

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
4104500-1081951-CZ

Bijlage(n)
-

Uw kenmerk
33 578

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 22 mei 2025
Betreft Schriftelijk Overleg (SO) inzake huisartsenzorg

Geachte voorzitter,

Op 2 april jl. heeft de Algemene Rekenkamer het focusonderzoek 'Focus op huisartsentekort' aangeboden aan de Tweede Kamer. Diezelfde dag heeft u mijn reactie op dit rapport ontvangen¹. Daarnaast heb ik uw Kamer het rapport van het Nivel over patiëntenstops bij huisartsenpraktijken toegestuurd². Naar aanleiding van deze twee rapporten en mijn beleidsreactie daarop hebben verschillende fracties vragen gesteld in een Schriftelijke Overleg. Met deze brief stuur ik u de antwoorden op deze vragen.

In deze antwoorden ga ik in op de afspraken die ik beoog te maken met veldpartijen in het 'aanvullend zorg- en welzijnsakkoord' (AZWA). Omdat uw Kamer mij heeft verzocht de vragen uit het Schriftelijke Overleg te beantwoorden voor het notaoverleg over de initiatiefnota Bushoff (26 mei 2025), acht ik het van belang om u te informeren over mijn inzet. Hierbij moet ik natuurlijk een voorbehoud maken. Het onderhandelaarsakkoord is nog niet gesloten en, nadat dit is gebeurd, vindt een achterbanraadpleging plaats. De toelichting over het AZWA in deze brief betreft dus uitdrukkelijk mijn inzet.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

¹ Kamerstukken II, 2024/25, 33578, nr. 141

² Kamerstukken II, 2024/25, 33578, nr. 140

Fleur Agema

33 578 Eerstelijnszorg

Nr.

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2025

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 2 april 2025 inzake Onderzoek Nivel 'Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken' (Kamerstuk 33 578, nr. 140) en de brief van 2 april 2025 inzake Beleidsreactie op rapport Algemene Rekenkamer 'Focus op huisartsenzorg' (Kamerstuk 33 578, nr. 141).

De op 24 april 2025 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 2025 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer 'Focus op huisartsenzorg' alsmede het Onderzoek van Nivel over 'Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken' en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Zoals in het regeerprogramma is afgesproken zet dit kabinet in op voldoende praktijkhoudend huisartsen alsmede het verlagen van de drempels van het praktijkhouderschap om zo meer mensen toegang tot goede huisartsenzorg te bieden. Kan de minister aangeven hoe het met de vorderingen hiervan zit? Hoeveel praktijkhoudend huisartsen zijn er bijgekomen in het afgelopen jaar? Welke drempels zijn er inmiddels verlaagd om praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken? Welke drempels liggen er nog? Welke knelpunten rondom financiering van huisvesting bij huisartsen spelen er op dit moment nog? Is hier het afgelopen jaar iets aan verbeterd? Welke acties hieromtrent kan de Kamer op korte termijn nog verwachten naast de al ingezette actieplannen die de minister al benoemd in haar brief?

Eind dit jaar wordt de nieuwe raming van het Capaciteitsorgaan verwacht, waarop het aantal opleidingsplaatsen in de huisartsenzorg bepaald zal worden. Het vullen van de opleidingsplekken blijkt helaas echter nu al een uitdaging. Het Capaciteitsorgaan heeft daarom ook al aangegeven dat het meest recente advies mogelijk niet implementeerbaar was en dat er actief gekeken zal moeten worden naar een betere organisatie van de huisartsenzorg. Kan de minister al aangeven hoe zij hier in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), invulling aan gaat geven? Wat kunnen de zorgverzekeraars eventueel nog doen om meer huisartsen in opleiding aan te trekken?

De Algemene Rekenkamer (hierna: Rekenkamer) concludeert dat er een tekort aan huisartsenzorg is, zeker voor bepaalde regio's. De Rekenkamer benoemd dat het tekort aan huisartsen daarvan de oorzaak is, de minister benoemd dit genuanceerder te zien, omdat er op dit moment meer huisartsen dan ooit tevoren werkzaam zijn in Nederland. Inmiddels hebben we in Nederland op ongeveer 1.250 inwoners een werkzame huisarts, waar dit in 2012 nog 1 huisarts op ongeveer 1.500 inwoners was. Deelt de minister de mening dat huisartsenzorg de laatste

jaren intensiever geworden is? Zeker gezien het meer verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerstelijns? De leden van de PVV-fractie vindt het daarom niet relevant om te blijven benoemen dat er meer huisartsen zijn dan ooit tevoren. Feit blijft dat anno 2025 nog steeds 1 op de 20 Nederlanders een (nieuwe) huisarts zoekt en dit probleem opgelost dient te worden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de beleidsreactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer 'Focus op huisartsenzorg' en op het Nivel-onderzoek 'Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken'. Genoemde leden hebben grote zorgen over de problemen in de huisartsenzorg en vinden het dan ook van groot belang dat het kabinet met duurzame oplossingen komt om de huisartsenzorg te versterken en deze prioriteit geeft.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben meerdere vragen over de beleidsreactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer. De conclusies van het rapport, namelijk dat ruim 700.000 mensen in Nederland op zoek zijn naar een andere huisarts maar die vaak niet kunnen vinden vanwege patiëntenstops, baren deze leden grote zorgen. Huisartsen zijn de poortwachters van ons zorgsysteem. Het hebben van een vaste huisarts leidt tot minder vervolgzorg en daarmee tot minder zorgkosten en minder onnodige behandelingen voor patiënten. De conclusie van de Rekenkamer dat op veel plekken in het land niet meer wordt voldaan aan de regel dat iedereen op een huisarts in de buurt mag rekenen, onderstreept dat het water de huisartsenzorg aan de lippen staat, met alle gevolgen van dien voor de patiënt en ons zorgsysteem.

De summiere reactie van de minister op het 50-pagina tellende rapport stelt de betreffende leden niet gerust dat het kabinet de urgentie van dit probleem voldoende onderkent en begrijpt. Allereerst lezen deze leden dat de minister de conclusie van de Rekenkamer deelt dat er een tekort is aan huisartsenzorg, maar dat zij niet de conclusie deelt dat dit veroorzaakt wordt door een tekort aan huisartsen. Tegelijk lezen genoemde leden dat het beleid van de minister erop is gericht om ook in de toekomst voldoende huisartsen te hebben, en dat zij dit doet door maximaal in te zetten op het opleiden van huisartsen en het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen. Hoe rijmt de minister dit met elkaar? Vindt de minister wel of niet dat er sprake is van een huisartsentekort? En heeft dit wat haar betreft wel of geen invloed op het tekort aan huisartsenzorg? Hoe kijkt de minister bijvoorbeeld naar het advies van het Capaciteitsorgaan uit 2023 dat jaarlijks 1.190 meer basisartsen moeten instromen in de huisartsenopleiding vanwege de groeiende vraag naar huisartsenzorg, de conclusies die het orgaan doet op basis van inzichten in de ontwikkeling van de zorgvraag, de demografische ontwikkelingen en de arbeidstijdontwikkeling? Onderstreept zij dit? Wordt hierbij nog onderscheid gemaakt tussen verschillende regio's? En kijkt de minister zelf naar demografische ontwikkelingen zoals bevolkingsgroei, wanneer zij schrijft dat zij niet de conclusie deelt dat er een tekort is aan huisartsen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen daarnaast in de kabinetsreactie dat het aantal werkzame huisartsen per regio verschilt en het daarom belangrijk is om de bereikbare capaciteit aan huisartsen beter in te zetten. Welke stappen worden hiertoe gezet? Met welke verschillende uitdagingen hebben huisartsen te maken

als zij een praktijk in de (rand)stad willen overnemen of starten en wanneer zij een praktijk daarbuiten (in de regio) willen starten? Erkent de minister dat beide groepen huisartsen met eigen uitdagingen kampen en voldoende handvatten moeten krijgen om een praktijk te starten of over te nemen, en dat zij hierin indien nodig ondersteuning verdienen? In de beslisnota lezen deze leden daarnaast dat de voorstellen van de initiatiefnota van het lid Bushoff 'Stop de commercie, steun de huisarts' worden meegenomen bij de AZWA-onderhandelingen en dat er na afronding van het AZWA inhoudelijk op wordt gereageerd. Kan de minister dit nader toelichten? Betekent dit, met andere woorden, dat de initiatiefnota nu inzet is van de minister bij de onderhandelingen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie delen het gewenste uitgangspunt van de minister dat huisartsen weer standaard met een vaste patiëntenpopulatie gaan werken. Ook zij achten het van enorm belang dat patiënten weer een vaste, vertrouwde huisarts hebben, die de patiënt kent en daardoor betere zorg kan leveren dan een arts die de achtergrond en geschiedenis van een patiënt uit een dossier moet vernemen. Genoemde leden lezen in de kabinetsreactie dat de verzekeraar een belangrijke rol heeft om huisartsen te verleiden zich te vestigen in de (tekort)regio('s). Hoe ziet de rol van verzekeraars in de huisartsenproblematiek er volgens de minister uit? Op welke punten kan die worden verbeterd? Pakken zorgverzekeraars wat de minister betreft nu voldoende hun rol als het gaat om de huisartsentekorten?

De minister schrijft daarnaast in haar reactie dat er meerdere stappen gezet zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) om het werken met een vaste patiëntenpopulatie aantrekkelijker te maken, waaronder het beter organiseren van de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten), het invoeren en structureel bekostigen van Meer Tijd voor de Patiënt, het beschikbaar stellen van extra uren

Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) in de praktijk en het ontwikkelen van de Handreiking huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra. De leden van GroenLinks-PvdA-fractie onderschrijven het belang hiervan, maar vragen waarom er in de Voorjaarsnota een structurele bezuiniging is ingeboekt op Meer Tijd voor de Patiënt van cumulatief 96 miljoen van 2026 t/m 2029. Wat zijn de mogelijke gevolgen hiervan? En als er sprake is van onderuitputting, waarom is er niet gepoogd een ander doel te vinden voor deze middelen op het gebied van de huisartsenzorg, zeker aangezien de minister zelf schrijft dat de ambitie van haar en kabinet op dit vlak om 'extra stappen' vraagt? In hoeverre verwacht zij deze stappen op te kunnen vangen met het AZWA? Zijn deze verwachtingen met de huidige middelen en de bezuiniging op de VWS-begroting bij de Voorjaarsnota nog realistisch? Hoe gaat de minister, met andere woorden, invulling geven aan de afspraak in het regeerprogramma dat het kabinet inzet op voldoende praktijkhoudend huisartsen en het verlagen van de drempels van het praktijkhouderschap om zo meer mensen toegang tot goede huisartsen te bieden?

Tot slot lezen de genoemde leden over het voornemen van het kabinet om in het AZWA afspraken te maken over het opzetten van een landelijk 'ruilsysteem' voor patiënten, zodat het makkelijker wordt om te wisselen of ruilen van huisarts, bijvoorbeeld na een verhuizing. Kan de minister deze plannen nader toelichten? Hoe verwacht de minister de problemen hiermee op te lossen, aangezien de ene huisartsenpraktijk populairder is dan de andere en de meeste mensen binnen eenzelfde regio verhuizen en doorgaans niet van een regio met een tekort aan huisartsen naar een regio met voldoende huisartsen? Erkent de minister dat dit

voor patiënten in dunbevolkte regio's of die in een dorp wonen met één huisarts geen optie is? Kan de minister garanderen dat dit niet leidt tot extra administratieve kosten voor huisartsenpraktijken? Welke rol ziet de minister hierin weggelegd voor zorgverzekeraars? Tot slot vragen deze leden hoe wordt omgegaan met de wensen van (beginnend) huisartsen voor een betere werk-privébalans. Welke oplossingen draagt de minister hiervoor aan?

Daarnaast hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie met veel belangstelling kennisgenomen van het Nivel-rapport 'Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken'. Zij achten het van groot belang dat hiermee eindelijk systematisch is onderzocht wat het perspectief van de huisarts op patiëntenstops is en welke redenen zij hebben voor het (gedwongen) invoeren hiervan. Deze leden vinden het schrikbarend dat 59% van de huisartsenpraktijken het afgelopen jaar een vorm van een patiëntenstop heeft gehad en dat deze vaak van langdurige of meer permanente aard zijn. Nivel concludeert dat het voorkomen van patiëntenstops varieert per regio in Nederland, mede door verschillen in personeelscapaciteit, arbeidsmarktknelpunten, huisvestingsmogelijkheden en demografische factoren. Hoe wordt dit meegenomen en omgezet in beleid? De minister schrijft in reactie op het rapport dat de conclusies duidelijk laten zien 'dat regionaal en zelfs lokaal maatwerk nodig is'. Kan de minister hier nader op ingaan? Wat bedoelt zij hiermee en hoe wordt hier invulling aan gegeven? Hoe wordt bijvoorbeeld gestimuleerd dat huisartsen in regio's of wijken waar een tekort is praktijken overnemen of beginnen?

