

Vergaderjaar 2023–2024

33 578

Eerstelijnszorg

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 115

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 20 maart 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 19 december 2023 over de Stand van zaken versterking huisartsenzorg (Kamerstukken 33 578 en 31 765, nr. 112).

De vragen en opmerkingen zijn op 20 februari 2024 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 20 maart 2024 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave

| | | |
|-----|---|---|
| I. | Vragen en opmerkingen vanuit de fracties | 2 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie | 2 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de GL-PvdA-fractie | 3 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie | 4 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie | 5 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie | 6 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie | 6 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie | 7 |
| | Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie | 9 |
| II. | Reactie van de Minister | 9 |

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben de brief van de Minister met aandacht gelezen en hebben naar aanleiding daarvan nog de volgende vragen. De Minister refereert naar de vier kernwaarden van goede huisartsenzorg: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Zeker drie van die kernwaarden hebben een behoorlijke relatie met «client centered of shared decision making» (SDM). De beroepsgroep zelf spreekt over dit onderwerp ook in toenemende mate als een zorgbenaarding die zogenaamde passende zorg stimuleert en mogelijk ook invloed heeft op zorgkosten en toegankelijkheid van zorg. Een veelgehoorde klacht is dat juist die gespreksinterventies geen onderdeel zijn van de bekostigingssystematiek. De leden van de de PVV-fractie vragen de Minister te reflecteren op de ontwikkeling van SDM in relatie tot passende zorg en de mogelijke hiaten in financiering van huisartsenzorg.

De leden van de PVV-fractie lezen in de brief van de Minister dat in het kader van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) naast het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen (HAIO) ook de inzet van de Physician Assistant (PA) en Verpleegkundig Specialist (MANP) wordt gestimuleerd. De leden van de PVV vragen de Minister of opleidingsinstituten (hogeschole) volgens de huidige regelgeving financiering opleidingsplaatsen MANP, wel in staat zijn om meer op te leiden of zelfs op mogen opleiden. De leden vragen haar op bovenstaande te reflecteren om daarmee de zorgen van deze leden weg te nemen.

De leden van de PVV-fractie nemen kennis van de aandacht die de Minister heeft voor de onwenselijke ontwikkeling van de private equity partijen die in toenemende mate de zorg domineren. Genoemde leden vragen de Minister welke huidige wet(ten) verhinderen dat deze ontwikkeling stopgezet kan worden.

De Minister geeft aan dat diverse partijen afgesproken hebben dat zorgverzekeraars de nieuwe tarieven (vervangingsstarieven avond-nacht en feestdagen) alleen vergoeden als de diensten evenredig verdeeld zijn. De leden van de PVV-fractie vragen de Minister welke acceptabele grens voor «evenredige» verdeling wordt gehanteerd, met andere woorden wat het toetsingskader van dit voorstel is.

De Minister geeft aan dat het zogenaamde «vrij roosteren» al op kleinere schaal wordt toegepast. De uitwerking daarvan is voor nu overwegend positief. De leden van de PVV-fractie zouden graag van de Minister willen

weten welke aspecten als positief worden bevonden en daarnaast welke uitdagingen er nog zijn om iedereen positief te laten zijn.

De Minister wil het werken met een vaste patiëntenpopulatie bevorderen, onder andere door het breder beschikbaar maken van het praktijkhouderschap. Op welke manier denkt de Minister dit te bereiken? Vanuit het werkveld en recent nog tijdens het «politieke café» over regeldruk voor de huisartsen, horen de leden van de PVV-fractie dat vooral de regeldruk en de administratieve lasten ervoor zorgen dat men niet kiest voor een praktijkhouderschap. Is de Minister bereid om de regeldruk voor de huisartsen aan te pakken? Zo ja, op welke wijze?

Tot slot zijn de leden van de PVV-fractie benieuwd naar de zienswijze van de Minister met betrekking tot de huisvestingsproblematiek. Welke rol ziet de Minister weggelegd voor de lokale overheden om ervoor te zorgen dat de huisvestingsproblematiek sterk verbeterd wordt?

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

De leden van de GL-PvdA-fractie vinden dat de huisarts een cruciale rol speelt in ons zorgstelsel. Toegang tot de huisarts is daarom essentieel. Heeft de Minister in beeld hoeveel mensen op dit moment geen vaste huisarts hebben, rekeninghoudend met het feit dat er soms ook nog patiënten noodgedwongen ingeschreven staan bij hun oude huisarts omdat ze nog geen nieuwe huisarts kunnen vinden? Zo nee, ziet de Minister de kans om dit per regio in beeld te brengen?

De leden van de GL-PvdA-fractie hebben al vaker aandacht gevraagd voor de huisvestingsproblematiek van huisartsen, en hebben daarom met interesse de handreiking gelezen. Zij zijn benieuwd of de Minister gelooft dat deze handreiking voldoende oplossingen biedt voor de zeer serieuze problematiek. Genoemde leden lezen terug dat gemeenten afspraken kunnen maken, huisvesting voor zorg als beleidsdoel kunnen opnemen en samenwerking kunnen bevorderen. Zijn er ook manieren om voorrang voor huisartsenpraktijken en andere zorginstellingen te bewerkstelligen ten opzichte van bijvoorbeeld commerciële organisaties? Betekent deze handreiking dat gemeenten meer gebruik zullen maken van de bestemming maatschappelijk/maatschappelijk-zorg/zorg om de toegang tot huisvesting voor huisartsen te verbeteren?

De leden van de GL-PvdA-fractie zijn blij dat er stappen zijn genomen om de belasting van avond-, nacht- en weekend(ANW)-diensten beter te verdelen. Ze onderschrijven de twee genoemde doelen van de Minister, namelijk een betere verdeling van de dienstendruk onder alle huisartsen en gelijke beloning voor gelijk werk. Ze zijn dan ook benieuwd of uit de effectmeting blijkt dat het beoogde effect wordt bereikt, en steunen de Minister in haar inspanningen. Deze leden denken graag verder na over wat ze kunnen doen om de werkvoorwaarden van huisartsen te verbeteren. Zo begrepen zij onlangs dat er veel administratieve lasten komen kijken bij het voorschrijven van nieuwe, dure medicijnen voor de huisarts om te organiseren dat het medicijn daadwerkelijk vergoed wordt. Kent de Minister dit probleem en kan de Minister meedenken over een oplossing hiervoor? Welke manieren zijn er om de administratieve lasten zo beperkt mogelijk te houden?

De leden van de GL-PvdA-fractie maken zich ook grote zorgen over de inmenging van private equity in de huisartsenzorg. Volgens deze leden bedreigt hun inmenging de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ze zijn blij dat de Minister uitvoering geeft aan de motie-Bushoff (Kamerstuk 33 578, nr. 110), die vraagt om een wettelijke bevoegdheid voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om overnames te verbieden gedurende de periode dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of de NZa onderzoek doet naar een specifieke partij. Ze kijken uit naar de verkenning en hopen daarin terug te lezen welke aanpassingen van wetgeving nodig zouden zijn om zo'n verbod te bewerkstelligen. Genoemde leden lezen dat

de NZa recent geen goedkeuring heeft gegeven voor de overname van twee huisartsenpraktijken door Co-Med. Zij vinden het goed dat de NZa hier een rol pakt, maar lezen ook in Medisch Contact dat Co-Med zich niets aantrekt van dit besluit van de NZa.¹ Hoe staat het nu met deze zaak? Is de overname doorgegaan of niet? Wat kan de NZa doen als een praktijk zich daadwerkelijk niets aantrekt van een besluit van de NZa? Afsluitend steunen de leden van de GL-PvdA-fractie het stimuleren van het werken met een vaste patiëntenpopulatie en geloven zij dat dit ook kan bijdragen aan het tegengaan van de opmars van private equity in de zorg. In het verslag van het schriftelijk overleg over samenwerking en mededinging in de zorg hebben genoemde leden gevraagd naar het idee van «patiënthouderschap», waarbij een praktijk alleen mag functioneren als er dokters zijn die verantwoording dragen voor de patiënten. Daarover gaf de Minister toen aan dat hij voor het einde van het vorige kalenderjaar met beleidsopties zou komen, waar dit idee in zou worden meegenomen. Deze leden zijn blij dat er inmiddels aangrijpingspunten voor beleids-opties zijn, maar hadden gehoopt dat, zoals toegezegd door de Minister, ook de beleidsopties er al zouden liggen. Uit de genoemde aangrijpingspunten wordt voor deze leden niet duidelijk of het patiënthouderschap als beleids optie zal worden uitgewerkt. Zij vragen de Minister daarom nogmaals nadrukkelijk om deze beleids optie uit te werken. Ook willen zij graag dat deze beleids opties, zoals eerder toegezegd, worden gedeeld met de Kamer. Genoemde leden zijn benieuwd wanneer ze de beleids-opties wel kunnen verwachten.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister met daarin de stand van zaken van de versterking van de huisartsenzorg. Deze leden vinden het belangrijk om regelmatig te worden geïnformeerd hierover en hebben hierbij nog enkele vragen. De leden van de VVD-fractie lezen dat het aantrekkelijk moet worden gemaakt voor huisartsen om zich te binden aan een vaste patiëntenpopulatie. In hoeverre is praktijkhouderschap daarbij noodzakelijk? Is bekend hoeveel mensen in Nederland de ervaring hebben geen vaste huisarts te hebben? En hoe groot wordt het probleem geacht om wel een vaste praktijk maar niet altijd dezelfde huisarts te hebben, wetende dat deeltijdwerken ook onder huisartsen gemeengoed is? Is juist het vergroten van het aantal ketens niet een passende oplossing voor het feit dat huisartsen echt niet meer 24/7 beschikbaar willen zijn? De leden van de VVD-fractie vinden een algeheel verbod op ketens of winstuitkering, net als de Minister, niet wenselijk. Zij hebben meerdere goede voorbeelden gezien van ketens die huisartsen kunnen ontlasten en de arts-patiëntrelatie juist kunnen verstevigen. In hoeverre heeft de Minister de succesverhalen van ketens meegenomen in de onderzoeken naar de problematiek en hoe hiervan geleerd kan worden? De leden van de VVD-fractie vinden het goed dat de opschaling van MTVP voorspoedig verloopt en zij blijven graag geïnformeerd. Genoemde leden zouden graag zien dat in een volgende brief een duidelijk tijdpad gegeven wordt over het proces rondom het structureel bekostigen van MTVP. De leden van de VVD-fractie onderschrijven het belang van het in dialoog gaan met de huisartsen over de toekomst van het vak waar de Minister in de brief over het Capaciteitsplan² naar verwijst. Digitale triage is een effectieve mogelijkheid om de druk op de huisartsenzorg te verminderen, zo blijkt uit proeven bij enkele ketens. Bij hoeveel huisartspraktijken behoort digitale triage al tot de mogelijkheden? Wat kan de Minister doen

¹ Medisch Contact, 23 november 2023, «Co-Med trekt zich niets aan van besluit NZa» (Co-Med trekt zich niets aan van besluit NZa | medischcontact)

² Kamerstuk 29 282, nr. 521

om het opschalen van hybridezorg in de huisartsenpraktijken minder vrijblijvend te maken en te versnellen; in het bijzonder het opschalen van digitale (multidisciplinaire) triage? Daarnaast vragen deze leden haar of er inzicht is in hoeverre er nu gebruik wordt gemaakt van «meekijkconsulten» in de eerste lijn, waarbij eerstelijns- en tweedelijnsexpertise samenkomen.

De leden van de VVD-fractie hebben tevens kennisgenomen van de handreiking omtrent de huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra. In hoeverre denkt de Minister dat een landelijke handreiking een effectief instrument is om regionale huisvestingsproblematiek aan te pakken? Genoemde leden zien de problemen en begrijpen de zorgen van mensen over of ze nog wel bij een huisarts in de buurt terecht kunnen. Zij vinden het goed te zien dat in de handreiking stevig wordt ingezet op samenwerking, maar vinden het tegelijkertijd niet erg concreet en vooral erg vrijblijvend. Vooral wanneer wordt gesproken over acties die een partij «kan nemen». Kan de Minister nader toelichten welke punten uit deze handreiking daadwerkelijk op korte termijn tot resultaat leiden? En hoe wordt ervoor gezorgd dat betrokken organisaties de voorgestelde actiepunten gaan uitvoeren? In hoeverre wordt de lokale politiek meegenomen in de keuzes die in gemeentes moeten worden gemaakt om dit effectief te maken? En wanneer wordt deze handreiking geëvalueerd? De eerste signalen op de nieuwe organisatie van de avond-, nacht- en weekendzorg zijn overwegend positief, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Welke knelpunten worden nog genoemd? Welke acties worden ondernomen om deze knelpunten weg te nemen? En in hoeverre wordt extra administratieve last gecreëerd door de (terechte) voorwaarden van evenredige verdeling van diensten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de visie op de eerstelijnszorg in 2030. Zij hopen dat door deze visie en de daaruit voortvloeiende strategie de eerstelijnszorg in 2030 passende zorg betreft, waarbij beschikbare capaciteit en middelen op de beste en meest doelmatige manier worden ingezet. In het visiedocument wordt als een van de voorwaarden hiervoor aangegeven dat *«de Rijksoverheid – in samenspraak met zorgverzekeraars en gemeenten – passende kaders biedt waarbinnen de beweging kan plaatsvinden, zowel landelijk, regionaal als lokaal. Dit betekent in elk geval dat; er blijvend aandacht is voor het behoud en aantrekken van zorgprofessionals en professionals in het sociaal domein, het stimuleren van praktijkhouderschap, het terugdringen van administratieve lasten, de regeldruk en verantwoordingseisen en het wegnemen van belemmeringen om samen te werken, in de regio en wijk én met aanpalende sectoren.»* Erkent de Minister deze rol van de Rijksoverheid? Welk passend kader heeft de Minister in gedachten? En hoe wordt hier concreet uitvoering aan gegeven?

