

Vergaderjaar 2023–2024

33 578

Eerstelijnszorg

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 112

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 december 2023

Als je zorg nodig hebt, moet je in Nederland kunnen vertrouwen op goede eerstelijnszorg die in jouw buurt, wijk of dorp beschikbaar is. Denk bijvoorbeeld aan huisartsenzorg, wijkverpleging of fysiotherapie. Onze eerstelijnszorg is van hoge kwaliteit, mede door de langdurige relatie die er vaak is tussen zorgverleners en patiënt.

De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) beschrijft in haar advies «De basis op orde» wat de waarde van de eerstelijnszorg is voor de samenleving en hoe we die waarde in de toekomst kunnen behouden.¹ Met het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) zet ik met de Minister voor Langdurige Zorg en Sport – in lijn met het RVS advies – in op het versterken van de eerstelijnszorg. Het uitgangspunt hierbij vormt de visie op de eerstelijnszorg in 2030 die we met een groot deel van de partijen uit de eerstelijnszorg hebben ontwikkeld.² In de visie spreken we af hoe we de eerstelijnszorg moeten organiseren en vernieuwen zodat deze voor iedereen die dat nodig heeft beschikbaar blijft. Dat kan alleen door de krachten te bundelen.

De huisartsenzorg vormt een belangrijk onderdeel van de eerstelijnszorg in Nederland. Om elke Nederlander van goede huisartsenzorg te voorzien, zijn de vier kernwaarden van de huisartsenzorg belangrijk. Deze kernwaarden zijn door de beroepsgroep zelf vastgesteld. Het gaat om: persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. Met name de kernwaarde «continu» staat de laatste jaren onder druk. Enerzijds zien we dat mensen zich niet altijd meer bij een huisarts kunnen inschrijven. Anderzijds werken steeds meer huisartsen als wisselende waarnemer, waardoor de continuïteit in de band tussen een huisarts en

¹ De basis op orde, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Via <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2023/04/04/de-basis-op-orde>

² Kamerstuk II 2022/23 33 578, nr. 111

patiëntenpopulatie niet meer vanzelfsprekend is. Juist die continuïteit is belangrijk voor de kwaliteit van de huisartsenzorg. Uit verschillende onderzoeken weten we dat een vaste relatie tussen zorgverleners en patiënten in de huisartsenzorg leidt tot de beste kwaliteit van zorg, een hogere levensverwachting en minder doorverwijzingen naar de tweede-lijnszorg. Het zorgt daarmee ook voor een effectieve inzet van het beschikbare personeel én het leidt tot meer werkplezier. Ook helpen vaste gezichten bij het versterken van de samenwerking met andere zorgverleners, en dat wordt steeds belangrijker.

Daarom zet ik samen met het veld in op het versterken van de kernwaarden van de huisartsenzorg, in het bijzonder de continuïteit. Om iedereen in Nederland goede en toegankelijke huisartsenzorg te kunnen bieden, moet het voor huisartsen aantrekkelijk zijn om zich te binden aan een vaste patiëntenpopulatie. Hiervoor hebben we in het IZA al een aantal belangrijke stappen gezet.

In deze brief ga ik in op drie onderwerpen. Ten eerste informeer ik uw Kamer over de voortgang van enkele afspraken uit het IZA over de versterking van de huisartsenzorg. Ten tweede beschrijf ik de acties die ik onderneem rondom de opkomst van commerciële ketens in de huisartsenzorg. Dit is een ontwikkeling die soms op gespannen voet staat met de continuïteit van de huisartsenzorg. Tot slot beschrijf ik welke mogelijkheden ik met het veld verken om huisartsen te stimuleren om met een vaste patiëntenpopulatie te werken.

