

Vergaderjaar 2024–2025

36 666

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

Nr. 2

INITIATIEFNOTA

1. Inleiding

«In de laatste levensfase van je vrouw geen idee hebben waar je terecht kan met zorgvragen, want je hebt geen huisarts» (voormalig patiënt van Co-Med in Bergen op Zoom).

«Ik had ernstige pijnklachten op de borst en werd pas na vier dagen teruggebeld» (patiënt van Quin Dokters tegen NRC¹).

«Dat kindje hapte letterlijk naar lucht, was helemaal slap en suf. Ik dacht: ik ben geen arts, wat moet ik nou?» (doktersassistent Maria bij een Co-Med-praktijk in Zwolle zonder dienstdoende arts tegen de Volkskrant²).

«Een ruim dertig jaar goedlopende praktijk werd langzaam afgebroken en was soms zelfs dicht omdat er niemand beschikbaar was» (Huisarts Ed Timmermans in Pijnacker, die zijn praktijk weer terugkocht van commerciële partij Centric Health³).

«Het gevoel dat ik alleen sta. En als je een slechte gezondheid hebt, is dat heel beangstigend» (Anita, patiënt van Co-Med tegen EenVandaag⁴).

De huisartsenzorg staat onder druk. Hoewel er in 2023 meer huisartsen waren dan ooit,⁵ hanteerde de helft van de huisartsenpraktijken een patiëntenstop en werden de wachtlijsten alleen maar langer.⁶ Een belangrijke oorzaak hiervan is dat steeds minder huisartsen zelf praktijkhouder zijn. Waar in 2012 78 procent van de huisartsen praktijkhouder

¹ De «digitale dokter» belt niet terug: hoe Quin Dokters onrust veroorzaakt bij patiënten – NRC

² Door de wanpraktijken van huisartsenketen Co-Med hebben patiënten onomkeerbare schade opgelopen

³ Goed nieuws voor patiënten van praktijk die onder toezicht staat: huisarts koopt «levenswerk» weer terug | Pijnacker-Nootdorp | AD.nl

⁴ Anita heeft de zorg hard nodig, maar kan maar niet terecht bij haar commerciële huisarts: «Ik sta er alleen voor» – EenVandaag

⁵ Huisartsentekort? Er zijn meer huisartsen dan ooit (nos.nl)

⁶ Toegang tot huisartsenzorg verder onder druk | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl)

was, gaat het nu nog maar om 49 procent.⁷ Om uiteenlopende redenen kiest een steeds grotere groep ervoor om zzp'er te worden en als waarnemend huisarts aan het werk te gaan. De nieuwe aanwas ziet op de hoge werkdruk als gevolg van de vele administratieve lasten of raakt ontmoedigd door de hoge huisvestingskosten, als het überhaupt lukt om geschikte huisvesting te vinden. Door de tekorten in de huisartsenzorg zijn de tarieven voor waarnemers bovendien omhoog gegaan, waardoor waarnemend huisartsen gemakkelijker met minder dagen werken rond kunnen komen. Daardoor is de keuze voor het waarnemerschap steeds sneller gemaakt, terwijl startend praktijkhouders juist tegen steeds meer obstakels aanlopen. Tegelijk blijkt uit onderzoek van Nivel in 2021 dat bij de start van hun carrière slechts 4 procent van de huisartsen een toekomst als waarnemer voor zich ziet. De meeste huisartsen in opleiding (83%) willen wel degelijk een eigen praktijk, maar haken uiteindelijk af.⁸

In het gat dat de afgelopen jaren ontstond vanwege het gebrek aan nieuwe huisartspraktijken sprongen ondernemers. Volgens onderzoeksbureau Nivel⁹ waren er in Nederland eind 2023 minstens 34 ketens van huisartsenpraktijken, die in totaal eigenaar waren van 116 praktijken. Verschillende casussen laten zien dat dit tot ernstige problemen kan leiden. Zo kwamen de afgelopen jaren ernstige misstanden naar buiten over praktijken als Co-Med, Quin Dokters en Centric Health. Hoewel de belofte is dat ze met een grootschaligere, digitale of meer bedrijfsmatige aanpak de huisartsenzorg efficiënter kunnen inrichten, heeft dit vaak slechtere zorg tot gevolg. Uit onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) naar de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg¹⁰ blijkt dat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg bij een deel van deze ketens niet voldoende geborgd is. Doordat commerciële partijen vaak alleen met waarnemers werken hebben patiënten geen vaste arts meer en vanwege de grote aantallen patiënten die worden aangenomen zijn praktijken vaak niet of nauwelijks bereikbaar. Waar een gemiddelde huisarts ongeveer tweeduizend patiënten heeft, dreigde het «digitale» Quin Dokters in Amsterdam op een gegeven moment bijvoorbeeld één huisarts te hebben voor 13.500 patiënten, aangevuld met een huisarts voor videoconsulten.¹¹ Bij andere commerciële partijen werd de telefoon niet opgenomen of geen spoedzorg geleverd, waardoor patiënten noodgedwongen werden doorverwezen naar de eerste hulp. Met als uiterste consequentie dat zorgverzekeraars hun contracten opschorten omdat de kwaliteit van de zorg ondermaats is, zoals bij commerciële partij Co-Med gebeurde. Situaties die onhoudbaar zijn, de zorg zwaar onder druk zetten en waar de patiënt de dupe van is.

Hoewel de zorgvraag weliswaar zal blijven stijgen vanwege de vergrijzing, leidt de verschuiving van traditioneel praktijkhouderschap naar overnames van grote commerciële partijen naar verwachting juist tot minder efficiëntie in ons zorgsysteem. Een vaste huisarts heeft duidelijke gezondheidsvoordelen: een hogere continuïteit van huisartsenzorg leidt tot minder vervolgzorg, en daarmee tot lagere zorgkosten. Het aantal bezoeken aan de huisartsenpost ligt bij de groep met een vaste huisarts bijvoorbeeld 13% lager;¹² bij poliklinische zorg gaat het zelfs om 16 tot

⁷ Huisartsen massaal aan de slag als zzp'er (wnl.tv)

⁸ samenvatting-lovah-enquete-2022.pdf

⁹ Ketenvorming in de huisartsenzorg kent vele gezichten | Nivel

¹⁰ De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

¹¹ Digitale Quin Dokters finaal mislukt in Amsterdam: 1 huisarts voor 13.500 patiënten | Het Parool

¹² Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway | British Journal of General Practice

18%.¹³ Ook gaan patiënten met een vaste huisarts minder vaak naar het ziekenhuis en volgen ze medisch advies vaker op. Al met al blijkt uit Brits onderzoek dan ook dat patiënten met een vaste huisarts langer leven.¹⁴ Overnames door commerciële partijen lijken in theorie wellicht een snelle oplossing voor de groeiende tekorten, maar als het welzijn van de patiënt niet op de eerste plek staat heeft dit in de praktijk een averechts effect, zo blijkt helaas uit voorbeelden van partijen als Co-Med, Quin Dokters en Centric Health. Bovendien zijn de gevolgen groot als een praktijk noodgedwongen de deuren moet sluiten, zoals we onlangs zagen bij Co-Med. Door het opschorten van het contract door de zorgverzekeraars en het faillissement dat daarop volgde, stonden opeens bijna 50.000 patiënten op straat. Patiënten die allemaal weer bij een andere huisarts moesten worden ondergebracht, met een waterbedeffect als gevolg.

Bovendien leidt de toetreding van grote commerciële partijen in de huisartsenzorg ertoe dat publiek geld de private sector instroomt, naar commerciële investeerders die als hoofddoel hebben om zoveel mogelijk winst te maken. En dat is niet waar onze huisartsenzorg voor bedoeld is: het eerste belang zou altijd het leveren van goede, laagdrempelige zorg moeten zijn. Wat de initiatiefnemer betreft zouden winsten die gemaakt worden in de zorg dan ook altijd ten goede moeten komen aan een verbetering van de zorg zelf of gebruikt moeten worden voor de uitbetaling van salarissen aan zorgpersoneel. Als het eerste belang is om zoveel mogelijk geld per patiënt te verdienen, gaat dit al snel ten koste van de kwaliteit en toegankelijkheid. Zorg moet gaan om welzijn, niet om winst of rendementsdenken.

Deze initiatiefnota stelt daarom beleid voor om enerzijds het praktijkhouderschap en vormen van loondienst voor huisartsen aantrekkelijker te maken, en anderzijds commerciële partijen die door onwenselijke prikkels slechte zorg leveren te weren uit de markt. Deze twee doelstellingen gaan hand in hand: doordat jonge huisartsen minder vaak bereid zijn om oude praktijken over te nemen of in loondienst te gaan, worden deze in plaats daarvan steeds vaker overgenomen door commerciële partijen die in dat gat springen. De verwachting is daarom dat de concrete maatregelen die het praktijkhouderschap moeten versterken, ook effect hebben op het aantal praktijken dat in handen valt van commerciële partijen. Zodat geld dat bedoeld is voor de zorg, ook binnen de zorg blijft. Dat biedt volgens de initiatiefnemer de mogelijkheden om de huisartsenzorg weer terug te brengen naar waar die voor bedoeld is: laagdrempelige, toegankelijke hulp met een voor de patiënt bekend gezicht, waarbij onze zorgsector niet langer wordt misbruikt om te speculeren en enorme winsten te behalen maar het leveren van goede zorg weer op de eerste plek komt te staan.

2. Probleemanalyse

2.1 Het praktijkhouderschap wordt steeds minder aantrekkelijk

Het vak van praktijkhoudend huisarts staat onder druk. Jonge huisartsen kiezen er steeds vaker voor om als zzp'er (waarnemer) aan de slag te gaan, ondanks dat een groot deel bij de start van de opleiding nog wel van plan was een eigen praktijk te beginnen. Beginnend artsen haken af omdat ze vastlopen op het vinden van (betaalbare) huisvesting of omdat ze opzien tegen de extra taken die bij een eigen praktijk komen kijken.