De leden van de NSC-fractie lezen dat in het visiedocument wordt aangegeven dat door het ontbreken van bestaanszekerheid, een gezonde leefomgeving en goede gezondheidsvaardigheden, er veel gezondheidsproblemen ontstaan met als gevolg meer druk op de eerste lijn. Er wordt volgens de leden van de NSC-fractie terecht aangegeven dat er nog veel te winnen is door het perspectief van gezondheid te versterken in de keuzen die we als samenleving maken (health in all policies). Daarom vragen de organisaties en partners die de visie hebben geschreven van de Rijksoverheid *«een gedifferentieerde aanpak, met gerichte inzet om te komen tot minder gezondheidsproblemen. En daarmee inzet op het verminderen van bestaansonzekerheid door de oorzaken ervan aan te pakken, ongezonde keuzes te ontmoedigen, en in te zetten op het verminderen van gezondheidsverschillen.»* Voelt de Minister nog meer dan voorheen de urgentie om in te zetten op «health in all policies»?

Graag vernemen deze leden welke acties de Minister nu al onderneemt ten aanzien van «health in all policies».

Net als vele anderen, zien en horen de leden van de NSC-fractie dat de eerstelijnszorg onder grote druk staat. Is de Minister bereid om in het licht van deze eerstelijnsvisie opnieuw na te gaan wat nu gedaan kan worden om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verminderen? Op welke punten is de Minister bereid om nog meer haast te maken?

De leden van de NSC-fractie lezen dat de Minister verwijst naar een handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra. Zij lezen dat veel huisartsen en gezondheidscentra problemen hebben met het vinden van geschikte huisvesting. Welke opties ziet de Minister, in overleg met de Minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening, om gemeenten meer verantwoordelijkheid te geven bij het huisvesten van huisartsen of gezondheidscentra? De gemeenten zijn wel verplicht om een woonzorgvisie op te stellen. Welke verplichtende mogelijkheid ziet de Minister om gemeenten bij hun woonzorgvisie de huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra mee te nemen? Daarnaast vragen genoemde leden de Minister welke actie zij onderneemt voor integrale gezondheidscentra in de wijk, waarbij huisartsenzorg, (wijk)verpleegkundigen, ambulante ggz, consultatiebureau, buurtteam en andere disciplines onder één dak samenwerken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de stand van zaken van de versterking van de huisartsenzorg. Zij hebben daarbij nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat mensen steeds langer moeten wachten voordat ze voor een afspraak terecht kunnen bij de huisarts. Tevens ervaren huisartsen een toename in werkdruk, terwijl er meer huisartsen zijn dan ooit. Samenwerken is hierbij volgens de leden van de D66-fractie van groot belang. Zo kan er een gedeelte van de werkdruk weggenomen worden door deze zorg te delen met andere eerstelijnszorgverleners zoals apothekers, (wijk)verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Is de Minister het met de leden van de D66-fractie eens dat, zoals omschreven in de consultatieversie visie eerstelijnszorg 2030, doorverwijzingen op een andere manier georganiseerd kunnen worden? Welke voordelen ziet de Minister in het verbreden van de poortwachtersfunctie, zo vragen deze leden. Welke stappen moeten er genomen worden om de poortwachtersfunctie te verbreden naar andere eerstelijnszorgaanbieders? Kan de Minister aangeven of, en zo ja hoe, zij voornemens is om dit proces te starten?

Tevens lezen de leden van de D66-fractie dat de Minister voornemens is om het praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken. Daarom vragen de leden van de D66-fractie welke rol de Minister ziet voor het in loondienst treden van huisartsen. Kan de Minister voordelen schetsen van het in loondienst treden, niet alleen voor een meer vaste patiëntenpopulatie, maar ook voor het creëren van meer werkplezier en het verlagen van werkdruk onder huisartsen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben brieven van de Minister ontvangen met informatie over de huidige stand van de huisartsenzorg en hebben nog enkele vragen aan de Minister.

In de brieven staat dat het aantal opleidingsplekken voor huisartsen is verhoogd. Genoemde leden willen graag weten of deze opleidingsplekken worden aangeboden in lokale praktijken.

Daarnaast lezen deze leden dat regionale huisartsenorganisaties terughoudend zijn bij het samenwerken met nieuwe ketens. De Minister noemt

hiervoor verschillende redenen, zoals gebrekkige communicatie en onzeker financieel beleid. Genoemde leden willen weten hoe de Minister aankijkt tegen de gedachte dat regionale huisartsenorganisaties zich lange tijd verwaarloosd hebben gevoeld door de landelijke overheid, zowel wat betreft steun, begrip en waardering. Ze willen ook weten of de Minister weet hoeveel mensen in Nederland, met name in de regionale gebieden, geen vaste huisarts hebben.

Verder vinden de leden van de BBB-fractie dat als we jonge huisartsen willen stimuleren om binnen tien jaar praktijkhouder te worden, het belangrijk is dat de overheid standvastig en langetermijnbeleid biedt. De leden vragen hoe de Minister dit wil realiseren, naast de onderwerpen die al besproken zijn in de brief.

Tot slot geeft de Minister vier categorieën van mogelijke maatregelen aan. De eerste categorie gaat over het informeren en begeleiden van jonge huisartsen. De tweede categorie richt zich deels op het belonen van het werken met een vaste groep patiënten en deels op het minder aantrekkelijk maken van werken als oproeparts of met tijdelijke vervanging. De derde categorie benadrukt het belang van praktijk eigenaarschap, waarbij huisartsen kunnen werken met een vaste groep patiënten. De laatste categorie gaat over de rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen in een regio om ervoor te zorgen dat huisartsenzorg toegankelijk blijft. Hoewel de Minister de beleidsopties nog moet onderzoeken, vragen de leden van de BBB-fractie of de Minister alvast kan uitleggen welke beleidsopties bij elke categorie kunnen horen, zodat deze leden hier een beeld bij hebben.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om enkele aanvullende en verduidelijkende vragen te stellen naar aanleiding van de brief van de Minister over het versterken van de eerstelijnszorg, specifiek gezien de huisartsenzorg. Genoemde leden vinden het belangrijk dat de eerstelijnszorg beschikbaar en bereikbaar blijft, met name in de regio. Huisartsen kennen hun patiënten en hebben daar een band mee. Zij zijn de poortwachters van de zorg.

De Minister stelt dat de kernwaarde «continu» de laatste jaren steeds meer onder druk staat. Dit onderschrijven de leden van de CDA-fractie. Zij hebben hier in eerdere debatten en met schriftelijke vragen aandacht voor gevraagd. Denk bijvoorbeeld aan mensen die verhuizen en zich niet bij een nieuwe huisarts kunnen inschrijven bijvoorbeeld, waardoor ze negentig kilometer verder bij hun oude huisarts moeten blijven (zie onder andere de schriftelijke vragen van Joba van den Berg aan de Minister, d.d. 30 januari 2023). Ook wordt er bij de bouw van nieuwe woonwijken onvoldoende rekening gehouden met een «plek» voor eerstelijnsvoorzieningen, zoals de huisarts, tandarts en fysiotherapeut. De Minister zet met het veld in op het versterken van de kernwaarden van de huisartsenzorg, in het bijzonder de continuïteit. Nu de handreiking klaar is, vragen deze leden haar welke concrete acties de Minister verder onderneemt. Laat zij het nu verder over aan het veld? Kan de Minister schetsen hoe de acties, die genoemd worden in deze brief, zich verhouden tot het probleem van de arbeidskrachte in de zorg?

Op het moment dat de brief naar de Kamer is verzonden (d.d. 19 december 2023) (Kamerstuk 33 578, nr. 112) is 75 procent van de huisartsenpraktijken ingestroomd in «meer tijd voor de patiënt». Vanaf het eerste kwartaal van 2024 kunnen alle huisartsenpraktijken die dat willen van MTVP gebruik maken. Hoeveel huisartsenpraktijken zijn er half februari in totaal ingestroomd? Wat zijn de redenen dat bepaalde huisartsenpraktijken nog niet instromen?

De Minister heeft samen met het werkveld een handreiking ontwikkeld voor huisvesting en gezondheidscentra. Wordt deze handreiking breed verspreid onder alle deelnemende partijen?

De Minister stelt verder in haar brief dat huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten allemaal een stap naar voren moeten zetten om de huisvestingsproblematiek op te lossen. Hoe wordt gemonitord of de verschillende partijen die stap naar voren zetten om de huisvestingsproblemen op te lossen? Wordt onderzocht of bijgehouden waarom ze die stap niet zetten?

De Patiëntenfederatie stelt, wat de leden van de CDA-fractie betreft terecht, dat het perspectief van de patiënt in de brief van de Minister ontbreekt. Heeft de Minister gegevens over hoeveel mensen onvoldoende toegang hebben tot huisartsenzorg en in welke regio's?

Heeft de Minister in beeld hoeveel mensen in Nederland geen vaste huisarts hebben en of dat aantal groeit – inclusief patiënten die een nieuwe huisarts zoeken maar noodgedwongen nog ingeschreven staan bij hun oude huisarts? Zo nee, welke mogelijkheden ziet de Minister om dat op korte termijn en per regio in beeld te brengen? Kan de Minister een overzicht per regio geven van de activiteiten die bijdragen aan het verbeteren van de toegang tot huisartsenzorg?

Houdt de handreiking voldoende rekening met de beschikbaarheid van huisartsenzorg in plattelands regio's, zo willen de leden van de CDA-fractie van de Minister weten. Hoe wil de Minister het vestigingsklimaat van huisartsen in de krimpende regio's meer of beter ondersteunen?

Veel plattelandsgemeenten kenmerken zich door een oudere populatie. Deze groep bezoekt vaker de huisarts. Deelt de Minister dat de beschikbaarheid van de huisarts, maar ook die van de fysiotherapie en tandarts juist voor deze doelgroep zeer belangrijk is? Zo ja, wat kan de Minister doen om artsen meer te «verleiden» zich juist in plattelandsgemeenten te vestigen?

De Minister stelt zorgen te hebben over hoe sommige ketens in de huisartsenzorg zich verhouden tot de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg. De leden van de CDA-fractie denken dat er wel wat meer aan de hand is. Financiële resultaten lijken belangrijker te zijn dan het bieden van goede huisartsenzorg.

De Minister brengt in haar Kamerbrief naar voren dat de Nederlandse Zorgautoriteit (in november 2023) geen goedkeuring heeft gegeven voor de overname van twee huisartsenpraktijken in Bergen op Zoom door de huisartsenketen Co-Med. Bij de beoordeling van de aanvragen tot overname is de NZa er niet van overtuigd dat Co-Med kan garanderen dat er na 1 januari 2024 voldoende huisartsenzorg beschikbaar is voor de patiënten van beide praktijken. Bij deze afwijzing speelde mee dat twee eerdere overnameplannen niet goed zijn verlopen.

Vervolgens stelt de Minister dat er nog relatief weinig bekend is over deze nieuwe organisatievormen. En dat termen als private equity, commerciële huisartsenzorg en (bedrijfs)ketens door elkaar worden gebruikt en dat hiervoor geen duidelijke definities bestaan. De leden van de CDA-fractie willen hiertegenover stellen dat er voldoende bekend was qua organisatievorm om de NZa in november geen goedkeuring te laten verlenen bij een aanvraag tot overname. Is dit Minister het hiermee eens?

Binnen de huisartsenzorg doen de IGJ en de NZa onderzoek naar bedrijfsketens in de huisartsenzorg en de mogelijke risicofactoren voor kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Kan de Minister wat uitgebreider toelichten wat voor soort onderzoek dit is? De NZa heeft in november bij de overname van Co-Med vanwege de toegankelijkheid van zorg voor patiënten de aanvraag toch niet goedgekeurd? Wil de Minister de mogelijkheden van de NZa in dit kader uitbreiden?

Waarom stelt de Minister vervolgens dat een algeheel verbod op ketens of winstuitkering juridisch niet uitvoerbaar is? Bepaalde zorgvormen zijn

toch uitgezonderd van winstuitkering, zoals ziekenhuizen? Dat is toch juridisch uitvoerbaar? Vervolgens stelt de Minister dat het ook niet wenselijk is om winstuitkeringen in te gaan voeren, omdat daarmee ook goede aanbieders van huisartsenzorg zullen worden getroffen. Wat bedoelt de Minister hier precies mee? Dit gaat toch voorbij aan de principiële vraag of je commerciële huisartsenzorg wil toestaan in de zorg wanneer de betaalbaarheid van de zorg steeds meer onder druk komt te staan, ook voor komende generaties. Kan de Minister hierop reflecteren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de stand van zaken van de versterking van de huisartsenzorg. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoeveel huisartsen inmiddels gebruik maken van MTVP. In hoeverre stelt dit huisartsen nu in staat om daadwerkelijk met lange consulten te werken?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom de aangenomen motie-Marijnissen/Bikker³ over zorgen dat binnen de huisartsenzorg eigenaarschap van private equitypartijen tot het verleden gaat behoren, niet gewoon uitvoert. Zij wijzen erop dat huisartsenpraktijken kapot wordt gemaakt door deze sprinkhaankapitalisten en dat de Kamer zich hier reeds tegen heeft uitgesproken.

Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie hoe de Minister de motie-Dijk⁴ over ervoor zorgen dat binnen de gehele zorg eigenaarschap van private-equitypartijen tot het verleden gaat behoren, gaat uitvoeren.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom een verbod op goodwill nu niet mogelijk zou zijn, terwijl dit verbod tussen 1987 en 2006 wel mogelijk was. Zij wijzen erop dat het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) al in 1953 in werking trad, dus lang voordat het verbod op goodwill werd ingevoerd.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister daarnaast of er, als het daadwerkelijk onmogelijk zou zijn om een verbod op goodwill in te voeren, geen andere mogelijkheden zouden zijn om het vragen en betalen van goodwill minder aantrekkelijk te maken.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister tot slot in hoeverre de huisartsenzorg voldoende versterkt kan worden, op het moment dat het kabinet tegelijkertijd de werkdruk van huisartsen blijft verhogen, door onder andere het beleid om ouderen nog minder snel toegang te geven tot het verpleeghuis.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben de brief van de Minister met aandacht gelezen en hebben naar aanleiding daarvan nog de volgende vragen.

De Minister refereert naar de vier kernwaarden van goede huisartsenzorg: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Zeker drie van die kernwaarden hebben een behoorlijke relatie met «client centered of shared decision making» (SDM). De beroepsgroep zelf spreekt over dit onderwerp ook in toenemende mate als een zorgbenadering die zogenaamde passende zorg stimuleert en mogelijk ook invloed heeft op zorgkosten en toegankelijkheid van zorg. Een veelgehoorde klacht is dat juist die gespreksinterventies geen onderdeel zijn van de bekostigingssystematiek. De leden van de de PVV-fractie vragen de

³ Kamerstuk 36 410, nr. 19

⁴ Kamerstuk 32 012, nr. 59

Minister te reflecteren op de ontwikkeling van SDM in relatie tot passende zorg en de mogelijke hiaten in financiering van huisartsenzorg.

