

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

4335733-1093545-CZ

Bijlage(n)

1

Uw kenmerk

> 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 3 maart 2026
Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake Toegankelijkheid van de
huisartsenzorg

Geachte voorzitter,

Hierbij ontvangt u de beantwoording van de vragen van de leden van de vaste
commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het schriftelijk overleg
over toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

33 578

Eerstelijnszorg

36 666

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

Nr.

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2026

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 toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg "Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg"¹.

Fungerend-voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

¹ Kamerstuk 33578, nr. 167

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

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

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de reactie op de aangenomen moties bij het notaoverleg. Deze leden onderschrijven het belang van een sterke eerstelijnszorg als fundament onder een toekomstbestendig zorgstelsel. Juist in een tijd van toenemende zorgvraag, arbeidsmarktkrapte en druk op de toegankelijkheid is een goed functionerende huisartsenzorg cruciaal. De huisarts vervult daarin een sleutelpositie als eerste aanspreekpunt, vertrouwenspersoon en poortwachter van de zorg. Genoemde leden constateren dat met de afspraken uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) belangrijke stappen worden gezet en blijven deze nauwlettend volgen, om toe te zien op de mate waarin deze initiatieven daadwerkelijk bijdragen aan betere toegankelijkheid voor patiënten.

Daartoe vragen de leden van de D66-fractie de minister of hij concreet kan aangeven welke resultaten inmiddels zichtbaar zijn, bijvoorbeeld in het aantal mensen zonder vaste huisarts, het aantal patiëntenstops per regio en de ervaren toegankelijkheid voor patiënten. Kan de minister daarnaast aangeven welke instrumenten hij concreet beschikbaar heeft indien deze resultaten achter blijven?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de stukken over de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Zij onderschrijven het belang van de minister dat de huisartsenzorg in elke regio toegankelijk is, maar zij hebben enkele vragen hiertoe.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er veel actie wordt ondernomen om de huisvestingsproblematiek van huisartsenpraktijken te verhelpen, maar lezen niet wat de stand van zaken is sinds de eerste handreiking hierover is gepubliceerd in 2023. Kan de minister aangeven of en welke vooruitgang hij ziet in de huisvesting van huisartsenpraktijken? Denkt hij dat de huisartsenhuisvestingproblematiek in de toekomst erger of beter wordt?

Verder lezen de leden van de VVD-fractie dat huisartsen bij huisvestingsproblematiek de Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) als eerste aanspreekpunt hebben. Zijn alle huisartsen bij een RHO aangesloten? Als dit niet het geval is, kunnen de niet aangesloten huisartsen dan alsnog gebruik maken van de expertise van de RHO? Hiernaast bestaat op sommige plekken een Regionale Organisatiestructuur (ROS). Kan de minister aangeven wat hiermee bedoeld wordt? Op welke manier verschilt dit van een RHO? Versterken een ROS en een RHO elkaar?

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 voorliggende stukken en de brief van de minister over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de reacties op de aangenomen moties die zijn ingediend tijdens het notaoverleg "Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg". De problemen in de huisartsenzorg, ook wel de poortwachter van ons zorgsysteem, baren de betreffende leden veel zorgen en verdienen dan ook prioriteit. Zij hebben dan ook meerdere vragen over de stukken.

Allereerst onderschrijven de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie ten eerste het belang van een toegankelijke huisartsenzorg voor iedereen in iedere regio. Zij vinden het een goede zaak dat hier in het AZWA afspraken over zijn gemaakt. Wel hebben zij nog enige zorgen over de uitvoering hiervan, bijvoorbeeld met betrekking tot de afspraken die zijn gemaakt over het gesprek dat moet worden gevoerd met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) over de wijze waarop de bekostiging van de huisartsenzorg beter kan bijdragen aan de gezamenlijke beleidsdoelen. Zo oordeelde het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBb) op 18 november 2025 dat de NZa niet aannemelijk heeft gemaakt dat de tarieven voor huisartsen kostendekkend zijn. Welke stappen zijn er tot nu toe op dit gebied gezet? Wat is de stand van de zaken met betrekking tot de uitvoering van de motie van het lid Dijk over de NZa de opdracht geven om bij de nieuwe tariefberekeningen voor 2026 ook toekomstscenario's mee te nemen² en de motie van de leden Bushoff en Van Dijk om in gesprek te gaan met de NZa over een andere vorm van tariefberekening voor de huisartsenzorg waarbij ook toekomstscenario's worden meegenomen³? Kan de minister nader toelichten waarom hij enerzijds schrijft dat hij de motie van het lid Dijk in letterlijke zin niet uitvoert, maar wel handelt in de geest van de motie? En wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de gesprekken met de NZa die op basis van de motie Bushoff en Van Dijk worden gevoerd? Hebben deze gesprekken al plaatsgevonden en zo ja, kan de minister nader ingaan op de inhoud van de gesprekken? Zo nee, wanneer vinden deze gesprekken plaats?

In aanvulling hierop hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog een aantal vragen over de moties die zijn ingediend tijdens het notaoverleg van de initiatiefnota Bushoff over het toekomstbestendig maken van onze huisartsenzorg. Deze leden lezen in de brief van de minister dat hij de unaniem aangenomen motie-Mohandis c.s. over het opstellen van een uitvoeringsagenda in de huisartsenzorg⁴ naar eigen zeggen heeft uitgevoerd binnen afspraken die gemaakt zijn in het AZWA. Hoewel een van de verzoeken uit de motie inderdaad was om de voorstellen in de nota binnen de beschikbare mogelijkheden in het AZWA te implementeren, riep de motie specifiek op tot het opstellen van een uitvoeringsagenda huisartsenzorg. Het implementeren van de voorstellen van het AZWA is een van de drie voorstellen van die uitvoeringsagenda, naast 1) het

² Kamerstuk 36 666, nr. 9

³ Kamerstuk 33 578, nr. 126

⁴ Kamerstuk 36 666, nr. 5

plegen van extra inzet op de voorstellen uit de nota die volgens de minister al staande praktijk zijn maar nog onvoldoende effect hebben en 2) het jaarlijks delen van de voortgang en implementatie van deze uitvoeringsagenda met de Kamer. Hoewel betreffende leden blij zijn met de extra inzet van de minister in het AZWA naar aanleiding van de motie en de initiatiefnota, lijken er nu een aantal losstaande toezeggingen te zijn gedaan in plaats van dat er daadwerkelijk een uitvoeringsagenda is opgesteld waarvan over de voortgang jaarlijks wordt gerapporteerd aan de Kamer. De motie verzocht hier nadrukkelijk om, zodat de Kamer ook haar controlerende taak kan uitvoeren en jaarlijks kan inzien welke stappen er zijn gezet en of er vooruitgang is geboekt. Kan de minister hierop reageren? Wordt de uitvoeringsagenda nog met de Kamer gedeeld en zo ja, op welke termijn? Kan de minister toezeggen dat deze vanaf dan jaarlijks wordt geëvalueerd, geactualiseerd en gedeeld? En zo nee, kan hij dan toelichten waarom hij tegen dit nadrukkelijke verzoekpunt van de motie ingaat waardoor hij de motie, die met 150 Kamerzetels is aangenomen, in feite niet uitvoert?

Daarnaast lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat in de werkagenda huisartsenzorg, die is opgesteld naar aanleiding van afspraken in het AZWA, afspraken zijn gemaakt over het versterken van de kernwaarden in de huisartsenzorg en een stevigere aanpak van huisvestigingsproblematiek van huisartsen met aandacht voor de financiële knelpunten die zij kunnen ervaren. Kan de minister nader ingaan op deze afspraken en wat deze specifiek inhouden? Worden hierin ook de maatregelen meegenomen die zijn uitgewerkt in de initiatiefnota van het lid Bushoff? En hoe wordt de voortgang van deze afspraken gemonitord?

Tot slot hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de Handreiking huisartsen en gezondheidscentra. Hierin staat dat van gemeenten wordt verwacht dat zij referentienormen vaststellen voor maatschappelijke-, zorg- en sportvoorzieningen, met daarin een vierkante meter norm voor eerstelijnszorg inclusief huisartsenzorg. In hoeverre is dit vrijblijvend of juist een verplichting? In de handreiking staat dat gemeenten de referentienormen naar eigen inzicht kunnen vaststellen. Is er een reikwijdte waarbinnen gemeenten moeten opereren of kan een gemeente er ook voor kiezen om deze referentienormen niet op te stellen of heel laag te houden? Zowel de handreiking als de minister benoemen het positieve voorbeeld van Leiden, waar de gemeente al rekening houdt met ruimte voor eerstelijnszorg bij grotere bouwprojecten. Kan, eventueel in samenwerking met departementen die betrokken zijn bij de Omgevingswet, worden gestimuleerd dat andere gemeenten hierin volgen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben de brief inzake de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gelezen. Voor dit schriftelijk overleg hebben zij voor nu geen vragen en geen verdere inbreng.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister over de toekomst van de huisartsenzorg en hebben hierover nog enkele vragen. Deze leden zien dat door allerlei betrokken partijen goede stappen worden gezet, maar missen daarin op punten nog een concrete invulling van de rol van de Rijksoverheid. Deze leden hebben daarom nog enkele vragen.

