij vanwege in ernstige mate afbreuk doen aan het verlenen van goede zorg.

Ik deel de zorgen van het lid Bushoff over fusies of overnames die plaatsvinden die evident onwenselijk zijn en waarvoor de NZa op dit moment onvoldoende bevoegdheden heeft om tegen op te treden. Op grond van een amendement van het lid Bushoff moet de NZa met ingang per 1 januari 2025 bij een lopend onderzoek van de IGJ naar de kwaliteit van zorg, de goedkeuring van een voorgenomen concentratie weigeren²⁴. Deze wijziging is opgenomen in artikel XVOA van de Verzamelwet gegevensverwerking VWS. In de bovengenoemde, recent verstuurd brief over de aanpassingen van de zorgspecifieke fusietoets²⁵ leg ik uit hoe hier uitvoering aan gegeven wordt door de toezichthouders. Het voorstel dat het lid Bushoff doet in zijn initiatiefnota is hiermee uitgevoerd.

XIV. Stel de kernwaarden van de huisartsenzorg centraal in de contractering met zorgverzekeraars, zoals persoonsgerichte zorg, gezamenlijkheid en continuïteit.

De kernwaarden van de huisartsenzorg vormen de basis van kwalitatief goede huisartsenzorg. Uit onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de NZa blijkt dat de zorg geleverd door (bedrijfs)ketens in de huisartsenzorg soms op gespannen voet staat met deze kernwaarden²⁶. Dit kan onaanvaardbare risico's opleveren voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en voor patiënten. Ik heb gezien hoe situaties zoals bij Co-Med hebben geleid tot grote onrust en onzekerheid bij patiënten en hoe zij geen of beperkt toegang hadden tot zorg die zij op dat moment nodig hadden.

Op basis van de aanbevelingen van de IGJ en NZa in hun onderzoeksrapport werk ik samen met (veld)partijen²⁷ aan voorstellen om de kernwaarden «persoonsgericht» en «continu» te vertalen naar werkbare

²¹ Kamerstukken II, 2024/25, 36 686 (Wet integrale bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders)

²² Kamerstukken II, 2024/25, 31 765, nr. 899

²³ Kamerstukken II, 2024/25, 36 600 XVI, nr. 177

²⁴ Artikel 49c, tweede lid Wmg, onderdeel e

²⁵ Kamerstukken II, 2024/25, 31 765, nr. 899

²⁶ Kamerstukken II, 2023/24, 33 578, nr. 114

²⁷ LHV, NHG, InEen, ZN, PFN en ZIN

en toetsbare uitgangspunten voor kwaliteit of veldnormen. Deze kan de IGJ gebruiken bij haar toezicht en de zorgverzekeraar bij de zorginkoop. Zorginstituut Nederland (ZIN) ondersteunt vanuit haar expertise de betrokken partijen bij het komen tot concrete voorstellen. Dit voorjaar worden de eerste resultaten verwacht. Ik informeer uw Kamer eind Q2 2025 over de voortgang. Op deze manier geef ik dus ook uitvoering aan voorstel XIV.

XV. Leg vanuit zorgverzekeraars de eis neer dat praktijken die onderdeel uitmaken van een keten of franchise zich aansluiten bij de huisartsenpost in hun gebied.

Elke huisarts met ingeschreven verzekerden is verantwoordelijk voor het organiseren van 24/7 (spoed)zorg voor zijn patiëntenpopulatie. De organisatievorm is daaraan ondergeschikt, dus of dit nou een eigen praktijk betreft of dat de praktijk onderdeel uitmaakt van een keten of franchise maakt geen verschil. De verantwoordelijkheid is dus al gelijk verdeeld.

Om goede regionale invulling te geven aan huisartsenzorg tijdens de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren), werken huisartsen samen binnen een regio. In zogenaamde huisartsendienstenstructuren (HDS) verdelen zij de ANW-uren, zodat niet iedere huisarts zelf elke nacht beschikbaar hoeft te zijn maar patiënten altijd terecht kunnen voor spoedzorg bij een huisartsenspoedpost in de buurt. Het grootste deel van de praktijkhouders is bij dergelijke regionale afspraken aangesloten. Dit is niet verplicht, zolang de huisarts maar voldoet aan het leveren van 24/7 zorg voor de ingeschreven verzekerden. Dit geldt voor zowel «reguliere» praktijkhouders, als voor praktijken die onderdeel zijn van een keten, of anderszins.

Niet iedere huisarts heeft een eigen praktijk met ingeschreven verzekerden, een groot deel van de ruim 14.000 huisartsen in Nederland is namelijk in dienst van een andere huisarts of is wisselend of vaste waarnemer (ZZP'er). Deze groep heeft daarmee niet de primaire verantwoordelijkheid voor 24/7 zorg. De druk op praktijkhouders is de afgelopen jaren toegenomen en daarom hebben partijen in de huisartsenzorg afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA) over een andere organisatie van de ANW-zorg die via HDS'en wordt georganiseerd. Deze afspraak heeft als doel een evenwichtigere verdeling van de dienstendruk over alle huisartsen in een regio, zowel praktijkhouders als waarnemers. Regio's werken daarom inmiddels met het principe van «vrij roosteren», waardoor praktijkhouders en waarnemers gezamenlijk de roosters vullen. Om dit te ondersteunen is de NZa gevraagd om per 2023 de tarieven voor ANW-uren te herijken²⁸. De tarieven zijn daarop gedifferentieerd en aanzienlijk verhoogd. Partijen monitoren de voortgang van deze afspraak.

Tot slot, als een huisarts de verantwoordelijkheid voor de 24/7 (spoed)zorg niet nakomt, kan de IGJ ingrijpen op basis van het toezicht op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Zoals eerder is aangegeven hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om in hun inkoopbeleid voorwaarden te stellen aan zorgaanbieders en te kiezen of zij wel of niet een contract aangaan met een keten. Kortom, de bestaande wetgeving, toezichtmechanismen en afspraken tussen betrokken partijen zijn op dit moment al in lijn met het voorstel van het lid Bushoff en voldoende om de spoedhuisartsenzorg in elke regio goed te organiseren. Wanneer bijvoorbeeld de resultaten uit de ANW-monitoring daartoe aanleiding geven, zal ik in afstemming met de beroepsgroep(en) en verzekeraars

²⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_741900_22/

aanvullende maatregelen te nemen om zodoende de verantwoordelijkheid voor de ANW-zorg eerlijk te verdelen.

Thema 4: Overige voorstellen

Het lid Bushoff doet ook een aantal voorstellen over de administratieve lasten van huisartsen en de hulpmiddelenzorg. Ik reageer hieronder op deze voorstellen:

I. Voeg een aantal simpele knoppen aan het patiëntendossier toe, bijvoorbeeld voor de Schengenverklaring en dieetbevestiging, en schaf formulieren of verwijzingen af die in wezen overbodig zijn, zoals de jaarlijkse doktersverklaring voor invaliditeit.

Het halveren van de administratietijd naar maximaal 20 procent is topprioriteit om de zorg in de benen te houden. Daarom wordt er binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk gewerkt aan het uitvoeren van een gezamenlijke werkagenda. Verder wordt een veldbevraging uitgevoerd, waarbij de hoofdvraag is welke administratie volgens zorgverleners zinnig is om te blijven uitvoeren, die past binnen maximaal 20 procent administratietijd. Wanneer hier overbodige formulieren of verwijzingen naar boven komen zal ik samen met de andere leden van de Regiegroep Aanpak Regeldruk afspraken maken of en hoe deze afgeschaft kunnen worden. Maar ik steek ook hand in eigen boezem. Indien er wet- en regelgeving naar voren komt die voor onnodige regeldruk zorgt zal ik kritisch bekijken hoe deze ballast weggenomen kan worden. Ik verwacht uw Kamer voor de zomer te informeren over de uitkomsten van de veldbevraging.

Verder ben ik voornemens om in het AZWA afspraken te maken over het verminderen van regeldruk, bijvoorbeeld over machtigingen, verantwoordingsen en het opschalen van succesvolle doorbraakprojecten en Artificial Intelligence als aanvulling op de bestaande werkagenda van de Regiegroep.