Samen Beslissen behoort tot een van de vier pijlers van Passende zorg die samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand komt en refereert naar zorg die past bij de persoonlijke situatie, behoeften en wensen van de patiënt. Dat kan voor iedereen anders zijn en stimuleert persoonsgerichte zorg. Door samen te beslissen worden de risico's, voor- en nadelen van verschillende behandelopties en persoonlijke waarden en voorkeuren van de patiënt in kaart gebracht. Zo kan de zorgprofessional samen met de patiënt een beslissing nemen over de best passende behandeling of zorg voor de patiënt.

Prestaties in de bekostigingssystematiek zijn functioneel beschreven en gaan niet over wat er inhoudelijk moet plaatsvinden in de spreekkamer. De overheid kan via de bekostigingssystematiek natuurlijk wel faciliteren dat huisartsen het goede gesprek met hun patiënt kunnen voeren, bijvoorbeeld op basis van samen beslissen. Daarvoor is voldoende tijd voor het gesprek met de patiënt nodig. Deze ruimte biedt de bekostigingssystematiek nu volop. Huisartsen hebben bijvoorbeeld de mogelijkheid om langere consulten te voeren, waarvoor zij ook een hoger tarief kunnen declareren. Daarnaast is met partijen in het IZA afgesproken dat alle huisartsenpraktijken die dat willen structureel meer tijd voor de patiënt (MTVP) in de spreekkamer krijgen. De bekostiging biedt hiervoor nu al de ruimte en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bereidt een wijziging in de bekostiging voor, zodat MTVP per 2025 structureel onderdeel wordt van de huisartsenzorgbekostiging.

De leden van de PVV-fractie lezen in de brief van de Minister dat in het kader van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) naast het verhogen van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen (HAIO) ook de inzet van de Physician Assistant (PA) en Verpleegkundig Specialisten (MANP) wordt gestimuleerd. De leden van de PVV vragen de Minister of opleidingsinstituten (hogescholen) volgens de huidige regelgeving financiering opleidingsplaatsen MANP, wel in staat zijn om meer op te leiden of zelfs op mogen opleiden. De leden vragen haar op bovenstaande te reflecteren om daarmee de zorgen van deze leden weg te nemen.

De opleidingsinstituten geven aan dat er op dit moment wachtlijsten zijn voor de opleidingsplaatsen MANP en hebben er vertrouwen in dat er meer opgeleid kan worden. Voor de geadviseerde verhoging van de instroom wordt samen met het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap vanaf het studiejaar 2025–2026 in twee jaar toegewerkt naar het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan. Het ingroeipad geeft de opleidende instellingen de tijd om te voldoen aan de gevraagde opleidingscapaciteit.

De leden van de PVV-fractie nemen kennis van de aandacht die de Minister heeft voor de onwenselijke ontwikkeling van de private equity partijen die in toenemende mate de zorg domineren. Genoemde leden vragen de Minister welke huidige wet(ten) verhinderen dat deze ontwikkeling stopgezet kan worden.

De Minister van VWS is niet van mening dat private equity altijd ongewenste effecten heeft op de zorg. Zorg in Nederland wordt vooral geleverd door private partijen. Deze partijen hebben in beginsel de vrijheid om hun bedrijfsvoering naar eigen keuze in te richten. Een zorgondernemer die besluit om met een bepaalde investeerder of investeringsmaatschappij een overeenkomst te sluiten, maakt gebruik van zijn contractsvrijheid. Indien de overheid daarop ingrijpt door regels te stellen of verboden in te voeren, raakt dat onder meer aan het eigendomsrecht. Dit recht wordt beschermd door artikel 1 van het Eerste Protocol van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM).

Een inbreuk op het eigendomsrecht moet gerechtvaardigd kunnen worden vanwege een dwingende reden van algemeen belang en moet daarvoor noodzakelijk zijn. Daarbij moet er ook rekening mee worden gehouden dat er geen ongerechtvaardigd onderscheid gemaakt mag worden tussen de ene partij en de andere, omdat er anders sprake is van strijd met het discriminatieverbod.

Verder zijn kaders van de Europese Unie van belang. Er zal onderzocht moeten worden of EU-richtlijnen inzake beleggingsmaatschappijen (bijvoorbeeld de AIFM richtlijn) ruimte bieden voor beperkende maatregelen, die gericht zijn op beperking investeringsmaatschappijen. Daarnaast vormen eventuele maatregelen waarbij investeerders aan regels worden gebonden, beperkingen van het EU recht op vrij verkeer (onder andere van kapitaal). Een inbreuk op een beperking van het vrij verkeer van goederen, diensten of kapitaal moet kunnen worden gerechtvaardigd op grond van verdragsexcepties of een dwingende reden van algemeen belang (de zogenaamde rule of reason). Daarnaast moeten dergelijke maatregelen geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen, wat onder meer betekent dat de maatregel niet verder mag gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel.

Zoals eerder aan uw Kamer gemeld vindt momenteel onderzoek plaats naar de omvang en effecten van private equity-investeringen in de zorg. Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek zal worden bepaald of, en zo ja welke, aanvullende regulering gewenst is om mogelijk ongewenste gevolgen van private equity te mitigeren.

De Minister geeft aan dat diverse partijen afgesproken hebben dat zorgverzekeraars de nieuwe tarieven (vervangingstarieven avond-nacht en feestdagen) alleen vergoeden als de diensten evenredig verdeeld zijn. De leden van de PVV-fractie vragen de Minister welke acceptabele grens voor «evenredige» verdeling wordt gehanteerd, met andere woorden wat het toetsingskader van dit voorstel is.

Het doel van de nieuwe ANW-organisatie is inderdaad een evenredige verdeling van diensten tussen praktijkhouders en waarnemers. Uitgangspunt is het landelijke *Actieplan Werkdruk in de ANW*, maar er is geen (streng) toetsingskader vooraf opgesteld. Het is vooral belangrijk om binnen een regio goede afspraken te maken over de wijze waarop de nieuwe organisatie wordt geïmplementeerd. Daarom is in het Intergraal Zorgakkoord (IZA) afgesproken dat huisartsendienstenstructuren (die de avond-, nacht- en weekendzorg in een regio organiseren) een implementatieplan maken dat gebaseerd is op het landelijke *Actieplan Werkdruk in de ANW*. Voor de nieuwe werkwijze maken regio's gebruik van het zogeheten «vrij roosteren». Deze werkwijze zorgt ervoor dat het invullen van de diensten een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt van alle bij de dienstenstructuur aangesloten huisartsen, zowel praktijkhouders als waarnemers. Aangesloten huisartsen committeren zich aan het draaien van diensten binnen de regio en delen hierdoor ook in de voordelen van deze manier van werken: onder meer de hogere tarieven en de mogelijkheid om waar mogelijk diensten op hun eigen voorkeurstijden in te vullen. Zorgverzekeraars beoordelen de implementatieplannen van de huisartsendienstenstructuren en vervolgens worden afspraken gemaakt over de verhoging van de tarieven. Huisartsenpartijen en zorgverzekeraars monitoren de ontwikkelingen en zijn daarom ook in staat om bij te sturen indien nodig.

De Minister geeft aan dat het zogenaamde «vrij roosteren» al op kleinere schaal wordt toegepast. De uitwerking daarvan is voor nu overwegend positief. De leden van de PVV-fractie zouden graag van de Minister willen weten welke aspecten als positief worden bevonden en daarnaast welke uitdagingen er nog zijn om iedereen positief te laten zijn.

Het vrij roosteren wordt al sinds de tweede helft van 2023 op grote schaal toegepast. Ik heb van verzekeraars vernomen dat per 1 januari 2024 inmiddels bij alle huisartsendiensten structuren het vrij roosteren wordt toegepast.

Bij de nieuwe manier van werken gaat het om een solidaire en evenwichtige verdeling van dienstbelasting over alle bij een huisartsenpost aangesloten huisartsen, zowel praktijkhouders als waarnemers. Om dit te kunnen bereiken is het instrument van vrij roosteren ingesteld. Dit geeft zowel praktijkhouders als waarnemend huisartsen de ruimte om zoveel mogelijk in overeenstemming met hun eigen wensen de diensten in te vullen. Daarnaast wordt door het vrij roosteren en de nieuwe (maximum)tarieven geborgd dat voor hetzelfde type dienst ook dezelfde vergoeding wordt geboden. In regio's waar weinig waarnemend huisartsen zijn blijft de verdeling van de diensturen nog wel een uitdaging.

Naast de ontwikkelingen op het gebied van vrij roosteren, heb ik van huisartsenpartijen begrepen dat zij in gesprek zijn met verzekeraars om te komen tot een uniforme achterwachtregeling, voor een goede beschikbaarheid van huisartsen bij uitval en op piekmomenten.

De Minister wil het werken met een vaste patiëntenpopulatie bevorderen, onder andere door het breder beschikbaar maken van het praktijkhouderschap. Op welke manier denkt de Minister dit te bereiken?

Het afgelopen jaar heb ik verschillende acties ondernomen om het werken met een vaste patiëntenpopulatie, waaronder het praktijkhouderschap, aantrekkelijker te maken. Allereerst versterk ik, samen met de partijen, de eerstelijnszorg door afspraken die ik met het veld heb gemaakt in de visie op de eerstelijnszorg in 2030. Zoals benoemd in de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg, werk ik daarnaast ook aan het aantrekkelijker maken van het werken met een vaste patiëntenpopulatie via IZA-afspraken over de huisartsenzorg. Zo kunnen vanaf het eerste kwartaal van 2024 alle huisartsenpraktijken die dat willen gebruik maken van Meer Tijd Voor de Patiënt. Ook heb ik afspraken gemaakt met veldpartijen over de avond-, nacht- en weekenddiensten die huisartsen leveren en heb ik samen met veldpartijen de handreiking huisvestingsproblematiek voor huisartsen en gezondheidscentra gepubliceerd. Bovenstaande acties bevorderen de aantrekkelijkheid van het werken met een vaste patiëntenpopulatie, waaronder het praktijkhouderschap. Om het praktijkhouderschap, en overige vormen van het werken met een vaste patiëntenpopulatie, verder te stimuleren benoem ik in de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg vier aangrijpingspunten die ambtelijk, met het veld, worden uitgewerkt. Dit besluitvorming over en daarna uitvoering van deze aangrijpingspunten is aan een volgend kabinet.

Vanuit het werkveld en recent nog tijdens het «politieke café» over regeldruk voor de huisartsen, horen de leden van de PVV-fractie dat vooral de regeldruk en de administratieve lasten ervoor zorgen dat men niet kiest voor een praktijkhouderschap. Is de Minister bereid om de regeldruk voor de huisartsen aan te pakken? Zo ja, op welke wijze?

De Minister van VWS en ik erkennen de noodzaak om de administratieve lasten in de huisartsenzorg aan te pakken. Daarom heeft de Minister van VWS in de intensiveringsbrief die zij eind vorig jaar naar de Kamer heeft gestuurd⁵ ook aangekondigd dat de eerstelijnszorg, waar de huisartsenzorg deel van uitmaakt, in 2024 focussector van het programma [Ont]Regel de Zorg is. Er is een Regiegroep Aanpak Regeldruk onder voorzitterschap van de speciaal gezanten regeldruk opgericht die als opdracht heeft gekregen om een krachtige impuls te geven aan het ontregelen. Deze Regiegroep komt in maart voor het eerst bij elkaar.

⁵ Kamerstukken 2022/2023, 29 515, nr. 491

Iedere deelnemer werkt ter voorbereiding op deze eerste bijeenkomst een plan uit hoe deze partij bij gaat dragen aan 1 uur regeldrukreductie per zorgverlener per week. De Minister van VWS zal uw Kamer in de volgende voortgangsrapportage informeren over de concrete acties die worden afgesproken. Daarnaast blijven alle bestaande acties uit het programma [Ont]Regel de Zorg doorlopen.

Tot slot zijn de leden van de PVV-fractie benieuwd naar de zienswijze van de Minister met betrekking tot de huisvestingsproblematiek. Welke rol ziet de Minister weggelegd voor de lokale overheden om ervoor te zorgen dat de huisvestingsproblematiek sterk verbeterd wordt?

De (formele) verantwoordelijkheid voor huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra is niet bij één partij belegd. Goede samenwerking tussen betrokken partijen is dus noodzakelijk bij het oplossen van knelpunten. Daarom is de IZA-afpraak gemaakt waarbij meerdere partijen samen aan zet zijn om een handreiking te ontwikkelen over het oplossen van de huisvestingsproblematiek. Het doel van de handreiking is om huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars te ondersteunen in het oplossen van lokale huisvestingsproblematiek bij huisartsen en gezondheidscentra. Elke partij heeft in dit proces een eigen rol en handelingsmogelijkheden.

De lokale overheden hebben een belangrijke faciliterende rol ten aanzien van de huisvesting van huisartsenzorg. Voor gemeenten benoemt de Handreiking huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra verschillende handelingsopties, zoals een beleidsdoel formuleren over het bevorderen van voldoende ruimte voor eerstelijnszorg/huisartsenzorg, in gesprek te gaan met regionale huisartsenorganisaties en het vaststellen van referentienormen voor maatschappelijke-, zorg-, en sportvoorzieningen. Voor een uitgebreider overzicht van handelingsopties die gemeenten en andere partijen hebben in de oplossing om huisvestingsproblematiek te verbeteren, verwijs ik de leden van de PVV-fractie naar de handreiking.

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

De leden van de GL-PvdA-fractie vinden dat de huisarts een cruciale rol speelt in ons zorgstelsel. Toegang tot de huisarts is daarom essentieel. Heeft de Minister in beeld hoeveel mensen op dit moment geen vaste huisarts hebben, rekeninghoudend met het feit dat er soms ook nog patiënten noodgedwongen ingeschreven staan bij hun oude huisarts omdat ze nog geen nieuwe huisarts kunnen vinden? Zo nee, ziet de Minister de kans om dit per regio in beeld te brengen?