Uit het Nivel-onderzoek blijkt daarnaast dat de patiëntpopulatie in de omgeving van praktijken met patiëntenstops verschilt van de patiëntpopulatie in de omgeving van praktijken zonder patiëntenstops. Zo komt een duidelijk verband naar voren met een lagere sociaaleconomische positie. Hoe kijkt de minister hiernaar, ook omdat hier mogelijk groepen door geraakt worden die al een hogere zorgvraag hebben of te maken hebben met grotere onderlinge gezondheidsverschillen? Nivel vindt bijvoorbeeld een duidelijk verband tussen meer patiëntenstops en meer stedelijke omgevingen, waar achterstandsproblematiek vaker voorkomt en relatief meer patiënten wonen die een complexe zorgvraag hebben. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vrezen dat de eventuele gezondheidsverschillen in deze gebieden door een hogere concentratie van patiëntenstops nog verder zullen toenemen. Hij kijkt de minister hiernaar? Om nauwkeuriger na te gaan of de toegankelijkheid voor sommige groepen personen die oververtegenwoordigd zijn in deze gebieden hiermee daadwerkelijk lager ligt, is volgens Nivel meer onderzoek nodig naar de patiënten- en zorgvraag-kenmerken in het verzorgingsgebied of de praktijk van huisartsen. Is de minister van plan of bereid om dergelijk onderzoek in gang te zetten, en daarbij specifiek te kijken naar de samenhang tussen patiëntenstops, stedelijkheid en patiëntkenmerken?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen in het Nivel-onderzoek bovendien dat de meest genoemde reden voor een patiëntenstop een hoge zorgdruk binnen de patiëntpopulatie (59%) is. Dit verwijst naar het aantal contacten/consulten binnen de praktijk. Hoe kijkt de minister naar mogelijke oplossingen voor dit probleem? Is zij bijvoorbeeld bereid te kijken of populatiebesteding hier een uitkomst kan bieden, waarbij rekening wordt gehouden met de kenmerken van de

betreffende populatie in een wijk of regio? Op welke andere manieren kan worden gestimuleerd dat een hoge zorgdruk binnen de patiëntpopulatie niet tot meer patiëntenstops leidt?

Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat de oorzaken van patiëntenstops, waaronder een relatief hoge zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie ten opzichte van de beschikbare personele capaciteit maar ook huisvestingsproblemen waardoor niet kan worden uitgebreid, elkaar versterken. Daarom gaven huisartsen aan dat zij weinig maatregelen zien die zij zelf kunnen nemen om patiëntenstops te voorkomen of op te heffen. Hoe kijkt de minister hiernaar? Deelt zij deze analyse? En zo ja, betekent dit dat het nemen van verlichtende maatregelen of het aanreiken van oplossingen voor een groot deel bij de (zowel lokale als regionale) politiek ligt en dat dit dus vooral knoppen zijn waar de politiek aan kan draaien? Wat doet de minister specifiek om het huisvestingsprobleem aan te pakken, met name in de stedelijke gebieden waar de problemen hieromtrent nog groter zijn vanwege schaarse beschikbaarheid en hoge kosten? Hoe kijkt de minister naar de voorstellen hierover, zoals het verantwoordelijk maken van zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties voor het opzetten van netwerken die startende en stoppende praktijkhouders begeleiden en aan elkaar koppelen of om de administratieve lasten voor praktijkhouders omlaag te brengen, bijvoorbeeld door de hulpmiddelenzorg weer onder te brengen bij de apotheker en simpele knoppen aan het patiëntendossier toe te voegen voor handelingen die nu onnodig veel tijd kosten? Onderschrijft de minister de doelen van deze voorstellen en deelt zij de mening dat deze ten goede kunnen komen aan het oplossen van de problemen in de huisartsenproblematiek?

Hoe beziet de minister tot slot de rol van private equity en commerciële partijen in de huisartsenproblematiek? Op welke manier neemt zij dit mee in de probleemanalyse? Is zij bereid (meer) drempels op te werpen voor private equity en commerciële partijen die de zorg voor de patiënt ten goede moeten komen, zodat niet het maken van winst maar het leveren van goede zorg voorop blijft staan? We hebben immers gezien dat het overnemen van huisartsenpraktijken door private equity of commerciële partijen meermaals tot aantoonbaar veel slechtere zorg heeft geleid, denk aan de grote misstanden die ontstonden bij Co-Med of Quin Dokters. Terwijl zij pretendeerden efficiëntere zorg te kunnen leveren door bijvoorbeeld schaalvergroting en digitalisering, werd er in de praktijk vooral bekibbeld op de kwaliteit van zorg en de bereikbaarheid. Hoe gaat de minister voorkomen dat deze partijen in het gat springen dat ontstaat door de problemen waar reguliere huisartsen tegenaan lopen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van (de reactie op) het rapport van de Algemene Rekenkamer en Nivel over huisartsentekort en patiëntenstops. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie merken op dat veel informatie ontbreekt of niet duidelijk is, denk aan de aantallen fte's en productiviteit. Op basis van welke cijfers maakt en evalueert het kabinet beleid voor de eerstelijnszorg en afspraken in huidige en toekomstige zorgakkoorden? Hoe denkt de minister effectieve afspraken te kunnen maken als essentiële informatie over het aantal fte's en productiviteit ontbreekt?

Uit onderzoek van SiRM³ bleek al dat een uur extra werken in de zorg een zeer positieve bijdrage kan leveren aan het oplossen van het personeelstekort. Dat geldt zeker ook voor huisartsen, maar ook in dat deel van de zorgsector lijkt de wens om deeltijd te werken te domineren. De leden van de VVD-fractie vragen een reactie van de minister op deze constatering. Op welke manier gaat zij het meer uren werken in de huisartsenzorg stimuleren?

Volgens Nivel zijn 45 tot 230 huisartsenpraktijken overgenomen door commerciële investeerders, een ruime schatting. De leden van de VVD-fractie vinden het jammer dat negatieve voorbeelden, zoals Co-Med, ook de kwalitatief goede en goed bereikbare ketens van huisartsen in een kwaad daglicht zetten. Deelt de minister de visie dat ketens van meerwaarde kunnen zijn om huisartsenzorg toegankelijk te houden?

De leden van de VVD-fractie maken zich zorgen over de manier waarop omgegaan wordt met zzp'ers in de zorg en hun opdrachtgevers.⁴ Klopt het dat het kabinet nog niet heeft gereageerd op de door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) opgestelde casuïstiek? Zo ja, wanneer wordt deze reactie naar de Kamer gestuurd? Wat is uw verwachting van de wetgeving tegen schijnzelfstandigheid op de problemen die geschetst worden in zowel het Algemene Rekenkamer-rapport als het Nivel-rapport?

Tot slot vinden de leden van de VVD-fractie het opvallend dat in het Nivel-rapport de oplossingsrichtingen digitalisering en meer hybride zorg zeer laag scoren. Zo heeft de commerciële aanbieder Arts en Zorg het aantal praktijkbezoeken en de werkdruk aanzienlijk weten te verlagen door de inzet van digitale consulten zonder aan kwaliteit in te boeten. Hierdoor kunnen huisartsen meer tijd besteden aan patiënten die een fysiek bezoek nodig hebben. Welke potentie ziet de minister in digitale en hybride huisartsenzorg in de aanpak van de geschetste problematiek? Hoe wil zij stimuleren dat deze oplossingsrichtingen worden aangeboden?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van de stukken over huisartsenzorg. Zij hebben hierover nog enkele vragen.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de minister zich maximaal gaat inzetten op het opleiden van huisartsen, maar tegelijkertijd erkent dat dit uitdagend is en dat er gewerkt moet worden aan een betere organisatie van de huisartsenzorg. In hoeverre wordt er in de huidige plannen voldoende rekening gehouden met de regionale verschillen in tekorten? Zijn er concrete acties die gericht zijn op het versterken van de aantrekkelijkheid van het huisartsenvak in de onderbevoorrechte regio's?

De leden van de NSC-fractie zijn van mening dat het verlagen van de werkdruk een cruciale factor is voor het behoud van huisartsen. Deelt de minister deze visie

³ SiRM, 11 september 2023, [De potentie van een hogere deeltijdfactor | SiRM](#).

⁴ Aangangsel Handelingen II, vergaderjaar 2024 - 2025, nr. 1842. Antwoord op vragen van de leden Tielen en Aartsen over de ontwikkelingen rondom zelfstandige zorgprofessionals (zzp'ers in de zorg) onder andere zoals beschreven in het artikel van RTL 'In maand tijd ruim 4000 minder zzp'ers, vooral in de zorg'.

en zo ja, welke concrete maatregelen is zij bereid te nemen om de werkdruk voor huisartsen te verlagen?

De leden van de NSC-fractie lezen dat het aantal huisartsen dat werkt met een vaste patiëntenpopulatie al jaren achterblijft en dat het aantal huisartsen dat als praktijkhouder werkt is gedaald. Deze leden merken op dat veel huisartsen drempels ervaren bij het oprichten van een eigen praktijk. Welke concrete stappen onderneemt de minister om de dalende trend te keren en de drempels te verlagen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie kennisgenomen van de brief van de minister met de beleidsreactie op het rapport Algemene Rekenkamer 'Focus op huisartsenzorg'. Daartoe hebben deze leden verdere vragen.

De minister geeft in deze brief aan dat de Rekenkamer geconcludeerd heeft dat er een tekort aan huisartsen is, en dat dit tekort in de toekomst nog verder zal toenemen. Voorts vragen de leden van de D66-fractie aan de minister welke structurele oorzaken de minister ziet voor het aanhoudende huisartsentekort, en hoe worden deze aangepakt in de plannen van de minister. Deze leden vragen op welke wijze de minister zich inspant om het beroep van huisartsen toekomstbestendig te maken, ook gezien de toenemende werkdruk. Kan de minister hierbij ingaan op het gegeven dat er nu meer huisartsen dan ooit zijn? En of zij net als de leden van D66-fractie ziet dat er kansen liggen in het breder inzetten van andere zorgverleners in de eerstelijnszorg en hulpverleners uit het sociaal domein? Zo ja, op welke wijze is de minister van plan om deze kansen te benutten? Voorts vragen deze leden, wat zijn de plannen van de minister ten aanzien van het beter spreiden van huisartsen over regio's met een tekort?

De leden van de D66-fractie hebben zorgen omtrent de huisvesting voor huisartsenpraktijken. Erkent de minister dat een tekort aan passende praktijkruimten een belemmering vormt voor huisartsen om zich te vestigen? Op welke wijze wil de minister gemeenten stimuleren of ondersteunen om in bestemmingsplannen in nieuwbouwwijken voldoende ruimte te reserveren voor huisartsenpraktijken? Ook vragen deze leden of de minister bereid is te onderzoeken of er (tijdelijke) financieringsinstrumenten nodig zijn om praktijkruimten te realiseren in gebieden waar dit financieel gezien lastig is.

Tot slot, deze leden vinden het belangrijk dat er op korte termijn plannen bekend zullen worden gemaakt om deze problemen aan te pakken. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie of de minister kan aangeven wat haar overkoepelende inzet is om ervoor te zorgen dat de toegang tot de huisartsenzorg verbeterd wordt. Kan de minister daarbij toelichten welke stappen zij al heeft ondernomen en wat de Kamer verder kan verwachten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben de recente onderzoeken over de huisartsenzorg gelezen. Ze hebben hierover een aantal vragen aan de minister.

Genoemde leden vinden de rol van de huisarts als poortwachter heel belangrijk. Toch zien zij dat deze rol in sommige regio's niet goed werkt. In deze regio's willen weinig huisartsen een praktijk starten. Dat is een probleem, zeker omdat er straks meer ouderen bijkomen in die gebieden. De minister zegt dat zorgverzekeraars een belangrijke taak hebben: ze moeten huisartsen helpen om zich in deze regio's te vestigen. Welke instrumenten geeft de minister aan zorgverzekeraars om huisartsen te stimuleren om naar deze regio's te komen?

Daarnaast lezen genoemde leden dat de minister eind dit jaar opnieuw kijkt naar het aantal opleidingsplekken voor huisartsen, op basis van nieuwe cijfers. Deze leden vinden dat de opleiding tot basisarts ook meer aandacht moet geven aan het praktijkhouderschap. Is de minister bereid om, samen met de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, te verkennen hoe het praktijkhouderschap meer structureel opgenomen kan worden in de coschappen van de opleiding tot basisarts? Bijvoorbeeld door het als leerdoel op te nemen in het raamplan voor de coschappen?

Verder horen de leden van de BBB-fractie dat huisartsen moeite hebben om zich ergens te vestigen. Door de krappe woningmarkt is er vaak te weinig ruimte of zijn de panden te duur. Kan de minister toezeggen om samen met gemeenten te zorgen voor voldoende betaalbare en geschikte plekken voor huisartsen, in elk dorp en elke wijk?

Tot slot ZZZP huisartsen, genoemde leden zijn op de hoogte gebracht van het feit dat de LHV uitgebreide casuïstiek heeft aangeleverd bij de minister van VWS, de minister van SZW en de Belastingdienst. Tot op heden heeft dit echter niet geleid tot duidelijkheid. Sterker nog, de situatie is alleen maar onduidelijker geworden door het onverwachte besluit om alle geldige modelovereenkomsten te verlengen tot 1 januari 2029. Kan de minister toezeggen om bij de minister van SZW en de staatssecretaris van Financiën er op aan te dringen dat de Belastingdienst geen sancties met terugwerkende kracht oplegt tot 1 januari 2025, zo lang er geen duidelijkheid is over de ingediende casuïstiek van huisartsen en over de status van modelovereenkomsten in relatie tot de criteria die de Belastingdienst hanteert bij handhaving?

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer 'Focus op huisartsenzorg' alsmede het Onderzoek van Nivel over 'Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken' en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Zoals in het regeerprogramma is afgesproken zet dit kabinet in op voldoende praktijkhoudend huisartsen alsmede het verlagen van de drempels van het praktijkhouderschap om zo meer mensen toegang tot goede huisartsenzorg te bieden. Kan de minister aangeven hoe het met de vorderingen hiervan zit?

Net zoals de leden van de PVV-fractie vind ik het belangrijk dat er voldoende praktijkhoudend huisartsen zijn. Om te zorgen dat iedere inwoner van Nederland zich kan inschrijven bij een huisarts in de buurt, is het van belang dat het aantal huisartsen dat werkt met een vaste patiëntenpopulatie toeneemt. Landelijk gezien hebben we op dit moment meer huisartsen dan ooit en daarmee voldoende werkzame huisartsen om dit doel te bereiken. Op dit moment is er circa één werkzame huisarts op 1250 inwoners, terwijl dit in 2012 nog één huisarts op de circa 1500 inwoners was. Echter, relatief neem het aantal praktijkhoudend huisartsen af (zie figuur 1). Daarom beoog ik met de partijen in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (hierna: AZWA) de afspraak te maken dat het werken met een vaste patiëntenpopulatie weer de norm wordt voor huisartsen. Dat is niet eenvoudig omdat er verschillende factoren hieraan in de weg staan. Ik wil hiervoor meerdere acties tegelijk in gang zetten. Enerzijds werk ik met partijen aan een set landelijke maatregelen (de 'werkagenda'). Anderzijds beoog ik afspraken te maken over regionaal maatwerk via de contractering door zorgverzekeraars.

Mijn inzet voor de landelijke afspraken betreft onder andere:

- 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. Verschillende regio's, zoals Haaglanden en Oost-Brabant, hebben op regionale schaal al hierin initiatief genomen. De ervaringen uit deze initiatieven wil ik met de partijen meenemen in het opzetten en uitrollen van een landelijk werkend systeem.
- 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.

Het doel van de afspraken die ik beoog te maken over regionaal maatwerk is om de toegankelijkheid van huisartsenzorg in elke regio te garanderen. De stappen die hiervoor nodig zijn kunnen per regio verschillen. Daarom wil ik in het AZWA af

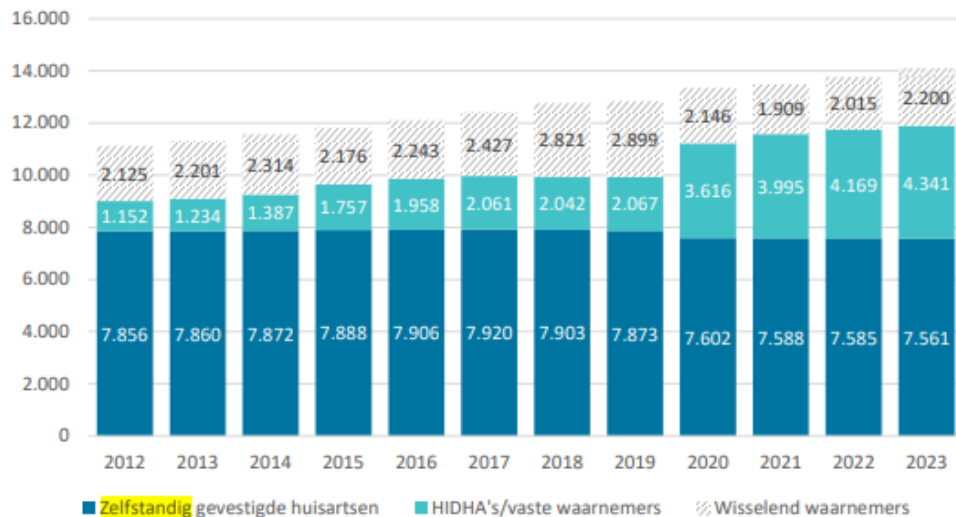
spreken dat huisartsen, regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en zorgverzekeraars gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio duurzaam te borgen. Ik zie dit als de gezamenlijke topprioriteit. Er zijn al verschillende goede voorbeelden van regio's die hierin hun verantwoordelijkheid nemen. Zo lukt het bijvoorbeeld Zeeland en Twente om jonge huisartsen te verleiden om zich te vestigen als praktijkhouder. Dit soort goede voorbeelden gaan we opschalen. Zorgverzekeraars spelen hierin een belangrijke rol, omdat zij zorgplicht hebben voor hun verzekerden. Mijn inzet is dat zij, in nauwe samenwerking met huisartsen in de regio, met maatwerk in de contractering investeren in 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.

Het budgettair kader huisartsenzorg dient voor deze afspraken uiteraard voldoende ruimte te bieden. Zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord groeit dit kader 2027 en 2028 met hetzelfde percentage als het laatste jaar Integraal Zorgakkoord (IZA) (3,5% per jaar).

Hoeveel praktijkhoudend huisartsen zijn er bijgekomen in het afgelopen jaar?

Het Nivel publiceert jaarlijks gegevens over de arbeidsmarkt in de huisartsenzorg. De meest recente rapportage⁵ laat zien dat er in 2023 7.561 praktijkhoudend huisartsen waren. Dit is een afname van 24 praktijkhoudend huisartsen ten opzichte van 2022. In totaliteit nam het aantal huisartsen in 2023 toe met 195 huisartsen ten opzichte van 2022 (zie figuur 1).

⁵ <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/huisartsen-en-praktijken-kaart-cijfers-uit-nivel-beroepenregistraties-de-zorg-2023-2024>



*Het aantal huisartsen dat alleen werkzaam is als wisselend waarnemer is berekend door het aantal huisartsen dat bekend is in de Nivel-registratie in mindering te brengen op het totaal aantal werkzame huisartsen uit figuur 1.

Figuur 1 Aantal huisartsen in Nederland naar functie in de periode 2013-2023

Bron: Nivel (2025), Huisartsen en praktijken in kaart Cijfers uit Nivel Beroepenregistraties in de Zorg 2023-2024⁶

Welke drempels zijn er inmiddels verlaagd om praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken? Welke drempels liggen er nog?

Met het Integraal Zorgakkoord zijn al flink wat drempels verlaagd om het praktijkhouderschap voor huisartsen aantrekkelijker te maken. Op dit moment heeft iedere huisartsenpraktijk toegang tot (structurele bekostiging van) Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP). MTVP leidt tot kwalitatief betere zorg, verlaging van de werkdruk én meer werkplezier onder de huisartsen. Ook is de organisatie van de avond-, nacht-, en weekenduren (ANW-uren) aangepast zodat de verantwoordelijkheid voor deze diensten eerlijker verdeeld is over de praktijkhoudend huisartsen en de niet-praktijkhoudend huisartsen. Daarnaast is het aantal uren poh-ggz in de huisartsenpraktijk verhoogd én zijn er afspraken gemaakt over hoe huisvestingsproblematiek voor huisartsenpraktijken moet worden aangepakt.

Met het AZWA wil ik een volgende stap zetten. Mijn doel is om met de partijen voort te bouwen op de vele goede voorbeelden die de laatste jaren zijn ontstaan in verschillende regio's om (jonge) huisartsen te helpen bij de stap naar het praktijkhouderschap.

Welke knelpunten rondom financiering van huisvesting bij huisartsen spelen er op dit moment nog? Is hier het afgelopen jaar iets aan verbeterd? Welke acties hieromtrent kan de Kamer op korte termijn nog verwachten naast de al ingezette actieplannen die de minister al benoemd in haar brief?

⁶ <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/huisartsen-en-praktijken-kaart-cijfers-uit-nivel-beroepenregistraties-de-zorg-2023-2024>

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. Mijn uitgangspunt daarbij is dat het organiseren van huisvesting hoort bij het ondernemerschap van een praktijkhoudend huisarts. Huisvestingsproblematiek wordt een probleem als daarmee de toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk komt te staan. In dat geval hebben ook zorgverzekeraars, RHO's en gemeenten een belangrijke rol.

De tarieven voor huisvesting zijn verdisconteerd in de gemiddeld kostendekkende tarieven van de huisartsenzorg. Toch komt het soms voor dat huisartsen bij een uitbreiding of verhuizing naar een nieuw pand te maken krijgen met kosten die niet volledig gedekt kunnen worden uit de tarieven. Deze incidentele kosten kunnen daarmee drukken op de toegankelijkheid van de huisartsenzorg omdat het een huisarts kan belemmeren om uit te breiden. Zoals toegelicht in mijn antwoord op de vraag van de PVV-fractie over mijn ambities in het regeerprogramma, beoog ik met de partijen af te spreken dat huisartsen, RHO's en zorgverzekeraars gezamenlijk de verantwoordelijkheid van een toegankelijke huisartsenzorg in de regio dragen. Het is mijn inzet dat zorgverzekeraars, in nauwe samenwerking met RHO's, hiervan een prioriteit maken door middel van maatwerk in hun inkoopbeleid. Maatwerk kan ook worden ingezet voor huisvestingsproblematiek, wanneer er in een regio sprake is van toegankelijkheidsproblematiek die daardoor (mede) wordt veroorzaakt. Om te voorkomen dat regio's zelf het wiel moeten uitvinden, beoog ik landelijke afspraken te maken over de kaders voor het inzet van maatwerk.

Naast de afspraak over regionaal maatwerk, werk ik ook met de partijen aan een hernieuwde versie van de Handreiking Huisvestingsproblematiek (hierna: Handreiking). Ik wil met de landelijke partijen de afspraak maken dat hun leden werken volgens het principe 'pas toe, of leg uit'. Hiermee wordt de status van de Handreiking verder verstevigd met als doel de continuïteit van huisartsenzorg – nu en in de toekomst – te borgen. De nieuwe versie van de handreiking gaat ook in op oplossingen voor financiële knelpunten, waaronder het genoemde maatwerk.

Eind dit jaar wordt de nieuwe raming van het Capaciteitsorgaan verwacht, waarop het aantal opleidingsplaatsen in de huisartsenzorg bepaald zal worden. Het vullen van de opleidingsplekken blijkt helaas echter nu al een uitdaging. Het Capaciteitsorgaan heeft daarom ook al aangegeven dat het meest recente advies mogelijk niet implementeerbaar was en dat er actief gekeken zal moeten worden naar een betere organisatie van de huisartsenzorg. Kan de minister al aangeven hoe zij hier in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), invulling aan gaat geven?

Zoals aangegeven in mijn reactie op de eerste vraag van de PVV-fractie ben ik met de huisartsenpartijen en zorgverzekeraars in gesprek om stevige afspraken te maken om het praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken. Als meer huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie werken, wordt de huisartsenzorg effectiever en kunnen meer mensen zich bij een huisartsenpraktijk inschrijven.

Daarnaast is mijn inzet in het AZWA de versterking van de eerstelijnszorg structureel te borgen, zoals in de visie eerstelijnszorg 2030 beoogd is. Hierdoor wordt in de wijk de samenwerking verbeterd door het inrichten van een hecht wijkverband. Zo'n verband bestaat ten minste uit een huisarts, wijkverpleging,

apotheekzorg en sociaal domein professional. Dit zorgt ervoor dat de huisarts niet alleen staat in het wijkmanagement maar dit samen doet. Daarnaast versterken we de 'achterkant' van de eerstelijnszorg door regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden in te richten. Dit moet er onder andere voor zorgen dat er heldere samenwerkingsafspraken komen in de regio en zorgverleners worden ontzorgd en ondersteund zodat zij meer tijd hebben voor hun patiënten.

Wat kunnen de zorgverzekeraars eventueel nog doen om meer huisartsen in opleiding aan te trekken?

Ik zie een belangrijke rol voor zorgverzekeraars bij het komen tot een gezamenlijke regionale aanpak om de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg in elke regio te borgen. Met de beoogde afspraak over maatwerk in de regio kunnen zorgverzekeraars via de contractering (financiële en inhoudelijke) afspraken hierover maken in nauwe samenwerking met RHO's en huisartsen. Ik verwacht dat alle zorgverzekeraars deze rol in de toekomst ook pakken.

Een goed voorbeeld van regionale initiatieven waarbij de zorgverzekeraar een rol speelt, is Polderdokter⁷: een initiatief van de gemeente Noordoostpolder in samenwerking met Zilveren Kruis en de RHO waarbij huisartsen richting de Noordoostpolder worden getrokken en gebonden. Polderdokter doet dit onder andere door huisartsen in opleiding (haio's) hun hele opleiding in Noordoostpolder/Urk te laten volgen. Hierdoor kunnen haio's de gemeente beter leren kennen én alvast aan hun toekomst bouwen. Daarnaast biedt Polderdokter in samenwerking met de zorgverzekeraar ook voordelen voor (net afgestudeerde) huisartsen door hen te ondersteunen in de opzet of overname van een praktijk, bijvoorbeeld met praktijkmanagement of de ICT. Ook zijn er afspraken door de gemeente gemaakt waardoor huisartsen voorrang krijgen bij de kinderopvang. Dit sluit aan bij de bevindingen van het Nivel dat ook de privésituatie van jonge huisartsen bepalend is voor de keuze waar zij zich vestigen⁸. Door deze samenhangende aanpak lukt het deze regio jonge huisartsen aan te trekken.

Mijn inzet in het AZWA is, zoals toegelicht, om afspraken te maken dat zorgverzekeraars in elke regio hun verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg nemen.

De Algemene Rekenkamer (hierna: Rekenkamer) concludeert dat er een tekort aan huisartsenzorg is, zeker voor bepaalde regio's. De Rekenkamer benoemt dat het tekort aan huisartsen daarvan de oorzaak is, de minister benoemt dit genuanceerder te zien, omdat er op dit moment meer huisartsen dan ooit tevoren werkzaam zijn in Nederland. Inmiddels hebben we in Nederland op ongeveer 1.250 inwoners een werkzame huisarts, waar dit in 2012 nog 1 huisarts op ongeveer 1.500 inwoners was. Deelt de minister de mening dat huisartsenzorg de laatste jaren intensiever geworden is? Zeker gezien het meer verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerstelijns? De leden van de PVV-fractie vindt het daarom niet relevant om te blijven benoemen dat er meer huisartsen zijn dan ooit tevoren. Feit

⁷ Een initiatief van Medrie, Zilveren Kruis, huisartsenopleiding UMCG, de gemeente Noordoostpolder en de huisartsenpraktijken in de regio.

⁸ Nivel, Waar wil de (jonge) huisarts werken?, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004704.pdf>

blijft dat anno 2025 nog steeds 1 op de 20 Nederlanders een (nieuwe) huisarts zoekt en dit probleem opgelost dient te worden.

Het klopt dat er in de afgelopen decennia veel zorg verschoven is van de tweede naar de eerste lijn. Vaak met positieve effecten. Zo hoeven mensen met een chronische aandoening veel minder vaak naar het ziekenhuis omdat hun eigen huisarts een groot deel van de zorg op zich neemt. Eenzelfde beweging hebben we gezien met de introductie van de poh-ggz, waardoor mensen met psychische klachten vaker in de huisartsenpraktijk geholpen kunnen worden. Tegelijkertijd leidt dit inderdaad tot een stijging van de zorgvraag in de huisartsenzorg. Verplaatsing van zorg kan dus alleen in goed overleg tussen de domeinen en als we daarbij oog houden voor de werkdruk van huisartsen.

Mijn inzet in het AZWA is daarom het versterken van de eerstelijnszorg en een betere samenwerking tussen domeinen. Zo weten we dat niet elk consult bij de huisarts gaat over een zorgvraag. Als mensen op een andere plek, of met digitale ondersteuning, beter geholpen kunnen worden, kunnen we de druk op de huisartsenzorg verminderen.

Zoals aangegeven doe ik er alles aan om te zorgen dat iedere inwoners zich kan inschrijven bij een huisarts in de buurt. Ik beoog daarover in het AZWA een samenhangend pakket van maatregelen af te spreken. Mijn inzet daarbij is niet alleen maar dat er méér huisartsen komen, maar dat een groter deel van de huisartsen gaat werken met een vaste patiëntenpopulatie. Dat is belangrijk omdat het werken met een vaste patiëntenpopulatie voor de patiënt leidt tot de beste zorg, een hogere levensverwachting en minder doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg. Tegelijkertijd leidt het werken met een vaste populatie voor de huisarts tot een efficiënter inzet van personeel en meer werkplezier.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de beleidsreactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer 'Focus op huisartsenzorg' en op het Nivel-onderzoek 'Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken'. Genoemde leden hebben grote zorgen over de problemen in de huisartsenzorg en vinden het dan ook van groot belang dat het kabinet met duurzame oplossingen komt om de huisartsenzorg te versterken en deze prioriteit geeft.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben meerdere vragen over de beleidsreactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer. De conclusies van het rapport, namelijk dat ruim 700.000 mensen in Nederland op zoek zijn naar een andere huisarts maar die vaak niet kunnen vinden vanwege patiëntenstops, baren deze leden grote zorgen. Huisartsen zijn de poortwachters van ons zorgsysteem. Het hebben van een vaste huisarts leidt tot minder vervolgzorg en daarmee tot minder zorgkosten en minder onnodige behandelingen voor patiënten. De conclusie van de Rekenkamer dat op veel plekken in het land niet meer wordt voldaan aan de regel dat iedereen op een huisarts in de buurt mag rekenen, onderstreept dat het water de huisartsenzorg aan de lippen staat, met alle gevolgen van dien voor de patiënt en ons zorgsysteem.

De summiere reactie van de minister op het 50-pagina tellende rapport stelt de betreffende leden niet gerust dat het kabinet de urgentie van dit probleem voldoende onderkent en begrijpt. Allereerst lezen deze leden dat de minister de conclusie van de Rekenkamer deelt dat er een tekort is aan huisartsenzorg, maar

dat zij niet de conclusie deelt dat dit veroorzaakt wordt door een tekort aan huisartsen. Tegelijk lezen genoemde leden dat het beleid van de minister erop is gericht om ook in de toekomst voldoende huisartsen te hebben, en dat zij dit doet door maximaal in te zetten op het opleiden van huisartsen en het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen. Hoe rijmt de minister dit met elkaar? Vindt de minister wel of niet dat er sprake is van een huisartsentekort? En heeft dit wat haar betreft wel of geen invloed op het tekort aan huisartsenzorg?

Net als de leden van de GroenLinks-PvdA fractie zie ik de toegankelijkheid van de huisartsenzorg als een zeer urgent vraagstuk. Met mijn inzet in het AZWA laat ik zien dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg een van mijn prioriteiten is. Dat was het ook al zo voor het rapport van de Algemene Rekenkamer (hierna: Rekenkamer) werd gepubliceerd. Om beter in beeld te krijgen hoe groot het toegankelijkheidsvraagstuk is heb ik de afgelopen periode zelf verschillende onderzoeken door het Nivel laten doen. De Rekenkamer heeft voor het onderzoek gebruik gemaakt van bestaande rapporten, waaronder die van het Nivel, die vrijwel allemaal reeds met een beleidsreactie met uw Kamer waren gedeeld.

Bij de toegankelijkheid van de huisartsenzorg kijk ik naar twee sporen. Ten eerste kijk ik naar het aantal beschikbare huisartsen, nu en in de toekomst. Er zijn op dit moment meer huisartsen dan ooit, maar dat biedt geen garanties voor de toekomst. Mijn inzet is om maximaal in te zetten op het beschikbare aantal opleidingsplekken. Op basis van de adviezen van het Capaciteitsorgaan stel ik opleidingsplaatsen beschikbaar. Tegelijkertijd geeft het Capaciteitsorgaan ook aan dat de meest recente raming mogelijk niet uitvoerbaar zou zijn.

Daarom is mijn tweede spoor zo belangrijk: het zo effectief mogelijk inzetten van beschikbare huisartsen. Ik constateer dat het hoge aantal beschikbare huisartsen dat we hebben nog niet leidt tot een goed toegankelijke huisartsenzorg voor iedereen. Mijn inzet is daarom om te zorgen dat meer huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie gaan werken. Dat leidt tot een betere toegankelijkheid, onder meer omdat er minder zorgverlening nodig is als huisartsen hun patiënten goed kennen. Daarnaast moeten huisartsen beter over het land verspreid worden, omdat er regio's met tekorten zijn. In het AZWA zet ik in op concrete afspraken hierover die ik ook in bovenstaande antwoorden heb toegelicht.

Hoe kijkt de minister bijvoorbeeld naar het advies van het Capaciteitsorgaan uit 2023 dat jaarlijks 1.190 meer basisartsen moeten instromen in de huisartsenopleiding vanwege de groeiende vraag naar huisartsenzorg, de conclusies die het orgaan doet op basis van inzichten in de ontwikkeling van de zorgvraag, de demografische ontwikkelingen en de arbeidstijdontwikkeling? Onderstreept zij dit? Wordt hierbij nog onderscheid gemaakt tussen verschillende regio's?

Ik zet maximaal in op het opleiden van meer huisartsen in Nederland. Op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan uit 2023 en samenwerking met de opleidingsinstituten is er een ingroeipad vormgegeven. Hierbij zijn er de afgelopen jaren stapsgewijs meer huisartsenopleidingsplaatsen beschikbaar gekomen. In het huidige advies van het Capaciteitsorgaan is gekeken wat landelijk nodig is. Daarbij is dus geen onderscheid tussen regio's gemaakt. Op basis van dit advies stel ik het landelijke aantal opleidingsplaatsen vast. De opleidingsinstituten verdelen de opleidingsplekken vervolgens over het land, waarbij er volgens de opleidingsinstituten op dit moment sprake is van een optimale spreiding.

En kijkt de minister zelf naar demografische ontwikkelingen zoals bevolkingsgroei, wanneer zij schrijft dat zij niet de conclusie deelt dat er een tekort is aan huisartsen?

Ja, ik neem hierbij demografische ontwikkelingen mee. De afgelopen jaren is het aantal huisartsen ten opzichte van de bevolking toegenomen. In 2024 was er 1 huisarts op circa 1250 inwoners, terwijl dit in 2012 nog 1 huisarts op circa 1500 inwoners was.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen daarnaast in de kabinetsreactie dat het aantal werkzame huisartsen per regio verschilt en het daarom belangrijk is om de bereikbare capaciteit aan huisartsen beter in te zetten. Welke stappen worden hiertoe gezet?

Ik ben het eens met de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat de huisartsen capaciteit beter verspreid moet worden over de regio's. Daarom zet ik in op afspraken met partijen in het AZWA om te zorgen dat de continuïteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg in elke regio wordt geborgd. Om dit te bereiken wil ik afspreken dat het werken met een vaste patiëntenpopulatie weer de norm wordt voor huisartsen. Hiervoor beoog ik meerdere acties. Enerzijds werk ik met partijen aan een set landelijke maatregelen (de 'werkagenda') waarin onder andere aandacht is voor huisvestingsproblematiek, toekomstbestendige bekostiging van de huisartsenzorg en het verkennen van welk effectief beleid kan worden ingezet om huisartsen beter over het land te verspreiden.

Anderzijds zet ik in op afspraken over regionaal maatwerk via de contractering door zorgverzekeraars. Mijn inzet is dat, via de contractering, zorgverzekeraars de continuïteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg zullen borgen in nauwe samenwerking met huisartsen en RHO's. Ik wil met hen afspreken dat zij dat doen door met maatwerk te investeren in 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.

Met welke verschillende uitdagingen hebben huisartsen te maken als zij een praktijk in de (rand)stad willen overnemen of starten en wanneer zij een praktijk daarbuiten (in de regio) willen starten?

Naast generieke uitdagingen bij het starten of overnemen van een praktijk (zoals de start als ondernemer, de administratieve stappen die daarbij komen kijken en de stap van loondienst of waarnemerschap naar eindverantwoordelijke en werkgever) verschillen uitdagingen ook per regio of per wijk. Zo verschilt het aantal huisartsen per inwoner per regio. In regio's met minder huisartsen is het voor praktijkhouders bijvoorbeeld moeilijker een waarnemer of huisarts in loondienst te vinden. Ook het vinden van geschikte huisvesting is in de ene regio lastiger dan in de andere. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat huisartsen meer huisvestingsproblematiek ervaren in 'sterk stedelijke' gebieden. Sterk stedelijke gebieden bevinden zich overigens ook buiten de randstad⁹.

⁹ Nivel, Huisvestigingsproblemen in de huisartsenpraktijk, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004577.pdf>

Erkent de minister dat beide groepen huisartsen met eigen uitdagingen kampen en voldoende handvatten moeten krijgen om een praktijk te starten of over te nemen, en dat zij hierin indien nodig ondersteuning verdienen?

Ja, ik erken dat elke beginnend praktijkhouder heeft te maken met eigen uitdagingen. Om het praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken, moeten alle huisartsen die deze stap overwegen een beroep kunnen doen op ondersteuning bij het starten of overnemen van een praktijk. Deels is dat generieke ondersteuning, zoals bij- en nascholing over het praktijkhouderschap. Maar deels is dat ook maatwerk dat precies moet aansluiten op de situatie waarin de huisarts zit. Daarom zet ik in op afspraken met de huisartsenpartijen en zorgverzekeraars over maatwerk in elke regio via de contractering. Middels dit maatwerk kunnen zorgverzekeraars in de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg investeren, passend bij de uitdagingen van elke regio.

In de beslisnota lezen deze leden daarnaast dat de voorstellen van de initiatiefnota van het lid Bushoff 'Stop de commercie, steun de huisarts' worden meegenomen bij de AZWA-onderhandelingen en dat er na afronding van het AZWA inhoudelijk op wordt gereageerd. Kan de minister dit nader toelichten? Betekent dit, met andere woorden, dat de initiatiefnota nu inzet is van de minister bij de onderhandelingen?

Het lid Bushoff heeft zestien voorstellen gedaan in zijn initiatiefnota "Stop de commercie, steun de huisarts". Ik heb zijn initiatiefnota met veel interesse gelezen en het bevestigde voor mij dat het lid Bushoff en ik hetzelfde doel delen: een toekomstbestendige huisartsenzorg voor iedereen in Nederland. Ik wil hem nogmaals bedanken voor de concrete voorstellen in zijn initiatiefnota. Voor een groot deel van deze voorstellen geldt dat ik deze – of de richting ervan – steun en dat ze in lijn zijn met de afspraken die ik momenteel maak over de huisartsenzorg in het AZWA.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie delen het gewenste uitgangspunt van de minister dat huisartsen weer standaard met een vaste patiëntenpopulatie gaan werken. Ook zij achten het van enorm belang dat patiënten weer een vaste, vertrouwde huisarts hebben, die de patiënt kent en daardoor betere zorg kan leveren dan een arts die de achtergrond en geschiedenis van een patiënt uit een dossier moet vernemen. Genoemde leden lezen in de kabinetsreactie dat de verzekeraar een belangrijke rol heeft om huisartsen te verleiden zich te vestigen in de (tekort)regio('s). Hoe ziet de rol van verzekeraars in de huisartsenproblematiek er volgens de minister uit? Op welke punten kan die worden verbeterd? Pakken zorgverzekeraars wat de minister betreft nu voldoende hun rol als het gaat om de huisartsentekorten?

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden toegang hebben tot huisartsenzorg. De NZa ziet toe op de invulling van de zorgverzekeraars van de zorgplicht. In mijn antwoord op vragen van de PVV-fractie heb ik toegelicht welke instrumenten de zorgverzekeraar daarvoor heeft. In de praktijk zie ik dat zorgverzekeraars die instrumenten steeds beter en vaker inzetten. Zo nemen steeds meer zorgverzekeraars modules in het inkoopbeleid op voor de begeleiding en ondersteuning van beginnende praktijkhouders.

Hoewel er veel goede voorbeelden zijn, kan nog niet iedereen zich bij een huisartsenpraktijk in de buurt inschrijven en verschilt het nog sterk per regio van welke ondersteuning een beginnend huisarts gebruik kan maken. Ik wil dus dat de succesvolle aanpak uit een aantal regio's ook op andere plekken wordt toegepast en dat dit niet vrijblijvend is. Mijn inzet in het AZWA is daarom dat zorgverzekeraars, samen met de RHO's, topprioriteit maken van de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg in elke regio.

Ik wil dat zorgverzekeraars via hun contractering (financieel) maatwerk toepassen waarmee zij in elke regio doen wat nodig is voor de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Dit vraagt om 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.