Uitvoering IZA-afspraken over de huisartsenzorg

Meer tijd voor de patiënt

Voor het bieden van goede huisartsenzorg is voldoende tijd in de spreekkamer belangrijk. Dat draagt bij aan de kwaliteit van zorg en aan het werkplezier van zorgverleners. Daarom heb ik met huisartsenpartijen en zorgverzekeraars afgesproken dat alle huisartsen «meer tijd voor de patiënt» (MTVP) structureel kunnen invoeren. De opschaling van MTVP verloopt voorspoedig. Op dit moment is 75% van de huisartsenpraktijken ingestroomd. Vanaf het eerste kwartaal van 2024 kunnen alle huisartsenpraktijken die dat willen van MTVP gebruik maken. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bereidt een wijziging in de bekostiging voor zodat MTVP per 2025 structureel onderdeel wordt van de huisartsenbekostiging.³ Ik informeer uw Kamer in de eerste helft van 2024 over de voortgang. Ik ondersteun de implementatie van MTVP niet alleen via de financiering en bekostiging, maar ook door het verhogen van het aantal opleidingsplekken voor huisartsen en het stimuleren van de inzet van physician assistants/verpleegkundig specialisten in de huisartsenpraktijk waarover ik uw Kamer eerder heb geïnformeerd.⁴

Handreiking huisvesting en gezondheidscentra

Voor de kernwaarde «continu» is het belangrijk dat huisartsenzorg voor iedereen dichtbij beschikbaar is. Veel huisartsen en gezondheidscentra problemen met het vinden van geschikte huisvesting. Bijvoorbeeld omdat er geen geschikte ruimte te vinden is, de huur te hoog is of omdat er een nieuwe woonwijk is gebouwd, maar er geen rekening is gehouden met ruimte voor een nieuwe huisartsenpraktijk of gezondheidscentrum. In het IZA heb ik samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars

³ Kamerstuk II 2022/23 33 578, nr. 97

⁴ Kamerstuk II 2022/23 29 282, nr. 521

Nederland (ZN) afgesproken om daar iets aan te doen door «werkbare afspraken en een handreiking» te ontwikkelen. Samen met genoemde partijen, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties heb ik het afgelopen jaar gewerkt aan de handreiking. Deze is nu klaar en stuur ik conform mijn eerdere toezegging mee met deze brief (Kamerstuk 33 578, nr. 103).⁵ Met deze handreiking en de daarin gemaakte afspraken geef ik ook invulling aan de motie van de leden Ellemeet en Kuiken over het maken van afspraken met gemeenten over de huisvestingsproblematiek van huisartsen.⁶

Huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten moeten allemaal een stap naar voren zetten om de huisvestingsproblematiek op te lossen. Hierbij is het cruciaal dat deze partijen regionaal en lokaal samenwerken. Bijvoorbeeld door structureel overleg tussen regionale huisartsenorganisatie, zorgverzekeraar en gemeente. Het H-team in Rotterdam is hier een mooi voorbeeld van. Daarin werken deze drie partijen samen aan het vinden van oplossingen voor huisvestingsvragen van huisartsen. De handreiking beschrijft de rol van elke partij en de verantwoordelijkheden en mogelijkheden die zij zelf hebben om iets aan het probleem te doen. De handreiking helpt huisartsen en gezondheidscentra bij het vinden van een oplossing door concreet te beschrijven wat zij en anderen moeten doen als sprake is van huisvestingsproblematiek.

Met het opleveren van deze handreiking nemen LHV, InEen, VNG en ZN de verantwoordelijkheid om hun eigen achterban en leden mee te nemen in de afgesproken rollen. Samen moedigen we alle regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten aan om een bijdrage te leveren aan het oplossen van de huisvestingsproblematiek.

Soms kan huisvestingsproblematiek ook door financiële knelpunten komen. Hoe vaak dat voorkomt en waar deze financiële knelpunten precies zitten is nog niet duidelijk. Samen met de LHV, InEen, VNG en ZN heb ik afgesproken om onderzoek te doen om deze financiële knelpunten in kaart te brengen. Ik zal uw Kamer hierover in de tweede helft van 2024 nader informeren. Daarnaast is de NZa dit najaar begonnen met een kostenonderzoek om de maximumtarieven voor de huisartsenzorg te herijken. In dit kostenonderzoek wordt huisvesting op uitgebreidere wijze uitgevraagd dan in het voorgaande kostenonderzoek. De nieuwe tarieven zullen ingaan per 1 januari 2025.