Het enige beeld dat bekend is, is het aantal mensen dat zich meldt bij hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling omdat zij geen (nieuwe) huisarts kunnen vinden. Deze informatie is terug te vinden in de monitor Toegankelijkheid van Zorg van de NZa. De meest recente cijfers, daterend van september 2023, laten zien dat 4592 mensen zich hebben gemeld bij hun zorgverzekeraar. De monitor visualiseert deze cijfers ook per gemeente. Het is onduidelijk hoe groot de totale groep is van mensen die geen huisarts hebben, omdat mensen die zich niet bij hun zorgverzekeraar melden niet in beeld zijn. Om hier meer inzicht in te vergaren ga ik een onderzoek uitzetten naar het totaal aantal mensen dat op zoek is naar een (nieuwe) huisarts maar zich niet kan inschrijven. Daarnaast blijft het van belang dat mensen die een huisarts zoeken zich melden bij hun zorgverzekeraar.

De leden van de GL-PvdA-fractie hebben al vaker aandacht gevraagd voor de huisvestingsproblematiek van huisartsen, en hebben daarom met interesse de handreiking gelezen. Zij zijn benieuwd of de Minister gelooft

dat deze handreiking voldoende oplossingen biedt voor de zeer serieuze problematiek.

De handreiking biedt inzicht in de rollen en verantwoordelijkheden van partijen in huisvestingsproblematiek bij huisartsen en gezondheidscentra. Daarnaast biedt deze concrete handvatten voor partijen om tot passende huisvesting voor huisartsen en gezondheidscentra te komen.

De handreiking is een belangrijke eerste stap voor het oplossen van de problematiek, maar zal niet direct alle huisvestingsproblematiek bij huisartsen en gezondheidscentra oplossen. Daarom heb ik met partijen afspraken gemaakt over vervolgstappen. Zoals beschreven in de handreiking, heb ik met de betrokken partijen afgesproken om meer inzicht te vergaren in de aard en omvang van de financiële knelpunten die huisartsen en gezondheidscentra ervaren in hun zoektocht naar passende huisvesting.⁶ Zoals aangegeven in de Handreiking Huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra verwacht ik eind 2024 een geactualiseerde versie van de handreiking op te leveren. Ik zal uw Kamer hierover in de tweede helft van 2024 nader informeren.

Genoemde leden lezen terug dat gemeenten afspraken kunnen maken, huisvesting voor zorg als beleidsdoel kunnen opnemen en samenwerking kunnen bevorderen. Zijn er ook manieren om voorrang voor huisartsenpraktijken en andere zorginstellingen te bewerkstelligen ten opzichte van bijvoorbeeld commerciële organisaties?

Op de korte termijn hebben gemeenten niet de mogelijkheid om huisartsenpraktijken of andere zorginstellingen voorrang te verlenen bij huisvesting ten opzichte van andere commerciële organisaties. Hieronder ligt dat praktijkhoudende huisartsen juridisch gezien niet veel verschillen van commerciële organisaties. Na het Didam-arrest van de Hoge Raad en aanvullende jurisprudentie blijkt dat gemeenten een kavel of pand niet direct mogen gunnen aan één specifieke partij, bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk. Bij het voornemen tot verhuur of verkoop van een pand of kavel dat in eigendom is van een gemeente moet altijd vooraf gepubliceerd worden. Als er meerdere serieuze gegadigden zijn, dan moet de gemeente een openbare toewijzings- of selectieprocedure uitvoeren. Een gemeente kan wel in het omgevingsplan of eigen vastgoedbeleid de eis opnemen dat een pand of kavel uit eigen beheer gebruikt moet worden voor eerstelijnszorg of huisartsenzorg.

Op korte termijn hebben gemeenten wel de mogelijkheid om in gesprek te gaan met particuliere ontwikkelaars of vastgoedeigenaren over de vraag of zij ruimtes kunnen verhuren aan huisartsen of andere eerstelijnszorg. Op de lange termijn kunnen gemeente nieuw vastgoed voor huisartsen of andere eerstelijnszorg faciliteren door dit op te nemen in hun omgevingsplan. Het opstellen van een omgevingsplan kost wel veel tijd. Als de gemeente zelf eigenaar is van de grond kan een omgevingsplan sneller gewijzigd worden. Daarnaast kan de gemeente als deze zelf eigenaar is van de grond sturen op realisatie van zorgfuncties bij de aanbestedingen voor nieuwbouw. Daarbij moet de gemeente zelf de financiële gevolgen opvangen aangezien de grondopbrengst bij een maatschappelijke- of zorgbestemming lager ligt dan bij woningbouw, bedrijfsruimten of kantoren.

Betekent deze handreiking dat gemeenten meer gebruik zullen maken van de bestemming maatschappelijk/maatschappelijk-zorg/zorg om de toegang tot huisvesting voor huisartsen te verbeteren?

De Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra is afgelopen december gepubliceerd met als doel om meer bekendheid te geven aan de rollen, verantwoordelijkheden en oplossingsrichtingen van elke partij

⁶ Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra | Rapport | Rijksoverheid.nl

die betrokken is bij (lokale) huisvestingsproblematiek. In de handreiking worden voor partijen handelingsopties benoemd voor de korte en lange termijn. Het is aan gemeenten zelf welke handelingsopties zij inzetten, maar – zoals ook de VNG zelf aangeeft – hebben gemeenten weliswaar geen wettelijke maar wel een maatschappelijke verantwoordelijkheid om zich in te zetten voor huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra. Ik blijf met de landelijke partijen waarmee ik de handreiking heb opgesteld doorlopend in gesprek om te horen of de handreiking in de praktijk bijdraagt aan oplossingen.

De leden van de GL-PvdA-fractie zijn blij dat er stappen zijn genomen om de belasting van avond-, nacht- en weekend(ANW)-diensten beter te verdelen. Ze onderschrijven de twee genoemde doelen van de Minister, namelijk een betere verdeling van de dienstendruk onder alle huisartsen en gelijke beloning voor gelijk werk. Ze zijn dan ook benieuwd of uit de effectmeting blijkt dat het beoogde effect wordt bereikt, en steunen de Minister in haar inspanningen.

Of het (algehele) beoogde effect wordt bereikt dat moet blijken uit de eerste effectmeting, die rond de zomer van 2024 zal plaatsvinden. Wel heb ik van verzekeraars vernomen dat per 1 januari 2024 bij alle huisartsen-dienstenstructuren het vrij roosteren wordt toegepast.

Deze leden denken graag verder na over wat ze kunnen doen om de werkvoorwaarden van huisartsen te verbeteren. Zo begrepen zij onlangs dat er veel administratieve lasten komen kijken bij het voorschrijven van nieuwe, dure medicijnen voor de huisarts om te organiseren dat het medicijn daadwerkelijk vergoed wordt. Kent de Minister dit probleem en kan de Minister meedenken over een oplossing hiervoor? Welke manieren zijn er om de administratieve lasten zo beperkt mogelijk te houden?

Ja, ik ben bekend met deze administratieve lasten.

Een geneesmiddel komt voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking zodra het is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS). Het GVS is een onderdeel van de Regeling zorgverzekering (Rzv), de wettelijke basis voor het recht op vergoeding van geneesmiddelen die op voorschrift van een (huis)arts geleverd worden door een apotheek. Er zijn bepaalde, vaak dure, geneesmiddelen waarbij ik extra voorwaarden aan de vergoeding heb gesteld ten behoeve van een doelmatige en gepaste inzet. Deze geneesmiddelen worden geplaatst in Bijlage 2 van de Rzv. Dit kan bijvoorbeeld nodig zijn als het geneesmiddel volgens het Zorginstituut slechts voor een deel van de patiëntengroep waarvoor het is goedgekeurd een bewezen toegevoegde waarde heeft. Dan komt slechts dat deel van de patiënten voor vergoeding van het geneesmiddel in aanmerking.

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om te bewaken dat het geneesmiddel niet buiten de bijlage 2 voorwaarden wordt vergoed. Dit vergt in sommige gevallen een administratieve verantwoording door de voorschrijver. Ik ben mij ervan bewust dat bijlage 2 de nodige administratieve lasten met zich meebrengt, zowel voor zorgverleners als zorgverzekeraars. Dit moet tot een minimum worden beperkt.

De lijst met geneesmiddelen waarvoor bijlage 2 voorwaarden gelden wordt jaarlijks geëvalueerd waarbij bekeken wordt of de extra voorwaarden nog noodzakelijk zijn voor de vergoeding. Vorig jaar is de lijst geactualiseerd en zijn per 1 juni 2023 de nadere voorwaarden voor een aantal geneesmiddelen komen te vervallen. Op deze manier worden administratieve lasten zo beperkt mogelijk gehouden en de doelmatigheid en passendheid van de zorg geborgd.

De leden van de GL-PvdA-fractie maken zich ook grote zorgen over de inmenging van private equity in de huisartsenzorg. Volgens deze leden bedreigt hun inmenging de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Ze zijn

blij dat de Minister uitvoering geeft aan de motie-Bushoff, die vraagt om een wettelijke bevoegdheid voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om overnames te verbieden gedurende de periode dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of de NZa onderzoek doet naar een specifieke partij. Ze kijken uit naar de verkenning en hopen daarin terug te lezen welke aanpassingen van wetgeving nodig zouden zijn om zo'n verbod te bewerkstelligen. Genoemde leden lezen dat de NZa recent geen goedkeuring heeft gegeven voor de overname van twee huisartsenpraktijken door Co-Med. Zij vinden het goed dat de NZa hier een rol pakt, maar lezen ook in Medisch Contact dat Co-Med zich niets aantrekt van dit besluit van de NZa.⁷ Hoe staat het nu met deze zaak? Is de overname doorgegaan of niet? Wat kan de NZa doen als een praktijk zich daadwerkelijk niks aantrekt van een besluit van de NZa?

Fusies en overnames kunnen grote gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van zorg in een regio en op de organisatie van de desbetreffende zorgaanbieders. Het is daarom belangrijk dat de partijen zich vooraf melden bij de NZa. Die beoordeelt vervolgens of het proces van fuseren of overnemen zorgvuldig is voorbereid.

Op 17 oktober 2023 heeft de NZa haar goedkeuring onthouden aan twee overnames door Co-Med⁸. Deze besluiten gelden nog steeds. De NZa kan verder geen uitspraken doen over eventuele vervolgstappen of lopende zaken. Als er fusies of overnames plaatsvinden zonder goedkeuring van de NZa dan wordt er niet voldaan aan de wet- en regelgeving en dat kan ertoe leiden dat de NZa gaat handhaven. Welke maatregelen daaruit volgen, moet blijken uit haar onderzoek.

Afsluitend steunen de leden van de GL-PvdA-fractie het stimuleren van het werken met een vaste patiëntenpopulatie en geloven zij dat dit ook kan bijdragen aan het tegengaan van de opmars van private equity in de zorg. In het verslag van het schriftelijk overleg over samenwerking en mededinging in de zorg hebben genoemde leden gevraagd naar het idee van «patiënthouderschap», waarbij een praktijk alleen mag functioneren als er dokters zijn die verantwoording dragen voor de patiënten. Daarover gaf de Minister toen aan dat hij voor het einde van het vorige kalenderjaar met beleidsopties zou komen, waar dit idee in zou worden meegenomen. Deze leden zijn blij dat er inmiddels aangrijpingspunten voor beleids-opties zijn, maar hadden gehoopt dat, zoals toegezegd door de Minister, ook de beleidsopties er al zouden liggen. Uit de genoemde aangrijpingspunten wordt voor deze leden niet duidelijk of het patiënthouderschap als beleidsoptie zal worden uitgewerkt. Zij vragen de Minister daarom nogmaals nadrukkelijk om deze beleidsoptie uit te werken. Ook willen zij graag dat deze beleidsopties, zoals eerder toegezegd, worden gedeeld met de Kamer. Genoemde leden zijn benieuwd wanneer ze de beleids-opties wel kunnen verwachten.

Patiënthouderschap zie ik als een van de vormen van het werken met een vaste patiëntenpopulatie. Het doel is dat zoveel mogelijk huisartsen zich verbinden aan een vaste populatie. Het committeren aan een vaste populatie patiënten kan in verschillende (organisatie)vormen, zoals het praktijkhouderschap, in loondienst of een andere vorm van «patiënthouderschap». De aangrijpingspunten die ik beschrijf in de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg om het werken met een vaste patiëntenpopulatie te stimuleren werk ik de komende periode verder uit. Deze uitwerking moet zorgvuldig gebeuren. De besluitvorming over en

⁷ Medisch Contact, 23 november 2023, «Co-Med trekt zich niets aan van besluit NZa» (Co-Med trekt zich niets aan van besluit NZa | medischcontact)

⁸ 464207–1501395 Openbare versie besluit zorgspecifieke concentratietoets Co-Med Zorg B.V.-Huisartspraktijk Pabst – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl) en 464206–1501394 Openbare versie besluit zorgspecifieke concentratietoets Co-Med Zorg B.V.-Huisartsenpraktijk Dintelstad-Dwidjono – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

daarna eventuele uitvoering van de beleidsopties is aan een nieuw kabinet. In de tweede helft van 2024 zal ik uw Kamer informeren over de uitwerking van de beleidsopties.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister met daarin de stand van zaken van de versterking van de huisartsenzorg. Deze leden vinden het belangrijk om regelmatig te worden geïnformeerd hierover en hebben hierbij nog enkele vragen. De leden van de VVD-fractie lezen dat het aantrekkelijk moet worden gemaakt voor huisartsen om zich te binden aan een vaste patiëntenpopulatie. In hoeverre is praktijkhouderschap daarbij noodzakelijk? Is bekend hoeveel mensen in Nederland de ervaring hebben geen vaste huisarts te hebben? En hoe groot wordt het probleem geacht om wel een vaste praktijk maar niet altijd dezelfde huisarts te hebben, wetende dat deeltijdwerken ook onder huisartsen gemeengoed is?

Het praktijkhouderschap is een goede manier om het werken met een vaste patiëntenpopulatie in te vullen. In veel gevallen garandeert het praktijkhouderschap een langdurige relatie tussen huisarts en patiënten. Deze langdurige relatie kan ook worden gerealiseerd met andere (organisatie)vormen van huisartsenzorg zoals het werken in loondienst bij een praktijkhouder of in een gezondheidscentrum. Juist deze verscheidenheid aan werkvormen binnen de huisartsenzorg is een groot goed omdat het de ruimte biedt om aan te sluiten bij de behoeften van patiënten en zorgverleners.

Zoals aangegeven in mijn reactie op de vragen van de GL-PvdA-fractie is er enkel inzicht in het aantal mensen dat zich bij de zorgverzekeraar heeft gemeld omdat zij een huisarts zoeken. Deze cijfers zijn terug te vinden in de monitor Toegankelijkheid van Zorg van de NZa. Daarnaast zet ik een onderzoek uit om meer inzicht in te vergaren in het totaal aantal mensen dat op zoek is naar een (nieuwe) huisarts maar zich niet kan inschrijven. Het hebben van een wisselende huisarts binnen een vaste praktijk hoeft geen probleem te vormen voor het bieden van continuïteit van zorg. Naast de persoonlijke continuïteit van zorg die gewaarborgd wordt door een vaste (huis)arts-patiënt relatie, kan continuïteit in de huisartsenzorg ook breder worden geboden door het team van zorgverleners in de huisartsenpraktijk. Collega-huisartsen, maar ook het ondersteunende team, zoals doktersassistenten, POH's en overig personeel, bouwen een vaste relatie op met de patiëntenpopulatie. Op deze manier kan continuïteit van zorg binnen het team van zorgverleners gewaarborgd worden, ook als in de praktijk verschillende huisartsen werkzaam zijn.

Is juist het vergroten van het aantal ketens niet een passende oplossing voor het feit dat huisartsen echt niet meer 24/7 beschikbaar willen zijn?

Tegen de achtergrond van de druk op de zorg zien we nieuwe vormen van huisartsenzorg ontstaan. Van (kleine) initiatieven die huisartsen ondersteunen in het (anders) organiseren van hun praktijk tot grotere (soms internationale) ketens van private investeerders die praktijken volledig overnemen. Belangrijker dan de organisatievorm, is dat aanbieders van huisartsenzorg goede invulling geven aan de kernwaarden van de huisartsenzorg. Deze kernwaarden zijn door de beroepsgroep zelf vastgesteld. Het gaat om: persoonsgerichtheid, medisch-generalistische zorg, continuïteit en gezamenlijkheid. Sommige nieuwe vormen van huisartsenzorg kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid en vernieuwing in de huisartsenzorg. We zien hier ook goede voorbeelden van in de praktijk. Tegelijkertijd constateren de NZa en IGJ in hun onderzoek over

bedrijfsketens⁹ in de huisartsenzorg dat bij bedrijfsketens de kernwaarden «continuïteit» en «persoonsgerichtheid» onder druk kunnen komen te staan.

Er zijn veel goede voorbeelden van huisartsenzorg waarbij continuïteit van zorg geborgd wordt zonder dat huisartsen fulltime werken. Daarnaast hoeven huisartsen allang niet meer 24/7 beschikbaar te zijn, omdat de zorg buiten kantooruren (de ANW-zorg) regionaal georganiseerd wordt. Met de afspraken over ANW-zorg in het IZA zetten we een nieuwe stap om de verantwoordelijkheid voor deze zorg nog beter te verdelen over alle werkzame huisartsen.

De leden van de VVD-fractie vinden een algeheel verbod op ketens of winstuitkering, net als de Minister, niet wenselijk. Zij hebben meerdere goede voorbeelden gezien van ketens die huisartsen kunnen ontlasten en de arts-patiëntrelatie juist kunnen verstevigen. In hoeverre heeft de Minister de succesverhalen van ketens meegenomen in de onderzoeken naar de problematiek en hoe hiervan geleerd kan worden?

Naast lopend toezicht op casus-niveau hebben de NZa en IGJ onderzoek gedaan naar bedrijfsketens in de huisartsenzorg in relatie tot de doorontwikkeling van hun toezichtstrategie. In dit onderzoek constateren de toezichthouders inderdaad dat (nieuwe) ketens zowel kansen als risico's met zich meebrengen. Voor beide kanten is oog in het rapport. In mijn aangekondigde beleidsreactie zal ik hier verder op ingaan.

De leden van de VVD-fractie vinden het goed dat de opschaling van MTVP voorspoedig verloopt en zij blijven graag geïnformeerd. Genoemde leden zouden graag zien dat in een volgende brief een duidelijk tijdpad gegeven wordt over het proces rondom het structureel bekostigen van MTVP.

De NZa zal de structurele bekostiging van MTVP per 1-1-2025 laten ingaan. Zoals ook toegezegd in de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg, zal ik de Kamer voor de zomer informeren over de wijze waarop de structurele bekostiging van MTVP vorm krijgt. *De leden van de VVD-fractie onderschrijven het belang van het in dialoog gaan met de huisartsen over de toekomst van het vak waar de Minister in de brief over het Capaciteitsplan¹⁰ naar verwijst. Digitale triage is een effectieve mogelijkheid om de druk op de huisartsenzorg te verminderen, zo blijkt uit proeven bij enkele ketens. Bij hoeveel huisartspraktijken behoort digitale triage al tot de mogelijkheden? Wat kan de Minister doen om het opschalen van hybridezorg in de huisartsenpraktijken minder vrijblijvend te maken en te versnellen; in het bijzonder het opschalen van digitale (multidisciplinaire) triage?*

Ik vind het belangrijk dat in de eerste lijn digitale hulpmiddelen passend ingezet worden. Dit kan de dienstverlening richting en interactie met patiënten verbeteren en vergemakkelijken. Passende inzet kan burgers en patiënten sneller helpen en tegelijk de druk op, en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg verlichten. Ook de zogenaamde hybride zorgvormen (waar mogelijk gepersonaliseerde maatwerk/mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid) kan bijdragen aan de efficiëntie zodat medewerkers van huisartsenpraktijk of -post meer tijd kan besteden aan het geven van fysieke zorg aan patiënten die dat daar de voorkeur aan geven en/of nodig hebben, op basis van samen beslissen. De ontwikkelingen op dit gebied zijn gelukkig volop in beweging; van mogelijkheden om digitaal een afspraak te maken of een zorgvraag te stellen tot aan het aanvragen van een herhaalrecept of een digitale triage. Ik beschik niet over cijfers van het aantal huisartsenpraktijken dat digitale triage als standaard aanbiedt.

⁹ Kamerstukken 2023/2024, 33 578, nr. 114

¹⁰ Kamerstuk 29 282, nr. 521

Daarnaast vragen deze leden haar of er inzicht is in hoeverre er nu gebruik wordt gemaakt van «meekijkconsulten» in de eerste lijn, waarbij eerstelijns- en tweedelijnsexpertise samenkomen.

Dit exacte inzicht heb ik niet. Ik zie op veel plekken in het land initiatieven op de grensvlakken van de eerste- en tweede lijn (ook wel «anderhalve-lijnszorg» genoemd). Bij een deel van deze initiatieven wordt in de bekostiging gebruik gemaakt van «meekijkconsulten», maar aanbieders en verzekeraars kunnen ook afspraken maken over zorg op deze grensvlakken zonder daarvoor het meekijkconsult in te zetten. In het IZA zijn afspraken gemaakt om succesvolle initiatieven op het grensvlak van eerste- en tweedelijnszorg breder te implementeren. Ook zijn nieuwe afspraken gemaakt over bijvoorbeeld zorg op het grensvlak van de huisarts, de GGZ en het sociaal domein. Zo werken IZA-partijen toe naar de implementatie van «het verkennend gesprek» voor mensen met psychische klachten.

De leden van de VVD-fractie hebben tevens kennisgenomen van de handreiking omtrent de huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra. In hoeverre denkt de Minister dat een landelijke handreiking een effectief instrument is om regionale huisvestingsproblematiek aan te pakken?

Zoals aangegeven in mijn reactie op de vragen van de GL-PvdA-fractie biedt de Handreiking Huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra een eerste stap in de oplossingen voor de problematiek die huisartsen en gezondheidscentra kunnen ervaren in hun zoektocht naar passende huisvesting. Deze handreiking voorziet in een behoefte van partijen op regionaal en lokaal niveau omdat deze concrete handvatten biedt voor elke partij om bij te dragen aan het oplossen van knelpunten. Zoals aangegeven blijft dit onderwerp de aandacht van mij en de andere betrokken partijen hebben en zetten we de komende periode waar nodig vervolgstappen, onder meer door de financiële knelpunten beter in kaart te brengen.

Genoemde leden zien de problemen en begrijpen de zorgen van mensen over of ze nog wel bij een huisarts in de buurt terecht kunnen. Zij vinden het goed te zien dat in de handreiking stevig wordt ingezet op samenwerking, maar vinden het tegelijkertijd niet erg concreet en vooral erg vrijblijvend. Vooral wanneer wordt gesproken over acties die een partij «kan nemen». Kan de Minister nader toelichten welke punten uit deze handreiking daadwerkelijk op korte termijn tot resultaat leiden? En hoe wordt ervoor gezorgd dat betrokken organisaties de voorgestelde actiepunten gaan uitvoeren? In hoeverre wordt de lokale politiek meegenomen in de keuzes die in gemeentes moeten worden gemaakt om dit effectief te maken? En wanneer wordt deze handreiking geëvalueerd?

Zoals benoemd in mijn reactie op de vragen van GL-PvdA-fractie en VVD-fractie biedt de Handreiking Huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra handelingsperspectief voor partijen die betrokken zijn bij de huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra, zoals zorgverzekeraar, regionale huisartsenorganisaties en gemeenten. De handvatten uit de handreiking kunnen meteen worden toegepast door partijen in de casuïstiek in hun lokale context. Omdat geen van de partijen 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. Met de handreiking zetten we hierin een belangrijke stap.

Met de partijen die betrokken zijn bij het ontwikkelen van de handreiking heb ik afgesproken dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de actieve verspreiding van de handreiking onder hun leden. Dit is op verschillende

wijze gebeurd zoals via overlegtafels, nieuwsbrieven, websites en ledenvergaderingen.

We zien het afgelopen jaar steeds meer gemeenten die inspringen bij huisvestingsproblematiek onder huisartsen en gezondheidscentra. Een voorbeeld hiervan is de gemeente Den Haag, die recent liet weten dat zij bij de bouw van toekomstige woonprojecten juist meer willen sturen op voorzieningen, zoals de huisartsenzorg, via een normennota.¹¹ Dit vind ik een positieve beweging en soortgelijke ontwikkelingen zie ik ook terug bij andere gemeenten.

Ik ben doorlopend in gesprek met de betrokken partijen via de werkgroep huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra. In deze werkgroep worden de handreiking, de naleving en vervolgstappen besproken. Ik verwacht eind 2024 een geactualiseerde versie van de handreiking op te leveren waarin er meer aandacht wordt besteed aan de recente uitvoering en de aard en omvang van financiële knelpunten.

De eerste signalen op de nieuwe organisatie van de avond-, nacht- en weekendzorg zijn overwegend positief, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Welke knelpunten worden nog genoemd? Welke acties worden ondernomen om deze knelpunten weg te nemen? En in hoeverre wordt extra administratieve last gecreëerd door de (terechte) voorwaarden van evenredige verdeling van diensten?

In regio's waar weinig waarnemend huisartsen zijn blijft de verdeling van de diensturen nog een uitdaging, daar zijn ze verdeeld over de vaak weinig aanwezige, meestal praktijkhoudende huisartsen. Denk dan aan regio's zoals kop van Noord-Holland, Zeeland, Twente. Ik heb daarnaast van huisartsenpartijen begrepen dat zij in gesprek zijn met verzekeraars om te komen tot een uniforme achterwachtregeling, voor een goede beschikbaarheid van huisartsen bij uitval en op piekmomenten. Huisartsen en verzekeraars hebben monitoring opgezet om de ontwikkelingen te volgen en zijn daarom ook in staat om het goede gesprek met elkaar te blijven voeren en bij te sturen indien nodig. De eerste effectmeting zal rond de zomer van 2024 plaatsvinden.

Bij de nieuwe manier van werken gaat het om een solidaire en evenwichtige verdeling van dienstbelasting over alle bij een huisartsenpost aangesloten huisartsen, zowel praktijkhouders als waarnemers. Om dit te kunnen bereiken is het instrument van vrij roosteren ingesteld, waarbij huisartsen een gelijk aantal diensturen kunnen invullen. Dit geeft zowel praktijkhouders als waarnemend huisartsen juist de ruimte om zoveel mogelijk in overeenstemming met hun eigen wensen de diensten in te roosteren. De contractuele afspraken hierover worden gemaakt tussen de zorgverzekeraar en de huisartsendienststructuur, waardoor er geen (extra) administratieve lasten zijn voor de individuele huisarts. Sterker nog, praktijkhouders zijn door de nieuwe manier van roosteren minder tijd kwijt om diensten gevuld te krijgen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de visie op de eerstelijnszorg in 2030. Zij hopen dat door deze visie en de daaruit voortvloeiende strategie de eerstelijnszorg in 2030 passende zorg betreft, waarbij beschikbare capaciteit en middelen op de beste en meest doelmatige manier worden ingezet. In het visiedocument wordt als een van de voorwaarden hiervoor aangegeven dat «de Rijksoverheid – in samenspraak met zorgverzekeraars en gemeenten – passende kaders

¹¹ Nieuwe woningen, maar geen huisarts of school? Dat wil Den Haag voortaan voorkomen – Omroep West

biedt waarbinnen de beweging kan plaatsvinden, zowel landelijk, regionaal als lokaal. Dit betekent in elk geval dat; er blijvend aandacht is voor het behoud en aantrekken van zorgprofessionals en professionals in het sociaal domein, het stimuleren van praktijkhouderschap, het terugdringen van administratieve lasten, de regeldruk en verantwoordingseisen en het wegnemen van belemmeringen om samen te werken, in de regio en wijk én met aanpalende sectoren.» Erkent de Minister deze rol van de Rijksoverheid? Welk passend kader heeft de Minister in gedachten? En hoe wordt hier concreet uitvoering aan gegeven?

Als onderdeel van het IZA hebben de Minister van VWS, de Staatssecretaris van VWS en ik samen met partijen deze visie tot stand gebracht en erkennen wij dus deze rol van de Rijksoverheid. Daar waar VWS voor aan de lat staat, zullen wij de verantwoordelijkheid nemen om de afspraken uit te voeren. Het gaat dan onder meer om het passend maken van kaders in wet- en regelgeving, financiering en bekostiging. Zoals in de tekst ook staat kan de Rijksoverheid dit niet alleen en zal dit in samenspraak zijn met zorgverzekeraars, gemeenten en andere landelijke samenwerkingspartners. Samen met de eerstelijnspartijen werken wij verder uit wat nodig is voor een passende en structurele bekostiging. Besluitvorming hierover is aan een volgend kabinet. In de visie wordt ook benoemd welke onderwerpen die randvoorwaardelijk zijn voor het implementeren van de visie op andere tafels zijn belegd. Voor de eerstelijnszorg is het essentieel dat deze maatregelen worden uitgevoerd.

De visie eerstelijnszorg valt binnen de beweging en afgesproken kaders van het Integraal Zorgakkoord. Onderdeel hiervan is het opgestarte ZonMw programma om de regionale en lokale organisatie van de eerstelijnszorg te versterken.

De leden van de NSC-fractie lezen dat in het visiedocument wordt aangegeven dat door het ontbreken van bestaanszekerheid, een gezonde leefomgeving en goede gezondheidsvaardigheden, er veel gezondheidsproblemen ontstaan met als gevolg meer druk op de eerste lijn. Er wordt volgens de leden van de NSC-fractie terecht aangegeven dat er nog veel te winnen is door het perspectief van gezondheid te versterken in de keuzen die we als samenleving maken (health in all policies). Daarom vragen de organisaties en partners die de visie hebben geschreven van de Rijksoverheid «een gedifferentieerde aanpak, met gerichte inzet om te komen tot minder gezondheidsproblemen. En daarmee inzet op het verminderen van bestaansonzekerheid door de oorzaken ervan aan te pakken, ongezonde keuzes te ontmoedigen, en in te zetten op het verminderen van gezondheidsverschillen.» Voelt de Minister nog meer dan voorheen de urgentie om in te zetten op «health in all policies»? Graag vernemen deze leden welke acties de Minister nu al onderneemt ten aanzien van «health in all policies».

Dit kabinet heeft samen met verschillende partijen diverse akkoorden en programma's¹² gesloten om de beweging naar de voorkant te maken. Zo investeren zorgpartijen en zorgverzekeraars met het Integraal Zorgakkoord (IZA) steeds meer in de inzet op preventie, het versterken van gezondheidsvaardigheden en zelfzorg, leefstijl als (onderdeel van de) behandeling en de verbinding met het brede gemeentelijke domein. Met het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) zetten gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars en VWS gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis. Deze beweging naar de voorkant sluit aan bij de «Health in all Policies» benadering van gezondheid: alle domeinen, van de gezondheidszorg tot het sociaal en fysiek domein hebben een rol waar het gaat om het beschermen en bevorderen van de gezondheid in

¹² Het Integraal Zorgakkoord (IZA), het Gezonde en Actief Leven Akkoord (GALA), het Programma Wonen en Zorg voor Ouderen (WOZO), het Programma Toekomst-bestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (TAZ) en de Hervormingsagenda Jeugd

het algemeen en het verkleinen van gezondheidsachterstanden in het bijzonder. De Minister van VWS, de Staatssecretaris van VWS en ik onderschrijven het belang van Health in all Policies. Het is belangrijk om de omslag te maken om met een bredere blik naar gezondheid en sociaaleconomische gezondheidsachterstanden te kijken, dus bijvoorbeeld dat bestaanszekerheid ook nodig is voor gezondheid. Dit blijkt ook uit recente adviezen van onder andere de Raad voor de Samenleving (RvS) en de Sociaal Economische Raad (SER).¹³ In de kabinetsreacties op deze adviezen zullen we hier dan ook nader op ingaan. Het Ministerie van VWS zet samen met andere departementen in op een samenhangende Health in all Policies agenda. Eind vorig jaar is uw Kamer hierover geïnformeerd.¹⁴

Net als vele anderen, zien en horen de leden van de NSC-fractie dat de eerstelijnszorg onder grote druk staat. Is de Minister bereid om in het licht van deze eerstelijnsvisie opnieuw na te gaan wat nu gedaan kan worden om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verminderen? Op welke punten is de Minister bereid om nog meer haast te maken?

Zoals in de visie eerstelijns zorg wordt aangegeven kunnen de eerstelijnszorg en het brede sociaal domein (dus ook o.a. schuldhulpverlening en sociaal maatschappelijk werk) een bijdrage leveren aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Bijvoorbeeld door intensievere samenwerking tussen de verschillende professionals in het zorg- en sociaal domein waardoor risicogroepen, zoals mensen met sociaaleconomische gezondheidsachterstanden, sneller de juiste hulp en ondersteuning kunnen krijgen. Daarnaast is het terugdringen van gezondheidsachterstanden een dwarsdoorsnijdend thema in het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA). Hiermee worden gemeenten gestimuleerd breed in te zetten op preventie en een stevige sociale basis. Maar het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen vraagt ook om inzet op de achterliggende oorzaken, zoals bestaansonzekerheid en een ongezonde leefomgeving. VWS zet daarom samen met andere departementen in op een samenhangende Health in all Policies agenda. Hierbij gaat ook specifiek de aandacht uit naar sociaaleconomische gezondheidsachterstanden. Zoals ik in mijn antwoord op de vorige vraag aangaf, is eind vorig jaar uw Kamer hierover geïnformeerd.¹⁵

De leden van de NSC-fractie lezen dat de Minister verwijst naar een handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra. Zij lezen dat veel huisartsen en gezondheidscentra problemen hebben met het vinden van geschikte huisvesting. Welke opties ziet de Minister, in overleg met de Minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening, om gemeenten meer verantwoordelijkheid te geven bij het huisvesten van huisartsen of gezondheidscentra?

In de huidige wet- en regelgeving hebben gemeenten geen formele verantwoordelijkheid voor het huisvesten van huisartsen en gezondheidscentra. Wel is het uitdrukkelijk ook in het belang van gemeenten dat er voldoende huisvesting voor huisartsenpraktijken en gezondheidscentra beschikbaar is. De VNG geeft ook aan dat gemeenten dit als hun maatschappelijke verantwoordelijkheid zien. Gemeenten hebben verschillende mogelijkheden om hierop te sturen. Die mogelijkheden zijn beschreven in de Handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra. Aanvullend bespreek ik met de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties de mogelijkheid om huisvesting van zorg, zoals

¹³ RvS (2023) «Op onze gezondheid. De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg» en SER (2024) «Gezond opgroeien, wonen en werken. Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaaleconomische gezondheidsverschillen»

¹⁴ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

¹⁵ Kamerstukken 2023/24, 32 793, nr. 709

huisartsen en gezondheidscentra, mee te nemen in de Nota Ruimte die op dit moment wordt opgesteld. Gemeenten verdergaande verantwoordelijkheden geven vraagt naar verwachting om extra wetgeving. Dit vergt een zorgvuldige afweging en de keuzes hierover zijn aan een volgend kabinet.

De gemeenten zijn wel verplicht om een woonzorgvisie op te stellen. Welke verplichtende mogelijkheid ziet de Minister om gemeenten bij hun woonzorgvisie de huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra mee te nemen?

Zoals beschreven in de Handreiking huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra kunnen gemeenten, in de woonzorgvisies die zij opstellen, verwijzen naar de opgave in eerstelijnszorg, waaronder de huisartsenzorg. Zoals ik heb aangegeven in mijn reactie op de vorige vraag van de NSC-fractie hebben gemeenten in de huidige wet- en regelgeving geen formele verantwoordelijkheid voor het huisvesten van huisartsen en gezondheidscentra. Gemeenten verdergaande verantwoordelijkheden geven vraagt naar verwachting om extra wetgeving. Dit vergt een zorgvuldige afweging en de keuzes hierover zijn aan een volgend kabinet.

Daarnaast vragen genoemde leden de Minister welke actie zij onderneemt voor integrale gezondheidscentra in de wijk, waarbij huisartsenzorg, (wijk)verpleegkundigen, ambulante ggz, consultatiebureau, buurtteam en andere disciplines onder één dak samenwerken.

In de visie eerstelijnszorg is afgesproken dat er hechte wijkverbanden komen. Hierin werken zorgprofessionals nauw samen om de eerstelijnszorg in de wijk goed te organiseren. Regio's en wijken zijn vrij om een passende invulling te geven aan het hechte wijkverband, zolang dit verband de taken zoals in de visie beschreven goed kan uitvoeren. In de visie is daarom niet afgesproken dat de samenwerking op één fysieke locatie moet plaatsvinden. Dit kan uiteraard binnen een integraal gezondheidscentrum maar ook vanuit een netwerk van (zorg)professionals die op verschillende locaties binnen de wijk werkzaam zijn.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de stand van zaken van de versterking van de huisartsenzorg. Zij hebben daarbij nog enkele vragen.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat mensen steeds langer moeten wachten voordat ze voor een afspraak terecht kunnen bij de huisarts. Tevens ervaren huisartsen een toename in werkdruk, terwijl er meer huisartsen zijn dan ooit. Samenwerken is hierbij volgens de leden van de D66-fractie van groot belang. Zo kan er een gedeelte van de werkdruk weggenomen worden door deze zorg te delen met andere eerstelijnszorgverleners zoals apothekers, (wijk)verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Is de Minister het met de leden van de D66-fractie eens dat, zoals omschreven in de consultatieversie visie eerstelijnszorg 2030, doorverwijzingen op een andere manier georganiseerd kunnen worden? Welke voordelen ziet de Minister in het verbreden van de poortwachtersfunctie, zo vragen deze leden. Welke stappen moeten er genomen worden om de poortwachtersfunctie te verbreden naar andere eerstelijnszorgaanbieders? Kan de Minister aangeven of, en zo ja hoe, zij voornemens is om dit proces te starten?

Ik zie voordelen in het anders inrichten van de poortwachtersfunctie, voornamelijk om de schaarse personele capaciteit optimaal in te zetten. Dit is eerder ook beschreven in de Kamerbrief over de minimale eisen die de bewindspersonen van VWS stelden aan de visie eerstelijnszorg die op

dat moment opgesteld werd¹⁶. Uitgangspunt in de visie is dat de poortwachtersfunctie belegd blijft bij de huisarts, onder meer om de belangrijke waarde «generalisme» van de eerstelijnszorg te behouden. Wel hebben we afgesproken om voor specifieke doelgroepen te bezien of en in welke gevallen het meerwaarde heeft om een andere professional de mogelijkheid te geven om zonder tussenkomst van de huisarts te verwijzen naar gespecialiseerde zorg. Er is in de huidige wetgeving ook ruimte voor andere artsen dan de huisarts als verwijzers. Een verzekeraar kan dit in de polis bepalen. De doorverwijzing vanuit andere professionals kan een meerwaarde bieden, bijvoorbeeld door ontlasting van de huisarts, het voorkomen van dubbel werk of administratieve lasten of het mogelijk maken van deskundigheidsbevordering. De komende periode wordt met partijen uitgewerkt hoe we de implementatie van de visie verder vormgeven. Daarbij zal ook voor deze afspraak een proces gestart worden om hiermee, samen met betrokken beroepsgroepen, aan de slag te gaan.

Tevens lezen de leden van de D66-fractie dat de Minister voornemens is om het praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken. Daarom vragen de leden van de D66-fractie welke rol de Minister ziet voor het in loondienst treden van huisartsen. Kan de Minister voordelen schetsen van het in loondienst treden, niet alleen voor een meer vaste patiëntenpopulatie, maar ook voor het creëren van meer werkplezier en het verlagen van werkdruk onder huisartsen?

Het werken in loondienst is een goede vorm binnen de huisartsenzorg om het werken met een vaste patiëntenpopulatie te organiseren. De voordelen voor een huisarts in loondienst ten opzichte van andere werkvormen van huisartsenzorg doen zich vooral voor in de verantwoordelijkheidsverdelingen en bedrijfsvoering. Huisartsen in loondienst zijn niet verantwoordelijk voor de algemene bereikbaarheid van de praktijk of het gezondheidscentrum. Ook zijn zij niet verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering van de praktijk, zoals personeelszaken, financiën en ICT-onderhoud. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de praktijkeigenaar. Door te werken in loondienst hebben huisartsen dus wel de vaste relatie met hun patiëntenpopulatie, maar de eindverantwoordelijkheid voor de praktijkvoering ligt niet bij hen. Dit kan ervoor zorgen dat huisartsen in loondienst een groter deel van hun tijd aan zorgverlening kunnen besteden. Voor sommige huisartsen werkt dit heel goed, terwijl voor andere huisartsen de autonomie en verantwoordelijkheid die bij het praktijkhouderschap horen het vak juist aantrekkelijker maken.

Zoals ook aangegeven in de reactie op de vragen van de VVD-fractie is er niet één goede werkvorm waarin huisartsen zich kunnen verbinden met een vaste patiëntenpopulatie. Juist de verscheidenheid aan (organisatie-)vormen is belangrijk binnen de huisartsenzorg omdat niet elke huisarts en zijn of haar populatie hetzelfde is.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben brieven van de Minister ontvangen met informatie over de huidige stand van de huisartsenzorg en hebben nog enkele vragen aan de Minister.

In de brieven staat dat het aantal opleidingsplekken voor huisartsen is verhoogd. Genoemde leden willen graag weten of deze opleidingsplekken worden aangeboden in lokale praktijken.

De opleidingsplekken voor huisartsen worden door de huisartsenopleiding Nederland (HON) in samenspraak met de opleidingsinstituten (UMC's) verdeeld over Nederland. Bij het verdelen van de opleidingsplaatsen is er specifiek aandacht voor de optimale spreiding over het hele

¹⁶ Kamerstukken II 2022–2023 33 578 nr. 98

land en daarmee ook lokale praktijken. De verdeling van opleidingsplekken is echter mede afhankelijk van de beschikbare kandidaten, (praktijk)opleiders en het opleidingsaanbod.

Daarnaast lezen deze leden dat regionale huisartsenorganisaties terughoudend zijn bij het samenwerken met nieuwe ketens. De Minister noemt hiervoor verschillende redenen, zoals gebrekkige communicatie en onzeker financieel beleid. Genoemde leden willen weten hoe de Minister aankijkt tegen de gedachte dat regionale huisartsenorganisaties zich lange tijd verwaarloosd hebben gevoeld door de landelijke overheid, zowel wat betreft steun, begrip en waardering.

Ik herken het beeld niet dat regionale huisartsenorganisaties zich verwaarloosd hebben gevoeld door de landelijke overheid. Regionale samenwerking binnen de huisartsenzorg en tussen de huisartsenzorg en andere domeinen is van groot belang om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Door de inzet op regionale organisatie van ketenzorg en «organisatie en infrastructuur» in de huisartsenzorg zijn regionale huisartsenorganisaties de afgelopen jaren een steeds belangrijker rol gaan spelen. Het landelijke beleid, onder meer de financiering en bekostiging van deze regionale activiteiten, hebben hier actief aan bijgedragen. In de visie eerstelijnszorg hebben we afspraken gemaakt over hoe we hierop de komende jaren verder bouwen zodat de brede eerstelijnszorg zich regionaal sterk kan organiseren.

Ze willen ook weten of de Minister weet hoeveel mensen in Nederland, met name in de regionale gebieden, geen vaste huisarts hebben. Zoals aangegeven in mijn reactie op de vragen van de VVD-fractie en GL-PvdA-fractie is er beperkt inzicht in het aantal mensen dat zich niet bij een huisarts kan inschrijven. Er is enkel inzicht in het aantal mensen dat zich bij de zorgverzekeraar heeft gemeld omdat zij een huisarts zoeken. Deze cijfers zijn terug te vinden in de monitor Toegankelijkheid van Zorg van de NZa. Om hier meer inzicht in te vergaren ga ik een onderzoek uitzetten naar het totaal aantal mensen dat op zoek is naar een (nieuwe) huisarts maar zich niet kan inschrijven.

Verder vinden de leden van de BBB-fractie dat als we jonge huisartsen willen stimuleren om binnen tien jaar praktijkhouder te worden, het belangrijk is dat de overheid standvastig en langetermijnbeleid biedt. De leden vragen hoe de Minister dit wil realiseren, naast de onderwerpen die al besproken zijn in de brief.

Met de visie eerstelijnszorg 2030 heeft dit kabinet uitdrukkelijk ingezet op langetermijnbeleid voor de brede eerstelijnszorg. Daarnaast heb ik met het uitvoeren van een aantal afspraken uit het IZA over de huisartsenzorg en de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg een stevige basis gelegd voor toekomstbestendig beleid voor de huisartsenzorg. Momenteel werk ik de aangrijpingspunten uit deze brief uit tot concrete beleidsopties, waarmee een volgend kabinet concrete mogelijkheden krijgt om verder te bouwen aan een sterke huisartsenzorg, nu en in 2030.

Tot slot geeft de Minister vier categorieën van mogelijke maatregelen aan. De eerste categorie gaat over het informeren en begeleiden van jonge huisartsen. De tweede categorie richt zich deels op het belonen van het werken met een vaste groep patiënten en deels op het minder aantrekkelijk maken van werken als oproeparts of met tijdelijke vervanging. De derde categorie benadrukt het belang van praktijk eigenaarschap, waarbij huisartsen kunnen werken met een vaste groep patiënten. De laatste categorie gaat over de rollen en verantwoordelijkheden van verschillende partijen in een regio om ervoor te zorgen dat huisartsenzorg toegankelijk blijft. Hoewel de Minister de beleidsopties nog moet onderzoeken, vragen de leden van de BBB-fractie of de Minister alvast kan uitleggen welke

beleidsopties bij elke categorie kunnen horen, zodat deze leden hier een beeld bij hebben.

De aangrijpingspunten komen voort uit de brede werksessie die de voormalig Minister van VWS heeft georganiseerd, waarbij met partijen is gesproken over hoe we ervoor kunnen zorgen dat meer huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie gaan werken. Tijdens de werksessie zijn er zaken genoemd zoals aanscherping van de kernwaarden van goede huisartsenzorg, verbeterde ondersteuning van jonge huisartsen in het aangaan van een vaste huisarts-patiëntrelatie, een scherpere omschrijving van de rollen en verantwoordelijkheden van partijen in de regio, aanvullende regulering van (de markt voor) wisselende waarnemers, en het matchen van huisartsen die hun praktijk willen overdragen aan huisartsen die juist een praktijk willen overnemen. Zoals benoemd in de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg worden de aangrijpingspunten op dit moment ambtelijk uitgewerkt tot concrete beleidsopties. Het is aan een volgend kabinet om een beslissing te nemen over de uitvoering van dergelijke beleidsopties.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om enkele aanvullende en verduidelijkende vragen te stellen naar aanleiding van de brief van de Minister over het versterken van de eerstelijnszorg, specifiek gezien de huisartsenzorg. Genoemde leden vinden het belangrijk dat de eerstelijnszorg beschikbaar en bereikbaar blijft, met name in de regio. Huisartsen kennen hun patiënten en hebben daar een band mee. Zij zijn de poortwachters van de zorg.

De Minister stelt dat de kernwaarde «continu» de laatste jaren steeds meer onder druk staat. Dit onderschrijven de leden van de CDA-fractie. Zij hebben hier in eerdere debatten en met schriftelijke vragen aandacht voor gevraagd. Denk bijvoorbeeld aan mensen die verhuizen en zich niet bij een nieuwe huisarts kunnen inschrijven bijvoorbeeld, waardoor ze negentig kilometer verder bij hun oude huisarts moeten blijven (zie onder andere de schriftelijke vragen van Joba van den Berg aan de Minister, d.d. 30 januari 2023) (Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1816). Ook wordt er bij de bouw van nieuwe woonwijken onvoldoende rekening gehouden met een «plek» voor eerstelijnsvoorzieningen, zoals de huisarts, tandarts en fysiotherapeut. De Minister zet met het veld in op het versterken van de kernwaarden van de huisartsenzorg, in het bijzonder de continuïteit. Nu de handreiking klaar is, vragen deze leden haar welke concrete acties de Minister verder onderneemt. Laat zij het nu verder over aan het veld? Kan de Minister schetsen hoe de acties, die genoemd worden in deze brief, zich verhouden tot het probleem van de arbeidskrapte in de zorg?

Landelijk gezien is er binnen de huisartsenzorg geen tekort aan huisartsen of arbeidskrapte. Het aantal werkzame huisartsen in Nederland is de afgelopen jaren zowel absoluut als relatief (per inwoner) gegroeid.

Hetzelfde geldt voor het aantal fte's aan huisartsen. Er zijn wel minder huisartsen die werken met een vaste patiëntenpopulatie. In de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg geef ik aan dat ik onder meer door het versterken van de kernwaarde continuïteit meer wil inzetten op deze vaste huisarts-patiënt relatie.

Er zijn meerdere aangrijpingspunten om de continuïteit in de huisartsenzorg te verbeteren. Passende huisvesting is één van deze aangrijpingspunten, maar het afgelopen jaar heb ik ook, samen met de veldpartijen, gewerkt aan het mogelijk maken van Meer Tijd Voor de Patiënt en het anders inrichten van Avond-, Nacht-, en Weekenddiensten.

Met het opleveren van de Handreiking huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra is mijn inzet op de huisvesting van huisartsen niet afgerond. Zoals aangegeven in mijn reactie op de vragen van de leden van GL-PvdA en VVD spreek ik doorlopend met de veldpar-

tijen over de handreiking, de naleving en eventuele vervolgstappen. Ik verwacht eind 2024 een geactualiseerde versie van de handreiking op te leveren waarin er meer aandacht wordt besteed aan de recente uitvoering en de aard en omvang van financiële knelpunten. De handreiking zal dan ook naar uw Kamer toegestuurd worden.

Op het moment dat de brief naar de Kamer is verzonden (d.d. 19 december 2023) is 75 procent van de huisartsenpraktijken ingestroomd in «meer tijd voor de patiënt». Vanaf het eerste kwartaal van 2024 kunnen alle huisartsenpraktijken die dat willen van MTVP gebruik maken. Hoeveel huisartsenpraktijken zijn er half februari in totaal ingestroomd? Wat zijn de redenen dat bepaalde huisartsenpraktijken nog niet instromen?

Exacte aantallen zijn (nog) niet bekend, maar ik heb van LHV en InEen vernomen dat het overgrote deel van alle praktijken inmiddels is ingestroomd. Niet elke huisartsenpraktijk wil of kan instromen, bijvoorbeeld omdat de praktijkhouder binnenkort met pensioen gaat en daarom geen implementatietraject meer wil starten.

De Minister heeft samen met het werkveld een handreiking ontwikkeld voor huisvesting en gezondheidscentra. Wordt deze handreiking breed verspreid onder alle deelnemende partijen?

Met de veldpartijen, LHV, InEen, VNG en ZN, die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de Handreiking huisvestingsproblematiek huisartsen en gezondheidscentra, heb ik afgesproken dat elke partij zelf verantwoordelijk is om de handreiking actief naar hun eigen achterban en leden te communiceren. De partijen hebben dit gedaan na de publicatie van de handreiking in december 2023. Zij hebben dit onder andere gedaan via ledenvergaderingen, nieuwsbrieven, ledenbladen en via websites. Daarnaast blijf ik samen met de partijen alle huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten aanmoedigen om een bijdrage te leveren aan, en hun verantwoordelijkheid te nemen voor het oplossen van de huisvestingsproblematiek.

De Minister stelt verder in haar brief dat huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten allemaal een stap naar voren moeten zetten om de huisvestingsproblematiek op te lossen. Hoe wordt gemonitord of de verschillende partijen die stap naar voren zetten om de huisvestingsproblemen op te lossen? Wordt onderzocht of bijgehouden waarom ze die stap niet zetten?

Zoals aangegeven in de reactie op de vragen van de leden van GL-PvdA, VVD en CDA ben ik doorlopend in gesprek met de partijen via de werkgroep huisvestingsproblematiek. Hierin bespreken we de impact van de handreiking en werken we aan vervolgstappen om de handreiking verder vorm te geven en aan te scherpen. Ik verwacht dat in het najaar van 2024 een geactualiseerde versie van de handreiking zal worden gepubliceerd waarin nieuwe praktijkervaringen worden meegenomen.

De Patiëntenfederatie stelt, wat de leden van de CDA-fractie betreft terecht, dat het perspectief van de patiënt in de brief van de Minister ontbreekt. Heeft de Minister gegevens over hoeveel mensen onvoldoende toegang hebben tot huisartsenzorg en in welke regio's?

In de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg staat de zorg voor de patiënt centraal. De bewezen effecten van continuïteit in de (huisartsen)zorg komen in de eerste plaats ten goede van de patiënt. Continue zorg leidt tot een verbeterde band tussen de huisarts en patiënt. Dit resulteert in betere kwaliteit van zorg, een hogere levensverwachting en minder doorverwijzingen naar de tweedelijnszorg. Deze uitkomsten zijn, in de eerste plaats, positief voor de patiënt.

Zoals aangegeven in mijn reactie op de vragen van de GL-PvdA-fractie, de VVD-fractie en de BBB-fractie heb ik op dit moment beperkt inzicht in het

aantal mensen dat onvoldoende toegang heeft tot huisartsenzorg. Om hier meer inzicht in te vergaren ga ik een onderzoek uitzetten naar het totaal aantal mensen dat op zoek is naar een (nieuwe) huisarts maar zich niet kan inschrijven. Gelijkzeitig blijf ik benadrukken dat mensen die op zoek zijn naar een huisarts zich kunnen melden bij de zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling. In het geval van spoed kunnen mensen altijd terecht bij een huisarts, ook als zij niet staan ingeschreven.

Heeft de Minister in beeld hoeveel mensen in Nederland geen vaste huisarts hebben en of dat aantal groeit – inclusief patiënten die een nieuwe huisarts zoeken maar noodgedwongen nog ingeschreven staan bij hun oude huisarts? Zo nee, welke mogelijkheden ziet de Minister om dat op korte termijn en per regio in beeld te brengen? Kan de Minister een overzicht per regio geven van de activiteiten die bijdragen aan het verbeteren van de toegang tot huisartsenzorg?

Zoals ik heb aangegeven in reactie op de vragen van de VVD-fractie, GL-PvdA-fractie en BBB-fractie is er beperkt inzicht in het aantal mensen dat geen huisarts heeft. Volgens de NZa Monitor Toegankelijkheid van Zorg was er tussen januari en september 2023 een lichte stijging van het aantal mensen dat zich heeft gemeld bij de verzekeraar omdat zij een huisarts zoeken. Onder deze groep valt ook de groep mensen die nog bij een oude huisarts staat ingeschreven, maar op zoek is naar een nieuwe huisarts. Om hier meer inzicht in te vergaren ga ik een onderzoek uitzetten naar het totaal aantal mensen dat op zoek is naar een (nieuwe) huisarts maar zich niet kan inschrijven. Daarnaast blijft het van belang dat mensen die een huisarts zoeken zich melden bij hun zorgverzekeraar. Ik vind het van belang dat alle partijen hun verantwoordelijkheid pakken en samenwerken om alle Nederlanders van een vaste huisarts te voorzien. In de regio verwacht ik van de regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en zorgverzekeraars dat zij samen optrekken om de huisartsenzorg toegankelijk te houden. Deze rol wordt ook al vaak gepakt door de partijen. Zoals benoemd in de Kamerbrief Stand van zaken versterking huisartsenzorg, zie ik op veel plekken in het land mooie initiatieven waarbij de RHO's, zorgverzekeraars, huisartsen en gemeenten samenwerken om de huisartsenzorg voor iedereen toegankelijk te houden.

Houdt de handreiking voldoende rekening met de beschikbaarheid van huisartsenzorg in plattelands regio's, zo willen de leden van de CDA-fractie van de Minister weten. Hoe wil de Minister het vestigingsklimaat van huisartsen in de krimpende regio's meer of beter ondersteunen?

Veel plattelandsgemeenten kenmerken zich door een oudere populatie. Deze groep bezoekt vaker de huisarts. Deelt de Minister dat de beschikbaarheid van de huisarts, maar ook die van de fysiotherapie en tandarts juist voor deze doelgroep zeer belangrijk is? Zo ja, wat kan de Minister doen om artsen meer te «verleiden» zich juist in plattelandsgemeenten te vestigen?

De Minister van VWS, de Staatssecretaris van VWS en ik vinden het van groot belang dat eerstelijnszorg beschikbaar is en blijft voor iedereen die deze nodig heeft. In de visie eerstelijnszorg 2030 hebben wij met partijen concrete doelen afgesproken om dit in elke regio te realiseren. Afhankelijk van de regionale context kan de aanpak om dit te realiseren verschillen. In de visie hebben wij met partijen uitgangspunten afgesproken voor lokale en regionale samenwerking, waarbij voor alle partijen een belangrijke rol is weggelegd. Ook in krimpregio's en plattelandsgemeenten is het goed mogelijk de eerstelijnszorg toekomstbestendig te organiseren. Specifiek voor de huisartsenzorg is het samenspel tussen de regionale huisartsenorganisatie en de (marktleider) zorgverzekeraar belangrijk om voldoende vaste huisartsen naar een regio te trekken. Zij kunnen daaraan bijdragen

door huisartsen te ondersteunen bij hun vestiging, huisvesting, bedrijfsvoering en andere praktische zaken.

De Minister stelt zorgen te hebben over hoe sommige ketens in de huisartsenzorg zich verhouden tot de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg. De leden van de CDA-fractie denken dat er wel wat meer aan de hand is. Financiële resultaten lijken belangrijker te zijn dan het bieden van goede huisartsenzorg.

De Minister brengt in haar Kamerbrief naar voren dat de Nederlandse Zorgautoriteit (in november 2023) geen goedkeuring heeft gegeven voor de overname van twee huisartsenpraktijken in Bergen op Zoom door de huisartsenketen Co-Med. Bij de beoordeling van de aanvragen tot overname is de NZa er niet van overtuigd dat Co-Med kan garanderen dat er na 1 januari 2024 voldoende huisartsenzorg beschikbaar is voor de patiënten van beide praktijken. Bij deze afwijzing speelde mee dat twee eerdere overnameplannen niet goed zijn verlopen.

Vervolgens stelt de Minister dat er nog relatief weinig bekend is over deze nieuwe organisatievormen. En dat termen als private equity, commerciële huisartsenzorg en (bedrijfs)ketens door elkaar worden gebruikt en dat hiervoor geen duidelijke definities bestaan. De leden van de CDA-fractie willen hiertegenover stellen dat er voldoende bekend was qua organisatievorm om de NZa in november geen goedkeuring te laten verlenen bij een aanvraag tot overname. Is dit Minister het hiermee eens?

Nee, ik ben het hier niet mee eens. Het besluit van de NZa om geen goedkeuring te verlenen voor de betreffende overname staat los van de organisatievorm of de wijze waarop de betreffende zorgaanbieders worden gefinancierd. Zoals vermeld in het persbericht van de NZa¹⁷ is de NZa bij de beoordeling van de aanvraag tot overname niet overtuigd geweest dat de desbetreffende organisatie voldoende aannemelijk heeft gemaakt hoe de zorg voor de patiënten voortgezet werd na het verwachte vertrek van personeel.

Binnen de huisartsenzorg doen de IGJ en de NZa onderzoek naar bedrijfsketens in de huisartsenzorg en de mogelijke risicofactoren voor kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Kan de Minister wat uitgebreider toelichten wat voor soort onderzoek dit is? De NZa heeft in november bij de overname van Co-Med vanwege de toegankelijkheid van zorg voor patiënten de aanvraag toch niet goedgekeurd? Wil de Minister de mogelijkheden van de NZa in dit kader uitbreiden?

De toezichthouders hebben een verkennend onderzoek gedaan naar bedrijfsketens in de huisartsenzorg en wat dit betekent voor hun toezicht. In dit rapport worden risico's beschreven die kunnen ontstaan bij bedrijfsketens en aanbevelingen gedaan voor het toezicht van de toezichthouders voor de gehele huisartsenzorg. In het rapport worden aanbevelingen gedaan over declaraties van bedrijfsketens, kwaliteit van huisartsenzorg, digitaal zorgaanbod, regionale samenwerking, goed bestuur, professionele bedrijfsvoering en transparante verantwoording. In mijn aangekondigde beleidsreactie zal ik op deze aanbevelingen ingaan. Daarnaast onderzoekt de Minister van VWS op dit moment de mogelijkheden om de NZa de bevoegdheid te geven om onwenselijke fusies tegen te kunnen houden op basis van inhoudelijke gronden. Zij verwacht uw Kamer hier dit kwartaal nog over te informeren in een Kamerbrief over de aanpassingen aan het zorgspecifiek markttoezicht.

Waarom stelt de Minister vervolgens dat een algeheel verbod op ketens of winstuitkering juridisch niet uitvoerbaar is? Bepaalde zorgvormen zijn toch uitgezonderd van winstuitkering, zoals ziekenhuizen? Dat is toch juridisch uitvoerbaar? Vervolgens stelt de Minister dat het ook niet wenselijk is om winstuitkeringen in te gaan voeren, omdat daarmee ook

¹⁷ NZa: geen goedkeuring 2 overnames Co-Med | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit

goede aanbieders van huisartsenzorg zullen worden getroffen. Wat bedoelt de Minister hier precies mee? Dit gaat toch voorbij aan de principiële vraag of je commerciële huisartsenzorg wil toestaan in de zorg wanneer de betaalbaarheid van de zorg steeds meer onder druk komt te staan, ook voor komende generaties. Kan de Minister hierop reflecteren? In de huidige regelgeving is sinds lange tijd een verbod op winstoogmerk vastgelegd voor met name de intramurale gezondheidszorg. Onderzoek uit 2019¹⁸ heeft bevestigd dat de negatieve effecten van het mogen doen van winstuitkeringen zich vooral voordoen in de sectoren waarin intramurale zorg wordt geleverd. Door het intramurale aspect is in het algemeen sprake van een hoge kapitaalintensiteit, wat de toetreding van nieuwe, concurrerende aanbieders bemoeilijkt en de inkoopmacht van zorgverzekeraars beperkt. Daarnaast speelt de aard van de geleverde zorg en het gebrek aan inzicht in de kwaliteit en de prijs van de zorg een rol in de afweging om in deze sectoren het winstuitkeringsverbod te laten bestaan.

Eventuele verdere uitbreiding van het winstuitkeringsverbod naar andere zorgvormen/-sectoren betekent een forse ingreep in het eigendomsrecht waarvoor de noodzakelijkheid en proportionaliteit niet goed objectief te onderbouwen zijn. Zie voor een uitgebreidere toelichting op de juridische aspecten ook het antwoord op de eerdere vraag van de leden van de PVV fractie over het juridisch kader.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de stand van zaken van de versterking van de huisartsenzorg. Zij hebben hier nog enkele vragen en opmerkingen over.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoeveel huisartsen inmiddels gebruik maken van MTVP. In hoeverre stelt dit huisartsen nu in staat om daadwerkelijk met lange consulten te werken?

Exacte aantallen zijn (nog) niet bekend, maar ik heb van LHV en InEen vernomen dat het overgrote deel van alle praktijken inmiddels is ingestroomd. Niet elke huisartsenpraktijk wil of kan instromen, bijvoorbeeld omdat de praktijkhouder binnenkort met pensioen gaat en daarom geen implementatietraject meer wil starten.

De contractering van MTVP stelt huisartsen in staat om – waar dat nodig is – met langere consulten te werken. Dat is geborgd door de afspraak dat huisartsen bij de implementatie van MTVP werken volgens de door landelijke partijen (beroepsgroep en zorgverzekeraar) opgestelde *leidraad MTVP*. Hierin staan verschillende effectieve interventies beschreven om MTVP in de praktijk te realiseren. De leidraad is gebaseerd op lessen uit eerdere pilots met MTVP. Om de effecten te volgen hebben landelijke partijen een monitor opgezet. Daaruit zal later dit jaar meer duidelijk worden over de instroom en de (eerste) effecten van de implementatie van MTVP.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom de aangenomen motie-Marijnissen/Bikker¹⁹ over zorgen dat binnen de huisartsenzorg eigenaarschap van private equitypartijen tot het verleden gaat behoren, niet gewoon uitvoert. Zij wijzen erop dat huisartsenpraktijken kapot wordt gemaakt door deze sprinkhaankapitalisten en dat de Kamer zich hier reeds tegen heeft uitgesproken.

Voor de juridische uitvoerbaarheid van deze motie is het eerst van groot belang dat er meer zicht komt op de feiten rondom private equity (PE) in

¹⁸ SiRM en Finance Ideas, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, Utrecht: juni 2019. In september 2020 heeft adviesbureau SEO een vergelijkbaar onderzoek (met vergelijkbare uitkomsten) uitgevoerd: zie www.seo.nl/wp-content/uploads/2020/11/2020-67-Normering-winstuitkering-zorg-1.pdf.

¹⁹ Kamerstuk 36 410, nr. 19

de (huisartsen)zorg. Nadat de Kamer deze motie heeft aangenomen heeft VWS een onderzoek uitgezet naar de omvang en effectiviteit van PE in de zorg. Dit rapport zal rond het einde van het eerste kwartaal 2024 worden afgerond. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zal moeten worden bepaald of er voldoende objectieve onderbouwing is om de rol van private equity in de huisartsenzorg terug te kunnen dringen. Eventuele maatregelen zullen immers snel leiden tot beperking van de in Europese regelgeving verankerde vrijheid van ondernemen en het eigendomsrecht en dat vergt een zeer goede onderbouwing van de noodzakelijkheid en proportionaliteit van eventuele maatregelen.

Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie hoe de Minister de motie-Dijk²⁰ over ervoor zorgen dat binnen de gehele zorg eigenaarschap van private-equitypartijen tot het verleden gaat behoren, gaat uitvoeren. Voor deze motie geldt hetzelfde als voor de motie-Marijnissen/Bikker zoals in antwoord op de eerdere vraag van de leden van de SP-fractie is benoemd. Dus voor de juridische uitvoerbaarheid van ook deze motie is eerst van belang om meer zicht te krijgen op de feitelijkheden rondom private equity in de zorg.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister waarom een verbod op goodwill nu niet mogelijk zou zijn, terwijl dit verbod tussen 1987 en 2006 wel mogelijk was. Zij wijzen erop dat het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) al in 1953 in werking trad, dus lang voordat het verbod op goodwill werd ingevoerd.

Goodwillbetalingen zijn jarenlang de norm geweest bij praktijkovernames. Met het invoeren van een collectieve pensioenregeling voor huisartsen in 1973 is het belang van goodwill als pensioenvoorziening van huisartsen aanzienlijk afgenomen. Vervolgens zijn destijds stappen gezet om goodwillbetalingen af te schaffen. Dat gebeurde onder andere met behulp van een goodwillfonds, dat werd opgericht voor praktijkhouders ter compensatie voor het «mislopen» van eerder betaalde goodwill bij overname van de praktijk. De taak van het goodwillfonds is afgerond met de laatste betalingen vanuit dat fonds in 2007 en de ontbinding van dat fonds op 1 januari 2009.

Alleen voor die huisartsen die aanspraak maakten op dit fonds gold een verbod voor het vragen van goodwill bij overname van de praktijk. Van een wettelijk verbod op het vragen van goodwill is nooit sprake geweest.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister daarnaast of er, als het daadwerkelijk onmogelijk zou zijn om een verbod op goodwill in te voeren, geen andere mogelijkheden zouden zijn om het vragen en betalen van goodwill minder aantrekkelijk te maken.

Er is in 2023 door mijn ambtsvoorganger gekeken of een wettelijk verbod op goodwillbetalingen mogelijk is. Juridisch is er geen mogelijkheid tot een effectief goodwillverbod. Een goodwillverbod vereist een wetwijziging. De rechter kan die wijziging buiten toepassing laten of zelfs onverbindend verklaren bij strijdigheid met artikel 1 van het eerste protocol bij het EVRM (bescherming eigendomsrecht).

Daarom wil ik met de LHV en InEen gezamenlijk proberen een halt toe te roepen aan goodwillbetalingen. Deze partijen hebben aangegeven goodwillbetalingen ook onwenselijk te vinden. Het standpunt van de LHV over goodwill uit 2007 blijft onveranderd. De LHV is tegen de betaling van goodwill en draagt dat ook zo uit naar de achterban. Daarnaast ben ik hierover ook in gesprek met zorgverzekeraars (ZN). Wetende dat zorgverzekeraars geen juridische gronden hebben om goodwillbetalingen te verbieden, verken ik in het belang van de continuïteit van zorg graag ook

²⁰ Kamerstuk 32 012, nr. 59

met hen (en in afstemming met huisartsenpartijen) hoe goodwillbetalingen desondanks verder kunnen worden ingeperkt. Het betalen van goodwill begint met stoppende (pensionerende) praktijkhouders die om goodwillbetaling vragen en/of de aangeboden goodwillbetaling accepteren. Ik roep huisartsen dan ook op om bij praktijkovername oog te hebben voor het gemeenschappelijk belang, in het bijzonder dat van de patiënt en zich niet te laten leiden door het individuele financieel belang.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister tot slot in hoeverre de huisartsenzorg voldoende versterkt kan worden, op het moment dat het kabinet tegelijkertijd de werkdruk van huisartsen blijft verhogen, door onder andere het beleid om ouderen nog minder snel toegang te geven tot het verpleeghuis.

Het beleid is er op gericht om ouderen zoveel mogelijk te laten leven zoals zij dat willen met eigen regie, op de plek waar ze zich thuis voelen. De voorkeuren van ouderen veranderen en de zorg en ondersteuning die we bieden moet hierop worden aangepast. Met de visie eerstelijnszorg versterken we niet alleen de huisartsenzorg maar de gehele eerstelijnszorg. Door in te zetten op zes doelen: 1) verminderen van de ontstane ongewenste druk op de eerstelijnszorg. 2) burgers beter voorbereiden en toeleiden naar de eerste lijn. 3) bieden van passende eerstelijnszorg met focus op gezondheid en kwaliteit van leven, waar van meerwaarde, digitaal ondersteund. 4) beter benutten van de capaciteit binnen de eerstelijnszorg. 5) realiseren van hechte wijkverbanden zodat de samenwerking tussen professionals in de wijk wordt versterkt. 6) verbeteren van de organisatiegraad op regionaal niveau.

Op deze manier maken we de eerstelijnszorg klaar voor de stijgende zorgvraag zonder de werkdruk voor huisartsen verder op te laten lopen.