¹³ Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey | British Journal of General Practice (bjgp.org)

¹⁴ Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality | BMJ Open

Inmiddels wordt ongeveer 40% van de huisartsenzorg verleend door waarnemers. Hoewel een bepaalde basis aan waarnemers nodig is voor een goed functionerende huisartsenzorg begint de balans nu door te slaan, met als gevolg dat het systeem verder vastloopt. Want hoewel de wachtlijsten in de huisartsenzorg doen vermoeden dat er een algemeen tekort is aan huisartsen, ligt het werkelijke probleem bij het tekort aan praktijkhouders. Als 80% van de huisartsen zou kiezen voor een eigen patiëntenpopulatie, zou iedere Nederlander weer een vaste huisarts hebben.¹⁵

2.1.1 Hogere werkdruk en -last

Een van de redenen waarom (praktijkhoudend) huisartsen ermee stoppen of überhaupt geen eigen praktijk willen, is dat de huisarts steeds meer taken krijgt toebedeeld en veel tijd kwijt is aan administratieve handelingen. Uit een peiling van LHV blijkt dat vier op de vijf huisartsen in 2023 meer tijd aan administratie besteedden dan vijf jaar daarvoor.¹⁶ Een meerderheid van hen is één hele dag per week bezig met administratieve verplichtingen, een dag die zij niet kunnen besteden aan patiëntenzorg. Daardoor stijgt de werkdruk en blijft er minder tijd over voor de oorspronkelijke kerntaken van de huisarts. Dit gaat ten koste van de tijd voor de patiënt en van het werkplezier. Uit cijfers van Nivel¹⁷ blijkt dan ook dat het aantal huisartsen dat stopt met werken de afgelopen jaren sterk is gestegen, een stijging die vooral opvalt bij huisartsen tussen de 35 en 55 jaar. Opvallend genoeg is deze trendbreuk vooral zichtbaar vanaf 2020, wanneer vanwege corona een veel zwaarder beroep wordt gedaan op de huisartsenzorg. Tegelijk moeten huisartsen al langer steeds meer zorg opvangen die eerst door verpleeghuizen en psychiatrische instellingen werd geleverd en gaan chronisch zieken voor controles vaker naar de huisarts in plaats van naar het ziekenhuis. Zowel ouderen als psychiatrisch patiënten wonen vaker thuis en zijn daardoor vaker op de huisarts aangewezen. Ook komen patiënten die elders op een wachtlijst staan, bijvoorbeeld bij de ggz, vaak weer bij de huisarts terecht.

Hierdoor loopt het aantal huisartsen dat stopt de komende jaren mogelijk nog verder op. Ruim de helft van de 620 huisartsen die werden geraadpleegd in een onderzoek van onderzoekscollectief Spit in opdracht van de Groene Amsterdammer¹⁸ zegt onder de huidige omstandigheden niet te weten of ze over vijftien jaar nog steeds huisarts zijn. Het uitdijende takenpakket, problemen elders in de zorg en de administratieve lasten die op het bordje van de praktijkhouder terechtkomen leiden ertoe dat veel beginnend huisartsen het vak te zwaar vinden en het moeilijk vinden een gezonde werk-privébalans te onderhouden. Met als gevolg dat steeds meer huisartsen ervoor kiezen parttime als waarnemer aan de slag te gaan. Ruim 90% van de huisartsen in het onderzoek geeft aan het te zwaar vindt om vijf dagen in de week huisarts te zijn. Ook uit cijfers van de LHV blijkt dat inmiddels 70 procent van de praktijkhouders vindt dat de werkdruk te hoog is. Het verminderen van de administratieve druk kan hier een positieve impuls aan geven. Voor driekwart van de zorg- en welzijnsmedewerkers neemt het werkplezier toe bij minder administratie. 69 procent verwacht bovendien dat patiënten betere zorg en ondersteuning krijgen als ze minder administratie hoeven te doen, aldus FNV-onderzoek naar administratiedruk in de zorg.¹⁹ Daarmee zijn

¹⁵ Over ons (buurtdokters.net)

¹⁶ Administratieve lasten huisarts blijven toenemen – LHV

¹⁷ Stijging van aantal huisartsen dat stopt na de coronapandemie | Nivel

¹⁸ Wie wil er nou nog een eigen praktijk? – De Groene Amsterdammer

¹⁹ FNV-onderzoek naar administratiedruk in Zorg & Welzijn. De administratiedruk is de laatste vijf jaar toegenomen. – FNV

maatregelen om de administratiedruk te verlagen niet alleen goed voor artsen en zorgmedewerkers, maar ook voor de patiënt.

2.1.2 Vinden van huisvesting

Als beginnend huisartsen er ondanks de hoge werkdruk en extra taken toch voor kiezen om een eigen praktijk te beginnen, lopen zij al snel tegen het volgende probleem aan: de beschikbaarheid van (betaalbare) huisvesting. De overspannen woningmarkt heeft ook voor de huisarts grote gevolgen, en kan ertoe leiden dat het openen van een nieuwe praktijk of het overnemen van een bestaande praktijk niet mogelijk of onbetaalbaar is. Commerciële partijen krijgen over het algemeen sneller een voet tussen de deur. Er zijn voorbeelden van praktijken die uiteindelijk werden overgenomen door een private partij maar waarbij er wel andere gegadigden waren. Zij trokken aan het kortste eind omdat zij bijvoorbeeld niet hetzelfde bedrag konden neerleggen als het commerciële en door private investeerders gedekte Co-Med.²⁰ Uit het Integraal Zorgakkoord is weliswaar de handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra voortgekomen, maar desondanks blijft financiering van huisvesting een groot probleem. Door de hoge vastgoedprijzen en bouwkosten en de torenhoge huurprijzen lijkt hier voorlopig geen verandering in te komen. Sterker nog: in een onderzoek naar de financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra uit 2024 stelt PwC²¹ dat de krapte de komende jaren naar verwachting alleen maar verder toeneemt, waardoor de zoektocht voor huisvesting voor (vooral beginnend) huisartsen alleen nog maar moeilijker wordt. Met als gevolg dat startend huisartsen eieren voor hun geld kiezen en zzp'er worden, met alle gevolgen voor de continuïteit in de zorg van dien.

Ook huisartsen die al een praktijk hebben lopen tegen deze problemen aan. Door alle extra werkzaamheden en schaalvergroting hebben huisartsen veel meer personeel in dienst dan vroeger, waardoor meer spreekkamers en meer ruimte nodig is en de «oude» praktijk vaak niet meer voldoet. Zo blijkt uit onderzoek van LHV uit 2021²² dat maar liefst 77 procent van de huisartsen nadelen ondervindt door ruimtegebrek. Dat leidt tot nog meer druk op de zorg. 42 procent vindt de eigen praktijkruimte bijvoorbeeld niet geschikt voor een toename van het aantal patiënten en vier op de tien huisartsen geven aan door ruimtegebrek geen personeel te kunnen aannemen of opleiden. Meer dan de helft (52%) wil wel verbouwen of verhuizen, maar loopt daarbij tegen belemmeringen aan. Zo is er een gebrek aan geschikte panden en een gebrek aan bouwgrond voor nieuwbouw. En dat heeft niet alleen gevolgen op de korte termijn, maar ook op de lange termijn. Zo voorzien huisartsen dat de problemen op het gebied van huisvesting mogelijk leiden tot een nog groter gebrek aan huisartsen en personeel, met patiëntenstops en mogelijk zelfs het verdwijnen van huisartsenpraktijken uit de wijk tot gevolg.

2.1.3 Stoppend praktijkhouders vinden geen opvolger

Doordat het praktijkhouderschap minder aantrekkelijk wordt, is het steeds lastiger voor stoppend praktijkhouders om een opvolger te vinden. Het leidt ertoe dat sommige huisartsen noodgedwongen doorwerken na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd omdat ze hun patiënten niet

²⁰ Einde Co-Med zorgelijk voor artsen én patiënten: «Niemand neemt me aan, want niemand heeft plek» – NRC

²¹ Onderzoek naar financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra | Rapport | Rijksoverheid.nl

²² Huisvesting en huisvestingsproblemen – LHV

zomaar aan hun lot willen overlaten. Verhalen over praktijkhouders die tien jaar voor hun pensioen al beginnen met het zoeken van een opvolger²³ zijn inmiddels geen zeldzaamheid meer, vooral in achterstandswijken en buiten de Randstad. Zo liggen de te verwachten tekorten in Zeeland 13%-punten hoger dan gemiddeld in Nederland, blijkt uit onderzoek van Nivel uit 2018,²⁴ terwijl verwacht wordt dat binnen tien jaar ook nog eens de helft van de Zeeuwse huisartsen met pensioen gaat. De eerste gevolgen zijn al merkbaar: in de herfst van 2024 moet de huisartsenspoedpost in Oostburg de deuren sluiten vanwege de tekorten, waardoor Zeeuws-Vlaanderen vanaf dan nog maar één spoedpost over heeft.²⁵

Het gevolg is dat steeds meer stoppende praktijkhouders zelf commerciële partijen gaan benaderen voor een mogelijke overname, omdat ze geen reguliere opvolger kunnen vinden. Zo gaf Co-Med bij NRC aan dat ze in 2021 «wel drie à vier keer per maand» werden benaderd. Ook huisarts Ed Timmermans verkocht een aantal jaar geleden zijn praktijk in Pijnacker aan commerciële partij Centric Health toen het hem niet lukte een opvolger te vinden. Met als gevolg dat zijn met veel liefde opgebouwde praktijk «aftakelde tot een spookpraktijk», en hij zich gedwongen voelde om zijn oude praktijk op 62-jarige leeftijd weer terug te kopen.²⁶

2.1.4 De tarieven van de NZa zijn niet toereikend

Het vak van praktijkhouder werd de afgelopen jaren nog eens onaantrekkelijker doordat velen van hen aangeven dat de tarieven die zij mogen vragen niet toereikend zijn. Praktijkhouders zijn weliswaar ondernemers, maar ze mogen niet zelf hun tarieven bepalen en zijn daarin afhankelijk van de NZa. Tarieven kunnen bovendien zomaar naar beneden bijgesteld worden. Hierdoor hebben huisartsen geen vertrouwen in de bekostiging die terugkijkend door de NZa wordt gereguleerd en daarmee niet toekomstbestendig is. De lage tarieven bewogen de stichting De Bevlogen Huisartsen, LHV en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen er in 2023 toe een rechtszaak aan te spannen tegen de NZa om een herberekening van de tarieven af te dwingen. En met succes: het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) oordeelde dat de NZa onvoldoende had onderbouwd waarom de huidige tarieven toereikend zijn.²⁷ Als gevolg moest de zorgautoriteit nieuw onderzoek verrichten om tot betere tarieven te komen en bekijken hoe financieel benadeelde huisartsen kunnen worden gecompenseerd.