Nieuwe organisatie avond-, nacht- en weekendzorg

In het IZA heb ik met partijen afspraken gemaakt over de avond-, nacht- en weekend (ANW) diensten die huisartsen leveren. De aanleiding voor deze afspraak was dat de dienstendruk door praktijkhoudend huisartsen als erg hoog werd ervaren, onder meer omdat de verplichting om diensten te vullen alleen bij de praktijkhouders ligt. Waarnemend huisartsen draaien weliswaar vaak diensten maar wanneer een praktijkhouder een dienst niet zelf kon doen, en deze ook niet kon worden ingevuld door een waarnemend huisarts, dan bleef de praktijkhouder zelf verantwoordelijk om de dienst in te vullen. Diensten werden daardoor op piekmomenten zoals met feestdagen of vakanties soms voor veel geld doorverkocht aan waarnemend huisartsen om zo toch maar de dienst te kunnen vullen. Voor de doorverkoop van diensten geldt namelijk een vrij tarief, terwijl praktijkhouders een vast maximumtarief ontvangen. Er was

⁵ TZ202307-115.

⁶ Kamerstuk II 2022/23, 36 200 XVI, nr. 71

dus sprake van een onevenwichtige verdeling van verantwoordelijkheden en er werden verschillende tarieven voor dezelfde diensten betaald. Dit zette de solidariteit binnen de beroepsgroep onder druk.

Om deze knelpunten aan te pakken, heb ik in het IZA met partijen uit de huisartsenzorg concrete afspraken gemaakt over een nieuwe organisatie van de ANW-zorg. Kern hiervan is dat de huisartsendienstenstructuren (HDS'en), de organisaties achter de huisartsenposten, de druk evenwichtiger verdelen over de praktijkhoudend en waarnemend huisartsen. Dat betekent onder meer dat HDS'en het zogenaamde «vrij roosteren» invoeren, dat op een aantal plekken in het land al eerder was ingevoerd en waar goede ervaringen mee zijn. Dit systeem houdt in dat praktijkhouders en waarnemers samen verantwoordelijkheid nemen om het dienstenrooster in de regio te vullen. Bij deze werkwijze zijn de praktijkhouders niet langer alleen verantwoordelijk voor het vullen van de diensten, maar is dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle huisartsen die bij de HDS zijn aangesloten.

Om te stimuleren dat zowel praktijkhouders als waarnemers zich committeren aan de nieuwe manier van werken, heb ik de NZa gevraagd om de tarieven voor ANW-zorg (die de praktijkhouders ontvangen voor de diensten die zij moeten invullen) te herijken met ingang van 2023. Als resultaat van de herijking zijn de maximumtarieven sterk verhoogd en gedifferentieerd. Daarbij is ook rekening gehouden met het moment van de dienst: de nachten en feestdagen zijn moeilijker in te vullen dan de avonddiensten of in het weekend overdag en voor deze periodes geldt daarom een hoger maximumtarief. Partijen hebben afgesproken dat zorgverzekeraars de nieuwe tarieven alleen vergoeden wanneer huisartsen de diensten daadwerkelijk evenwichtig verdelen. Dit is afgesproken om te voorkomen dat de nieuwe tarieven de prijzen voor waarnemers alleen maar verder doen stijgen.

Een laatste onderdeel van de afspraak over de nieuwe invulling van de ANW-zorg is dat betrokken partijen mij verzocht hebben te onderzoeken of de tarieven bij de doorverkoop van diensten aan waarnemers ook gereguleerd kunnen en moeten worden. Op mijn verzoek heeft de NZa daarom in de zomer een advies uitgebracht over de mogelijkheden tot striktere regulering van het doorverkopen van diensten aan waarnemers, door het toepassen van een maximumtarief op onderlinge waarneming. Daarin heeft de NZa aangegeven dat dit mogelijk is, maar dat dit een zorgvuldige afweging vraagt en dat hiervoor meer inzicht nodig is in de resultaten van de nieuwe ANW-organisatie. Wanneer de recent gemaakte afspraken al leiden tot het gewenste resultaat is het namelijk niet nodig om striktere regulering door te voeren. Ook kan striktere regulering negatieve bijeffecten veroorzaken. Ik heb uw Kamer daarover al geïnformeerd en daarbij toegezegd om voor het einde van het jaar terug te komen op de voortgang.⁷ Dat doe ik met deze brief.