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de nieuwe handreiking voor huisvesting van huisartsen. Zij lezen dat een van de afspraken is dat zorgverzekeraars financieel maatwerk bieden bij (dreigende) toegankelijkheidsproblematiek in de huisartsenzorg door huisvestingsproblemen die samenhangen met financiële knelpunten. Deze leden missen hierin nog een

reflectie van de minister op vraag hoe de bekostiging, die nu via segment 3 loopt, hier het beste op kan aansluiten. Dat is immers de verantwoordelijkheid van de minister. Deze leden vragen of en zo ja, welke mogelijkheden de minister ziet om de bekostiging verder te verbeteren, zodat zorgverzekeraars en huisartsen zo min mogelijk drempels ervaren om tot financieel maatwerk te komen. In het algemeen vragen deze leden wat de vervolgstappen van de minister zijn ten aanzien van huisvesting, boven op de goede stappen die nu genomen zijn en in de brief beschreven worden.

De leden van de CDA-fractie vinden de reactie op het onderzoek naar de regionale herkomst van huisartsen (in opleiding) en de aanbevelingen te mager, zeker aangezien uit dit onderzoek duidelijk blijkt dat er een grote overlap is tussen gebieden met tekorten en gebieden met weinig geneeskundestudenten. Zij lezen dat de minister verwijst naar een brief van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), maar in deze brief wordt niet specifiek op alle mogelijke vormen van selectiebeleid. Deze leden vragen hoe de minister het publieke belang van toegankelijkheid van de huisartsenzorg weegt ten opzichte van de autonomie van onderwijsinstellingen als het gaat om selectie. Deze leden vragen of de minister per genoemde vorm van selectie wil ingaan op de mogelijkheden en onmogelijkheden. Zij lezen ook dat de minister aangeeft dat selectie op basis van geboorte- of woonplaats wettelijk niet toegestaan is. Zij vragen waarom dat niet mogelijk is en welke aanpassing van de wet hiervoor dan benodigd zou zijn. Verder vragen deze leden of de gesprekken met het veld al andere kansrijke interventies hebben opgeleverd en zo ja, welke dat dan zijn.

Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie naar de stand van zaken als het gaat om de afwikkeling van het faillissement van Co-Med en de zorg voor (oud-)patiënten. Ook vragen deze leden hoe de lessen uit deze casus zijn meegenomen in de stappen die nu worden gezet in de huisartsenzorg.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Kamerbrief over de Toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg "Stop de commercie". Deze leden hebben hierover de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie constateren dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in veel regio's onder druk staat en dat er sprake is van aanhoudende tekorten. Het blijft onduidelijk hoe wordt voorkomen dat krimpregio's en plattelandsgebieden opnieuw structureel achterblijven. Welke regio's worden door de minister op dit moment aangemerkt als regio's met (dreigende) discontinuïteit van huisartsenzorg, en op basis van welke indicatoren gebeurt dit? Hoe borgt de minister dat ook krimpregio's, dorpen en snelgroeiende plattelandskernen toegang houden tot tijdige en nabij beschikbare huisartsenzorg, inclusief ruimte voor praktijkuitbreiding? Waarom kiest de minister er opnieuw voor om geen landelijke norm vast te stellen voor maximale reistijd naar een huisarts, terwijl dit in andere domeinen wel gebruikelijk is?

Verder lezen genoemde leden dat zorgverzekeraars een sterkere rol krijgen in het leveren van regionaal maatwerk. Zij vragen de minister of dit niet leidt tot verschillen in aanpak en prioriteiten tussen regio's. Hoe wordt voorkomen dat cruciale beslissingen over regionale huisartsencapaciteit afhankelijk worden van individuele keuzes van zorgverzekeraars, in plaats van landelijk geborgde regie? Welke mogelijkheden heeft de NZa om in te grijpen wanneer een zorgverzekeraar

onvoldoende invulling geeft aan de zorgplicht of te weinig regionaal maatwerk levert? Op welke wijze wordt geborgd dat regionale samenwerking niet resulteert in het 'verdelen van patiënten', maar daadwerkelijk in het realiseren van extra huisartsencapaciteit?

Daarnaast constateren de leden van de BBB-fractie dat de vernieuwde handreiking huisvesting dezelfde knelpunten beschrijft als eerdere versies en opnieuw gebaseerd is op vrijwillige afspraken. Waarom kiest de minister opnieuw voor het principe 'pas toe of leg uit' in plaats van bindende afspraken, terwijl eerdere vrijwillige trajecten onvoldoende effect hebben gehad? Hoeveel regio's beschikken nog niet over een operationeel H-team, en wanneer wordt landelijke dekking gerealiseerd? Is de minister bereid gemeenten te verplichten om bij ruimtelijke ontwikkeling structureel ruimte voor eerstelijnszorg, inclusief huisartsenpraktijken, te reserveren?

Ook lezen genoemde leden dat veel huisartsen te maken hebben met forse financiële risico's bij praktijkstart, uitbreiding en huisvesting. Hoeveel praktijkovernames en uitbreidingen zijn in 2024 en 2025 niet doorgegaan vanwege financieringsproblemen, en op basis van welke gegevens wordt dit gemonitord? Waarom wordt niet gekozen voor een landelijk garantiefonds om huisartsen te ondersteunen bij financieringsrisico's, zodat niet alles afhankelijk is van commerciële kredietverlening of incidenteel maatwerk? Hoe wordt voorkomen dat hogere huisvestingskosten uiteindelijk bij patiënten terechtkomen via huren, bijdragen of verzekeringspremies?

Verder wordt in het rapport selecteren voor de Toekomst duidelijk dat regio's met grote huisartsentekorten dezelfde regio's zijn waar in 25 jaar nauwelijks geneeskundestudenten vandaan komen. Erkent de minister dat zonder een aanpassing in de selectie- en opleidingssystematiek regionale huisartsentekorten structureel zullen blijven bestaan? Welke concrete maatregelen worden voorbereid om instroom van studenten uit tekortregio's te vergroten, en waarom wordt het concept van 'Bonded Medical Places' niet actief uitgewerkt? Waarom is er nog geen openbaar landelijk dashboard waarin per regio inzichtelijk is hoeveel huisartsencapaciteit beschikbaar is, welke praktijkruimten ontbreken, welke uitstroom wordt verwacht en waar wachtlijsten ontstaan?

Ook hebben de leden van de BBB-fractie naar aanleiding van de door hen ingediende motie-Van der Plas⁵ de volgende vraag. Kan de minister toezeggen om alsnog te onderzoeken of, naar het model van Beieren, ook in Nederland een regeling kan worden ingericht waarbij gemotiveerde en aantoonbaar geïnteresseerde (huis)artsstudenten die buiten de loting vallen, toch een opleidingsplek kunnen krijgen, mits zij zich verbinden om na afstuderen gedurende tien jaar als (huis)arts werkzaam te blijven in vooraf aangewezen tekortregio's?

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie de minister om een tijdlijn waaruit blijkt wanneer de knelpunten rondom huisvesting, capaciteit en regionale spreiding aantoonbaar zijn verminderd, en welke indicatoren hij daarvoor hanteert.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de Toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg "Stop de commercie, steun de huisarts. Een

⁵ Kamerstuk 36200-XVI, nr. 105

plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg". Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie merken op dat de minister veel aangenomen moties zegt te uitvoeren als onderdeel van bestaand beleid, zoals de afspraken uit het AZWA. Daarmee bestaat wel het risico dat de effecten die huisartsen in de praktijk ervaren van het beleid minder groot zijn dan wat de Kamer had gewild. Hoe is de minister van plan dit te voorkomen? Wordt er voldoende gemonitord of de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de beschikbaarheid van huisvesting voor huisartsenpraktijken verbeterd?

De leden van de SP-fractie merken daarnaast op dat de minister de motie-Dijk⁶ waarin de regering wordt verzocht "een regeling op te zetten vanuit provincies waarbij huisartsen subsidie kunnen krijgen voor het (ver)bouwen van huisartsenpraktijken om beginnende huisartsen te stimuleren een eigen praktijk te beginnen", helemaal niet uitvoert. De minister stelt dat er al veel andere partijen betrokken zijn bij dit vraagstuk en dat het regelen van voldoende financiering een taak van de zorgverzekeraars is. De leden van de SP-fractie wijzen er echter op dat deze verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en de betrokkenheid van andere partijen er in praktijk niet toe heeft geleid dat dit probleem is opgelost.

Desalniettemin voert de minister de motie helemaal niet uit. Waarom heeft hij niet gekeken naar manieren om een subsidieregeling op een andere manier in te richten, als het probleem ligt bij de rol van de provincie? Is hij bereid dit alsnog te doen?

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de minister over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de reactie op de aangenomen moties bij het notaoverleg. Deze leden onderschrijven het belang van een sterke eerstelijnszorg als fundament onder een toekomstbestendig zorgstelsel. Juist in een tijd van toenemende zorgvraag, arbeidsmarktkrapte en druk op de toegankelijkheid is een goed functionerende huisartsenzorg cruciaal. De huisarts vervult daarin een sleutelpositie als eerste aanspreekpunt, vertrouwenspersoon en poortwachter van de zorg. Genoemde leden constateren dat met de afspraken uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) belangrijke stappen worden gezet en blijven deze nauwlettend volgen, om toe te zien op de mate waarin deze initiatieven daadwerkelijk bijdragen aan betere toegankelijkheid voor patiënten.

Daartoe vragen de leden van de D66-fractie de minister of hij concreet kan aangeven welke resultaten inmiddels zichtbaar zijn, bijvoorbeeld in het aantal mensen zonder vaste huisarts, het aantal patiëntenstops per regio en de ervaren toegankelijkheid voor patiënten. Kan de minister daarnaast aangeven welke instrumenten hij concreet beschikbaar heeft indien deze resultaten achter blijven?