Bij huisartsen die een praktijk willen beginnen zijn de problemen het grootst, geeft huisarts Christof Zwart van Stichting De Bevlogen Huisartsen aan.²⁸ Als zij een praktijk willen starten nemen ze vaak een praktijk over, waarbij de huren meestal omhoog gaan. Daardoor zijn de tarieven, die de kosten van een praktijk zouden moeten dekken, niet meer passend. Hetzelfde geldt voor het salaris van personeel en ICT. Ook LHV geeft aan dat 40% van de huisartsen tegen te hoge kosten oplopen en een beschikbare ruimte niet kunnen financieren vanwege de maximumta-

²³ Hoe het «levenswerk» van huisarts Ed Timmermans aftakelde tot een spookpraktijk na de overname door een commerciële keten – NRC

²⁴ https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Balans_in_vraag_en_aanbod_huisartsenzorg.pdf

²⁵ <https://nos.nl/artikel/2526118-artsentekort-zeeland-groeit-ook-huisartsenspoedpost-oostburg-dicht>

²⁶ Hoe het «levenswerk» van huisarts Ed Timmermans aftakelde tot een spookpraktijk na de overname door een commerciële keten – NRC

²⁷ Huisartsen dwingen bij de rechter herberekening tarieven af (nos.nl)

²⁸ Huisartsen leggen werk neer in afwachting uitspraak in zaak tegen Nederlandse Zorgautoriteit | NPO Radio 1

rieven, waarvan de huisvestingcomponent «absoluut ontoereikend» is voor de gangbare vastgoedprijzen. Daarnaast lopen huisartsen er tegenaan dat de NZa in de berekeningen uitgaat van een werkweek van gemiddeld 36 uur voor een fulltime praktijkhouder, terwijl dit gemiddeld zo'n 10 uur hoger ligt. Ook geven huisartsen aan dat er geen kostendekkende tarieven zijn voor de basiszorg. Door de stijgende zorgvraag worden huisartsen geacht meer zorg te leveren door bijvoorbeeld meer patiënten aan te nemen en meer consulten te doen. Dat zorgt er echter voor dat de NZa de tarieven verlaagt, waardoor huisartsen nu bijvoorbeeld 1000 consulten moeten doen in plaats van 800 consulten voor dezelfde beloning.²⁹ Een onhoudbare situatie die praktijkhouders verder onder druk zet.

2.1.5 Startend huisartsen voelen zich onvoorbereid op het praktijkhouderschap

Een andere reden waarom beginnend huisartsen minder happig zijn op het opzetten of overnemen van een praktijk, is dat zij zich onvoorbereid voelen op het praktijkhouderschap. Naast de administratieve lasten waar zij mee te maken krijgen (zie 2.1.1) moeten zij als praktijkhouder ook overleggen met zorgverzekeraars, personeel aannemen en aansturen en hun financiële administratie op orde houden. Veel huisartsen hebben in de opleiding niets geleerd over hun rol als manager, zorgcoördinator en ondernemer, schrijft De Groene Amsterdammer naar aanleiding van gesprekken met huisartsen.³⁰ Ook in Nivel-onderzoeken naar tevredenheid over de opleiding is dit een terugkerend punt. Daardoor kiezen veel huisartsen er in eerste instantie voor om eerst als waarnemer aan de slag te gaan en stellen ze zich vaak terughoudend op om zelf een praktijk te beginnen om over te nemen.

2.1.6 Een deel van de huisartsen is niet bereid om in loondienst te werken

Van oudsher zet de beroepsgroep van huisartsen in op het zelfstandig praktijkhouderschap. Daardoor wordt het werken in loondienst anders gewaardeerd dan het werken als zelfstandige. Hoewel dit dus vooral met beeldvorming te maken heeft, wil een deel van de huisartsen om die reden nog steeds niet in loondienst. Uit gesprekken van de initiatiefnemer met de sector blijkt dat dit vooral bij gezondheidscentra speelt: omdat de eigenaar of baas van een gezondheidscentrum vaak zelf geen huisarts is, zijn huisartsen in de veronderstelling dat die zich misschien te veel gaan bemoeien met hun werk in de spreekkamer. Om die reden gaan ze liever in loondienst of als zzp'er aan de slag bij een zelfstandig praktijkhouder. Bovendien liggen veel van de bestaande gezondheidscentra in achterstandswijken, waar patiënten vaak zwaardere en complexere problematiek hebben. Vooral voor jonge, startende huisartsen is dit minder aantrekkelijk.

Daarnaast speelt de aantrekkelijkheid van het zzp-schap een rol. Als zzp'er ervaren huisartsen veel vrijheid en flexibiliteit en de mogelijkheid om in deeltijd te werken, iets dat met een eigen praktijk lastiger is. Bovendien genieten ze veel fiscale voordelen en liggen de tarieven die waarnemers kunnen vragen hoog vanwege de krapte op de arbeidsmarkt. De combinatie van deze elementen zorgt ervoor dat beginnend huisartsen steeds vaker als waarnemer aan de slag gaan. Dat is op individueel niveau een begrijpelijke keuze, maar zorgt er wel voor dat patiënten steeds minder vaak een vertrouwd gezicht aantreffen als ze naar de huisarts gaan. Terwijl een deel van de waarnemers hier wel naar op zoek is: uit een aflevering

²⁹ Huisartsenzorg door NZa-tarieven 2025 niet toekomstbestendig – LHV

³⁰ Wie wil er nou nog een eigen praktijk? – De Groene Amsterdammer

van Zembla uit 2023 over het «huisartseninfarct» blijkt dat jonge huisartsen die voor het zpp-schap kiezen weliswaar niet altijd praktijkhouder willen worden, maar wél behoefte hebben aan vastigheid en verbondenheid met een patiëntenpopulatie.

2.2 Commercialisering holt de huisartsenzorg uit

Terwijl het vak van praktijkhouder minder aantrekkelijk wordt, zien commerciële partijen steeds vaker brood in het overnemen van praktijken. Meerdere voorbeelden tonen aan dat de kwaliteit van zorg al snel in het gedrang kan komen als het eerste belang niet is om goede zorg te leveren, maar om zoveel mogelijk geld te verdienen. Zo waren in 2021 drie commerciële huisartsenpraktijken (Co-Med, Centric Health en Quin) verantwoordelijk voor bijna negen procent van de klachten die binnenkwamen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), terwijl ze een kleiner deel van de huisartsenpraktijken bezitten. Uit onderzoek van de IGJ over de opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg³¹ blijkt dan ook dat de zorg die door deze commerciële ketens geleverd wordt niet altijd op orde is, waardoor toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg onder druk komt te staan. Dat heeft verschillende oorzaken.

2.2.1 Financiële prikkels om grote aantallen patiënten aan te nemen

Het streven naar winstgevendheid van commerciële partijen in de huisartsenzorg is niet zonder gevolgen voor de patiënt. Zo concludeert de IGJ dat de focus op het behalen van positieve financiële resultaten het risico met zich meebrengt dat dit ten koste gaat van de zorg. De door private equity gefinancierde huisartsenketen Centric Health liet bijvoorbeeld eerder aan de Volkskrant weten te streven naar een winstpercentage van twintig procent.³² Deel van het verdienmodel van een praktijk is het aantal ingeschreven patiënten, waar momenteel het grootste deel van de omzet van huisartsenpraktijken afhankelijk van is. Of een ingeschreven patiënt wel of niet bij de huisarts langsgaat heeft geen invloed op het uitgekeerde bedrag. Daardoor wordt het aannemen van zoveel mogelijk patiënten, die je het liefst zo min mogelijk ziet, automatisch een verdienmodel. Met andere woorden: het leveren van minder zorg heeft direct (positieve) invloed op de financiële resultaten van een praktijk, stelt ook de IGJ. Meer rendement valt snel te behalen door schaalvergroting, digitalisering en meer doen met minder mensen.³³ Ook de LHV geeft aan dat het investeren in huisartsenpraktijken daardoor «redelijk risicool» is.

Zoals huisarts en LHV-bestuurslid Hilly ter Veer zegt kunnen commerciële partijen dan ook «fantastisch geld verdienen» in de huisartsenzorg, al helemaal als de consulten en huisbezoeken op afstand worden gezet en er minder huisartsen worden ingezet dan daadwerkelijk nodig zijn.³⁴ Onderzoek van de IGJ lijkt aan te tonen dat dit in de praktijk ook gebeurt, aangezien meldingen van burgers en zorgverleners over bedrijfsketens vooral gaan over problemen met de bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg, naast de ervaren kwaliteit van zorg. Soms leidt dat tot levensgevaarlijke situaties en moet noodgedwongen worden ingegrepen. Zo schorpten zorgverzekeraars uiteindelijk de contracten en daarmee de financiering op met Co-Med. Verzekeraars vonden dat de kwaliteit van de

³¹ De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

³² Geen gehoor bij spoed: commerciële huisartsenketen krijgt zware (en zeldzame) berisping van Inspectie | de Volkskrant

³³ Hoe het «levenswerk» van huisarts Ed Timmermans aftakelde tot een spookpraktijk na de overname door een commerciële keten – NRC

³⁴ Minder artsen, meer rendement: de huisartsenketen is in opkomst. Wat betekent dat voor de zorg? | de Volkskrant

zorg ondermaats was doordat het bedrijf de personeelsbezetting niet rond kreeg. Een bijkomend gevolg van deze problemen is dat patiënten die veel zorg nodig hebben en hun (commerciële) huisarts niet kunnen bereiken, overstappen naar een andere praktijk. Daardoor blijven bedrijfsketens met «makkelijke» patiënten zitten waar ze vervolgens het meeste geld aan verdienen, terwijl de «moeilijke» gevallen weer bij reguliere praktijkhouder op de stoep staan.