De minister schrijft daarnaast in haar reactie dat er meerdere stappen gezet zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) om het werken met een vaste patiëntenpopulatie aantrekkelijker te maken, waaronder het beter organiseren van de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten), het invoeren en structureel bekostigen van Meer Tijd voor de Patiënt, het beschikbaar stellen van extra uren Praktijkondersteuner Huisarts - Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) in de praktijk en het ontwikkelen van de Handreiking huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra. De leden van GroenLinks-PvdA-fractie onderschrijven het belang hiervan, maar vragen waarom er in de Voorjaarsnota een structurele bezuiniging is ingeboekt op Meer Tijd voor de Patiënt van cumulatief 96 miljoen van 2026 t/m 2029. Wat zijn de mogelijke gevolgen hiervan? Dit betreft geen structurele bezuiniging op Meer tijd Voor de Patiënt (MTVP). Het budgettair kader huisartsenzorg, inclusief de 220 mln. voor MTVP, blijft ongewijzigd (inclusief jaarlijkse loon- en prijsbijstelling en in IZA en AZWA afgesproken groei). De huidige inzet op MTVP blijft gelijk.

De min op MTVP in de voorjaarsnota is geen onderdeel van het budgettair kader huisartsenzorg. Het betreft een gedeelte van een reeks voor MTVP op de post 'nominaal en onverdeeld'. Deze middelen uit het coalitieakkoord Rutte IV zouden pas vanaf 2026 beschikbaar komen. Het onderliggende idee bij deze reeks was dat voor MTVP extra huisartsen nodig zijn, waardoor dat op z'n vroegst in het vierde jaar na het starten van de reeks (2026) gerealiseerd kan worden. Dit vanwege de 3-jarige huisartsenopleiding.

LHV, InEen en ZN hebben rondom het IZA afgesproken om veel sneller dan in het coalitieakkoord was voorgenomen MTVP in te voeren. Al in 2024 konden alle praktijken daar gebruik van maken. Inschatting was dat dit zo'n € 220 mln. structureel zou kosten, met een snelle oploop in 2023 en 2024. De middelen uit het coalitieakkoord Rutte IV waren hiervoor dus te weinig en kwamen te laat beschikbaar. Daarom is een andere oplossing gevonden in het IZA, waarmee voldoende groeiruimte beschikbaar is gesteld in het budgettair kader huisartsenzorg om deze versnelde opschaling te financieren.

De resterende middelen uit de coalitieakkoordreeks worden ingezet om knelpunten op de VWS-begroting op te vangen.

En als er sprake is van onderuitputting, waarom is er niet gepoogd een ander doel te vinden voor deze middelen op het gebied van de huisartsenzorg, zeker aangezien de minister zelf schrijft dat de ambitie van haar en kabinet op dit vlak om 'extra stappen' vraagt?

Zoals toegelicht is er geen sprake van onderuitputting binnen het budgettaire kader huisartsenzorg. De landelijke opschaling van MTVP is op een andere wijze gefinancierd om dit versneld mogelijk te maken. Deze versnelde opschaling zien we ook terug in een overschrijding van het budgettaire kader huisartsenzorg in 2024. Naar verwachting zal deze overschrijding niet structureel van aard zijn, omdat het budgettaire kader jaarlijks verder doorgroeit met 3,5% per jaar.

In hoeverre verwacht zij deze stappen op te kunnen vangen met het AZWA? Zijn deze verwachtingen met de huidige middelen en de bezuiniging op de VWS-begroting bij de Voorjaarsnota nog realistisch?

Zoals ik reeds heb toegelicht is er geen sprake van bezuinigingen op Meer Tijd voor de Patiënt. Het budgettaire kader huisartsenzorg wordt niet verlaagd. Sterker nog: er is sprake van een forse groei. In de 'IZA-jaren' (2023-2026) betreft dit een totale volumegroei van € 520 mln. Daar bovenop vindt een indexatie plaats op basis van de loon- en prijsontwikkeling. Zoals afgesproken in het hoofdlijnenakkoord groeit dit kader ook in 2027 en 2028 met 3,5% per jaar. Hiermee kunnen de ambitieuze afspraken die ik met partijen in het AZWA beoog te maken zeker worden gerealiseerd.

Hoe gaat de minister, met andere woorden, invulling geven aan de afspraak in het regeerprogramma dat het kabinet inzet op voldoende praktijkhoudend huisartsen en het verlagen van de drempels van het praktijkhouderschap om zo meer mensen toegang tot goede huisartsen te bieden?

Mijn inzet is om via twee sporen in te zetten op het verlagen van de drempels van het praktijkhouderschap. Enerzijds beoog ik in het AZWA landelijke afspraken te maken over het ruil- en inschrijfsysteem voor patiënten, het verkennen van een toekomstbestendige bekostiging, het onderzoeken van de mogelijkheden om huisartsen beter te spreiden over het land en het vertalen van de kernwaarden in toetsbare uitgangspunten of normen voor de toezichthouders en zorgverzekeraars. Daarnaast zet ik in op een afspraak over financieel maatwerk in de regio om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg te borgen. Via dit maatwerk moeten de drempels van het praktijkhouderschap lager worden, bijvoorbeeld door het ondersteunen van jonge huisartsen die de stap naar het praktijkhouderschap willen maken.

Tot slot lezen de genoemde leden over het voornemen van het kabinet om in het AZWA afspraken te maken over het opzetten van een landelijk 'ruilsysteem' voor patiënten, zodat het makkelijker wordt om te wisselen of ruilen van huisarts, bijvoorbeeld na een verhuizing. Kan de minister deze plannen nader toelichten?

Uit onderzoek dat Nivel in mijn opdracht heeft uitgevoerd, kwam naar voren dat er een grote groep mensen is die wil ruilen van huisarts, bijvoorbeeld omdat zij verhuisd zijn¹⁰. Door (gedeeltelijke) patiëntenstops wordt het ruilen van huisarts op

¹⁰ Nivel, Burgers over inschrijving bij een (nieuwe) huisartsenpraktijk, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/10/25/burgers-over-inschrijving->

dit moment bemoeilijkt. Dit betreft deels een 'logistiek' vraagstuk: zolang mensen niet kunnen wisselen van huisarts, houden zij ook een plek bezet bij hun huidige huisarts. Het 'ruilen' van huisarts is dus onderdeel van de oplossing. Op lokaal niveau zijn er al verschillende initiatieven met (periodieke) regionale ruilsystemen zoals in de regio Haaglanden en Brabant-Oost. Daar zijn in korte tijd veel mensen aan een nieuwe huisarts geholpen. Geïnspireerd door deze regionale initiatieven werk ik met de partijen in het AZWA aan de afspraak dat er eind 2025 een landelijk werkend ruilsysteem beschikbaar is voor elke RHO. Zo kunnen mensen niet alleen in hun regio ruilen van huisarts, maar ook over regio's heen. Deelname aan het ruilen is zowel voor de patiënt als voor de huisartsenpraktijk altijd vrijwillig.

Hoe verwacht de minister de problemen hiermee op te lossen, aangezien de ene huisartsenpraktijk populairder is dan de andere en de meeste mensen binnen eenzelfde regio verhuizen en doorgaans niet van een regio met een tekort aan huisartsen naar een regio met voldoende huisartsen? Erkent de minister dat dit voor patiënten in dunbevolkte regio's of die in een dorp wonen met één huisarts geen optie is? Kan de minister garanderen dat dit niet leidt tot extra administratieve kosten voor huisartsenpraktijken? Welke rol ziet de minister hierin weggelegd voor zorgverzekeraars?

Het ruil- en inschrijfsysteem wordt opgezet om vraag en aanbod van de inschrijfplekken in de huisartsenzorg beter bij elkaar te brengen. Zoals aangegeven, laten regionale voorbeelden zien dat dit goed werkt. Uiteraard zal zo'n systeem niet voor alle mensen die een nieuwe huisarts zoeken een oplossing zijn, maar wel voor een deel van hen.

Daarnaast is dit slechts een van de afspraken die ik beoog te maken met partijen in het AZWA. Enerzijds breng ik met het ruilsysteem meer lucht in de huisartsenzorg door vraag en aanbod van inschrijfplekken bij elkaar te brengen. Anderzijds is mijn inzet dat met de overige afspraken het aanbod van inschrijfplekken ook vergroot wordt.

Mijn inzet bij deze afspraak is dat het systeem niet leidt tot extra administratieve lasten bij de huisarts. Ik verwacht zelfs dat het kan leiden tot een afname van de administratieve lasten. Het eerder aangehaalde voorbeeld in de regio Haaglanden laat zien dat dit kan. Door een samenwerking tussen RHO Hadoks en Buurtdokters was het voor patiënten op de website van Hadoks direct zichtbaar welke praktijken open waren voor nieuwe patiënten. Inschrijven bij deze praktijken ging geautomatiseerd via de website van Hadoks, waardoor er minder administratieve lasten waren voor de huisarts¹¹. Bij de landelijke implementatie van dit systeem zie ik een belangrijke rol voor zorgverzekeraars en regionale huisartsenorganisaties.

Tot slot vragen deze leden hoe wordt omgegaan met de wensen van (beginnend) huisartsen voor een betere werk-privébalans. Welke oplossingen draagt de minister hiervoor aan?

Ik vind het belangrijk dat het huisartsenvak aantrekkelijk blijft. Een goede werk-privé balans maakt daar deel van uit. Op dit moment kiezen jonge huisartsen vanuit dit oogpunt vaak voor het waarnemerschap. Vanuit het oogpunt van toegankelijke huisartsenzorg vind ik dat onwenselijk en ook niet nodig. Ook in

[bij-een-nieuwe-huisartsenpraktijk](https://www.hadoks.nl/nieuws/hadoks-helpt-inwoners-met-het-vinden-van-een-nieuwe-huisarts/)

¹¹ <https://www.hadoks.nl/nieuws/hadoks-helpt-inwoners-met-het-vinden-van-een-nieuwe-huisarts/>

loondienst of als (beginnend) praktijkhouder is het goed mogelijk om werk en privé op een goede manier te combineren. Bovendien zal de druk bij de huidige groep praktijkhoudend huisartsen verlaagd worden als meer huisartsen de stap richting het praktijkhouderschap zetten. Dit komt ook ten goede van een goede werk-privé balans onder (praktijkhoudend) huisartsen. Daarom is mijn inzet in het AZWA om, zoals eerder aangegeven, jonge huisartsen beter te ondersteunen bij het zetten van de stap naar het praktijkhouderschap of naar andere vormen van het werken met een vaste patiëntenpopulatie.

Daarnaast hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie met veel belangstelling kennisgenomen van het Nivel-rapport 'Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken'. Zij achten het van groot belang dat hiermee eindelijk systematisch is onderzocht wat het perspectief van de huisarts op patiëntenstops is en welke redenen zij hebben voor het (gedwongen) invoeren hiervan. Deze leden vinden het schrikbarend dat 59% van de huisartsenpraktijken het afgelopen jaar een vorm van een patiëntenstop heeft gehad en dat deze vaak van langdurige of meer permanente aard zijn. Nivel concludeert dat het voorkomen van patiëntenstops varieert per regio in Nederland, mede door verschillen in personeelscapaciteit, arbeidsmarktknelpunten, huisvestingsmogelijkheden en demografische factoren. Hoe wordt dit meegenomen en omgezet in beleid?

De kern van mijn inzet in de afspraken in AZWA over de huisartsenzorg is dat de toegankelijkheid en continuïteit in elke regio geborgd moet worden. Dat vraagt landelijk beleid – bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting en spreiding van huisartsen – en maatwerk per regio. Om overal tot goede en gelijkwaardige toegang tot zorg te komen is per regio iets anders nodig. Maatwerk is niet vrijblijvend. Op landelijk niveau wil ik daarom afspraken maken met de partijen over de kaders van dit maatwerk, om ongewenste verschillen tussen regio's te voorkomen.

De minister schrijft in reactie op het rapport dat de conclusies duidelijk laten zien 'dat regionaal en zelfs lokaal maatwerk nodig is'. Kan de minister hier nader op ingaan? Wat bedoelt zij hiermee en hoe wordt hier invulling aan gegeven? Hoe wordt bijvoorbeeld gestimuleerd dat huisartsen in regio's of wijken waar een tekort is praktijken overnemen of beginnen?

Zoals aangegeven in mijn reactie op de vorige vraag van de GroenLinks-PvdA-fractie verschillen de knelpunten in de huisartsenzorg per regio en binnen regio's. Zo kan huisvestingsproblematiek in een specifieke wijk leiden tot een lokaal knelpunt. Het is belangrijk om deze knelpunten regionaal of lokaal aan te pakken. Daarom wil ik met de partijen landelijke afspraken maken over het toepassen van regionaal maatwerk zodat de continuïteit van de huisartsenzorg geborgd wordt. Onderdeel van mijn inzet is dat huisartsen, RHO's en zorgverzekeraars in elke regio een plan ontwikkelen voor continue en toegankelijke huisartsenzorg. Via de contractering kunnen zorgverzekeraars vervolgens (financieel) maatwerk bieden. Mijn inzet is dat dat gebeurt in die regio's en wijken waar de (verwachte) tekorten aan huisartsenzorg het grootst zijn en waar gerichte investeringen de meeste impact hebben.