Het kabinet is het eens met de leden van de D66-fractie eens dat een sterke eerstelijnszorg het fundament onder het zorgstelsel is, nu en in de toekomst. Daarin speelt de huisartsenzorg een belangrijke rol. Het is van groot belang dat iedere inwoner zich kan inschrijven bij een vaste huisarts(enpraktijk) in de buurt. We zien echter dat de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg op dit moment onder druk staat. Daarom zijn met de betrokken partijen afspraken gemaakt in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) om de

⁶ Kamerstuk 36 666, nr. 10

toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg in Nederland te borgen. Kort samengevat betreft het de volgende afspraken:

1. De werkagenda huisartsenzorg met als doel dat werken met een vaste patiëntenpopulatie weer de norm wordt in de huisartsenzorg. In deze werkagenda staan o.a. afspraken over een landelijk ruil- en inschrijfsysteem voor mensen die een (nieuwe) huisarts zoeken, over de aanpak van huisvestingsproblematiek van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, over een betere spreiding van huisartsen over Nederland en over het versterken van de kernwaarden van de huisartsenzorg.
2. Inzet op regionaal (financieel) maatwerk door zorgverzekeraars om gericht regionale en lokale knelpunten rondom continuïteit van zorg aan te pakken.

Samen met de partijen zijn we voortvarend aan de slag gegaan met het uitvoeren van de afspraken. Twee afspraken zijn reeds uitgevoerd. Dit heeft geresulteerd in het opleveren van de nieuwe Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra, waarover u reeds bent geïnformeerd⁷ en ligt er inmiddels een leidraad continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg 2027/2028 (hierna: leidraad continuïteit) die is ontwikkeld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in samenwerking met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen, Patiëntenfederatie Nederland (PFNL) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In een brief die u gelijktijdig met deze antwoorden ontvangt wordt de Kamer nader geïnformeerd over deze leidraad continuïteit, op basis waarvan zorgverzekeraars met regionaal (financieel) maatwerk in de contractering inzetten op continuïteit van huisartsenzorg in elke regio. Naast deze landelijke acties zijn er vele goede regionale en lokale goede voorbeelden in het land waar huisartsen, regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en zorgverzekeraars de handen ineenslaan.

Het kabinet heeft er vertrouwen in dat de combinatie van de gemaakte afspraken zal bijdragen aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Via onder meer data van het Nivel en Vektis monitort VWS samen met AZWA-partijen of dit ook daadwerkelijk gebeurt. Deze informatie is ook onderdeel van de IZA-monitor. Indien de gewenste resultaten achterblijven, zal ik daarover in gesprek treden met genoemde partijen en bezien of extra acties nodig en mogelijk zijn.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de stukken over de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Zij onderschrijven het belang van de minister dat de huisartsenzorg in elke regio toegankelijk is, maar zij hebben enkele vragen hiertoe.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er veel actie wordt ondernomen om de huisvestingsproblematiek van huisartsenpraktijken te verhelpen, maar lezen niet wat de stand van zaken is sinds de eerste handreiking hierover is gepubliceerd in 2023. Kan de minister aangeven of en welke vooruitgang hij ziet in de huisvesting van huisartsenpraktijken? Denkt hij dat de huisartsenhuisvestingproblematiek in de toekomst erger of beter wordt?

Sinds de publicatie van de eerste Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra (hierna: Handreiking Huisvesting) zijn veel positieve ontwikkelingen te zien in het veld. Steeds vaker zetten gemeenten een stap naar voren door bijvoorbeeld rekening te houden met eerstelijnszorgvoorzieningen bij

⁷ Kamerstukken II, 2025/2026, 33 578, nr. 167

nieuwbouwprojecten, zoals mijn eerder genoemde voorbeeld over Leiden⁸. Ook hebben inmiddels veel zorgverzekeraars een inkoopmodule ten behoeve van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in hun inkoopbeleid opgenomen, bijvoorbeeld als sprake is van huisvestingsproblematiek. Met de afspraken over regionaal (financieel) maatwerk en de bijbehorende leidraad zetten we ook stevig in op het oplossen van financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek. Met deze combinatie van afspraken doet het kabinet er samen met betrokken partijen alles aan om dit vraagstuk op te lossen.

Verder lezen de leden van de VVD-fractie dat huisartsen bij huisvestingsproblematiek de Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) als eerste aanspreekpunt hebben. Zijn alle huisartsen bij een RHO aangesloten? Als dit niet het geval is, kunnen de niet aangesloten huisartsen dan alsnog gebruik maken van de expertise van de RHO?

Er worden landelijk geen cijfers bijgehouden van het aantal aangesloten huisartsen bij Regionale Huisartsenorganisaties (RHO's). Navraag bij InEen - de koepelorganisatie van de RHO's - leert dat merendeel van de praktijkhoudende huisartsen en gezondheidscentra is aangesloten bij een RHO. De praktijkhoudende huisartsen die zich nog niet hebben aangesloten, kunnen dat alsnog doen. RHO's stimuleren alle huisartsen in de regio om zich aan te sluiten en volgens InEen zijn er ook steeds meer niet-praktijkhouders aangesloten bij de RHO's.

Verder heeft InEen laten weten dat in zijn algemeenheid RHO's huisartsen die (nog) geen lid zijn de mogelijkheid bieden om gebruik te maken van ondersteuning bij huisvestingsvraagstukken in hun regio en kennis te nemen van het RHO-huisvestingsplan.

Hiernaast bestaat op sommige plekken een Regionale Organisatiestructuur (ROS). Kan de minister aangeven wat hiermee bedoeld wordt? Op welke manier verschilt dit van een RHO? Versterken een ROS en een RHO elkaar?

Een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) is een regionale organisatie die zich richt op het ondersteunen van samenwerking en organisatieontwikkeling in de eerstelijnszorg. Zij zijn organisatorisch en financieel onafhankelijk van zorgaanbieders en/of beroepsgroepen en worden (deels) gefinancierd door zorgverzekeraars, waarmee inhoudelijke activiteiten worden afgesproken. ROS'en verlenen een netwerk- en procesrol richting de brede eerstelijnszorg, zoals de paramedische sector en ook de samenwerking in de geboortezorg en met gemeenten. Daarbij richten ze zich onder meer op netwerkvorming in de regio, de implementatie van beleid en programma's en het uitvoeren en ondersteunen van thematische projecten. De ROS'en verschillen per regio in taken, schaal en positionering.

Een Regionale Huisartsenorganisatie (RHO) is primair ingericht voor en door huisartsen en richt zich op de organisatie en ondersteuning van de huisartsenzorg, zoals administratie, ICT, arbeidsmarktvraagstukken en innovatie. De RHO is vertegenwoordiger van de huisartsen in de regio die hiervoor hun mandaat geven. Daarnaast beheert een RHO vaak de huisartsenspoedpost(en) in de regio en organiseert zij programmatische zorg voor mensen met chronische aandoeningen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, astma en COPD. De basis voor de bekostiging van RHO's ligt in de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire

⁸ Kamerstukken II, 2025/2026, 33 578, nr. 167

zorg, en dan met name in segment 2 van die bekostiging (Organisatie & Infrastructuur en Multidisciplinaire Zorg).

De focus van een RHO ligt dus nadrukkelijk op de (organisatie van) huisartsenzorg, terwijl een ROS zich breder richt op de eerstelijnszorg. Zo kunnen een ROS en een RHO elkaar aanvullen en versterken. De mate waarin dit het geval is verschilt per regio en is afhankelijk van de lokale inrichting en taakverdeling. Op dit moment vinden in het kader van de implementatie van de visie eerstelijnszorg 2030 gesprekken met betrokken partijen plaats over de toekomstige regionale organisatie van eerstelijnszorg en welke (samenhangende) ondersteuningsstructuren deze vraagt. De regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's) die momenteel in elke regio worden opgezet spelen hierbij in ieder geval een centrale rol.

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 voorliggende stukken en de brief van de minister over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de reacties op de aangenomen moties die zijn ingediend tijdens het notaoverleg "Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg". De problemen in de huisartsenzorg, ook wel de poortwachter van ons zorgsysteem, baren de betreffende leden veel zorgen en verdienen dan ook prioriteit. Zij hebben dan ook meerdere vragen over de stukken.

Allereerst onderschrijven de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie ten eerste het belang van een toegankelijke huisartsenzorg voor iedereen in iedere regio. Zij vinden het een goede zaak dat hier in het AZWA afspraken over zijn gemaakt. Wel hebben zij nog enige zorgen over de uitvoering hiervan, bijvoorbeeld met betrekking tot de afspraken die zijn gemaakt over het gesprek dat moet worden gevoerd met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de wijze waarop de bekostiging van de huisartsenzorg beter kan bijdragen aan de gezamenlijke beleidsdoelen. Zo oordeelde het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBb) op 18 november 2025 dat de NZa niet aannemelijk heeft gemaakt dat de tarieven voor huisartsen kostendekkend zijn. Welke stappen zijn er tot nu toe op dit gebied gezet?

De uitwerking van de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) is aan de NZa. Het CBb heeft de NZa opgedragen om binnen zes maanden gevolg te geven aan de uitspraak. De NZa heeft een proces opgestart waarbij zij onder meer gesprekken voert met de betrokken partijen.