Partijen zijn al hard aan de slag gegaan om de nieuwe manier van werken te realiseren. Vanaf het tweede kwartaal van dit jaar zijn de eerste HDS'en gestart met het vrij roosteren, gevolgd door het grootste deel van alle HDS'en per 1 oktober 2023. Alle huisartsen die zijn aangesloten bij de huisartsenposten met een goedgekeurd implementatieplan ontvangen sindsdien ook de nieuwe tarieven. De paar HDS'en die nog niet zijn gestart zullen volgen per 1 januari 2024. De eerste signalen van de huisartsen, huisartsenposten en zorgverzekeraars over de nieuwe manier van werken, het vrij roosteren en de uitwerking daarvan op de dienstendruk zijn overwegend positief. Op veel plekken committeren

⁷ Kamerstuk II 2022/23, 33 578, nr. 102

waarnemers zich aan een HDS voor het uitvoeren van een afgesproken (minimum) aantal diensten, wat voor deze groep ook betekent dat ze zelf inbreng hebben in wanneer zij deze diensten uitvoeren. Een aanzienlijk deel van alle diensten wordt zo al verdeeld over praktijkhouders en waarnemers.

Om de voortgang goed bij te houden, hebben huisartsen en zorgverzekeraars afgesproken om de ontwikkelingen op proces en inhoudelijk te monitoren, zodat resultaten van het ingezette beleid zichtbaar worden en er ook kan worden bijgestuurd. Het gaat daarbij om het landelijk beeld en om de vergelijking tussen verschillende regio's te kunnen trekken. De opzet van de monitoring wordt op dit moment afgerond. Omdat de afspraken nog zo vers zijn en zoals gezegd de meeste regio's pas zeer recent zijn gestart met de nieuwe manier van werken, is het nu nog niet goed mogelijk om al iets over de (landelijke) effecten te zeggen. In het tweede kwartaal in 2024 zal een eerste volledige effectmeting worden uitgevoerd.

Ik vind het belangrijk dat de gewenste effecten uiteindelijk bereikt worden: een betere verdeling van de dienstendruk onder alle huisartsen en gelijke beloning voor gelijk werk. Wanneer na een effectmeting blijkt dat doelstellingen niet gehaald worden met de huidige afspraken, kan aanvullende regulering alsnog worden ingezet. Ik blijf de ontwikkelingen daarom nauwgezet volgen en blijf hierover ook in gesprek met partijen in de huisartsenzorg en met de NZa.

Ketenvorming

In dit onderdeel van de brief ga ik in op de ontwikkelingen in de ketenvorming in de huisartsenzorg. Hieronder schets ik eerst de context van dit onderwerp. Daarna ga ik in op de uitvoering van twee moties en de verschillende stappen die de toezichthouders Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de NZa en ikzelf zetten. In deze brief ga ik voornamelijk in op stappen binnen de huisartsenzorg, maar ik beschrijf ook enkele zorgbrede stappen op het gebied van ketenvorming en private equity in de zorg. Tot slot informeer ik u over mijn gesprekken met partijen uit de huisartsenzorg over nieuwe aanbieders van huisartsenzorg in relatie tot kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Deze partijen kunnen namelijk een belangrijke rol vervullen om ongewenste ontwikkelingen bij ketenvorming tegen te gaan.

Context en definitie

Ketenvorming past in een trend waarin nieuwe organisatievormen in de huisartsenzorg ontstaan. Van initiatieven die huisartsen ondersteunen in het (anders) organiseren van hun praktijk tot grotere (soms internationale) ketens van private investeerders die praktijken volledig overnemen. Er is maatschappelijk, bij patiënten, in de politiek en binnen de beroepsgroep bezorgdheid over hoe sommige ketens in de huisartsenzorg zich verhouden tot de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg. Met name als het gaat om de kernwaarden «continu», «persoonsgericht» en «gezamenlijk». Zo is de (fysieke) toegankelijkheid van de zorg niet altijd goed geborgd. Ditzelfde geldt voor de samenwerking in de regio met andere partijen. Nieuwe aanbieders committeren zich bijvoorbeeld niet altijd aan de afspraken over spoedzorg en de avond-, nacht- en weekenddiensten in de regio. Daarnaast werken sommige ketens niet of nauwelijks met vaste huisartsen. Financiële resultaten lijken in sommige gevallen belangrijker dan het bieden van goede huisartsenzorg. Ik deel daarom de zorgen over deze ontwikkelingen.

Tegelijkertijd is er nog relatief weinig bekend over deze nieuwe organisatievormen.⁸ Termen als «private equity», «commerciële huisartsenzorg» en «(bedrijfs)ketens» worden door elkaar gebruikt en hiervoor bestaan geen duidelijke definities.