Uit het Nivel-onderzoek blijkt daarnaast dat de patiëntpopulatie in de omgeving van praktijken met patiëntenstops verschilt van de patiëntpopulatie in de omgeving van praktijken zonder patiëntenstops. Zo komt een duidelijk verband

naar voren met een lagere sociaaleconomische positie. Hoe kijkt de minister hiernaar, ook omdat hier mogelijk groepen door geraakt worden die al een hogere zorgvraag hebben of te maken hebben met grotere onderlinge gezondheidsverschillen? Nivel vindt bijvoorbeeld een duidelijk verband tussen meer patiëntenstops en meer stedelijke omgevingen, waar achterstandsproblematiek vaker voorkomt en relatief meer patiënten wonen die een complexe zorgvraag hebben. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vrezen dat de eventuele gezondheidsverschillen in deze gebieden door een hogere concentratie van patiëntenstops nog verder zullen toenemen. Hij kijkt de minister hiernaar? Om nauwkeuriger na te gaan of de toegankelijkheid voor sommige groepen personen die oververtegenwoordigd zijn in deze gebieden hiermee daadwerkelijk lager ligt, is volgens Nivel meer onderzoek nodig naar de patiënten- en zorgvraag-kenmerken in het verzorgingsgebied of de praktijk van huisartsen. Is de minister van plan of bereid om dergelijk onderzoek in gang te zetten, en daarbij specifiek te kijken naar de samenhang tussen patiëntenstops, stedelijkheid en patiëntkenmerken?

Net zoals de leden van de fractie GroenLinks-PvdA, vind ik het belangrijk dat iedereen een gelijke toegang heeft tot de huisartsenzorg. Huisartsenzorg is juist van groot belang in de gebieden waar relatief meer mensen wonen met een lagere sociaaleconomische positie. Met de afspraak die ik beoog te maken over regionaal maatwerk krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om in te spelen op de knelpunten van regio's en wijken waar de huisartsenzorg onder druk staat. Op lokaal niveau kunnen zorgverzekeraars afhankelijk van de lokale context (incidentele) investeringen doen om de toegankelijkheid te borgen. Het rapport over patiëntenstops vraagt om verdere verdieping. Hierover ga ik met het Nivel in gesprek.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen in het Nivel-onderzoek bovendien dat de meest genoemde reden voor een patiëntenstop een hoge zorgdruk binnen de patiëntpopulatie (59%) is. Dit verwijst naar het aantal contacten/consulten binnen de praktijk. Hoe kijkt de minister naar mogelijke oplossingen voor dit probleem? Is zij bijvoorbeeld bereid te kijken of populatiebesteding hier een uitkomst kan bieden, waarbij rekening wordt gehouden met de kenmerken van de betreffende populatie in een wijk of regio? Op welke andere manieren kan worden gestimuleerd dat een hoge zorgdruk binnen de patiëntpopulatie niet tot meer patiëntenstops leidt?

Met het AZWA zet ik in op het verlagen van de drempels van het praktijkhouderschap. Een toename van het aantal praktijkhoudend huisartsen vergroot enerzijds de inschrijfcapaciteit voor patiënten en verlaagt anderzijds de werkdruk voor huisartsen.

Met een goede praktijkvoering kunnen praktijken – eventueel met ondersteuning – de werkdruk verlagen. Ook daarom is het van belang dat praktijkhouders ondersteuning krijgen vanuit de RHO en zorgverzekeraar, om samen te kijken welke knelpunten leiden tot een patiëntenstop en hoe die kunnen worden opgelost.

Ik ga in gesprek met de NZa over de wijze waarop de besteding kan bijdragen aan de gezamenlijke beleidsdoelen. Hierbij wil ik wel benadrukken dat de besteding op dit moment al gedeeltelijk populatiebesteding is: huisartsen

krijgen per patiënt een inschrijftarief. De NZa houdt daarbij ook al rekening met demografie. Huisartsen ontvangen bijvoorbeeld een toeslag op het inschrijftarief voor patiënten ouder 65 jaar en voor patiënten in postcodegebieden met een lage sociaaleconomische status.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat de oorzaken van patiëntenstops, waaronder een relatief hoge zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie ten opzichte van de beschikbare personele capaciteit maar ook huisvestingsproblemen waardoor niet kan worden uitgebreid, elkaar versterken. Daarom gaven huisartsen aan dat zij weinig maatregelen zien die zij zelf kunnen nemen om patiëntenstops te voorkomen of op te heffen. Hoe kijkt de minister hiernaar? Deelt zij deze analyse? En zo ja, betekent dit dat het nemen van verlichtende maatregelen of het aanreiken van oplossingen voor een groot deel bij de (zowel lokale als regionale) politiek ligt en dat dit dus vooral knoppen zijn waar de politiek aan kan draaien? Wat doet de minister specifiek om het huisvestingsprobleem aan te pakken, met name in de stedelijke gebieden waar de problemen hieromtrent nog groter zijn vanwege schaarse beschikbaarheid en hoge kosten?

Geschikte en voldoende ruimte voor een huisartsenpraktijk is essentieel om goede zorg te kunnen leveren en de zorgvraag uit te omgeving van de praktijk op te kunnen vangen. Indien een praktijk niet kan uitbreiden om de toenemende zorgvraag op te kunnen vangen dan kan de toegankelijkheid van huisartsenzorg in de knel komen. Daarom zet ik in het AZWA in op een extra stap in de aanpak van huisvestingsproblematiek onder huisartsen. Hierbij hebben partijen en ik aandacht voor de financiële knelpunten die huisartsen kunnen ervaren en werken we aan aanscherping van de afspraken over rollen en verantwoordelijkheden van onder meer huisartsen zelf, gemeenten en zorgverzekeraars.

Hoe kijkt de minister naar de voorstellen hierover, zoals het verantwoordelijk maken van zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties voor het opzetten van netwerken die startende en stoppende praktijkhouders begeleiden en aan elkaar koppelen of om de administratieve lasten voor praktijkhouders omlaag te brengen, bijvoorbeeld door de hulpmiddelenzorg weer onder te brengen bij de apotheker en simpele knoppen aan het patiëntendossier toe te voegen voor handelingen die nu onnodig veel tijd kosten? Onderschrijft de minister de doelen van deze voorstellen en deelt zij de mening dat deze ten goede kunnen komen aan het oplossen van de problemen in de huisartsenproblematiek?

De bovenstaande voorstellen herken ik uit de initiatiefnota 'Stop de commercie, steun de huisarts' van het lid Bushoff. De initiatiefnota ervaar ik als steun in de rug tijdens mijn gesprekken over de huisartsenzorg met de AZWA-partijen. Voor een groot deel van de voorstellen uit initiatiefnota geldt dat ik ze – of de richting daarvan – steun en dat ze in lijn zijn met mijn inzet in het AZWA. Voor mijn specifieke reactie op bovenstaande voorstellen verwijs ik u naar de parallel verzonden brief waarin ik uitgebreid reageer op deze initiatiefnota.

Hoe bezieet de minister tot slot de rol van private equity en commerciële partijen in de huisartsenproblematiek? Op welke manier neemt zij dit mee in de probleemanalyse?

Ik zie de rol van private equity en commerciële partijen in de huisartsenzorg met zorg, maar ook met nuance. De opkomst van (bedrijfs)ketens is op zichzelf niet per

definitie een probleem. Er zijn ook goede voorbeelden van (bedrijfs)keten waar wordt bijgedragen aan toegankelijke en kwalitatief goede huisartsenzorg. Niet alle vormen van private equity en commerciële betrokkenheid zijn problematisch, maar het is van belang dat de kernwaarden van de beroepsgroep en de geldende wet- en regelgeving altijd leidend blijven in het verlenen van zorg.

De essentie van goede huisartsenzorg blijft voor mij de langdurige, toegankelijke relatie tussen huisarts en patiënt. Die mag nooit ondergeschikt raken aan financiële belangen. Daarom zie ik het als mijn verantwoordelijkheid om, samen met partijen in het veld, te waarborgen dat iedereen in Nederland toegang heeft tot een vaste huisarts die werkt volgens de geldende wet- en regelgeving en de kernwaarden van het vak.

Is zij bereid (meer) drempels op te werpen voor private equity en commerciële partijen die de zorg voor de patiënt ten goede moeten komen, zodat niet het maken van winst maar het leveren van goede zorg voorop blijft staan?

Ik ben al bezig om deze drempels concreet vorm te geven en heb de volgende stappen genomen. Allereerst heb ik op 29 januari jl. het Wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders (de Wibz) naar de Kamer gestuurd¹². Daarmee wil ik de mogelijkheid creëren om voorwaarden aan winstuitkering te stellen voor die categorieën van zorgaanbieders die zijn uitgezonderd van het verbod op winstuitkering. En daarnaast zet ik in op aanscherping van het instrumentarium van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om onwenselijke fusies en overnames te kunnen tegenhouden. Eind januari heb ik uw Kamer hierover geïnformeerd¹³. Momenteel werk ik met de NZa en IGJ aan het wetsvoorstel en verwacht ik dit eind 2025 naar uw Kamer te sturen.

We hebben immers gezien dat het overnemen van huisartsenpraktijken door private equity of commerciële partijen meermaals tot aantoonbaar veel slechtere zorg heeft geleid, denk aan de grote misstanden die ontstonden bij Co-Med of Quin Dokters. Terwijl zij pretendeerden efficiëntere zorg te kunnen leveren door bijvoorbeeld schaalvergroting en digitalisering, werd er in de praktijk vooral beknibbeld op de kwaliteit van zorg en de bereikbaarheid. Hoe gaat de minister voorkomen dat deze partijen in het gat springen dat ontstaat door de problemen waar reguliere huisartsen tegenaan lopen?

Ik zie dat commerciële partijen zoals Co-Med en Quin Dokters zijn ontstaan in reactie op knelpunten in de huisartsenzorg, zoals het arbeidsmarkttekort en het stoppen van gevestigde praktijken. Toch hebben deze voorbeelden ook laten zien dat dergelijke initiatieven, wanneer zij niet aansluiten bij de kernwaarden van de huisartsenzorg en meedoen in de regio, kunnen leiden tot ondermaatse zorg en onwenselijke situaties voor patiënten en zorgverleners.

¹² Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet toetreding zorgaanbieders, de Jeugdwet en enige andere wetten in verband met de integriteit van de bedrijfsvoering van zorg- en jeugdhulpaanbieders (Wet integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders) | Tweede Kamer der Staten-Generaal

¹³ Kamerstukken II, 2024/25, 31765 nr. 899

Samen met landelijke en regionale partijen, verken ik hoe en op welke termijn de huisartsenkernwaarden (het fundament van de huisartsenzorg) geconcretiseerd kunnen worden zodat toezichthouders goed kunnen handhaven en zorgverzekeraars hierop kunnen sturen in hun inkoopbeleid. Ik zet met de Wet integrale bedrijfsvoering zorgaanbieders (Wibz) en via verscherpt toezicht in op het voorkomen van excessen. Toezichthouders krijgen meer mogelijkheden om in te grijpen wanneer de continuïteit, kwaliteit of toegankelijkheid van de huisartsenzorg in gevaar komt. Zo voorkom ik dat partijen met een primair financieel motief ongecontroleerd ruimte krijgen in een domein dat draait om langdurige, persoonlijke zorgrelaties. Ook werk ik samen met de beroepsgroepen, huisartsen, zorgverzekeraars en gemeenten aan structurele oplossingen voor praktijkovernames en huisvestingsproblematiek.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van (de reactie op) het rapport van de Algemene Rekenkamer en Nivel over huisartsentekort en patiëntenstops. Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie merken op dat veel informatie ontbreekt of niet duidelijk is, denk aan de aantallen fte's en productiviteit. Op basis van welke cijfers maakt en evalueert het kabinet beleid voor de eerstelijnszorg en afspraken in huidige en toekomstige zorgakkoorden? Hoe denkt de minister effectieve afspraken te kunnen maken als essentiële informatie over het aantal fte's en productiviteit ontbreekt?

Net als de VVD-fractie vind ik goede informatie en cijfers belangrijk voor beleid en afspraken over de eerstelijnszorg. Ik wil graag het beeld wegnemen dat er een tekort aan informatie is in de huisartsenzorg. Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer laat juist zien dat er veel beschikbare data is over de huisartsenzorg. Zo houdt het Nivel al decennia het aantal huisartsen bij, hun werkvormen en de gewerkte uren. De NZa geeft door middel van het kostprijsonderzoek huisartsenzorg ook een representatief inzicht in het gemiddeld aantal gewerkte uren van praktijkhoudend huisartsen én de hoeveelheid ingeschreven patiënten per huisartsenpraktijk en per gewerkte fte. Omdat praktijkhouders over het algemeen ondernemer zijn, is er geen eenduidige definitie van een 'fte'. Nivel en NZa beschrijven in genoemde rapporten hoe zij daarmee omgaan en welke aannames zij daarbij doen. Ik concludeer dus dat er voldoende informatie beschikbaar is om stevige afspraken te maken in zorgakkoorden over de toekomst van de huisartsenzorg en om de effecten hiervan te monitoren.

Uit onderzoek van SiRM¹⁴ bleek al dat een uur extra werken in de zorg een zeer positieve bijdrage kan leveren aan het oplossen van het personeelstekort. Dat geldt zeker ook voor huisartsen, maar ook in dat deel van de zorgsector lijkt de wens om deeltijd te werken te domineren. De leden van de VVD-fractie vragen een reactie van de minister op deze constatering. Op welke manier gaat zij het meer uren werken in de huisartsenzorg stimuleren?

Het is niet mijn ambitie om huisartsen meer uren te laten werken. Uit recent onderzoek van Nivel blijkt dat huisartsen in 2024 gemiddeld 48 uur per week

¹⁴ SiRM, 11 september 2023, [De potentie van een hogere deeltijdfactor | SiRM](#).

werkten (inclusief avond-, nacht- en weekendzorg)¹⁵. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat de gemiddelde praktijkhouder 46,5 uur per week werkt in de dagpraktijk, dus exclusief de avond-, nacht- en weekenddiensten. Kortom: huisartsen werken gemiddeld meer dan genoeg uren. Mijn inzet is het beter organiseren van de huisartsenzorg: meer huisartsen die met een vaste patiëntenpopulatie werken, betere ondersteuning van huisartsen en minder administratie. Zo kunnen we met dezelfde hoeveelheid huisartsen zorgen dat meer mensen zich bij een huisarts kunnen inschrijven, zonder dat huisartsen daarvoor meer hoeven te werken.

Volgens Nivel zijn 45 tot 230 huisartsenpraktijken overgenomen door commerciële investeerders, een ruime schatting. De leden van de VVD-fractie vinden het jammer dat negatieve voorbeelden, zoals Co-Med, ook de kwalitatief goede en goed bereikbare ketens van huisartsen in een kwaad daglicht zetten. Deelt de minister de visie dat ketens van meerwaarde kunnen zijn om huisartsenzorg toegankelijk te houden?

Ja, ik deel de mening van de leden van de VVD-fractie dat ketens kunnen bijdragen aan het toegankelijk houden van de huisartsenzorg, zeker in een tijd van toenemende druk op de arbeidsmarkt. Zoals ik heb aangegeven in mijn reactie op vraag van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie, zie ik goede voorbeelden van ketens die huisartsen ondersteunen bij de organisatie van hun praktijk en bijdragen aan innovatie. Tegelijkertijd is het cruciaal dat alle aanbieders van huisartsenzorg – groot of klein, commercieel of niet – voldoen aan de vier kernwaarden van de huisartsenzorg en aan de wettelijke eisen rond kwaliteit en toegankelijkheid.

De leden van de VVD-fractie maken zich zorgen over de manier waarop omgegaan wordt met zzp'ers in de zorg en hun opdrachtgevers.¹⁶ Klopt het dat het kabinet nog niet heeft gereageerd op de door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) opgestelde casuïstiek? Zo ja, wanneer wordt deze reactie naar de Kamer gestuurd?

Er is veel casuïstiek ingediend met een grote diversiteit. De afgelopen maanden hebben het ministerie van SZW en Financiën/Belastingdienst een groot deel van deze casuïstiek beoordeeld. Het betreft een arbeidsrechtelijke duiding op basis van de bestaande wet- en regelgeving, aan de hand van de aangeleverde informatie. De beoordelingen worden gedeeld met de indieners. De reactie op de door de LHV opgestelde casuïstiek is inmiddels gedeeld met de LHV. Op 6 mei hebben de ministeries van VWS, SZW en Financiën/ Belastingdienst tijdens een gesprek de beoordeling van de casusposities nader toegelicht aan de LHV. Op een later moment, als ik een breed beeld heb van de beoordelingen van alle ingediende casusposities, kan ik uw Kamer desgewenst in algemene zin nader informeren over dit traject.

Wat is uw verwachting van de wetgeving tegen schijnzelfstandigheid op de problemen die geschetst worden in zowel het Algemene Rekenkamer-rapport als het Nivel-rapport?

¹⁵ Nivel, De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2024, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004725.pdf>

¹⁶ Aanhangsel Handelingen II, vergaderjaar 2024 - 2025, nr. 1842. Antwoord op vragen van de leden Tielen en Aartsen over de ontwikkelingen rondom zelfstandige zorgprofessionals (zzp'ers in de zorg) onder andere zoals beschreven in het artikel van RTL 'In maand tijd ruim 4000 minder zzp'ers, vooral in de zorg'.

Allereerst wil ik benadrukken dat het opheffen van het handhavingsmoratorium niets heeft veranderd aan de wet- en regelgeving. Dit betekent dat het werken buiten dienstbetrekking dat voor 1 januari 2025 mogelijk was op basis van wet- en regelgeving ook nu nog mogelijk is. De opheffing van het handhavingsmoratorium per 1 januari 2025 betekent dat er weer volledig gehandhaafd wordt op de kwalificatie van de arbeidsrelatie voor de loonheffingen. Zoals ook aangegeven tijdens het Commissiedebat arbeidsmarkt van 19 december 2024 en in mijn brief van 17 december jl.¹⁷, kan het gebeuren dat er op bepaalde plekken (tijdelijk) gaten vallen doordat schijnzelfstandigen niet meer ingezet worden. Dit kan ook in delen van de huisartsenzorg het geval zijn.

Tot slot vind ik het belangrijk om te benoemen dat 2025 een overgangsjaar is, waarin voorzien wordt in een zachte landing. Samen met SZW ondersteun ik zorgorganisaties ook door in samenwerking met het veld te komen tot alternatieven voor de inzet van zzp'ers. Het gaat hierbij om het organisatie overstijgend opzetten van een flexibele schil in loondienst. Hiermee beoog ik de regionale samenwerking te stimuleren en te faciliteren.

Tot slot vinden de leden van de VVD-fractie het opvallend dat in het Nivel-rapport de oplossingsrichtingen digitalisering en meer hybride zorg zeer laag scoren. Zo heeft de commerciële aanbieder Arts en Zorg het aantal praktijkbezoeken en de werkdruk aanzienlijk weten te verlagen door de inzet van digitale consulten zonder aan kwaliteit in te boeten. Hierdoor kunnen huisartsen meer tijd besteden aan patiënten die een fysiek bezoek nodig hebben. Welke potentie ziet de minister in digitale en hybride huisartsenzorg in de aanpak van de geschetste problematiek? Hoe wil zij stimuleren dat deze oplossingsrichtingen worden aangeboden?

Ik vind het belangrijk dat in de huisartsenzorg ingezet wordt op digitale en hybride zorg en ondersteuning waar dit van meerwaarde is voor burgers, patiënten en professionals. Dit is ook in lijn met de afspraken in de visie eerstelijnszorg 2030 en in het IZA. Daarin zetten we in op zelf, thuis, dichtbij en digitaal als het kan, op basis van samen beslissen. Passende inzet van digitale en hybride zorg kan de dienstverlening richting patiënten verbeteren en vergemakkelijken, maar ook de druk op de huisarts verlichten, zeker bij laagcomplexere zorgvragen. Ook kan daarbij nog beter ingespeeld worden op de voorkeuren en mogelijkheden van individuele burgers en patiënten. Het gaat hierbij niet om implementatie en opschaling van losse digitale en technische toepassingen, maar om anders werken en organiseren met passende inzet van digitale/technische toepassingen. Daarbij is het van belang dat de voorwaarden en kaders op orde zijn, zoals benodigde vaardigheden, gebruiksgemak, databeschikbaarheid en veiligheid. Aan deze voorwaarden werk ik met veldpartijen, ook voor de huisartsenzorg, onder andere vanuit IZA-afspraken en initiatieven als Digizo.nu.

Er zijn ook al veel huisartsenpraktijken die hier vol op inzetten en patiënten die er naar tevredenheid gebruik van maken: van mogelijkheden om digitaal een afspraak te maken of een zorgvraag te stellen tot het aanvragen van een herhaalrecept of een digitale triage. Tegelijkertijd vind ik de mogelijkheden van fysieke consulten en het telefonisch kunnen benaderen van een huisartsenpraktijk in de huisartsenzorg een groot goed dat altijd gewaarborgd moet blijven voor mensen die daar behoefte aan hebben. Dit is ook belangrijk voor toegankelijkheid

¹⁷ Kamerstukken II, 2024/2025, 29282, nr. 587

voor mensen die niet digitaal vaardig zijn of onvoldoende taalbeheersing hebben. Maar simpelweg ook omdat een fysiek consult noodzakelijk kan zijn.

Tot slot werk ik, naar aanleiding van het rapport van de IGJ en NZa over de opkomst van bedrijfsketen in de huisartsenzorg, samen met veldpartijen aan een afwegingskader voor gepaste inzet van digitale huisartsenzorg. Dit is van belang omdat ook bij digitale en hybride toepassingen de kernwaarden van de huisartsenzorg geborgd moeten zijn.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van de stukken over huisartsenzorg. Zij hebben hierover nog enkele vragen.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de minister zich maximaal gaat inzetten op het opleiden van huisartsen, maar tegelijkertijd erkent dat dit uitdagend is en dat er gewerkt moet worden aan een betere organisatie van de huisartsenzorg. In hoeverre wordt er in de huidige plannen voldoende rekening gehouden met de regionale verschillen in tekorten? Zijn er concrete acties die gericht zijn op het versterken van de aantrekkelijkheid van het huisartsenvak in de onderbevoorrechte regio's?

Net als de leden van de NSC-fractie vind ik het belangrijk dat de huisartsenzorg toegankelijk en continu is in elke regio van Nederland. Daarom wil ik in het AZWA met partijen afspreken dat zorgverzekeraars via hun contractering maatwerk in de regio toepassen. Het is mijn inzet dat zij middels dit maatwerk samen met de betrokken huisartsen en RHO's de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio topprioriteit maken. Daarmee houd ik juist rekening met regionale verschillen. Zodra de landelijke afspraken hierover zijn gemaakt, kunnen zorgverzekeraars deze vertalen naar inkoopbeleid.

Daarnaast zijn er mogelijkheden om huisartsen tijdens hun opleiding richting de regio te trekken. Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat huisartsen vooral aan het begin van hun loopbaan openstaan voor regionale wervingsinitiatieven¹⁸. In verschillende regio's worden er op dit moment huisartsen regionaal opgeleid waardoor haio's tijdens hun opleiding al naar (tekort)-regio's trekken zoals Zeeland, Twente en de Noordoostpolder. Ik ben in gesprek met de opleiders over de resultaten van deze vorm van opleiden.

De leden van de NSC-fractie zijn van mening dat het verlagen van de werkdruk een cruciale factor is voor het behoud van huisartsen. Deelt de minister deze visie en zo ja, welke concrete maatregelen is zij bereid te nemen om de werkdruk voor huisartsen te verlagen?

De leden van de NSC-fractie lezen dat het aantal huisartsen dat werkt met een vaste patiëntenpopulatie al jaren achterblijft en dat het aantal huisartsen dat als praktijkhouder werkt is gedaald. Deze leden merken op dat veel huisartsen drempels ervaren bij het oprichten van een eigen praktijk. Welke concrete stappen onderneemt de minister om de dalende trend te keren en de drempels te verlagen?

¹⁸ <https://www.nivel.nl/nieuws/huisartsen-zijn-vooral-aan-het-begin-van-hun-loopbaan-geïnteresseerd-regionale>

In het AZWA zet ik in op concrete afspraken met de partijen om de werkdruk te verminderen en de drempels voor het praktijkhouderschap te verlagen. Op hoofdlijnen betreft mijn inzet:

- Landelijke activiteiten, om te komen tot een landelijk werkend ruil- en inschrijfsysteem voor patiënten, aanpak van de huisvestingsproblematiek, toekomstbestendige bekostiging, betere spreiding van huisartsen over het land en de vertaling van de kernwaarden naar werkbare en toetsbare uitgangspunten of normen.
- Regionaal maatwerk waarbij zorgverzekeraars via de contractering samen met huisartsen en RHO's maatwerk bieden om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in elke regio te borgen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie kennisgenomen van de brief van de minister met de beleidsreactie op het rapport Algemene Rekenkamer 'Focus op huisartsenzorg'. Daartoe hebben deze leden verdere vragen.

De minister geeft in deze brief aan dat de Rekenkamer geconcludeerd heeft dat er een tekort aan huisartsen is, en dat dit tekort in de toekomst nog verder zal toenemen. Voorts vragen de leden van de D66-fractie aan de minister welke structurele oorzaken de minister ziet voor het aanhoudende huisartsentekort, en hoe worden deze aangepakt in de plannen van de minister.

De knelpunten in de huisartsenzorg verschillen per regio. Voorbeelden van knelpunten zijn arbeidsmarktfactoren zoals opleidingsplekken, het aantal beschikbare huisartsen in een regio, huisvestingsmogelijkheden, demografische factoren of de werkgelegenheid in de regio voor de partner van de huisarts.

Met de afspraken die ik in het AZWA beoog te maken wil ik via twee sporen inzetten op het borgen van een toegankelijke en continue huisartsenzorg in elke regio. Op hoofdlijnen betreft dit:

- Landelijke activiteiten, om te komen tot een landelijk werkend ruil- en inschrijfsysteem voor patiënten, aanpak van de huisvestingsproblematiek, toekomstbestendige bekostiging, betere spreiding van huisartsen over het land en de vertaling van de kernwaarden naar werkbare en toetsbare uitgangspunten of normen.
- Regionaal maatwerk waarbij zorgverzekeraars via de contractering samen met huisartsen en RHO's maatwerk bieden om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in elke regio te borgen.

Deze leden vragen op welke wijze de minister zich inspant om het beroep van huisartsen toekomstbestendig te maken, ook gezien de toenemende werkdruk. Kan de minister hierbij ingaan op het gegeven dat er nu meer huisartsen dan ooit zijn?

De afgelopen jaren zijn er al veel stappen gezet om de werkdruk van huisartsen te verminderen. Met de Visie Eerstelijnszorg 2030 zetten we breed in op het verminderen van de druk op de eerstelijnszorg en het ondersteunen van

zorgverleners. Daarnaast is Meer Tijd Voor de Patiënt voor iedere huisarts beschikbaar en zet ik in op het verminderen van de administratieve lasten van huisartsen. In het AZWA zet ik in op afspraken over betere samenwerking tussen domeinen, het verminderen van administratieve lasten en het beter organiseren van de huisartsenzorg door het verlagen van de drempels voor het praktijkhouderschap. Hierbij beoog ik enerzijds landelijke acties af te spreken in een 'werkagenda' huisartsenzorg. Anderzijds beoog ik afspraken te maken over regionaal maatwerk via de contractering van zorgverzekeraars. Hiermee is mijn inzet om de beschikbare capaciteit aan huisartsen, die hoger is dan ooit, beter te benutten.

En of zij net als de leden van D66-fractie ziet dat er kansen liggen in het breder inzetten van andere zorgverleners in de eerstelijnszorg en hulpverleners uit het sociaal domein? Zo ja, op welke wijze is de minister van plan om deze kansen te benutten?

Net als de leden van de D66-fractie zie ik ook kansen in het breder benutten van professionals in de eerstelijnszorg en uit het sociaal domein.