Wat is de stand van de zaken met betrekking tot de uitvoering van de motie van het lid Dijk over de NZa de opdracht geven om bij de nieuwe tariefberekeningen voor 2026 ook toekomstscenario's mee te nemen⁹ en de motie van de leden Bushoff en Van Dijk om in gesprek te gaan met de NZa over een andere vorm van tariefberekening voor de huisartsenzorg waarbij ook toekomstscenario's worden meegenomen¹⁰? Kan de minister nader toelichten waarom hij enerzijds schrijft dat hij de motie van het lid Dijk in letterlijke zin niet uitvoert, maar wel handelt in de geest van de motie? En wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de gesprekken met de NZa die op basis van de motie Bushoff en Van Dijk worden gevoerd? Hebben deze gesprekken al plaatsgevonden en zo ja, kan de minister nader ingaan op de inhoud van de gesprekken? Zo nee, wanneer vinden deze gesprekken plaats?

⁹ Kamerstuk 36 666, nr. 9

¹⁰ Kamerstuk 33 578, nr. 126

De motie Dijk vraagt het kabinet om de NZa een opdracht te geven om de tariefberekening voor 2026 te wijzigen. Het is de bevoegdheid van de NZa als zelfstandig bestuursorgaan om prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen. Die tarieven moeten redelijkerwijs kostendekkend zijn. Ingrijpen in de bevoegdheden van de NZa kan alleen voor zover geldende wetgeving dat mogelijk maakt. Zo kan de minister aan de NZa algemene aanwijzingen geven over de onderwerpen waarover de NZa regels of beleidsregels kan vaststellen. Het is de zelfstandige bevoegdheid van de NZa om binnen de kaders van deze aanwijzingen voor verschillende sectoren de daadwerkelijke prestatiebeschrijvingen en (kostendekkende) tarieven vast te stellen. De minister van VWS heeft hier dus geen rol in en dat is de reden dat het kabinet de oproep in de motie om met de NZa in gesprek te gaan over een 'andere vorm van tariefberekening' niet letterlijk uitvoert. Bovendien heeft het CBb recent geoordeeld dat de wijze waarop de NZa het tariefonderzoek in de huisartsenzorg uitvoert niet onrechtmatig is¹¹. Het is dus niet mogelijk deze motie in letterlijke zin uit te voeren.

Wel ga ik vanuit mijn stelselverantwoordelijkheid als minister van VWS in gesprek met AZWA-partijen en de NZa over toekomstbestendige bekostiging in de huisartsenzorg. De eerste inhoudelijke gesprekken zijn ambtelijk inmiddels gevoerd. Hiermee geeft het kabinet invulling aan de motie van de leden Bushoff en Dijk, die vraagt om met de NZa in gesprek te gaan over een andere vorm van tariefberekening waarbij ook toekomstscenario's worden meegenomen. De gesprekken richten zich, vanwege de hierboven beschreven wettelijke rolverdeling tussen NZa en VWS, niet primair op de tariefberekening maar op de bekostigingssystematiek in de huisartsenzorg als geheel. Dit is tevens in de geest van de eerdergenoemde motie Dijk, omdat we samen met de betrokken partijen analyseren of er elementen zijn in de huidige bekostiging die het realiseren van toekomstbestendige huisartsenzorg kunnen bemoeilijken. Indien uit deze analyse blijkt dat wijzigingen noodzakelijk zijn, zal dit leiden tot een opdracht of aanwijzing van het kabinet aan de NZa. In de parallel verzonden brief over de huisartsenzorg wordt de Kamer uitgebreider geïnformeerd over dit proces. Voor de zomer ontvangt de Kamer de inhoudelijke uitkomsten van de analysefase en de vervolgstappen die gezet zullen worden.

In aanvulling hierop hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog een aantal vragen over de moties die zijn ingediend tijdens het notaoverleg van de initiatiefnota Bushoff over het toekomstbestendig maken van onze huisartsenzorg. Deze leden lezen in de brief van de minister dat hij de unaniem aangenomen motie-Mohandis c.s. over het opstellen van een uitvoeringsagenda in de huisartsenzorg¹² naar eigen zeggen heeft uitgevoerd binnen afspraken die gemaakt zijn in het AZWA. Hoewel een van de verzoekpunten uit de motie inderdaad was om de voorstellen in de nota binnen de beschikbare mogelijkheden in het AZWA te implementeren, riep de motie specifiek op tot het opstellen van een uitvoeringsagenda huisartsenzorg. Het implementeren van de voorstellen van het AZWA is een van de drie voorstellen van die uitvoeringsagenda, naast 1) het plegen van extra inzet op de voorstellen uit de nota die volgens de minister al staande praktijk zijn maar nog onvoldoende effect hebben en 2) het jaarlijks delen van de voortgang en implementatie van deze uitvoeringsagenda met de Kamer. Hoewel betreffende leden blij zijn met de extra inzet van de minister in het AZWA naar aanleiding van de motie en de initiatiefnota, lijken er nu een aantal losstaande toezeggingen te zijn gedaan in plaats van dat er daadwerkelijk een uitvoeringsagenda is opgesteld waarvan over de voortgang jaarlijks wordt

¹¹ [Uitspraak CBb, 18 november 2025.](#)

¹² Kamerstuk 36 666, nr. 5

gerapporteerd aan de Kamer. De motie verzocht hier nadrukkelijk om, zodat de Kamer ook haar controlerende taak kan uitvoeren en jaarlijks kan inzien welke stappen er zijn gezet en of er vooruitgang is geboekt. Kan de minister hierop reageren? Wordt de uitvoeringsagenda nog met de Kamer gedeeld en zo ja, op welke termijn? Kan de minister toezeggen dat deze vanaf dan jaarlijks wordt geëvalueerd, geactualiseerd en gedeeld? En zo nee, kan hij dan toelichten waarom hij tegen dit nadrukkelijke verzoekpunt van de motie ingaat waardoor hij de motie, die met 150 Kamerzetels is aangenomen, in feite niet uitvoert?

De leden van de GL-PvdA-fractie zien net als het kabinet het belang van een toegankelijke huisartsenzorg voor iedere inwoner in Nederland. De motie Mohandis over het opstellen van een uitvoeringsagenda beschouwt het kabinet dan ook als een grote steun voor de werkagenda huisartsenzorg in het AZWA. De werkagenda huisartsenzorg in het AZWA is juist bedoeld als de gevraagde uitvoeringsagenda en in deze agenda is een groot deel van de concrete voorstellen uit de initiatiefnota van het lid Bushoff opgenomen. In de uitgebreide reactie¹³ op de initiatiefnota van het lid Bushoff heeft het kabinet reeds toegelicht hoe dit is gebeurd. Met de werkagenda zetten we ook extra in op voorstellen die al staande praktijk zijn. Een voorbeeld hiervan is de aanvullende inzet op (financieel) maatwerk door zorgverzekeraars. Waar de staande praktijk is dat verschillende zorgverzekeraars al maatwerk in de huisartsenzorg toepassen, is met deze afspraak landelijk vastgelegd dat alle zorgverzekeraars dit gaan doen en zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop. Middels de IZA/AZWA-monitoring wordt de Kamer meerdere keren per jaar geïnformeerd over de voortgang op de gemaakte afspraken en de situatie in de huisartsenzorg.

Daarnaast lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat in de werkagenda huisartsenzorg, die is opgesteld naar aanleiding van afspraken in het AZWA, afspraken zijn gemaakt over het versterken van de kernwaarden in de huisartsenzorg en een stevigere aanpak van huisvestigingsproblematiek van huisartsen met aandacht voor de financiële knelpunten die zij kunnen ervaren. Kan de minister nader ingaan op deze afspraken en wat deze specifiek inhouden? Worden hierin ook de maatregelen meegenomen die zijn uitgewerkt in de initiatiefnota van het lid Bushoff? En hoe wordt de voortgang van deze afspraken gemonitord?

Via de werkgroep die opvolging geeft aan de aanbevelingen van de IGJ en NZa over bedrijfsketenvorming in de huisartsenzorg, hebben de LHV en NHG verkend in hoeverre de kernwaarden van de huisartsenzorg te vertalen zijn naar werkbare en toetsbare uitgangspunten of normen. Deze verkenning is afgerond en vastgesteld in de vorm van een handreiking. Tijdens de verkenning hebben de partijen de balans opgezocht tussen enerzijds het voorkomen van excessen en anderzijds het behouden van ruimte voor innovatie (en niet onnodig klemzetten van het overgrote deel van de huisartsen waar het goed gaat). In de brief die gelijktijdig met deze beantwoording is verzonden, wordt de Kamer hier verder over geïnformeerd.

In diezelfde brief ontvangt de Kamer een nadere toelichting op de afspraken die zijn gemaakt over (financieel) regionaal maatwerk door zorgverzekeraars als de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de regio onder druk staat. Hiervoor is de landelijke leidraad continuïteit vastgesteld. Dit maatwerk kan ook een oplossing bieden voor de financiële knelpunten die huisartsen kunnen ervaren bij het opstarten, verbouwen of verhuizen van hun praktijk. De leidraad continuïteit geeft huisartsen, RHO's en zorgverzekeraars een landelijk gedragen kader en stappenplan voor het ontwikkelen van regionale maatwerkafspraken die helpen om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg te borgen. De RHO's

¹³ Kamerstuk 36 666, nr. 2

ontwikkelen in samenwerking met de zorgverzekeraars een regionale analyse van de toegankelijkheidsproblematiek en een daarbij passend maatwerkplan met interventies die de toegankelijkheid van de huisartsenzorg moeten vergroten. Omdat dit maatwerkplan altijd afhankelijk is van de regionale problematiek, is er geen vaste set aan interventies maar hebben de RHO's en zorgverzekeraars de vrijheid om samen deze set samen te stellen. Voorbeelden hiervan zijn interventies gericht op geschikte huisvesting, innovatieve werkvormen en versterking van het lokale vestigingsklimaat van huisartsen. In de beleidsreactie¹⁴ op de initiatiefnota Bushoff is reeds aangegeven welke voorstellen uit de initiatiefnota voorbeelden zijn van dit maatwerk. In brede zin wordt de voortgang op de huisartsenafspraken uit het AZWA gemonitord middels de IZA-monitoring. De Kamer wordt hierover meermaals per jaar geïnformeerd.