Regulier toezicht

Elke zorgaanbieder in Nederland moet zich houden aan de geldende wet- en regelgeving en de door de beroepsgroep vastgestelde veldnormen. De IGJ en de NZa zien als toezichthouders toe op de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Zij treden op wanneer zorgaanbieders, en dus ook ketens, zich niet houden aan de gestelde wettelijke richtlijnen en normen van de beroepsgroepen. Zo heeft de IGJ bijvoorbeeld een aanwijzing gegeven aan keten Centric Health omdat de spoedzorg overdag niet op orde was.⁹ De NZa heeft recent geen goedkeuring gegeven voor de overname van twee huisartsenpraktijken door Co-Med.¹⁰

Uitvoering van twee moties

De Tweede Kamer heeft mij met de motie van de leden Hijink en Van den Berg verzocht «te onderzoeken wat er nodig is om de kwalijke praktijken van commerciële overnames van huisartspraktijken aan te pakken – bijvoorbeeld via een wettelijk verbod op het betalen van goodwill bij het overnemen van huisartsenpraktijken».¹¹ Daarnaast heeft de Kamer aan de hand van een motie van de leden Marijnissen en Bikker mij gevraagd om «in het wetsvoorstel «Integere bedrijfsvoering zorg- en jeugdhulpaanbieders» de noodzakelijke stappen te zetten die ervoor zorgen dat binnen de huisartsenzorg eigenaarschap van private equity partijen tot het verleden gaat behoren en er geen geld meer uit de huisartsenzorg naar derden verdwijnt».¹²

Ik vind het belangrijk dat we onwenselijke situaties rondom ketenvorming voorkomen, zonder dat onnodige regulering aan het hele veld wordt opgelegd. Een algeheel verbod op ketens of winstuitkering is juridisch niet uitvoerbaar, maar ook niet wenselijk omdat daarmee ook goede aanbieders van huisartsenzorg zullen worden getroffen. Voor de uitvoering van de moties zet ik daarom in op verschillende lijnen. Ten eerste streef ik ernaar de problematiek scherper in beeld te krijgen door middel van verschillende onderzoeken, zowel binnen de huisartsenzorg als zorgbreed. Daarnaast verken ik de mogelijkheden en noodzaak voor aanvullende wet- en regelgeving. Tot slot ben ik in gesprek met het partijen uit de huisartsenzorg over stappen die zij zelf kunnen zetten.

Twee onderzoeken

Binnen de huisartsenzorg doen de IGJ en de NZa onderzoek naar het fenomeen bedrijfsketens in de huisartsenzorg en de mogelijke risicofactoren voor kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Onderdeel van dat onderzoek is de vraag of de beide toezichthouders het toezicht op dergelijke praktijken anders moeten vormgeven. Dit is complex en de toezichthouders hebben tijd nodig om dit onderzoek zorgvuldig uit te

⁸ Commercial chains in general practice, NIVEL. Via <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004398.pdf>

⁹ Centric Health Zuid-Holland B.V. krijgt aanwijzing: spoedzorg overdag niet op orde, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Via <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/04/19/centric-health-zuid-holland-b.v.-krijgt-aanwijzing>

¹⁰ NZa: geen goedkeuring twee overnames Co-Med. Via <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/11/20/nza-geen-goedkeuring-twee-overnames-co-med>

¹¹ Kamerstuk II 2022/23, 36 200 XVI, nr. 53

¹² Kamerstuk II 2023/24, 36 410, nr. 19

voeren. De resultaten worden begin 2024 verwacht en bevatten onder andere aanbevelingen voor VWS en veldpartijen.¹³ Na de publicatie van het onderzoek organiseren de IGJ en de NZa, in nauwe samenwerking met het Ministerie van VWS, een gesprek met partijen uit het veld waarin de toezichthouders hun bevindingen en aanbevelingen toelichten.

Daarnaast heb ik opdracht gegeven tot een breed onderzoek naar de effecten van private equity-investeerders in de zorg.¹⁴ Dit onderzoek heeft betrekking op de gehele zorgsector, waaronder ook de huisartsenzorg. De resultaten van dit onderzoek worden aan het eind van het eerste kwartaal van 2024 verwacht.