2.2.2 Steeds wisselende artsen bij commerciële partijen zet continuïteit onder druk

Door het toenemend aantal commerciële partijen in de huisartsenzorg hebben patiënten steeds vaker met verschillende artsen van doen. Zo constateert de IGJ dat er bij bedrijfsketens relatief vaak wisselende waarnemers werken. Dat hoeft bij kleine ingrepen niet erg te zijn, maar heeft op de lange termijn wel degelijk gevolgen. Het opbouwen van een vertrouwensband is een belangrijk onderdeel van de arts-patiëntrelatie, zeker in de huisartsenzorg. Uit onderzoek blijkt dan ook dat continuïteit van zorg positieve invloed heeft op de gezondheid van de patiënt en het aantal doorverwijzingen vermindert. Want huisartsgeneeskunde is contextgeneeskunde, aldus waarnemend arts Yoav Senft: «je kent niet alleen de patiënt, maar ook de wijk waarin hij leeft, je weet dat hij vijf jaar geleden een kind heeft verloren, je kent zijn werkomstandigheden. Want al die factoren spelen een rol in dit vak.»³⁵ Bij steeds wisselende artsen komt dit onder druk te staan. Zo sprak NRC³⁶ naar aanleiding van het faillissement van Co-Med een patiënt die door steeds wisselende artsen telkens weer moest uitleggen waarom ze in een rolstoel zat.

Ook de IGJ stelt dat het belangrijk is dat het aantal (wisselend) waarnemende huisartsen in verhouding staat tot het aantal vaste huisartsen in een praktijk, omdat anders de continue en persoonsgerichte zorg in het gedrang komt. Bedrijfsketens spreken van continuïteit van zorg als een huisarts een contract voor zes maanden heeft, maar dit biedt patiënten die chronisch ziek zijn of om andere redenen vaak bij hun huisarts op de stoep staan niet de continuïteit die ze nodig hebben. Bij de patiënt zien we dan ook nog steeds de hang naar de vertrouwde, vaste huisarts, terwijl commerciële partijen juist steeds meer denken in termen als efficiëntie en doelmatigheid en daarin de behoeften van de patiënt vergeten.

2.2.3 Slechte bereikbaarheid en toenemende verschuiving naar digitalisering

Door enerzijds de financiële prikkel om zoveel mogelijk patiënten aan te nemen en anderzijds het gebrek aan (vast) personeel, komt de bereikbaarheid van sommige commerciële huisartspraktijken zwaar onder druk te staan. Zo zijn voorbeelden bekend waarbij een patiënt met ernstige pijnklachten op de borst pas na vier dagen werd teruggebeld (Quin Dokters³⁷) of waarbij een vrouw in de tachtig zelfs overleed nadat haar zoon meermaals om hulp had gevraagd (Co-Med³⁸). Eerder concludeerde de IGJ al dat patiënten van Co-Med een «groot veiligheidsrisico» liepen doordat «op meerdere locaties op meerdere dagen» fysiek geen huisarts aanwezig was.³⁹ Zorgverzekeraar CZ stelde dat niet alleen

³⁵ Wie wil er nou nog een eigen praktijk? – De Groene Amsterdammer

³⁶ Einde Co-Med zorgelijk voor artsen én patiënten: «Niemand neemt me aan, want niemand heeft plek» – NRC

³⁷ De «digitale dokter» belt niet terug: hoe Quin Dokters onrust veroorzaakt bij patiënten – NRC

³⁸ Door de wanpraktijken van huisartsenketen Co-Med hebben patiënten onomkeerbare schade opgelopen (volkskrant.nl)

³⁹ Huisarts en patiënt in het nauw, maar dat aanpakken lukt amper – NRC

de bereikbaarheid, maar ook het spoedprotocol en de zorg in de avond, nacht en weekend niet op orde waren.⁴⁰ Ook commerciële huisartsenketen Centric Health kreeg in 2023 een zware berisping van de Inspectie omdat de spoedlijn voor patiënten meerdere keren niet bereikbaar was.⁴¹ Het zijn voorbeelden die pijnlijk duidelijk maken dat goede personele bezetting een noodzakelijke voorwaarde is voor het verlenen van goede zorg. Zonder (voldoende) personele bezetting is het niet mogelijk om de kerntaken van de huisarts adequaat uit te voeren, waaronder het verlenen van spoedzorg. Het Landelijk Meldpunt Zorg van de IGJ ontving in 2023 zo'n 150 signalen over bedrijfsketens, waarbij bereikbaarheid en toegankelijkheid in veel meldingen werden genoemd. Ook de NZa kreeg in de periode 1 januari tot en met 1 september 2023 verschillende meldingen over bedrijfsketens, die vooral gingen over de toegankelijkheid van zorg bij (tijdelijke) sluiting van praktijken.⁴²

Onderdeel van die slechte bereikbaarheid is de vaak doorgeslagen digitalisering van commerciële partijen. Zo wilde Quin Dokters de huisartsenzorg vergaand digitaliseren en afspraken en diagnoses vaker digitaal laten plaatsvinden. Dat laatste deed ook Co-Med in zekere mate, met als doel om de werkdruk van artsen te verlichten, de toegang voor patiënten te vergroten en kosten te besparen. In werkelijkheid leidt het vooral tot aantoonbaar slechtere zorg, bijvoorbeeld omdat praktijken telefonisch niet meer bereikbaar zijn of omdat een groot deel van de patiënten geen baat heeft bij een dokter op afstand. Zo concludeert de IGJ dat digitale zorg niet voor elke situatie en elke patiënt even geschikt is: niet iedereen kan even goed omgaan met digitale technologie of heeft voldoende kennis over gezondheid om hier digitaal of telefonisch een gesprek over te kunnen voeren. Dat kan gaan om ouderen die digitaal niet vaardig zijn, maar ook om ouders met kleine kinderen die er tegenaanlopen dat ook vijfjarigen voor het maken van een digitale afspraak een emailadres moeten hebben. Met wederom als gevolg dat de huisartsenzorg voor een grote – en deels kwetsbare – groep patiënten onder druk komt te staan.

2.2.4 Verantwoordelijkheden tussen reguliere praktijkhouders en commerciële partijen zijn niet goed verdeeld

Een van de problemen die ontstaan door de overname van traditionele huisartsenpraktijken door private equity of andere commerciële partijen, is dat de verantwoordelijkheden tussen deze bedrijfsketens en de reguliere praktijkhouder vaak niet evenredig verdeeld zijn. Bijvoorbeeld op de huisartsenpost, waar ook buiten reguliere werktijden zorg wordt verleend. Hoewel aansluiting bij een huisartsenpost voor huisartsenpraktijken niet verplicht is, wordt dit wel als solidair gezien. In de praktijk blijkt dat commerciële partijen zoals Co-Med dit vaak niet doen. In dat geval draaien ze ook geen diensten bij de huisartsenpost en zijn ze zelf verantwoordelijk voor de ANW-zorg (avond-, nacht- en weekendzorg) voor hun eigen patiënten. Dat betekent in theorie dat hun patiënten – spoed uitgezonderd – geen gebruik maken van de huisartsenpost. Als commerciële partijen zich wel aansluiten bij een huisartsenpost zijn ze verplicht de toegewezen diensten te draaien. Als de diensten niet willen of kunnen draaien, mogen ze de diensten verkopen.

⁴⁰ Einde Co-Med zorgelijk voor artsen én patiënten: «Niemand neemt me aan, want niemand heeft plek» – NRC

⁴¹ Geen gehoor bij spoed: commerciële huisartsenketen krijgt zware (en zeldzame) berisping van Inspectie I de Volkskrant

⁴² De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Bij regionale huisartsenorganisatie Medrie in Zwolle ervaren ze wat er gebeurt als een partij zich wel aansluit, maar vervolgens geen huisartsen leverde. Co-Med had zich daar aangesloten bij de huisartsenpost, waarop hun huisartsen werden ingeroosterd maar Co-Med geen huisartsen leverde. Ondertussen verwees Co-Med patiënten wel nog door naar de huisartsenspoedpost en stond de verwijzing naar de huisartsenpost voor zorg buiten praktijken nog wel op hun website. Uiteindelijk zegde Medrie de overeenkomst met Co-Med op en oordeelde de rechter dat Co-Med een bedrag van € 27.500,- aan boetes en vervangings schade moest betalen.⁴³ Het is een schrijnend voorbeeld dat wederom laat zien dat commerciële partijen zich niet altijd verantwoordelijk voelen voor het leveren van adequate zorg. Waardoor de spoedzorg van deze patiënten in de avonden, nachten en weekenden weer op het bordje van reguliere huisartsen en waarnemers terecht komt.

2.2.5 Toezichthouders hebben beperkte mogelijkheden om toe te zien en in te grijpen

Toen het commerciële Co-Med eind juni 2024 steeds dieper in de problemen kwam, verzekeraars het contract opzegden en Co-Med uiteindelijk faillissement aanvroeg, kwam dat niet als verrassing. Sterker nog, signalen dat het niet goed ging bij de keten met meer dan 50.000 patiënten begonnen feitelijk al vanaf de oprichting in 2020. In de jaren daarna stapelden de problemen zich verder op. De Volkskrant⁴⁴ schrijft in een reconstructie over de aanloop naar de ondergang van Co-Med dat patiënten al vanaf het begin «steen en been» klaagden bij zorgverzekeraars en de IGJ. Maar in plaats dat de expansiedrang van Co-Med hierdoor een halt werd toegeroepen, kon de partij jarenlang praktijken blijven overnemen «en doorgaan met het leveren van kwalitatief ondermaatse zorg». De IGJ en NZa geven dan ook aan dat ze te weinig mogelijkheden hebben om effectief toe te zien op de ketenvorming in de huisartsenzorg, een relatief nieuwe manier van bedrijfsvoering in de sector.

Zo deed de IGJ in juni 2023 een poging om in te grijpen bij Co-Med, maar werd de Inspectie teruggedroepen door de rechter. Pas in april 2024 gaf de rechter de IGJ toestemming om Co-Med een aanwijzing op te leggen, waardoor Co-Med werd gedwongen binnen vier weken aan de landelijke richtlijnen te voldoen en aan de hand van roosters moest laten zien dat de personele bezetting op orde was. Ook nadat verzekeraars uiteindelijk het contract opzegden met Co-Med wilde de IGJ niet naar buiten brengen of Co-Med de weken daarvoor aan de eisen voldeed die eerder door de rechter waren gesteld. De angst dat Co-Med juridische procedures aanspande tegen de IGJ als de beslissing niet voldoende onderbouwd was, was volgens de Volkskrant te groot. Uiteindelijk heeft Co-Med het zo ver laten komen dat ze zelf de stekker eruit moesten trekken, op een moment waarop de misstanden inmiddels zo groot waren dat veel schade al was aangericht. Het maakte de toezichthouder in deze kwestie tot een tandeloze tijger die niet kon ingrijpen om te voorkomen dat Co-Med door de jaren heen meer praktijken opende, ondanks dat allang duidelijk was dat de zorg niet op orde was.