Tot slot hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen over de Handreiking huisartsen en gezondheidscentra. Hierin staat dat van gemeenten wordt verwacht dat zij referentienormen vaststellen voor maatschappelijke-, zorg- en sportvoorzieningen, met daarin een vierkante meter norm voor eerstelijnszorg inclusief huisartsenzorg. In hoeverre is dit vrijblijvend of juist een verplichting? In de handreiking staat dat gemeenten de referentienormen naar eigen inzicht kunnen vaststellen. Is er een reikwijdte waarbinnen gemeenten moeten opereren of kan een gemeente er ook voor kiezen om deze referentienormen niet op te stellen of heel laag te houden? Zowel de handreiking als de minister benoemen het positieve voorbeeld van Leiden, waar de gemeente al rekening houdt met ruimte voor eerstelijnszorg bij grotere bouwprojecten. Kan, eventueel in samenwerking met departementen die betrokken zijn bij de Omgevingswet, worden gestimuleerd dat andere gemeenten hierin volgen?

Niet in elke gemeente is er sprake van huisvestingsproblematiek voor huisartsen en gezondheidscentra. Het staat gemeenten zelf vrij om eerstelijnszorgvoorzieningen, waaronder huisartsenzorg, mee te nemen in het opstellen van referentienormen voor maatschappelijke voorzieningen. Gezien elk college van Burgemeester en Wethouders verantwoording aflegt aan haar gemeenteraad, gaat het kabinet er vanuit dat als de urgentie hoog is, deze gemeenteraad zelf vraagt om het opstellen van referentienormen voor zorgvoorzieningen. Dit is ook in lijn met de afspraak in het AZWA dat partijen, waaronder gemeenten, de handreiking gebruiken volgens het principe 'pas toe of leg uit'.

Het inhoudelijk opstellen van deze referentienormen laat het kabinet dus aan de gemeenten. In de Handreiking Huisvesting zijn een aantal parameters en voorbeelden meegegeven waar gemeenten gebruik van kunnen maken als zij referentiewaarden willen opstellen. Indien nodig kan de VNG gemeenten hierover meer informatie of hen naar andere gemeenten en relevante partijen doorverwijzen.

Dit onderwerp is inderdaad ook besproken met departementen die betrokken zijn bij de Omgevingswet. Het belang van ruimte voor voorzieningen, waaronder huisartsen, is om die reden opgenomen in de Ontwerp-Nota Ruimte (hoofdstuk 10.13).

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben de brief inzake de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gelezen. Voor dit schriftelijk overleg hebben zij voor nu geen vragen en geen verdere inbreng.

¹⁴ Kamerstuk 36 666, nr. 2

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de minister over de toekomst van de huisartsenzorg en hebben hierover nog enkele vragen. Deze leden zien dat door allerlei betrokken partijen goede stappen worden gezet, maar missen daarin op punten nog een concrete invulling van de rol van de Rijksoverheid. Deze leden hebben daarom nog enkele vragen.

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de nieuwe handreiking voor huisvesting van huisartsen. Zij lezen dat een van de afspraken is dat zorgverzekeraars financieel maatwerk bieden bij (dreigende) toegankelijkheidsproblematiek in de huisartsenzorg door huisvestingsproblemen die samenhangen met financiële knelpunten. Deze leden missen hierin nog een reflectie van de minister op vraag hoe de bekostiging, die nu via segment 3 loopt, hier het beste op kan aansluiten. Dat is immers de verantwoordelijkheid van de minister. Deze leden vragen of en zo ja, welke mogelijkheden de minister ziet om de bekostiging verder te verbeteren, zodat zorgverzekeraars en huisartsen zo min mogelijk drempels ervaren om tot financieel maatwerk te komen.

Partijen kunnen nu al in de contractering aan de slag met de uitvoering van de leidraad continuïteit. Daarnaast vinden gesprekken plaats met de betrokken partijen of de bekostiging verder kan worden verbeterd. Indien blijkt dat aanpassingen nodig zijn zal de Kamer hierover voor de zomer worden geïnformeerd.

In het algemeen vragen deze leden wat de vervolgstappen van de minister zijn ten aanzien van huisvesting, boven op de goede stappen die nu genomen zijn en in de brief beschreven worden.

Met de LHV, InEen, ZN en de VNG is afgesproken dat het veld nu aan zet is om de handelingsperspectieven uit de nieuwe Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra uit te voeren. Zij hebben toegezegd dat hun leden deze handreiking zullen uitvoeren volgens het principe 'pas toe of leg uit'. Samen met de mogelijkheid van regionaal (financieel) maatwerk als huisartsen ook financiële knelpunten ervaren, ligt er een volledig pakket van afspraken waarmee de huisvestingsproblematiek kan worden aangepakt. Vanzelfsprekend blijven betrokken partijen in nauw contact over de ontwikkelingen in het veld.

De leden van de CDA-fractie vinden de reactie op het onderzoek naar de regionale herkomst van huisartsen (in opleiding) en de aanbevelingen te mager, zeker aangezien uit dit onderzoek duidelijk blijkt dat er een grote overlap is tussen gebieden met tekorten en gebieden met weinig geneeskundestudenten. Zij lezen dat de minister verwijst naar een brief van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), maar in deze brief wordt niet specifiek op alle mogelijke vormen van selectiebeleid. Deze leden vragen hoe de minister het publieke belang van toegankelijkheid van de huisartsenzorg weegt ten opzichte van de autonomie van onderwijsinstellingen als het gaat om selectie. Deze leden vragen of de minister per genoemde vorm van selectie wil ingaan op de mogelijkheden en onmogelijkheden. Zij lezen ook dat de minister aangeeft dat selectie op basis van geboorte- of woonplaats wettelijk niet toegestaan is. Zij vragen waarom dat niet mogelijk is en welke aanpassing van de wet hiervoor dan benodigd zou zijn. Verder vragen deze leden of de gesprekken met het veld al andere kansrijke interventies hebben opgeleverd en zo ja, welke dat dan zijn.

Dit kabinet weegt het publieke belang van toegankelijke huisartsenzorg zwaar. Tegelijkertijd is de toelating tot numerus-fixusopleidingen (zoals geneeskunde) in het stelsel decentraal belegd bij instellingen binnen de kaders van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW); daarbinnen is de directe sturingsruimte van de minister van OCW beperkt. Deze autonomie van de

opleidingsinstituten is een expliciete stelselkeuze. De inzet is daarom gericht op een nauwe samenwerking met het veld om tot andere kansrijke interventies te komen. De verkenning hiervan met het veld vindt momenteel plaats. Deze zal in nauwe samenwerking met de minister van OCW voor het zomerreces met de Kamer worden gedeeld.

In het rapport *Selecteren voor de Toekomst: Iedereen een Huisarts*¹⁵ worden vier verschillende vormen van selectie beschreven (1. Bonded medical places, 2. Quota voor kandidaten uit tekortregio's, 3. Contextualised admissions, 4. Extra loten voor aspirant-studenten uit tekortregio's). In de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) is bepaald dat selectie in de bachelor uitsluitend kan plaatsvinden op basis van ten minste twee kwalitatieve criteria¹⁶, loting, of een combinatie daarvan.¹⁷ Daarbinnen hebben onderwijsinstellingen volledige vrijheid in de keuze van kwalitatieve criteria en de instrumenten om die te toetsen. Die vrijheid van de instellingen binnen het decentrale stelsel maakt het mogelijk om een goede match tussen aspirant-student en de specifieke opleiding aan die instelling te kunnen maken. Om de genoemde vormen van selectie mogelijk te maken moet de wet gewijzigd worden. Het gaat hier om zeer complexe vormen van selectie waarvoor uitgebreid (juridisch) onderzoek noodzakelijk is om de effecten en risico's daarvan goed in kaart te kunnen brengen. De ambtsvoorgangers van de minister van OCW hebben eerder de (on)mogelijkheden van *contextualised admissions* in de Nederlandse context geschetst.¹⁸

Tegelijkertijd zijn er ook al stappen die instellingen binnen de grenzen van de wet kunnen zetten. Opleidingen kunnen er bijvoorbeeld wel voor kiezen om motivatie (kwalitatief criterium) om stages te lopen in een bepaalde regio of werkgebied op te nemen in de selectieprocedure. Zo lang er altijd maar ten minste twee kwalitatieve criteria een rol spelen in de selectieprocedure.

Op basis van de eerdergenoemde verkenning die met het veld wordt uitgevoerd, zullen de ministers van VWS en OCW besluiten over de vervolgaanpak.

Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie naar de stand van zaken als het gaat om de afwikkeling van het faillissement van Co-Med en de zorg voor (oud-)patiënten. Ook vragen deze leden hoe de lessen uit deze casus zijn meegenomen in de stappen die nu worden gezet in de huisartsenzorg.

De zorg voor (oud) patiënten van Co-Med is geregeld. De NZa geeft aan dat voor alle patiënten direct na en in de maanden na het faillissement een structurele oplossing is gevonden bij een andere zorgaanbieder. Informatie over de financiële afwikkeling van het faillissement vindt u in het meeste recente faillissementsverslag van 10 april 2025. Daarin geven de curatoren aan dat de afwikkeling van een faillissement als Co-Med normaliter - afhankelijk van het antwoord op de vraag of er gerechtelijke procedures ontstaan met betrekking tot de verantwoordelijkheid rondom de oorzaken van het faillissement - 3 tot 5 jaar duurt. Vooralsnog lijkt dat in dit geval ook een realistische termijn.

¹⁵ Mulder, L. [Selecteren voor de Toekomst: Iedereen een Huisarts](#)

¹⁶ Kwalitatieve criteria zeggen iets over de kwaliteiten (kennis en vaardigheden) van een aspirant-student, zoals cognitieve vaardigheden, cijfers, relevante werkervaring, visie en verwachting van de opleiding of vakkennis, Kamerstukken II 2023-2024, 31288, nr. 111.

¹⁷ Artikel 7.53 WHW.

¹⁸ Kamerstukken II 2024/25, 31288, nr. 1188, Kamerstukken II, 2023/24, 31288, nr. 11032

Uit de lerende evaluatie naar aanleiding van de casus Co-Med blijkt dat het eerder en beter bij elkaar brengen van signalen het belangrijkste leerpunt is¹⁹. Signalen waren aanwezig, maar verspreid over meerdere organisaties en daardoor onvoldoende snel als samenhangend beeld herkend. Deze les is meegenomen in de vervolgstappen die nu worden gezet. Onder meer is er afgesproken om de samenwerking en informatiedeling tussen toezichthouders, zorgverzekeraars, beroepsgroepen en VWS structureel te versterken. De betrokken partijen hebben afgesproken om in het gremium dat is opgericht rondom de (verkenning naar de) concretisering van de kernwaarden van de huisartsenzorg, periodiek bijeen te blijven komen om signalen en knelpunten uit de dagelijkse praktijk zoals actuele casuïstiek of nieuwe ontwikkelingen en nieuwe aanbieders te bespreken. Met deze werkwijze wordt geborgd dat partijen elkaar sneller vinden bij signalen of twijfel zodat tijdig kan worden gehandeld en herhaling van vergelijkbare situaties wordt voorkomen. In de gelijktijdig verzonden brief ontvangt de Kamer hier nader toelichting over.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Kamerbrief over de Toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg "Stop de commercie". Deze leden hebben hierover de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie constateren dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in veel regio's onder druk staat en dat er sprake is van aanhoudende tekorten. Het blijft onduidelijk hoe wordt voorkomen dat krimpregio's en plattelandsgebieden opnieuw structureel achterblijven. Welke regio's worden door de minister op dit moment aangemerkt als regio's met (dreigende) discontinuïteit van huisartsenzorg, en op basis van welke indicatoren gebeurt dit? Hoe borgt de minister dat ook krimpregio's, dorpen en snelgroeiende plattelandskernen toegang houden tot tijdige en nabij beschikbare huisartsenzorg, inclusief ruimte voor praktijkuitbreiding?

De inzet van het beleid van dit kabinet en daarmee ook de gemaakte huisartsenafspraken in het AZWA is dat iedere inwoner van Nederland ingeschreven kan staan bij een vaste huisarts(enpraktijk) in de buurt. De zorgen van de leden van de BBB-fractie dat bepaalde gebieden, zoals krimpregio's, structureel met tekorten aan huisartsenzorg kampen zijn begrijpelijk. Juist dit vraagstuk wordt geadresseerd in het coalitieakkoord 'aan de slag' en het is daarom positief dat dit centraal staat bij de afspraken die in de leidraad continuïteit met de zorgverzekeraar, huisartsen en RHO's zijn gemaakt over (financieel) maatwerk per regio. In de leidraad continuïteit zijn hiervoor indicatoren opgenomen, die zullen samenkomen in een 'signaleringsmatrix'. Op basis van deze matrix wordt duidelijk waar de (verwachte) knelpunten in toegankelijkheid en continuïteit het grootst zijn. De matrix is gebaseerd op feitelijke data, zoals huisartsencapaciteit, uitstroom en mensen zonder huisarts. Het doel van deze matrix is om objectief duidelijk te maken in welke regio's de urgentie voor maatwerkinvesteringen ten behoeve van het borgen van toegankelijke en continue huisartsenzorg het grootste is. De partijen ontwikkelen op dit moment deze matrix. Doel van de partijen is dat deze matrix in de tweede helft van 2026 opgemaakt is, zodat zorgverzekeraars aan de hand hiervan kunnen investeren in 2027. De verwachting is dat de Kamer hierover na de zomer nader kan worden geïnformeerd.

Waarom kiest de minister er opnieuw voor om geen landelijke norm vast te stellen voor maximale reistijd naar een huisarts, terwijl dit in andere domeinen wel gebruikelijk is?

¹⁹ Kamerstukken II, 2025/26, 33 578, nr. 165

De beroepsgroep heeft in de richtlijnen opgenomen dat een huisarts, na een melding van een spoedgeval, de inspanningsverplichting heeft om binnen 15 minuten bij de patiënt aanwezig te zijn. De beroepsgroep stelt dat met deze maximale reistijd van 15 minuten de patiëntveiligheid niet in het geding is. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet toe op deze richtlijn²⁰. Deze norm is ook opgenomen in de NZa-beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw²¹. Daarnaast bestaan voor de huisartsenposten bereikbaarheidsnormen die gericht zijn op huisartsenzorg bij spoed. Deze zijn opgenomen in de uitvoeringsregeling van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Hiermee acht het kabinet de bereikbaarheid van huisartsenzorg voldoende verankerd in regelgeving.

Verder lezen genoemde leden dat zorgverzekeraars een sterkere rol krijgen in het leveren van regionaal maatwerk. Zij vragen de minister of dit niet leidt tot verschillen in aanpak en prioriteiten tussen regio's. Hoe wordt voorkomen dat cruciale beslissingen over regionale huisartsencapaciteit afhankelijk worden van individuele keuzes van zorgverzekeraars, in plaats van landelijk geborgde regie?

Om te zorgen dat vergelijkbare regionale problematiek ook op een vergelijkbare manier wordt aangepakt is door partijen de Leidraad continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg 2027/2028 opgesteld. Deze heeft de Kamer ontvangen met de gelijktijdig met deze antwoorden verzonden brief over de huisartsenzorg. In deze leidraad zijn landelijke afspraken gemaakt over de inzet van regionaal (financieel) maatwerk door zorgverzekeraars. Op deze manier kiezen partijen uit het AZWA voor een combinatie van landelijke regie met ruimte voor maatwerk dat aansluit bij de regionale vraagstukken.

Welke mogelijkheden heeft de NZa om in te grijpen wanneer een zorgverzekeraar onvoldoende invulling geeft aan de zorgplicht of te weinig regionaal maatwerk levert?

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars, waaronder de zorgplicht. De basis voor deze rol ligt in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)²². In deze wet is ook het handavingsinstrumentarium opgenomen voor de NZa om haar toezichthoudende taken uit te voeren. De NZa heeft in haar Beleidsregel handhaving kenbaar gemaakt hoe zij invulling geeft aan deze taken: "handhaving is al het handelen van de NZa dat bijdraagt aan normnaleving door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en het CAK, door toepassing van activiteiten als onder meer preventie, signalering, oordeelsvorming, sturing en het opleggen van sancties." ²³ De NZa beschikt hierbij over een breed palet van informele en formele instrumenten zoals waarschuwen, het openbaren van een overtreding, een partij een aanwijzing geven of het opleggen van last onder dwangsom. Afhankelijk van de situatie bekijkt de NZa welk handavingsinstrument passend is om in te zetten. De NZa heeft bijvoorbeeld in 2024 de grootste zorgverzekeraars in vier regio's onderzocht met wachttijden boven de treeknormen voor de geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg. De NZa concludeerde dat er verbetermogelijkheden waren voor alle zorgverzekeraars bij het uitvoeren van hun zorgplicht. Bij twee zorgverzekeraars zag de NZa zulke tekortkomingen dat zij een

²⁰ <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/09/20230717-LHV-Richtlijnen-beschikbaar-bereikbaar-DEF.pdf>

²¹ <https://wetten.overheid.nl/jci1.3:c:BWBR0040215&z=2018-01-01&g=2018-01-01>

²² Zie artikel 16, sub b, Wmg.

²³ NZa, Beleidsregel Handhaving TH/BR-030, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_691956_22/

formele maatregel hebben gekregen. Vervolgens is een van deze verzekeraars onder verscherpt toezicht geplaatst, wat eind 2025 is opgeheven omdat verbetermaatregelen voldoende zijn doorgevoerd²⁴.

Op welke wijze wordt geborgd dat regionale samenwerking niet resulteert in het 'verdelen van patiënten', maar daadwerkelijk in het realiseren van extra huisartsencapaciteit?

Het doel van de in het AZWA gemaakte afspraken is dat er interventies worden gepleegd waarbij de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg voor iedere inwoner en in elke regio geborgd wordt. Het vergroten van de capaciteit kan

onderdeel zijn van de regionale aanpak, net zoals het beter verdelen van patiënten over de beschikbare capaciteit aan huisartsen. Dit laatste uiteraard altijd in overleg met de betreffende patiënten.