Ik zet daarvoor, samen met partijen uit het zorgveld en het sociaal domein, in op het versterken van de brede eerstelijnszorg en de sociale basis. In de visie eerstelijnszorg is afgesproken dat er in de wijk gewerkt wordt aan het inrichten van hechte wijkverbanden waar in ieder geval de huisarts, wijkverpleging, apotheekzorg en sociaal domein professional samen komen. In dit verband maken zorgverleners afspraken over hoe in de wijk met elkaar samengewerkt wordt om de inwoners goede zorg en hulp te bieden. Ook de paramedische beroepen, specialist ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten zijn onderdeel van de visie eerstelijnszorg en worden bij de samenwerking in de wijk betrokken om zo de huisartsenzorg te ontlasten.

In het AZWA wil ik gaan afspreken dat we de samenwerking versterken tussen het zorg en het sociaal domein, zodat mensen de zorg en ondersteuning krijgen die zij daadwerkelijk nodig hebben. Dit kan onder andere door landelijke afspraken te maken tussen o.a. zorgverzekeraars, gemeenten en VWS over concrete basisfunctionaliteiten op het snijvlak sociaal en medisch domein. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld de aanpak Sociaal Verwijzen, waarbij eerstelijnszorgverleners door kunnen verwijzen naar het sociaal domein, wanneer een oplossing uit het sociaal domein passender is. Daarnaast willen we afspraken maken over een basisinfrastructuur ter ondersteuning van die basisfunctionaliteiten die zorgzame gemeenschappen faciliteert, die bestaat uit voldoende voorzieningen in de wijk, waar een goede verbinding tussen formele en informele zorg is, en waar gemeentelijke lokale teams goed verbonden zijn met de hechte wijkverbanden.

Voorts vragen deze leden, wat zijn de plannen van de minister ten aanzien van het beter spreiden van huisartsen over regio's met een tekort?

Mijn inzet is om in het AZWA met de partijen de afspraak te maken dat huisartsen, RHO's en zorgverzekeraars gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio duurzaam te borgen. Zorgverzekeraars kunnen in hun contractering maatwerk per regio bieden

om continuïteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg te borgen. Zorgverzekeraars kunnen dit maatwerk inzetten om bepaalde regio's aantrekkelijk(er) te maken voor (beginnende) huisartsen. Daarnaast onderzoek ik hoe landelijk beleid kan bijdragen aan een betere spreiding van huisartsen over het land zodat er ook voldoende huisartsen komen in zogenoemde 'tekort'-regio's.

De leden van de D66-fractie hebben zorgen omtrent de huisvesting voor huisartsenpraktijken. Erkent de minister dat een tekort aan passende praktijkruimten een belemmering vormt voor huisartsen om zich te vestigen? Op welke wijze wil de minister gemeenten stimuleren of ondersteunen om in bestemmingsplannen in nieuwbouwwijken voldoende ruimte te reserveren voor huisartsenpraktijken?

Ik deel de zorgen van de leden van de D66-fractie, want een tekort aan passende praktijkruimte kan een drempel vormen voor een huisarts om zich te kunnen vestigen. Deze drempel kan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in regio's onder druk zetten. Om deze drempel zoveel mogelijk te verlagen, zet ik in het AZWA in op afspraken over huisvestingsproblematiek. Enerzijds werk ik met partijen aan een hernieuwde Handreiking Huisvesting waarbij mijn inzet is dat partijen gaan werken volgens het 'pas toe of leg uit'-principe. Anderzijds is er ook de mogelijkheid van regionaal maatwerk mits de huisvestingsproblematiek (mede) een oorzaak is van de verminderde toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de regio.

Daarnaast wil ik benadrukken dat het belangrijk is dat huisartsen op tijd bij hun RHO, gemeente en zorgverzekeraar aan de bel trekken als zij verwachten op de korte of langere termijn te maken krijgen met huisvestingsproblematiek. Ik verwacht van deze partijen dat zij dan ook de rollen en handelingsperspectieven zoals beschreven in de Handreiking toepassen. Omdat het opstellen van referentienormen voor maatschappelijke-, zorg-, en sportvoorzieningen een onderdeel is van de handelingsopties van gemeenten, verwacht ik dat gemeenten rekening zullen houden met eerstelijnszorg of huisartsenzorg bij nieuwbouw.

Ook vragen deze leden of de minister bereid is te onderzoeken of er (tijdelijke) financieringsinstrumenten nodig zijn om praktijkruimten te realiseren in gebieden waar dit financieel gezien lastig is.

Net als de D66-fractie vind ik dit een belangrijk punt. Daarom werk ik in het AZWA aan een afspraak over regionaal maatwerk dat wordt ingezet als de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in een regio onder druk staat. Zorgverzekeraars hebben zo de mogelijkheid tot (incidentele en/of tijdelijke) financiering bij huisvestingsproblematiek.

Tot slot, deze leden vinden het belangrijk dat er op korte termijn plannen bekend zullen worden gemaakt om deze problemen aan te pakken. Daartoe vragen de leden van de D66-fractie of de minister kan aangeven wat haar overkoepelende inzet is om ervoor te zorgen dat de toegang tot de huisartsenzorg verbeterd wordt. Kan de minister daarbij toelichten welke stappen zij al heeft ondernomen en wat de Kamer verder kan verwachten?

Met de afspraken die ik in het AZWA beoog te maken wil ik via twee sporen inzetten op het borgen van een toegankelijke en continue huisartsenzorg in elke regio. Op hoofdlijnen betreft dit:

- Landelijke activiteiten, om te komen tot een landelijk werkend ruil- en inschrijfsysteem voor patiënten, aanpak van de huisvestingsproblematiek, toekomstbestendige bekostiging, betere spreiding van huisartsen over het land en de vertaling van de kernwaarden naar werkbare en toetsbare uitgangspunten of normen.
- Regionaal maatwerk waarbij zorgverzekeraars via de contractering samen met huisartsen en RHO's maatwerk bieden om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in elke regio te borgen.

Zodra het AZWA is afgerond ga ik met de partijen aan de slag om de gemaakte afspraken uit te voeren. Over de voortgang houd ik uw Kamer op de hoogte.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben de recente onderzoeken over de huisartsenzorg gelezen. Ze hebben hierover een aantal vragen aan de minister.

Genoemde leden vinden de rol van de huisarts als poortwachter heel belangrijk. Toch zien zij dat deze rol in sommige regio's niet goed werkt. In deze regio's willen weinig huisartsen een praktijk starten. Dat is een probleem, zeker omdat er straks meer ouderen bijkomen in die gebieden. De minister zegt dat zorgverzekeraars een belangrijke taak hebben: ze moeten huisartsen helpen om zich in deze regio's te vestigen. Welke instrumenten geeft de minister aan zorgverzekeraars om huisartsen te stimuleren om naar deze regio's te komen?

Net als de BBB-fractie, zie ik dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg niet in elke regio optimaal is. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden toegang hebben tot huisartsenzorg. De zorgverzekeraar heeft al voldoende instrumenten om dit te doen. Dit laten succesvolle voorbeelden uit de regio's ook zien. Deze voorbeelden zijn nu nog de koplopers, maar ik wil dat deze overal waar dat nodig is toegepast worden. Het is mijn inzet om daarover afspraken te maken in het AZWA.

Daarnaast lezen genoemde leden dat de minister eind dit jaar opnieuw kijkt naar het aantal opleidingsplekken voor huisartsen, op basis van nieuwe cijfers. Deze leden vinden dat de opleiding tot basisarts ook meer aandacht moet geven aan het praktijkhouderschap. Is de minister bereid om, samen met de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, te verkennen hoe het praktijkhouderschap meer structureel opgenomen kan worden in de coschappen van de opleiding tot basisarts? Bijvoorbeeld door het als leerdoel op te nemen in het raamplan voor de coschappen?

Ik ga niet over de inhoud van de opleiding. In opdracht van De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en Artsenfederatie KNMG is de werkgroep 'Meer extramurale artsen' aan de slag om de opleidingsinhoud beter aan te laten sluiten op de zorgvraag van de toekomst, waarbij er meer aandacht is voor het extramurale werkveld. De huisartsenopleiders hebben mij laten weten dat in 2021 reeds 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.

Verder horen de leden van de BBB-fractie dat huisartsen moeite hebben om zich ergens te vestigen. Door de krappe woningmarkt is er vaak te weinig ruimte of zijn de panden te duur. Kan de minister toezeggen om samen met gemeenten te zorgen voor voldoende betaalbare en geschikte plekken voor huisartsen, in elk dorp en elke wijk?

Ik deel de zorgen van de vragensteller en tegelijkertijd moet ik vaststellen dat krapte op de woningmarkt en bij ander vastgoed breder in de samenleving speelt. Huisartsen zijn een van de partijen die hier last van hebben. Toch is huisvesting wel een essentieel onderdeel van kwalitatief goede en toegankelijke huisartsenzorg. Daarom beschouw ik huisvestingsproblematiek als een probleem als daarmee de toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk komt te staan. In het AZWA heb ik specifiek aandacht voor huisvestingsproblematiek. Enerzijds werk ik met partijen aan een hernieuwde Handreiking Huisvesting en beoog ik de positie hiervan te verstevigen. Anderzijds is het mijn inzet om af te spreken dat, wanneer huisvestingsproblematiek (mede) een oorzaak is van discontinuë huisartsenzorg in de regio, er mogelijkheden zijn voor maatwerk vanuit de zorgverzekeraar.

Tot slot ZZZP huisartsen, genoemde leden zijn op de hoogte gebracht van het feit dat de LHV uitgebreide casuïstiek heeft aangeleverd bij de minister van VWS, de minister van SZW en de Belastingdienst. Tot op heden heeft dit echter niet geleid tot duidelijkheid. Sterker nog, de situatie is alleen maar onduidelijker geworden door het onverwachte besluit om alle geldige modelovereenkomsten te verlengen tot 1 januari 2029. Kan de minister toezeggen om bij de minister van SZW en de staatssecretaris van Financiën er op aan te dringen dat de Belastingdienst geen sancties met terugwerkende kracht oplegt tot 1 januari 2025, zo lang er geen duidelijkheid is over de ingediende casuïstiek van huisartsen en over de status van modelovereenkomsten in relatie tot de criteria die de Belastingdienst hanteert bij handhaving?

Samen met de minister van SZW en de staatssecretaris van Financiën realiseer ik mij dat het voldoen aan wet- en regelgeving en de opheffing van het handavingsmoratorium inspanning vergt en een spannend moment kan zijn voor werkgevers en werkenden. Dit geldt niet alleen voor de huisartsen, maar voor alle sectoren. Wij vinden het hierbij belangrijk dat alle sectoren gelijk behandeld worden. Werken met een uitzondering op de handhaving voor een bepaalde sector achten wij juridisch onhoudbaar, voor de uitvoering onhaalbaar en beleidsmatig onwenselijk, zeker uit oogpunt van rechtsgelijkheid tussen sectoren. Ik heb dit ook in mijn Kamerbrief van 17 december jl.¹⁹ inzake de opheffing handavingsmoratorium aangegeven. Aan uw wens om er bij de minister van SZW en de staatssecretaris van Financiën op aan te dringen dat de Belastingdienst geen sancties met terugwerkende kracht oplegt tot 1 januari 2025, kan ik daarom geen gehoor geven. Overigens legt de Belastingdienst, in het kader van de zachte

¹⁹ Kamerstukken II, 2024/2025, 29282, nr. 587

landing, over 2025 geen bestuurlijke boetes op met betrekking tot de kwalificatie van de arbeidsrelatie voor de loonheffingen. Voor zover het gaat om correcties van de loonheffingen kunnen deze wel met terugwerkende kracht tot 1 januari 2025 worden opgelegd.

De wetgeving is niet nieuw en de opheffing van het handhavingsmoratorium per 1 januari 2025 is al in 2022 aangekondigd. Ook in het Integraal Zorgakkoord (september 2022) is opgenomen dat partijen schijnzelfstandigheid vermijden. In veel gevallen is voor de zorg al langere tijd voorspelbaar geweest dat er sprake zou zijn van schijnzelfstandigheid. Dit geldt ook voor een aantal situaties binnen de huisartsenzorg, zoals bijvoorbeeld 'langdurige dagwaarnemingen'. De inmiddels met de LHV gedeelde beoordeling van de casusposities zal nog meer duidelijkheid geven. Tijdens een gesprek op 6 mei 2025 hebben de ministeries van VWS, SZW en Financiën/ Belastingdienst de beoordelingen toegelicht. Aanvullend zal er op korte termijn een overleg plaatsvinden tussen VWS, de Belastingdienst en de LHV over de binnen de huisartsenzorg geldende modelovereenkomsten.

Zoals in de Kamerbrief van 18 december 2024²⁰ van de staatssecretaris van Financiën – Fiscaliteit, Belastingdienst en Douane toegezegd, heeft de Belastingdienst in 2025 aandacht voor een 'zachte landing'. In 2025 start het risicogerichte toezicht op schijnzelfstandigheid in beginsel met een bedrijfsbezoek. Bij een bedrijfsbezoek gaat de inspecteur in gesprek over de inhuur van zelfstandigen. In dit stadium is nog niet vastgesteld of daadwerkelijk sprake is van schijnzelfstandigheid. De opdrachtgever wordt er zo nodig op gewezen dat van hem wordt verwacht dat schijnzelfstandigheid wordt voorkomen in diens organisatie. Hierdoor krijgt een ondernemer de kans om zijn bedrijfsvoering te verbeteren en te voldoen aan wet- en regelgeving.

In enkele gevallen kan schijnzelfstandigheid direct via een boekenonderzoek aan de orde komen, bijvoorbeeld bij concrete risicosignalen die duiden op evidente schijnzelfstandigheid of als er bij controle op een ander belastingmiddel, bijvoorbeeld BTW, door de inspecteur schijnzelfstandigheid wordt geconstateerd.

²⁰ Kamerstukken II, 2024/2025, 31311, nr. 280