⁴³ Vonnis rechtbank Zwolle rechtszaak Medrie-Co-Med | Medrie.nl

⁴⁴ Zorgverzekeraars tekenen doodvonnis Co-Med | de Volkskrant

3. Oplossingen

De initiatiefnemer is naar aanleiding van de geschetste problemen van mening dat de oplossing tweeledig is:

1. Het aantrekkelijker maken voor huisartsen om praktijkhouder te worden en te blijven of als vaste huisarts in loondienst te gaan bij een collega, stichting of gezondheidscentrum.
2. Commerciële partijen die als primair doel hebben om winst te maken terugdringen t.o.v. de traditionele huisarts, zodat de zorg weer op één komt te staan.

Door het aantrekkelijker te maken voor huisartsen om een eigen praktijk te starten of over te nemen, hoeven praktijkhouders die met pensioen gaan niet noodgedwongen hun heil te zoeken bij een commerciële partij, en door betere regelgeving rondom huisvesting is een commerciële partij niet per definitie te hoogste bidder. De oplossingen die de initiatiefnemer hiervoor in gedachten heeft worden in dit hoofdstuk puntsgewijs toegelicht.

3.1 Maak het praktijkhouderschap aantrekkelijker

3.1.1 Verminder de administratieve lasten

Er zijn de afgelopen jaren verschillende pogingen ondernomen om de administratieve lasten van huisartsen terug te dringen, waaronder het aangenomen amendement van de initiatiefnemer over de openbare jaarverantwoording.⁴⁵ De Minister kan hierdoor afzonderlijke regels stellen voor micro zorgaanbieders, waardoor de administratieve lasten van bijvoorbeeld huisartsen zullen verminderen. Een goede eerste stap, maar de initiatiefnemer is van mening dat er meer nodig is en doet daarom een aantal aanvullende voorstellen. Alle maatregelen komen voort uit overleg met huisartsen zelf en lossen daarmee problemen op waar zij in hun dagelijks werk tegenaan lopen.

Een relatief simpele oplossing is om een aantal administratieve handelingen die tijdrovend maar tegelijk niet inhoudelijk zijn, te versimpelen. Voorbeelden hiervan zijn de Schengenverklaring, die patiënten nodig hebben als ze medicijnen die onder de Opiumwet vallen meenemen op reis, of de dieetbevestiging voor de belastingaftrek van dieetkosten. Simpele knoppen in het patiëntendossier om deze te genereren kan er al voor zorgen dat huisartsen minder onnodige tijd kwijt zijn aan het invullen van formulieren. Voor de dieetbevestiging vullen huisartsen bijvoorbeeld elk jaar een bijna identiek formulier in, ook als er aan het dieet zelf niets is veranderd. Een soortgelijk probleem speelt bij de brief die gemeenten jaarlijks aan de huisarts vragen als bewijs dat een inwoner (nog steeds) gehandicapt is. Om aanspraak te kunnen maken op voorzieningen, vragen gemeenten jaarlijks een nieuwe brief van de huisarts voor mensen die blind of doof zijn of een andere (aangeboren) afwijking hebben, terwijl deze groep doorgaans niet van deze aandoeningen geneest. De brieven die elk jaar opnieuw moeten bewijzen dat patiënten nog steeds een handicap hebben, zijn niet nodig en kunnen worden afgeschaft of voor langere perioden gelden (bijvoorbeeld 5 jaar).

Een andere manier om de administratieve lasten te verlagen, is door ervoor te zorgen dat andere zorginstanties goed op de hoogte zijn over welke verwijzingen ze wel en niet nodig hebben van de huisarts. Zo zijn medewerkers van poliklinieken vaak in de veronderstelling dat er voor

⁴⁵ Tweede Kamer stemt in met een nieuw amendement over de jaarverantwoording | Nieuwsbericht | Jaarverantwoording zorg

ieder bezoek in het ziekenhuis of ieder nieuw kalenderjaar een nieuwe verwijzing nodig is, ook als het slechts om een controle gaat. Volgens de richtlijnen van de NZa is dit echter niet nodig. Dit is ook het geval bij verwijzingen van de ene naar de andere polikliniek in hetzelfde ziekenhuis of voor de GGZ wanneer de patiënt wordt overgedragen van de basis-GGZ naar de gespecialiseerde GGZ. Een melding aan de huisarts volstaat, maar veel medewerkers in de GGZ weten dit niet en vragen toch telkens om een verwijzing. Een vergelijkbaar probleem speelt bij verwijzingen voor een medische verklaring. Hoewel de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) voorschrijft dat patiënten hiervoor niet bij hun eigen huisarts terecht kunnen, is dit bij veel instanties niet bekend. Zo verwijzen CBR en justitie vaak naar de eigen huisarts, terwijl zij de verklaring niet mogen afgeven omdat hierdoor de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt in gevaar kan komen. Overheidsinstanties moeten hier net als zorginstellingen beter van op de hoogte worden gebracht zodat zij niet meer ten onrechte naar de huisarts terug- en doorverwijzen.

Een oplossing om huisartsen niet onnodig op te zadelen met onnodige verwijzingen, is daarmee om overheidsinstanties, ziekenhuizen en andere zorginstellingen hun personeel regelmatig te laten bijscholen aan de hand van de nieuwe en bestaande regels, zodat zij weten wanneer zij zelf mogen verwijzen of wanneer een nieuwe verwijzing van de huisarts nodig is. Dit ontlast tegelijkertijd het ziekenhuispersoneel doordat zij zonder omweg kunnen doorverwijzen en niet hoeven wachten op de huisarts. Daarnaast leiden ook de wachtlijsten en problemen elders in de zorg, bijvoorbeeld bij de ggz, VVT en medisch-specialistische zorg, ertoe dat patiënten weer terug worden verwezen naar de huisarts. De oplossingen voor de tekorten en problemen in deze sectoren vallen buiten de reikwijdte van deze initiatiefnota. Wel zouden andere zorgverleners wat de initiatiefnemer betreft pas hun zorgverlening mogen afsluiten als duidelijk is dat de patiënt alleen nog basisaanbod huisartsenzorg nodig heeft of, in overleg, extra aanbod huisartsenzorg.⁴⁶ Dit moet voorkomen dat een patiënt die bijvoorbeeld niet terecht kan bij de ggz of daar niet geholpen wordt weer bij de huisarts op de stoep staat, terwijl die niet voldoende is toegerust om de juiste zorg te verlenen.

Een andere wijze om de regeldruk te verminderen bij huisartsen, is door de hulpmiddelenzorg weer onder te brengen bij de apotheker. Sinds 1 januari 2021 zijn openbare apotheken bij een aantal verzekeraars uitgesloten van levering van medische hulpmiddelen, waaronder katheters, stoma's en incontinentiematerialen. Apotheken mogen wel bestellingen plaatsen, maar alleen de leveranciers mogen leveren. Dat is volgens verzekeraars goedkoper, maar voor huisartsen en verpleegkundigen leidt het tot extra papierwerk en andere problemen. Zij geven aan dat hulpmiddelen via leveranciers vaak te laat komen, verkeerd worden geleverd of dat ze lang moeten wachten aan de telefoon. En dat terwijl de «eigen apotheek» de patiënt en de huisarts kent en laagdrempeliger en beter bereikbaar is. Het zijn signalen die de afgelopen jaren ook de NZa, de LHV en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen bereikt hebben.⁴⁷ De initiatiefnemer stelt dan ook voor om de hulpmiddelenzorg weer terug te brengen naar de apotheken, om zo de laagdrempeligheid te herstellen en een deel van het papierwerk overbodig te maken.

Dat leidt tot de volgende voorstellen:

- I. Voeg een aantal simpele knoppen aan het patiëntendossier toe, bijvoorbeeld voor de Schengenverklaring en dieetbevestiging, en

⁴⁶ Aanbod huisartsgeneeskundige zorg – LHV

⁴⁷ Belangenorganisaties: medische hulpmiddelen moeten weer terug naar apotheek | KRO-NCRV

- schaf formulieren of verwijzingen af die in wezen overbodig zijn, zoals de jaarlijkse doktersverklaring voor invaliditeit.
- 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.
 - III. Breng de hulpmiddelenzorg weer onder bij de apotheker.

3.1.2 Help startende praktijkhouders met het vinden en financieren van huisvesting

Een groot struikelblok voor beginnend praktijkhouders is het vinden en financieren van huisvesting. Verschillende voorbeelden uit de praktijk laten echter zien dat er meerdere oplossingen zijn om de drempel tot het vinden van geschikte huisvesting te verlagen, bijvoorbeeld op provinciaal niveau. Zo verstrekte de provincie Friesland tussen 2019 en 2021 subsidies voor de bouw of verbouw van een bestaande of nieuwe huisartsenpraktijk met een maximum van 50.000 euro.⁴⁸ Ook voor het inhuren van een externe adviseur was subsidie verkrijgbaar (maximaal 5.000 euro). Dit bedrag was nadrukkelijk bedoeld voor het uitbreiden van de functies in de huisartsenpraktijk, zoals extra praktijkruimte voor een andere huisarts, een opleidingsplaats, ondersteunend personeel of grotere ruimtes, en niet voor bijvoorbeeld het aanpakken van het interieur. Aanvragende huisartsen moesten gevestigd zijn in de provincie Friesland of zich binnen twee jaar daar willen vestigen. Het maximale subsidieplafond was 300.000 euro.⁴⁹

Het is een relatief simpele manier om het huisartsen gemakkelijker te maken een praktijk te (ver)bouwen en uit te breiden. Daar hoeft niet altijd een subsidie aan verbonden te zijn: initiatieven als H-team 010,⁵⁰ oftewel het Huisvesting Huisartsen Team, helpt huisartsen in Rotterdam met vragen over het vinden of uitbreiden van praktijkruimte. Het initiatief is een samenwerking van de gemeente Rotterdam, Zilveren Kruis, Samergo en LHV-afdeling Rotterdam, partijen die allen een rol of belang hebben bij passende huisvesting voor de huisartsenzorg. Ook in Den Haag is inmiddels een H-team opgericht, H-team 070.⁵¹ Huisartsen kunnen er terecht met vragen over de kosten of beschikbaarheid van huisvesting, maar ook over regelgeving rondom vergunningen en aanbestedingen. Deze kennis wordt weer benut voor beleidsontwikkeling en -verbetering. Hoewel H-team de problemen rondom het vinden van huisvesting niet direct kan oplossen, kan de organisatie huisartsen wel ondersteunen in hun zoektocht daarnaar. Bovendien komt hiermee niet alle druk op de gemeente zelf te liggen. Dergelijke initiatieven moeten wat betreft de initiatiefnemer verder worden ontwikkeld en uitgerold over de rest van Nederland. Alle betrokken partijen profiteren er immers van als huisartsen worden geholpen bij het vinden van huisvesting. Het opzetten van informatiepunten over het vinden of uitbreiding van huisvesting waarin gemeenten, zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties samenwerken, moet daarom verder worden gestimuleerd.

⁴⁸ Subsidie voor het bouwen of verbouwen van huisartsenpraktijken | Fondswervingonline.nl

⁴⁹ Besluit van Gedeputeerde Staten van de provincie Fryslân houdende regels omtrent de subsidieregeling huisartsenpraktijk Fryslân 2020 (Openstellingsbesluit Subsidieregeling huisartsenpraktijk Fryslân 2020) | Lokale wet- en regelgeving

⁵⁰ H-team 010 | huisvesting huisartsen in Rotterdam (hteam010.nl)

⁵¹ hteam070.nl

Een aanvullende oplossing is het uitbreiden van het Waarborgfonds Zorg (WfZ) naar kleine zorginstellingen. Zorginstellingen komen via het WfZ in aanmerking voor gunstige financiering tegen zo laag mogelijke rentekosten, besparingen die direct ten goede komen aan de zorg. Door de eerstelijnszorg hier ook voor in aanmerking te laten komen kunnen ook huisartsen hiervan profiteren. Het WfZ heeft zelf aangegeven dat verbreding naar kleine zorginstellingen mogelijk is.⁵²

Tot slot kan het verplicht maken voor gemeentes om in hun nieuwbouwplannen rekening te houden met de huisartsenzorg en andere maatschappelijke voorzieningen bijdragen aan het oplossen van huisvestigingsproblemen. De gemeente Rotterdam heeft voor projectontwikkelaars bijvoorbeeld referentiewaarden maatschappelijke voorzieningen opgesteld, waarin rekening wordt gehouden met de gemeentelijke beleidsdoelen voor zorg en welzijn (evenals onderwijs, sport, recreatie en cultuur).⁵³ Door in nieuwe bouwplannen standaard rekening te houden met maatschappelijke voorzieningen wordt het makkelijker voor (startende) praktijkhouders om huisvesting te vinden. Deze huisvesting moet vervolgens tegen maatschappelijke tarieven aan huisartsen worden aangeboden. Huisartsen zijn weliswaar commerciële partijen, maar doordat ze gebonden zijn aan vaste tarieven kunnen ze de commerciële huur- en koopprijzen niet betalen, zeker startende huisartsen die geen eigen middelen hebben.

Dat leidt tot de volgende voorstellen:

- IV. Breid het Waarborgfonds Zorg (Wfz) uit naar kleine zorginstellingen, waar ook de huisarts onder valt.
- 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.
- VI. Maak gemeenten en zorgverzekeraars verantwoordelijk om in samenwerking met huisartsenorganisaties informatiepunten voor huisartsen over het vinden en uitbreiden van huisvesting op te zetten.

3.1.3 Begeleid startende en stoppende praktijkhouders en koppel ze aan elkaar

Door beginnend huisartsen en praktijkhouders die willen stoppen aan elkaar te koppelen, kan voorkomen worden dat praktijken moeten sluiten of worden overgenomen door private equity-partijen. Er zijn verschillende organisaties die dit in klein verband al doen, waaronder HONK in Noord-Holland, Dokter Drenthe in Drenthe⁵⁴ en Samendokteren in de regio Eindhoven.⁵⁵ LHV biedt daarnaast Startersdagen, een leergang Praktijkstart en een mentorprogramma aan voor beginnend huisartsen. Deze organisaties houden zich bezig met de toekomst van de huisartsenzorg in hun regio, maar helpen huisartsen ook met de dagelijkse praktijkvoering of werkdrukvermindering. Zo helpt Dokter Drenthe enerzijds startende huisartsen met het wegnemen van drempels die bij een praktijkovername komen kijken en anderzijds stoppende huisartsen door te kijken naar eventuele vernieuwing van de praktijk om die toekomstbestending te maken. Iets soortgelijks doet Samendokteren, dat ontstond in reactie op de overname van praktijken door Co-Med, waar in

⁵² Huisartsenzorg vraagt extra aandacht voor financiering huisvesting – LHV

⁵³ Referentiewaarden maatschappelijke voorzieningen | Rotterdam.nl

⁵⁴ Wat we doen – Dokter Drenthe

⁵⁵ Samendokteren

de regio Zuidoost-Brabant veel problemen door ontstonden.⁵⁶ Inmiddels biedt de organisatie begeleiding en bijeenkomsten aan voor huisartsen die overwegen een praktijk over te nemen of te starten én begeleiding voor huisartsen die juist willen stoppen. Door die laatste groep op tijd te helpen met de voorbereiding op een overname en hen vervolgens te koppelen aan jonge huisartsen die een eigen praktijk willen, moet worden voorkomen dat praktijkhouders geen andere oplossing zien dan te verkopen aan een commerciële partij. Het zijn trajecten die soms jaren kunnen duren en complex zijn, en juist daarom is het van belang dat huisartsen hierbij op tijd geholpen worden.

Deze lokale initiatieven zijn schoolvoorbeelden van hoe verschillende organisaties en gemeenten kunnen samenwerken in het behoud en de voortzetting van praktijken. Wat de initiatiefnemer betreft moeten deze dan ook financieel landelijk gedekt worden en verder worden uitgerold naar de rest van Nederland. Hierbinnen moeten zorgverzekeraars en regionale huisartsenvereniging samen verantwoordelijk worden voor de opzet van netwerken die dit faciliteren, waarbij bovengenoemde initiatieven als voorbeelden kunnen dienen. Deze te formaliseren netwerken moeten verantwoordelijkheid dragen voor:

- Beginnend en stoppend huisartsen in de regio aan elkaar koppelen;
- Begeleiding en bijeenkomsten organiseren voor zowel stoppende als beoogde praktijkhouders;
- Hulp en advies voor praktijkhouders over de dagelijkse bedrijfsvoering;
- Hulp en advies over werkdrukvermindering.

Dat leidt tot het volgende voorstel:

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

3.1.4 Spreek realistischere tarieven af met de NZa

Door realistischere tarieven af te spreken met de NZa, zorgen we ervoor dat de tarieven die praktijkhouders mogen vragen nu en in de toekomst toereikend zijn. Daarvoor moet de NZa de opdracht krijgen om de huidige berekening niet alleen te baseren op kosten die gemaakt zijn in het verleden, maar ook toekomstplannen en ontwikkelingen mee te nemen. Dat kan gaan over waar we met de zorg naartoe willen of op welke manier we de zorg willen vernieuwen, maar hangt ook samen met verwachte kosten van huisvesting, regionale verschillen wat betreft de aantrekkelijkheid voor huisartsen om zich ergens te vestigen, verwachte salarisstijgingen en demografische ontwikkelingen waardoor praktijken in de toekomst meer of minder patiënten moeten aannemen. Vooral huisartsen die een praktijk willen beginnen lopen er tegenaan dat deze toekomstscenario's nu niet worden meegenomen in de tarieven. Bestaande praktijken kunnen immers nog leunen op oude huurcontracten of personeel dat al lang in dienst is, terwijl de kosten hiervoor vaak omhoog gaan bij overname door een nieuwe praktijkhouder. In de tariefberekeningen moet ook kleinschaligheid lonen, in plaats van dat het aannemen van zoveel mogelijk patiënten zoveel mogelijk winst oplevert, waardoor onwenselijke prikkels ontstaan. Door realistischere tarieven af te spreken met de NZa maken we de start van een nieuwe praktijk voor beginnend huisartsen laagdrempeliger en helpen we ook de huidige praktijkhouders die in hun bedrijfsvoering tegen de grenzen aanlopen van wat er mogelijk is met de nu geldende tarieven. Ook voorkomen we dat brancheverenigingen zelf

⁵⁶ Brabantse huisartsen koppelen startende en stoppende collega's en houden zo de commercie buiten | Trouw

actie moeten ondernemen door rechtszaken aan te spannen tegen de NZa, zoals onlangs nog gebeurde.

Dat leidt tot het volgende voorstel:

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.

3.1.5 Bereid startend huisartsen beter voor op het praktijkhouderschap

Als beginnend huisartsen beter worden voorbereid op het praktijkhouderschap, verlaagt dit mogelijk de drempel om een praktijk over te nemen of op te starten. Zo startten de provincie Friesland en de Friese Huisartsen Vereniging (FHV) vanwege het dalende aantal huisartsen in 2018 de campagne «11huisartsen». Met als doel om jonge huisartsen warm te maken voor een praktijk in Friesland wezen ze niet alleen op de mogelijkheden en voordelen van een carrière als praktijkhouder in Friesland, maar boden ze ook hulp bij de Friese taal, het vinden van geschikte huisvesting en het regelen van financiering. Een initiatief dat door meer provincies of gemeenten zou kunnen worden overgenomen en zijn effectiviteit bewezen heeft: in de eerste twee jaar leverde campagne 15 potentiële kandidaten op.⁵⁷

Ook zijn er initiatieven zoals het Brabantse Samendokteren die trainingen in de vorm van masterclasses aanbieden aan artsen die nadenken over het overnemen van een praktijk of zich willen oriënteren op het praktijkhouderschap.⁵⁸ De cursusonderdelen variëren van de verantwoordelijkheden van een praktijkhouder tot personeelsmanagement en financiële administratie. Het programma is wat de initiatiefnemer betreft een mooie manier om nieuwe praktijkhouders een soepelere start te bieden of twijfelaars over de streep te trekken. De masterclasses zijn inmiddels ook te volgen in Amsterdam, Haarlem en Weert, maar zouden wat initiatiefnemer betreft nog breder moeten worden uitgerold. Daarnaast kan er tijdens de huisartsenopleiding zelf meer aandacht besteed worden aan het praktijkhouderschap. Veel huisartsen hebben het gevoel dat ze daar niet klaar voor zijn als ze de opleiding verlaten, bijvoorbeeld doordat bedrijfsvoering geen onderdeel is van het curriculum. Onder de naam «PROFclass voor aios» is er nieuw en aanvullend onderwijs over praktijkmanagement beschikbaar, waar alle huisartsenopleidingen in Nederland uit kunnen putten. Door dergelijk onderwijs vast onderdeel te maken van de huisartsenopleiding en verder uit te breiden voelen startend huisartsen zich waarschijnlijk minder onvoorbereid op een eigen praktijk.

Tot slot kan de zorgverzekeraar een belangrijke en ondersteunende rol spelen in het op weg helpen van startende praktijkhouders. Als zij starters financieel de ruimte geven om in de beginfase van een eigen praktijk een dag(deel) vrij te kunnen houden voor het reilen en zeilen van hun praktijk in de opstartende fase, raken beginnend praktijkhouders minder snel overspoeld door alles wat op hen afkomt. Zo kunnen ze deze tijd gebruiken voor trainingen en cursussen. Doordat zorgverzekeraars met een zorgplicht te maken hebben en dus voldoende en adequate huisartsenzorg moeten garanderen, profiteren zij zelf uiteindelijk ook als hierdoor meer huisartsen de stap wagen een eigen praktijk te openen.

Dat leidt tot de volgende voorstellen:

⁵⁷ Huisartsen in Fryslân kunnen opnieuw subsidie aanvragen – RTV NOF Nieuws

⁵⁸ Masterclass praktijkhouder – Samendokteren

- IX. Stimuleer lokale samenwerking, campagnes en trainingen die startend huisartsen handvatten bieden en informatie geven over het openen van een eigen praktijk.
- X. Maak bedrijfsvoering vast onderdeel van de huisartsenopleiding.
- 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.

3.1.6 Maak het aantrekkelijker voor huisartsen om in loondienst te werken

Naast het aantrekkelijker maken van het praktijkhouderschap, ligt een deel van de oplossing wat de initiatiefnemer betreft gelijktijdig in het aantrekkelijker maken voor huisartsen om in loondienst te gaan. Zeker aangezien een deel van de waarnemers niet zit te wachten op alles dat komt kijken bij het praktijkhouderschap, maar wel behoefte heeft aan vastigheid. Die vastigheid kunnen huisartsen vinden in het praktijkhouderschap, maar ook in loondienst bij een collega-huisarts met een eigen praktijk of een gezondheidscentrum. In gezondheidscentra kunnen huisartsen samenwerken, hun werk verdelen en dus ook in deeltijd werken. Gezondheidscentra zijn bovendien stichtingen zonder winstoogmerk, waarbij eventuele winst terug vloeit naar de onderneming en wordt ingezet voor het stichtingsdoel. Met andere woorden: gemaakte winsten blijven binnen de zorg en worden gebruikt om de zorg beter te maken.

Door de oprichting van meer gezondheidscentra vinden huisartsen die weliswaar geen eigen praktijk willen maar wel op zoek zijn naar vastigheid, makkelijker een thuis. Voorwaarden moeten zijn dat huisartsen hun eigen patiënten hebben en volledige professionele autonomie. Bijkomend voordeel is dat gezondheidscentra doorgaans medewerkers in dienst hebben voor managementtaken en administratief werk, waardoor de huisarts hier niet mee belast wordt. Wat de initiatiefnemer betreft wordt daarom de oprichting van gezondheidscentra breed gestimuleerd, waarbij een voortrekkersrol is belegd voor de zorgverzekeraars die hier immers vanwege hun zorgplicht zelf veel baat bij hebben. De zorgverzekeraar zou hierin de mogelijkheid moeten hebben om vanaf de start een aantal jaar eigenaar te zijn, totdat het gezondheidscentrum goed loopt en het eigenaarschap kan overdragen aan de stichting zelf.

Dat leidt tot het volgende voorstel:

- 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.

3.2 *Roep de commercialisering van de huisartsenzorg een halt toe*

3.2.1 Verander de financiële prikkels in de huisartsenzorg

De zorg moet draaien om welzijn van patiënten, niet om winst. Wat de initiatiefnemer betreft moet het voor private partijen dan ook moeilijker, zo niet onmogelijk worden om het maken van zoveel mogelijk winst boven het leveren van goede zorg te stellen. Om die reden heeft de initiatiefnemer eerder voorstellen ingediend om het winstverbod in de zorg dat voor hoofaanbieders geldt, ook voor onderaannemers te laten gelden. Zo kunnen private partijen niet langer zorg uitbesteden aan onderaannemers die net als zij enkel commerciële belangen hebben. In Nederland bestaat dus al regelgeving voor een winstverbod in de zorg dat geldt voor een heel aantal sectoren. Huisartsen zijn van dat winstverbod uitgesloten. Daar zijn goede redenen voor: als een huisarts een eigen praktijk heeft

moet het mogelijk zijn om winst te maken. Uit die winst halen huisartsen namelijk hun inkomen, maar het wordt ook gebruikt voor pensioen of om verbeteringen aan te brengen in de praktijk. Volgens de initiatiefnemer moet dat vanzelfsprekend mogelijk blijven. Tegelijk is het vreemd als private investeerders die zelf niets met de zorg van doen hebben, hier ook gebruik van kunnen maken. Door de uitzondering op het winstverbod voor huisartsen aan te scherpen zorgen we ervoor dat commerciële partijen hier geen misbruik meer van kunnen maken.

Dat leidt tot het volgende voorstel:

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

3.2.2 Stel de kernwaarden van de huisartsenzorg centraal

Door commercialisering van de huisartsenzorg komen partijen de zorgsector in die heel andere belangen hebben dan het leveren van goede zorg. De gevolgen zijn eerder in deze nota al uiteengezet: steeds wisselende artsen waardoor de continuïteit voor de patiënt onder druk komt te staan, slechte bereikbaarheid en een toenemende verschuiving naar digitalisering waardoor het onmogelijk wordt nog iemand aan de telefoon te krijgen en het niet nemen van verantwoordelijkheid als het gaat om avond-, nacht- en weekenddiensten. Want als winst maken je grootste prioriteit is, komt het leveren van goede, degelijke zorg automatisch op de tweede plek te staan. Huisartsen zijn trots op hun vak en oefenen dat vak met plezier en liefde uit. Om eenduidig te kunnen uitdragen waar ze voor staan, hebben ze gezamenlijk de kernwaarden van de huisartsenzorg opgericht. Deze vier kernwaarden zijn: persoonsgericht, continu, gezamenlijk en medisch-generalistisch.⁵⁹ De kernwaarden vormen voor huisartsen de basis voor hun takenpakket en het uitgangspunt voor hun visie op de toekomst.

Bij commerciële partijen als Co-Med of Quin Dokters staan deze uitgangspunten zwaar onder druk:

- *Persoonsgericht*: als het gaat om persoonsgerichte zorg, wordt daar onder andere mee bedoeld dat huisartsen hun patiënten de mogelijkheid bieden een vertrouwensrelatie met hen op te bouwen. Ook houden zij rekening met de individuele kenmerken, behoeften en context van hun patiënten en bepalen ze samen met hun patiënten welke zorg nodig en bij de persoon passend is. Dit is echter niet mogelijk wanneer met steeds wisselende, waarnemend artsen gewerkt wordt en de patiënt en huisarts onbekenden van elkaar worden.
- *Medisch-generalistisch*: hieronder valt dat huisartsen eerste aanspreekpunt zijn voor de lichamelijke en psychische klachten van hun patiënten en dat huisartsen passende medische zorg geven. Ook dit kwam bij praktijken als Co-Med zwaar onder druk te staan. Zo moesten medewerkers bij gebrek aan een dienstdoende arts taken verrichten waarvoor ze niet bevoegd waren en daarmee de veiligheid van patiënten in het geding brachten.⁶⁰
- *Continu*: deze kernwaarde houdt in dat huisartsen de constante factor in de medische zorg voor hun patiënten zijn en dat ze hun patiënten kennen en streven naar langdurige arts-patiëntrelaties. Ook moeten huisartsen overzicht houden over de medische zorg die hun patiënten krijgen en waar nodig de regie voeren en moet huisartsenzorg 24 uur per dag beschikbaar zijn voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren beoordeeld moeten worden. Al deze

⁵⁹ kernwaarden_kaart_toekomst_huisartsenzorg.pdf (lhv.nl)

⁶⁰ Door de wanpraktijken van huisartsenketen Co-Med hebben patiënten onomkeerbare schade opgelopen (volkskrant.nl)

kenmerken zijn door commerciële praktijken met voeten getreden. Los van het feit dat bij commerciële partijen vaak met steeds wisselende waarnemers wordt gewerkt en er dus alles behalve sprake is van een langdurige arts-patiëntrelatie, werd de spoedlijn bij Co-Med in levensbedreigende situaties niet opgenomen en liet de doktersassistente bij de praktijk in Zwolle in een jaar tijd tientallen ambulances komen bij gebrek aan huisartsen. Door het volledig gebrek aan regie en bereikbaarheid werden onaanvaardbare risico's genomen die de levens van patiënten in gevaar brachten.

- *Gezamenlijk*: hieronder valt dat huisartsen samen met hun patiënten bepalen wat passende zorg is en huisartsen samen met hun team goede medische zorg leveren. Ook bevorderen ze samen met de beroepsgroep de kwaliteit van de huisartsenzorg en werken ze als medisch-generalist samen met andere zorg- en hulpverleners om passende zorg te leveren. Eerder genoemde voorbeelden laten zien dat hier bij commerciële partijen als Co-Med en Quin Dokters nauwelijks iets van terecht kwam. Ze haalden de kwaliteit van de (huisartsen)zorg naar beneden en zadelden collega's op de huisartsenpost en spoedende hulp juist met problemen op die ze zelf niet wilden of konden oplossen.

De kernwaarden zijn er niet voor niets: ze laten zien waar huisartsen voor staan, waar patiënten op moeten kunnen rekenen en hoe we samen de zorg willen inrichten. De wanpraktijken van commerciële bedrijven hebben dit onderuit gehaald en beschadigd. Daarom pleit de initiatiefnemer ervoor om de kernwaarden van de huisartsenzorg een vereiste te maken bij de contractering met zorgverzekeraars. Op die manier voorkomen we dat partijen die hier niet aan kunnen voldoen, geen voet aan de grond krijgen in de sector.

Dat leidt tot het volgende voorstel:

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

3.2.3 Verdeel de verantwoordelijkheden voor ANW-diensten tussen reguliere praktijkhouders en commerciële partijen

Hoewel ook commerciële partijen verantwoording dragen voor hun patiënten buiten werktijden, blijkt in de praktijk dat praktijken als Co-Med vaak de dans ontsprongen bij de verdeling van ANW-diensten (avond-, nacht- en weekenddiensten). Zo sluiten deze partijen zich vaak niet aan bij een huisartsenpost, iets dat op dit moment niet verplicht is. Praktijken zijn wel verplicht hun ANW-zorg te regelen, maar mogen dit ook op andere manieren organiseren dan via een huisartsenpost. In theorie hadden de Co-Med-praktijken dit bijvoorbeeld onderling kunnen regelen, maar in de praktijk was dit onhaalbaar gezien de afstanden tussen de verschillende praktijken. Daarnaast ontstonden er ook problemen toen een praktijk van Co-Med zich wél aansloot bij een huisartsenpost: in Zwolle leverde Co-Med wel patiënten af bij de huisartsenpost, maar geen huisartsen.

De ernst van de problemen die hierdoor kunnen ontstaan en de scheve verhoudingen in de verantwoordelijkheid van de ANW-diensten tonen volgens de initiatiefnemer dat het aansluiten bij een huisartsenpost steviger verankerd en minder vrijblijvend moet worden. Gegeven de negatieve ervaringen met commerciële praktijken stelt de initiatiefnemer voor dat zorgverzekeraars aan praktijken die onderdeel uitmaken van een keten of franchise mogen eisen dat zij zich aansluiten bij de huisartsenpost in hun gebied. Vanzelfsprekend hoort daar de eis bij dat zij daarbij ook adequate ondersteuning leveren.

Dat leidt tot het volgende voorstel:

- 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.

3.2.4 Geef toezichthouders meer bevoegdheden om onwenselijke overnames te stoppen of verbieden

Hoewel commerciële overnames niet per definitie tot slechtere zorg leiden, laten schrijnende voorbeelden zien dat hier in vergelijking met een reguliere praktijkovername vaak risico's mee gepaard gaan. Op het moment dat er alarmbellen afgaan en een overnemende partij wordt onderzocht door de inspectie of toezichthouder, kan de NZa nu echter niet ingrijpen. De initiatiefnemer vindt het logisch als dit wel het geval is, zodat de inspectie of toezichthouder eerst gedegen onderzoek kan verrichten voordat een overname wordt doorgezet. Daarom is de initiatiefnemer van mening dat een lopend onderzoek als criterium moet worden toegevoegd voor de NZa om een overname tegen te houden of tijdelijk stop te zetten.

Eerder werd al de motie van de leden Bushoff en Van den Berg aangenomen om een bevoegdheid te creëren voor de NZa om overnames (tijdelijk) te verbieden gedurende een onderzoek naar de overnemende partij.⁶¹ Later volgde daar nog het amendement Bushoff cs op waardoor bij de Wet marktordening gezondheidszorg een onderdeel wordt toegevoegd waarin staat dat wanneer de Inspectie een onderzoek doet naar de kwaliteit van zorg omdat die zorg in ernstige mate afbreuk doet aan het verlenen van goede zorg als bedoeld in artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de NZa zich kan onthouden van goedkeuring aan de overname.⁶² Deze voorstellen roepen de Minister duidelijk op om de toezichthouder meer bevoegdheden te geven om onwenselijke overnames te blokkeren voordat te veel schade kan worden aangericht, zoals bij partijen als Co-Med het geval is gebleken. De initiatiefnemer vraagt het kabinet daarom een duidelijke bevoegdheid te creëren voor de NZa om overnames on hold te zetten gedurende een onderzoek naar de overnemende partij en hier voortvarend mee aan de slag te gaan.

Dat leidt tot het volgende voorstel:

- 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.

4. Beslispunten

De initiatiefnemer verzoekt de Kamer om de regering te verzoeken de volgende beslispunten ter hand te nemen:

Verminder de administratieve last voor praktijkhouders

- 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.
- 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

⁶¹ Kamerstukken II 2022/23, 33 578, nr. 110

⁶² Kamerstukken II 2023/24, 36 444, nr. 18

met de huisarts te maken hebben zodat niet onnodig wordt door- en terugverwezen naar de huisarts.

- III. Breng de hulpmiddelenzorg weer onder bij de apotheker.

Help startende praktijkhouders met het vinden en financieren van huisvesting

- IV. Breid het Waarborgfonds Zorg (Wfz) uit naar kleine zorginstellingen, waar ook de huisarts onder valt.
- 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.
- VI. Stimuleer het opzetten van informatiepunten over het vinden van huisvesting waarin gemeenten, zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties samenwerken.

Begeleid startende en stoppende praktijkhouders en koppel ze aan elkaar

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

Spreek realistischere tarieven af

- 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.

Bereid startende huisartsen beter voor op het praktijkhouderschap

- IX. Stimuleer lokale samenwerkingen, campagnes en trainingen die startend huisartsen handvatten bieden en informatie geven over het openen van een eigen praktijk.
- X. Maak bedrijfsvoering vast onderdeel van de huisartsenopleiding.
- 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.

Maak het aantrekkelijker voor huisartsen om in loondienst te werken

- XII. Stimuleer, naast praktijkhoudend huisartsen die samenwerken 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.

Verander de financiële prikkels in de huisartsenzorg

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

Stel de kernwaarden van de huisartsenzorg centraal

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

Verdeel de verantwoordelijkheden voor ANW-diensten tussen reguliere praktijkhouders en commerciële partijen

- 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.

Geef toezichthouders meer bevoegdheden om onwenselijke overnames te pauzeren of verbieden

- XVI. Creëer 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.

5. Financiële consequenties

Een groot deel van de voorstellen hebben geen budgettaire consequenties, bijvoorbeeld omdat zaken geschrapt worden of regelgeving wordt toegevoegd die budgetneutraal is. Bovendien verwacht de initiatiefnemer dat de zorgkosten in zijn geheel afnemen door de plannen in de nota. Wetenschappelijk onderzoek toont immers aan dat het hebben van een vaste huisarts, het hoofddoel van deze initiatiefnota, duidelijke gezondheidsvoordelen heeft, leidt tot minder vervolgzorg en daarmee tot minder kosten. De grootste kostenpost is de subsidie voor huisvesting die vanuit de provincies zal worden verstrekt en waarmee jaarlijks naar verwachting 8,3 miljoen euro gemoeid is. Dit bedrag is gebaseerd op basis van de subsidieregeling van de provincie Friesland uit 2020 voor de bouw of verbouwing van huisartsenpraktijken, die 300.000 euro bedroeg. Dit bedrag is gedeeld door het toenmalig aantal inwoners van Friesland (0,462 euro per inwoner) en vermenigvuldigd met het aantal inwoners van Nederland in augustus 2024.⁶³ Het bedrag moet jaarlijks verdeeld worden per provincie zodoende dat dit gelijk loopt met de lokale vraag naar huisartsenzorg, en kan door provincies zelf worden toegekend aan huisartsen die voldoen aan de gestelde eisen. De overige maatregelen die niet budgetneutraal zijn gaan gepaard met lagere kosten (2 a 3 ton) of zijn kosten die bij de zorgverzekeraars liggen. Doordat uiteindelijk ook zorgverzekeraars van de maatregelen profiteren en de maatregelen de zorgkosten juist beheersbaar houden, verwacht de initiatiefnemer dat dit minimale effecten zal hebben.

De maatregelen die consequenties hebben voor de rijksbegroting worden wat de initiatiefnemer betreft gedekt uit het nieuw af te sluiten IZA-akkoord, dat waarschijnlijk de naam Integraal Zorg- en Welzijnsakkoord (IZWA) krijgt en waarin een meer centrale rol is toebedeeld voor de huisarts. Daarnaast kunnen de Specifieke uitkering transformatiemiddelen IZA 2024–2027, waar grove onderbesteding heeft plaatsgevonden, worden ingezet als dekking, ook gezien de transformatiemiddelen mede bedoeld zijn voor zorgvastgoed.⁶⁴

De voorgestelde maatregelen hebben de volgende financiële consequenties voor de rijksbegroting:

<i>Maatregel</i>	<i>Kosten</i>	<i>Dekking</i>
I	Budgetneutraal	n.v.t.

⁶³ StatLine – Bevolkingsontwikkeling; maand en jaar

⁶⁴ Specifieke uitkering transformatiemiddelen IZA 2024–2027 | Subsidie | Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen

<i>Maatregel</i>	<i>Kosten</i>	<i>Dekking</i>
<i>II</i>	Leidt tot nader te bepalen minimale structurele kosten	Onderbesteding transformatiemiddelen IZA
<i>III</i>	Budgetneutraal	n.v.t
<i>IV</i>	Budgetneutraal (betreft een uitbreiding van het Waarborgfonds Zorg)	Waarborgfonds Zorg
<i>V</i>	Leidt tot structurele kosten van 8,3 miljoen euro op jaarbasis	Onderbesteding transformatiemiddelen IZA
<i>VI</i>	Leidt tot nader te bepalen minimale eenmalige kosten	Onderbesteding transformatiemiddelen IZA
<i>VII</i>	Budgetneutraal	n.v.t.
<i>VIII</i>	Leidt tot nader te bepalen structurele kosten voor de zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar
<i>IX</i>	Leidt tot nader te bepalen minimale structurele kosten	Onderbesteding transformatiemiddelen IZA
<i>X</i>	Budgetneutraal	n.v.t.
<i>XI</i>	Leidt tot nader te bepalen structurele kosten voor de zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar
<i>XII</i>	Budgetneutraal	n.v.t.
<i>XIII</i>	Budgetneutraal	n.v.t.
<i>XIV</i>	Budgetneutraal	n.v.t.
<i>XV</i>	Budgetneutraal	n.v.t.
<i>XVI</i>	Budgetneutraal	n.v.t.

Bushoff