Daarnaast constateren de leden van de BBB-fractie dat de vernieuwde handreiking huisvesting dezelfde knelpunten beschrijft als eerdere versies en opnieuw gebaseerd is op vrijwillige afspraken. Waarom kiest de minister opnieuw voor het principe 'pas toe of leg uit' in plaats van bindende afspraken, terwijl eerdere vrijwillige trajecten onvoldoende effect hebben gehad?

Sinds het publiceren van de Handreiking Huisvesting in 2023 zijn er veel positieve bewegingen in het veld met betrekking tot huisvestingsproblematiek. Zorgverzekeraars en gemeenten zetten steeds vaker een stap naar voren om problematiek (tijdig) aan te pakken samen met huisartsen. Dit traject heeft dus reeds positieve effecten gehad.

Met de leidraad continuïteit, de nieuwe handreiking, en de afspraak dat partijen deze handreiking inzetten volgens het principe 'pas toe of leg uit' is met de partijen een aanvullend stevig pakket aan maatregelen, rollen en handelingsopties afgesproken om de problematiek aan te pakken. De in het AZWA gemaakte afspraken zijn bovendien niet vrijblijvend: met hun handtekening hebben alle partijen zich hieraan gecommitteerd.

Tegelijkertijd is het belangrijk om te blijven benadrukken dat het organiseren van passende huisvesting hoort bij het ondernemerschap van een praktijkhoudend huisarts. Omdat geen van de andere partijen (RHO, zorgverzekeraar, gemeente) een wettelijke taak heeft bij de huisvesting van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, is het binnen de huidige juridische kaders niet mogelijk om verder te gaan dan het maken van (landelijke, regionale en lokale) afspraken over hoe elke partij de eigen rol en verantwoordelijkheid invult. Het wettelijk verplaatsen van de verantwoordelijkheid van huisvesting van de huisarts naar een andere partij is een complex en intensief proces, met veel haken en ogen. Het kabinet acht het niet wenselijk om deze route te nemen, vanwege de benodigde tijd en grote complexiteit daarvan terwijl ook binnen het huidige stelsel tot de gewenste resultaten kan worden gekomen.

Hoeveel regio's beschikken nog niet over een operationeel H-team, en wanneer wordt landelijke dekking gerealiseerd?

Een H-team is een lokaal samenwerkingsverband dat zich inzet om huisvestingsvraagstukken van huisartsen op te lossen. Het opzetten van een H-team is geen landelijk beleid, maar één van de handelingsopties uit de

²⁴ [NZa: verscherpt toezicht CZ opgeheven | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

Handreiking Huisvesting. Het is aan partijen zelf om een H-team op te zetten in de regio's en gemeenten als dit passend is bij de situatie. Aangezien partijen hebben afgesproken de Handreiking Huisvesting in principe toe te passen, rekent het kabinet erop dat wanneer partijen constateren dat een H-team van meerwaarde is, zij dit opzetten. Landelijke dekking is in zichzelf dus geen doel van deze afspraken.

Is de minister bereid gemeenten te verplichten om bij ruimtelijke ontwikkeling structureel ruimte voor eerstelijnszorg, inclusief huisartsenpraktijken, te reserveren?

Het kabinet ziet net als de leden van de BBB-fractie en de VNG dat gemeenten een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben in het oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartsen. Zoals eerder benoemd in antwoord op een vraag van de BBB-fractie, hebben gemeenten geen wettelijke taak bij de huisvesting van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. Zodoende kan het kabinet gemeenten niet verplichten tot het reserveren van ruimte voor eerstelijnszorgvoorzieningen. Er is op dit moment ook geen reden om dat te veranderen, omdat dit vraagstuk binnen de bestaande wettelijke kaders kan worden opgelost middels de samenwerkingsafspraken die in het AZWA zijn gemaakt.

Ook lezen genoemde leden dat veel huisartsen te maken hebben met forse financiële risico's bij praktijkstart, uitbreiding en huisvesting. Hoeveel praktijkovernames en uitbreidingen zijn in 2024 en 2025 niet doorgegaan vanwege financieringsproblemen, en op basis van welke gegevens wordt dit gemonitord?

Er is geen landelijke data beschikbaar over hoeveel praktijkovernames en uitbreidingen niet doorgaan en om welke reden. Dit is naar verwachting ook niet goed te monitoren. Wel monitort VWS samen met AZWA-partijen de toegankelijkheid en arbeidsmarkt van de huisartsenzorg.

Het klopt dat huisartsen tegen drempels kunnen aanlopen bij het overnemen of uitbreiden van een praktijk. Met de leidraad continuïteit zetten de betrokken partijen in op regionaal (financieel) maatwerk, bijvoorbeeld als sprake is van financiële knelpunten bij praktijkovername of uitbreiding.

Waarom wordt niet gekozen voor een landelijk garantiefonds om huisartsen te ondersteunen bij financieringsrisico's, zodat niet alles afhankelijk is van commerciële kredietverlening of incidenteel maatwerk?

In het najaar van 2024 heeft de Kamer een uitgebreide toelichting ontvangen waarom het opzetten van of aansluiten bij een landelijk garantiefonds, ofwel waarborgfonds, niet passend is voor de huisartsenzorg²⁵. In deze brief is aangegeven dat een waarborgfonds beperkt bijdraagt aan de oplossing voor problemen die huisartsen ervaren, zoals huisvestingsproblematiek. Bovendien zorgt een waarborgfonds er niet per se voor dat huisartsen minder afhankelijk worden van commerciële kredietverlening, maar biedt het, doordat kredietverleners een garantie hebben op betaling van rente en aflossing, betere toegang tot financiering tegen betere voorwaarden. Voor nadere toelichting wijst de leden van de BBB-fractie op de destijds gestuurde Kamerbrief. Het staat huisartsenpartijen vrij om zelf onderling een soortgelijk fonds op te zetten, zonder achterborg van de Rijksoverheid. Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) heeft al aangegeven daarover met huisartsenpartijen mee te willen denken.

²⁵ Kamerstukken II, 2023/2024, 36600, nr. XVI 108

Hoe wordt voorkomen dat hogere huisvestingskosten uiteindelijk bij patiënten terechtkomen via huren, bijdragen of verzekeringspremies?

In de maximumtarieven die de NZa vaststelt voor de huisartsenzorg zitten onder meer de huisvestingskosten verdisconteerd. Deze tarieven worden jaarlijks ambtshalve geïndexeerd en worden gefinancierd uit het budgettair kader huisartsenzorg. Ook (financieel) maatwerk waarover in AZWA afspraken zijn gemaakt zal uit hetzelfde kader bekostigd moeten worden. Aan dit kader draagt iedere inwoner van Nederland bij door betaling van zorgverzekeringspremies en belastingen. Bij stijgende huisvestingskosten in de tarieven voor huisartsenzorg zal er dus meer druk komen op dit budgettair kader waardoor mogelijk ook de zorgpremie of belastingafdracht zal moeten stijgen. Dit wil het kabinet natuurlijk zoveel mogelijk voorkomen. Het is in ons aller belang dat er voor huisartsen altijd gezocht wordt naar passende huisvesting. Daarom stimuleert het kabinet samenwerking tussen de betrokken partijen op lokaal niveau én is het van belang dat (financieel) maatwerk bij huisvestingsproblematiek enkel plaatsvindt als de continuïteit van zorg – nu of in de toekomst – onder druk staat. De gedachte achter de afspraken in het AZWA is dat we op deze manier gericht extra financieren waar dat nodig is, zonder de totale uitgaven onnodig te laten stijgen.

Indien de NZa op basis van de uitspraak van het CBb over de tarieven in de huisartsenzorg tot de conclusie komt dat aanpassingen nodig zijn in de wijze waarop huisvestingskosten worden verwerkt in de maximumtarieven voor huisartsenzorg, kan ook dit invloed hebben op de totale uitgaven aan huisartsenzorg.

Verder wordt in het rapport selecteren voor de Toekomst duidelijk dat regio's met grote huisartsentekorten dezelfde regio's zijn waar in 25 jaar nauwelijks geneeskundestudenten vandaan komen. Erkent de minister dat zonder een aanpassing in de selectie- en opleidingssystematiek regionale huisartsentekorten structureel zullen blijven bestaan?

Het kabinet erkent dat regionale huisartsentekorten een structureel karakter hebben en samenhangen met instroom, opleiding en vestigingskeuzes van artsen. Daarom gaat het kabinet ook in gesprek met opleidingsinstituten binnen de geneeskunde- en huisartsenopleiding om te bezien welke stappen die instellingen binnen de grenzen van de wet zelf kunnen zetten. Tegelijkertijd is de verbetering van de regionale spreiding niet uitsluitend afhankelijk van de selectie- en opleidingssystematiek. Het is van belang om naast opleidings- en instroomvraagstukken te werken aan randvoorwaarden die vestiging in tekortregio's aantrekkelijker maken, waaronder passende huisvesting en ondersteuning van huisartsen op regionaal niveau. Daarom wordt, naast de verkenning van kansrijke interventies in samenwerking met het ministerie van OCW en het veld, ook ingezet op maatregelen gericht op regionale maatwerkoplossingen. Met deze integrale aanpak werkt het kabinet eraan om regionale tekorten te verminderen.

Welke concrete maatregelen worden voorbereid om instroom van studenten uit tekortregio's te vergroten, en waarom wordt het concept van 'Bonded Medical Places' niet actief uitgewerkt?

Het kabinet verkent samen met veldpartijen concrete en kansrijke maatregelen om de instroom richting de huisartsenopleiding en de regionale spreiding te verbeteren. Dit gebeurt in het kader van de AZWA-afpraak over gerichtere spreiding. De verkenning naar concrete maatregelen vindt momenteel plaats. Na afronding van de verkenning zal het kabinet een besluit nemen over de eventuele invoering van maatregelen. Naast opleidingsbeleid wordt hierbij ook gekeken naar andere prikkels en randvoorwaarden die het aantrekkelijk maken voor huisartsen

om zich in regio's met (dreigende) tekorten te vestigen. De opbrengst van deze verkenning worden voor de zomer met de Kamer gedeeld.

In het antwoord op de vraag van de fractie van het CDA worden de wettelijke kaders rondom selectie in het hbo en wo beschreven. In het concept van *bonded medical places* worden plekken gereserveerd op basis van een contract dat aspirant-studenten (bij minimale geschiktheid) sluiten met werkgevers in de zorg in een bepaalde regio of met de overheid, afhankelijk van de precieze inrichting. De huidige wettelijke kaders bieden op dit moment geen ruimte om dit concept toe te passen. Op basis van de verkenning zullen de ministers van VWS en OCW besluiten over de vervolgaanpak.

Waarom is er nog geen openbaar landelijk dashboard waarin per regio inzichtelijk is hoeveel huisartsencapaciteit beschikbaar is, welke praktijkruimten ontbreken, welke uitstroom wordt verwacht en waar wachtlijsten ontstaan?

Het kabinet begrijpt de behoefte van de leden van de BBB-fractie om meer inzicht in de (regionale) toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg. Zoals aangegeven in het antwoord op een eerdere vraag van de BBB-fractie ontwikkelt ZN samen met de LHV en InEen een signaleringsmatrix die de regionale knelpunten in beeld brengt middels feitelijke data, zoals huisartsencapaciteit, uitstroom en mensen zonder huisarts. Naar verwachting wordt de Kamer hierover na de zomer nader geïnformeerd.

Naast deze matrix heeft het Nivel recentelijk een dashboard ontwikkeld waarin veel van de door de BBB-fractie aangedragen indicatoren zijn opgenomen, zoals huisartsendichtheid, aantal huisartsenpraktijken en het aantal patiëntenstops²⁶. Een deel van deze data is ook naar regio uitsplitsbaar.

Ook hebben de leden van de BBB-fractie naar aanleiding van de door hen ingediende motie-Van der Plas²⁷ de volgende vraag. Kan de minister toezeggen om alsnog te onderzoeken of, naar het model van Beieren, ook in Nederland een regeling kan worden ingericht waarbij gemotiveerde en aantoonbaar geïnteresseerde (huis)artsstudenten die buiten de loting vallen, toch een opleidingsplek kunnen krijgen, mits zij zich verbinden om na afstuderen gedurende tien jaar als (huis)arts werkzaam te blijven in vooraf aangewezen tekortregio's?

In het antwoord op de vraag van de fractie van het CDA worden de wettelijke kaders rondom selectie in het hbo en wo beschreven: selectie dient uitsluitend plaats te vinden op basis van ten minste twee kwalitatieve criteria, loting, of een combinatie daarvan. Het model van Beieren valt daarom niet binnen de huidige wettelijke kaders, omdat selectie daarbij plaatsvindt op basis van een contract dat aspirant studenten sluiten met de overheid, in plaats van tenminste twee kwalitatieve criteria of loting (of een combinatie daarvan). Het kabinet voert op dit moment een brede verkenning uit naar de mogelijkheden om huisartsen beter over het land te spreiden.

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie de minister om een tijdlijn waaruit blijkt wanneer de knelpunten rondom huisvesting, capaciteit en regionale spreiding aantoonbaar zijn verminderd, en welke indicatoren hij daarvoor hanteert.

²⁶ <https://www.nivel.nl/nl/beroepenregistraties-de-gezondheidszorg/nivel-cijfers-huisartsen-en-huisartsenpraktijken-aantal>

²⁷ Kamerstuk 36200-XVI, nr. 105

In antwoord op de eerdere vragen van de BBB-fractie is aangegeven dat partijen een signaleringsmatrix ontwikkelen waarin de door de BBB aangedragen variabelen terugkomen. Naar verwachting wordt de Kamer na de zomer nader geïnformeerd over het publiceren van de matrix en de te gebruiken indicatoren. Daarnaast is in het AZWA met partijen afgesproken dat we het aantal mensen zonder huisarts en het aantal huisartsen dat met een vaste patiëntenpopulatie werkt gedurende het AZWA monitoren. Waar mogelijk wordt dit gecombineerd met de IZA-monitor, waarover de Kamer regelmatig wordt geïnformeerd.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de Toegankelijkheid van de huisartsenzorg en reacties op de aangenomen moties ingediend tijdens het notaoverleg "Stop de commercie, steun de huisarts. Een plan voor toekomstbestendige huisartsenzorg". Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie merken op dat de minister veel aangenomen moties zegt te uitvoeren als onderdeel van bestaand beleid, zoals de afspraken uit het AZWA. Daarmee bestaat wel het risico dat de effecten die huisartsen in de praktijk ervaren van het beleid minder groot zijn dan wat de Kamer had gewild. Hoe is de minister van plan dit te voorkomen? Wordt er voldoende gemonitord of de toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de beschikbaarheid van huisvesting voor huisartsenpraktijken verbeterd?

Problematiek in de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg is complex en afhankelijk van veel verschillende factoren. Daarom is, samen met de betrokken partijen, gekozen voor een integrale aanpak die aangrijpt op verschillende knelpunten in de huisartsenzorg. In deze integrale aanpak, bestaande uit verschillende AZWA-afspraken waaronder de werkagenda huisartsenzorg en regionaal (financieel) maatwerk, zijn de moties van de Kamer zorgvuldig meegenomen. De reden dat een deel van de moties onderdeel van bestaand beleid is, is dat deze moties actief zijn meegenomen in de onderhandelingen van het kabinet met partijen over het AZWA. De Kamer wordt regelmatig geïnformeerd op de voortgang op deze afspraken en de effecten in het veld middels de IZA-monitoring.

De leden van de SP-fractie merken daarnaast op dat de minister de motie-Dijk²⁸ waarin de regering wordt verzocht "een regeling op te zetten vanuit provincies waarbij huisartsen subsidie kunnen krijgen voor het (ver)bouwen van huisartsenpraktijken om beginnende huisartsen te stimuleren een eigen praktijk te beginnen", helemaal niet uitvoert. De minister stelt dat er al veel andere partijen betrokken zijn bij dit vraagstuk en dat het regelen van voldoende financiering een taak van de zorgverzekeraars is. De leden van de SP-fractie wijzen er echter op dat deze verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en de betrokkenheid van andere partijen er in praktijk niet toe heeft geleid dat dit probleem is opgelost.

Desalniettemin voert de minister de motie helemaal niet uit. Waarom heeft hij niet gekeken naar manieren om een subsidieregeling op een andere manier in te richten, als het probleem ligt bij de rol van de provincie? Is hij bereid dit alsnog te doen?

Het kabinet is het met de leden van de SP-fractie eens dat huisvestingsproblematiek een urgent probleem is in de huisartsenzorg. Het is hierbij wel belangrijk om te benadrukken dat huisvestingsproblematiek een breed

²⁸ Kamerstuk 36 666, nr. 10

maatschappelijk probleem is dat niet enkel huisartsen of andere zorgverleners raakt, maar ook andere sectoren en burgers. De verwachting is dus ook niet dat dit vraagstuk binnen afzienbare termijn nergens meer zal spelen.

Sinds de publicatie van de handreiking in 2023 hebben betrokken partijen steeds vaker een stap naar voren gezet en ook hun (maatschappelijke) verantwoordelijkheid gepakt. Daarbij is het belangrijk om te realiseren dat elke casus uniek is en er geen uniforme oplossing bestaat voor huisvestingsproblematiek in de huisartsenzorg. Om die reden is met de partijen overeengekomen dat (financieel) maatwerk het meest passend is als huisartsen knelpunten ervaren in hun huisvestingsproblematiek.

Het opzetten van een subsidieregeling, bijvoorbeeld via provincies, vindt het kabinet onwenselijk. Naast de al mogelijke financiële maatwerkinvesteringen, wanneer de continuïteit van de huisartsenzorg onder druk staat, zijn huisvestingskosten ook geborgd in de huidige bekostigingssystematiek van de huisartsenzorg. Het geld voor zowel de structurele huisvestingscomponent als incidenteel maatwerk wordt opgebracht door de premie die alle verzekerden in Nederland betalen. Met het opzetten van subsidieregelingen, bijvoorbeeld via provincies, zal de huisartsenzorg ook via andere wegen bekostigd moeten worden. Hierdoor ontstaan onnodig veel financieringsroutes, met elk mogelijk extra administratieve lasten en het risico op dubbele lasten voor mensen die in Nederland immers ook al premie voor de Zvw betalen. Dit wil het kabinet voorkomen en zodoende voert het kabinet de motie van het lid Dijk niet uit, zoals ook toegelicht in de Kamerbrief²⁹ die onderwerp is van dit schriftelijk overleg.

²⁹ Kamerstuk 33578, nr. 167