Verkenning aanvullende wet- en regelgeving

Ik onderzoek wat er nodig is om een wettelijke bevoegdheid te creëren voor de NZa om overnames door zorgaanbieders tijdelijk te verbieden wanneer de IGJ of de NZa onderzoek doen naar deze zorgaanbieders. Dit moet ertoe leiden dat organisaties die de zorg (mogelijk) niet goed op orde hebben, zich niet verder kunnen uitbreiden zolang het onderzoek loopt. In het eerste kwartaal 2024 zal ik de Kamer hierover informeren.

Daarnaast heb ik opnieuw gekeken naar de mogelijkheid om goodwillbetalingen te verbieden. Deze betalingen bij overname van huisartsenpraktijken verzwakken de positie van beginnende huisartsen die hun eigen praktijk willen starten. Jonge huisartsen kunnen deze goodwill namelijk vaak niet betalen en kunnen dus niet opboksen tegen grotere partijen die deze middelen wel hebben. Er is echter geen juridische mogelijkheid om goodwill te verbieden zonder in strijd te komen met artikel 1 van het eerste protocol bij het EVRM (bescherming van eigendomsrecht). Daarom blijf ik bestaande praktijkhouders oproepen om geen goodwill te vragen bij de overdracht van hun praktijk, om zo geen onnodige drempels op te werpen voor jonge huisartsen om praktijkhouder te worden.

Gesprekken met partijen uit de huisartsenzorg

Naast bovenstaande stappen heb ik structureel overleg met de LHV, InEen en ZN over nieuwe aanbieders van huisartsenzorg in relatie tot kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Net als ik, vindt de LHV het van belang dat nieuwe aanbieders op een goede manier invulling geven aan de kernwaarden van de huisartsenzorg. Daarom heeft de LHV in het kader «kwaliteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg» beschreven hoe zij goede huisartsenzorg zien, ook in relatie tot nieuwe aanbieders.¹⁵ Met genoemde partijen onderzoek ik of de beschrijving van de kernwaarden voldoende handvatten biedt aan zorgverzekeraars bij de inkoop van zorg en aan toezichthouders bij het toezicht op de huisartsenzorg. Waar nodig zal ik de beroepsgroep vragen de kernwaarden verder te concretiseren, bijvoorbeeld in de vorm van een veldnorm.

Zoals ik al aangaf, zijn er ook zorgen over hoe nieuwe aanbieders van huisartsenzorg zich verhouden tot regionale afspraken. In mijn gesprekken met de betrokken partijen zie ik dat de samenwerking tussen regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en sommige nieuwe spelers een uitdaging blijft. Ketens moeten zich conformeren aan de afspraken die binnen een

¹³ IGJ en NZa doen gezamenlijk onderzoek naar innovatieve ketens van huisartsenzorg, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Via <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2023/01/26/igj-en-nza-doen-gezamenlijk-onderzoek-naar-innovatieve-ketens-van-huisartsenzorg>

¹⁴ Kamerstuk II 2022–23, 36 360 XVI, nr. 17

¹⁵ LHV-kader Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Via <https://www.lhv.nl/product/lhv-kader-kwaliteit-en-toegankelijkheid-van-de-huisartsenzorg/>

regio zijn gemaakt. RHO's zijn door minder goede ervaringen soms terughoudend bij de samenwerking met nieuwe ketens. Dat heeft bijvoorbeeld te maken met discontinuïteit van de door ketens geleverde zorg, het niet nakomen van financiële afspraken of slechte communicatie. Hoewel ik daar begrip voor heb, ben ik van mening dat RHO's zich open moeten stellen voor samenwerking als ketens voldoen aan de gestelde eisen.

Ik vind het belangrijk dat alle partijen blijven samenwerken om goede huisartsenzorg in elke regio toegankelijk te houden. Van RHO's en zorgverzekeraars verwacht ik dat ze aandacht hebben voor praktijkopvolging en -overnames in hun regio, bijvoorbeeld als huisartsen met pensioen gaan. Op die manier kunnen zij gewenste praktijkovernames door huisartsen stimuleren.