Maar ook in het verleden is al veel ontregeld. Zo hoeft een huisarts (of voorschrijvend medisch specialist) enkel een dieetverklaring in te vullen als de belastinginspecteur bij de patiënt hierom vraagt. Dit hoeft dus niet standaard²⁹. Ook geven (huis)artsen geen medische verklaringen, bijvoorbeeld over invaliditeit, over eigen patiënten. De vragende instantie kan hiervoor terecht bij een gecontracteerde GGD-arts of medisch adviseur (arts)³⁰. Op de site van [Ont]Regel de Zorg staan alle formulieren die geschrapt of gewijzigd zijn.

Tot slot: knoppen toevoegen aan het patiëntendossier is geen rol van het ministerie. Huisartsen kunnen hier afspraken over maken met de desbetreffende ICT-leverancier. De afweging om knoppen toe te voegen aan het patiëntendossier ligt dus bij de partijen, maar veel van de genoemde voorbeelden in het voorstel zijn al grotendeels afgeschaft.

²⁹ <https://www.ordz.nl/huisartsen/ontregeld-voor-huisartsen/geschrapte-vereenvoudigde-formulieren/dieetbevestiging-huisarts-niet-standaard-nodig>

³⁰ <https://www.ordz.nl/huisartsen/ontregeld-voor-huisartsen/geschrapte-vereenvoudigde-formulieren/geen-medische-verklaringen-aan-gemeenten-door-huisarts>

II. Zorg ervoor dat personeel van overheidsinstanties, ziekenhuizen en andere zorginstellingen jaarlijks worden bijgeschoold over nieuwe en bestaande regelgeving omtrent verwijzingen en andere zaken die met de huisarts te maken hebben zodat niet onnodig wordt door- en terugverwezen naar de huisarts.

In 2024 is het Ministerie van VWS samen met de landelijke betrokken partijen aan de slag gegaan met de verwijfsafspraken tussen huisartsen en zorginstellingen in de medisch specialistische zorg. Het eindresultaat hiervan is één helder document met de verwijfsafspraken en een stroomschema³¹. Dit is via de betrokken branche- en beroepsverenigingen verspreid en ook het programma [Ont]Regel de Zorg heeft via de website en LinkedIn veel aandacht aan deze vernieuwde afspraken besteed. De verdere implementatie is aan zorginstellingen zelf. VWS zal dit wel periodiek onder de aandacht blijven brengen, en daarmee kom ik deels tegemoet aan voorstel II. Zorginstellingen blijven primair verantwoordelijk voor de scholing van hun medewerkers over de verwijfsafspraken.

III. Breng de hulpmiddelenzorg weer onder bij de apotheker

De toenmalig Minister van VWS heeft in zijn Kamerbrief van 18 december 2023³² aangegeven dat het in ons stelsel in principe niet aan de Minister is om een specifieke organisatie van hulpmiddelenzorg af te dwingen. Zorgverzekeraars zijn er vanuit hun zorgplicht voor verantwoordelijk dat de verstrekking van extramurale hulpmiddelen passend georganiseerd is. In het geval van hulpmiddelenzorg is deze veelal georganiseerd via medische speciaalzaken. De NZa houdt toezicht op het nakomen van de zorgplicht van zorgverzekeraars. Vanzelfsprekend houd ik de ontwikkelingen nauwlettend in de gaten en ben ik bereid maatregelen te verkennen als zich hier knelpunten voordoen.

Tot slot

De huisartsenzorg vormt de basis onder ons zorgstelsel. Iedere inwoner moet toegang hebben tot huisartsenzorg in de buurt. Het lid Bushoff en ik hebben ook hetzelfde doel: een toegankelijke en toekomstbestendige huisartsenzorg voor iedereen. Juist daarom heeft het kabinet in het hoofdlijnenakkoord aandacht voor de versteviging van de eerstelijnszorg, waaronder de huisartsenzorg. In het regeerprogramma is afgesproken om in te zetten op voldoende huisartsen die werken met een vaste patiëntenpopulatie. Hieraan geef ik invulling met mijn inzet om ambitieuze aanvullende afspraken met partijen uit de huisartsenzorg te maken in het AZWA. Voor het overgrote deel sluit mijn inzet nauw aan op de initiatiefnota van lid Bushoff, op sommige delen kies ik een andere invulling. Ik dank hem daarom nogmaals voor zijn uitgebreide initiatiefnota.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema

³¹ <http://www.ordz.nl/verwijsafspraken>

³² Kamerstukken II, 2023/24, 29 477, nr. 865