Beleidsopties om het werken met een vaste patiëntenpopulatie te bevorderen

Zoals ik hierboven heb beschreven heb ik samen met het veld een aantal belangrijke stappen gezet om te zorgen dat iedereen in Nederland kan rekenen op goede huisartsenzorg. Een belangrijk element bij het kunnen bieden van kwalitatief goede huisartsenzorg is dat huisartsen zoveel mogelijk met een vaste patiëntenpopulatie werken. De basis daarvoor is er ook: er zijn meer huisartsen dan ooit en 83% van de huisartsen in opleiding geeft aan binnen 10 jaar praktijkhouder te willen worden. Toch zien we dat steeds minder (jonge) huisartsen zich verbinden aan een vaste patiëntenpopulatie. Daarom wil ik in kaart

brengen welke aanvullende mogelijkheden er zijn om het werken met een vaste patiëntenpopulatie te stimuleren. Eerder heb ik toegezegd dat ik uw Kamer zal informeren over beleidsopties om het praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken. Dat doe ik met deze brief.

Ik vind het belangrijk om hierbij de nuance te maken dat het niet alleen gaat over het aanmoedigen van praktijkhouderschap, maar over het stimuleren van het werken met een vaste patiëntenpopulatie in brede zin. Huisartsen kunnen op verschillende manieren werken met een vaste patiëntenpopulatie: als praktijkhouder, als huisarts in loondienst of als vaste waarnemer. Ook binnen deze drie vormen is er veel ruimte voor eigen invulling van de zorgverlening.

Om te komen tot kansrijke beleidsopties heeft het Ministerie van VWS recent een brede werksessie georganiseerd om met partijen uit de huisartsenzorg te spreken over de vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat meer huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie gaan werken. Hierbij waren niet alleen de partijen aanwezig die het IZA hebben ondertekend (LHV, InEen, ZN en Patiëntenfederatie), maar ook andere partijen. Zoals huisartsen in opleiding, huisartsenopleiders, andere zorgverleners uit de huisartsenpraktijk, regionale en landelijke huisartseninitiatieven, zorgverzekeraars, regionale huisartsenorganisaties en patiëntenorganisaties.

Vrijwel alle aanwezige partijen onderschrijven het belang van het stimuleren van de vaste relatie tussen huisarts en patiëntenpopulatie. In de werksessie hebben we gezamenlijk verkend welke aangrijpingspunten hiervoor zijn. De aangrijpingspunten die uit de werksessie naar voren kwamen zijn op te delen in vier categorieën:

1. **Het meenemen van jonge huisartsen:** dit aangrijpingspunt gaat over het informeren en begeleiden van jonge huisartsen bij de stap naar het worden van vaste huisarts.

2. **Prikkels om het werken met een vaste populatie te stimuleren:** bij dit aangrijpingspunt gaat het enerzijds over het belonen van het werken met een vaste patiëntenpopulatie en anderzijds om het minder aantrekkelijk maken van werken als of met wisselend waarnemer(s).
3. **Laagdrempeliger maken van het beginnen als praktijkhouder:** dit aangrijpingspunt richt zich specifiek op het praktijkhouderschap, een van de vormen waarin huisartsen met een vaste populatie kunnen werken. De vraag is hoe goede voorbeelden op dit gebied breder beschikbaar kunnen worden gemaakt.
4. **Scherpere rollen en plichten van partijen in de regio:** dit laatste aangrijpingspunt gaat over de rollen en verantwoordelijkheden van partijen binnen een regio om de huisartsenzorg toegankelijk te houden. Alleen door samen te werken kunnen partijen voldoende nieuwe huisartsen in de regio aantrekken en hen koppelen aan vaste populaties patiënten. Ook hiervan bestaan al veel goede voorbeelden.

De komende tijd worden deze aangrijpingspunten ambtelijk met het veld verder uitgewerkt tot concrete beleidsopties zodat deze voorgelegd kunnen worden aan een volgend kabinet. Ik ben alle betrokken partijen dankbaar voor hun constructieve en kritische inbreng.

Afsluiting

Ik ben positief over de energie in de huisartsenzorg: ik zie dat er op veel plekken in het land mooie initiatieven ontstaan waar huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten samen werken aan huisartsenzorg die voor iedereen toegankelijk is en blijft. De afspraken uit het IZA over de eerstelijnszorg en de huisartsenzorg dragen daaraan bij. In de werksessie met partijen kwam ook naar voren dat het belangrijk is aan de jonge generatie (potentiële) huisartsen te laten zien dat het huisartsenvak een prachtig vak is. Ik sluit me volledig aan bij deze oproep.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers