

**From:** 5.1.2.e <5.1.2.e@gmail.com>  
**Date:** Saturday, June 27, 2026, 8:22 AM  
**To:** 5.1.2.e <5.1.2.e@gmail.com>  
**Subject:** Bijdrage over huisartsenzorg (tariefbesluit/commissievergadering AZWA)

---

**Attachments:**

Wie sterke huisartsenzorg wenst moet stoppen met halve oplossingen 270626.pdf

---

LS,

Ter informatie (zie bijlage).

Hartelijke groet,

5.1.2.e

## Wie sterke huisartsenzorg wenst, moet stoppen met halve oplossingen

1. **Toekomstbestendige zorg betekent een nog stevigere inzet op de beweging naar de voorkant.** De huisarts heeft hierin een sleutelrol. Het is daarom van belang om het netwerk rondom de huisarts verder te verstevigen.
2. **Kostendekkende tarieven, voldoende huisartsen (en ondersteuners) en passende en betaalbare huisvesting** zijn noodzakelijke voorwaarden om de huisartsenzorg toegankelijk te houden.
3. **De IZA- en AZWA-maatregelen over de samenwerking tussen de ggz, het sociaal domein en het zorgdomein dienen onverkort te worden uitgevoerd.** De mentale gezondheidsnetwerken en het verkennend gesprek zijn twee belangrijke bouwstenen om dit vorm te geven.

In aanloop naar het komend debat over de zorg- en welzijnsakkoorden IZA en AZWA op 1 juli aanstaande, stuurde de landelijke huisartsenvereniging (LHV) een brief ([hier/hier/hier](#)) aan de Vaste Kamercommissie van VWS met daarin informatie wat al is bereikt en wat vervolgens vraagt om monitoring. Daarnaast geeft de LHV in de brief adviezen over opgaven die juist nu meer beleidsmatige inzet vragen. Zij stellen de politiek hierbij vier concrete vragen (zie verder in deze [brief!](#)).

De tekstafbeelding onder de blogtitel beschrijft de door de LHV genoemde drie aandachtspunten. In deze blog ga ik in op twee aspecten uit deze LHV-brief. Het eerste te bespreken aspect bij toegankelijkheid huisartsenzorg betreft **de bekostiging: afbeelding 2...**

### **Ad 2) Toegankelijkheid huisartsenzorg**

De druk op de huisartsenzorg blijft stijgen. Door factoren als de dubbele vergrijzing, ouderen die langer thuis blijven wonen en de lange wachtlijsten in de ggz neemt de vraag naar huisartsenzorg toe en daarmee ook de werkdruk van de huisarts. Om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te kunnen waarborgen, zijn drie punten van belang:

- Ten eerste de **adequate bekostiging van de huisartsenzorg**. Naar aanleiding van de initiatiefnota over toekomstbestendige huisartsenzorg van het lid Bushoff<sup>1</sup>, werd ruim een jaar geleden onder meer de motie van het lid Dijk aangenomen<sup>2</sup> door uw Kamer. Hiermee is de opdracht aan de NZa gegeven om bij de nieuwe tariefberekeningen voor 2026 ook toekomstscenario's mee te nemen. Op 30 juni zal de NZa de herziene tarievenbesluiten publiceren, nadat de rechter al oordeelde dat het niet aannemelijk is dat de tarieven de redelijke kosten van huisartsenzorg dekken.<sup>3</sup>
- Ten derde zetten we in op goede samenwerking met Rijk en gemeenten om huisartsen te helpen bij het vinden van **passende en betaalbare huisvesting**.

### Aspect 1: Adequate bekostiging

Voor huisartsenzorg is adequate bekostiging een randvoorwaarde voor toegankelijkheid (huisarts/burger) en praktijkvoering (huisarts). Een dag voor de commissievergadering (dus op 30.06.2026) komt de Zorgautoriteit met nieuwe tariefbesluiten, waarover mij niets bekend is. Maar waarover de Stichting De Bevlogen Huisartsen, inclusief een PowerPointpresentatie, recent al nuttige informatie gaf ([hier](#)).

Terecht spreekt de LHV in hun brief aan de Kamercommissie de hoop uit dat de NZa bij deze nieuwe tariefberekeningen ook toekomstscenario's mee zal nemen. Dat zou dan een keerpunt zijn in de handelswijze van de toezichthouder. Daarbij kan ook de NZa zich manifesteren als een lerende organisatie, al dan niet in [opdracht](#) van de bestuursrechter ([blog/blog](#)).

Bewindspersonen en Kamerleden zijn overigens medeverantwoordelijk ([blog](#)) of het pad van de toekomst daadwerkelijk bij openbaarmaking van huisartstarieven op 30 juni, inclusief de daaropvolgende zorgcontractering 2027, wordt/is bewandeld én bewandeld blijft worden.

| UITVOERINGSPLAN IN 8 STAPPEN                                                                            |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Onderdeel                                                                                               | Kernvraag                         |
|  <b>Visie</b>          | Waar willen we naar toe?          |
|  <b>Missie</b>        | Wat doen we en voor wie?          |
|  <b>Inhoud</b>       | Wat leveren we concreet?          |
|  <b>Organisatie</b>  | Hoe organiseren we dit?           |
|  <b>Budget</b>       | Wat kost het?                     |
|  <b>Bekostiging</b>  | Wie betaalt het?                  |
|  <b>Tarifiering</b>  | Welk tarief rekenen we?           |
|  <b>Zorgcontract</b> | Welke formele afspraken maken we? |

Alle 8 stappen van het bekende uitvoeringsplan kunnen transparant worden beschreven: het gaat om de logica en het onderlinge verband binnen het structuurframe van uitvoering, niet zo zeer over de acht losse onderdelen ervan. Tariefduiding (stap 7) kan dus niet plaatsvinden zonder de band te beschrijven met de vorige stappen van het plan.

In afbeelding 2 is (door mij) het item van huisvesting bij de adequate bekostiging ondergebracht. De LHV benoemt het als een apart item en meldt dat "*diverse partijen*" hierbij betrokken zijn. Dat zal velen als muziek in de oren klinken, maar bij mij niet. Als huisartsenzorg verzekerde zorg is in de basisverzekering, vallen kosten onder de Zorgverzekeringswet en horen óók de reguliere huisvestingskosten in tarieven en contracten zichtbaar en afdoende gecompenseerd te zijn. Ofwel, bij financiering van de kosten huisvesting ligt de bal bij verantwoordelijken. Allereerst de inkopende zorgverzekeraars en

Wie sterke huisartsenzorg wenst, moet stoppen met halve oplossingen



als de Zorgautoriteit meent de basiszorgtarieven zelf voor 100% te moeten blijven vaststellen, ook bij hen. Hoe meer partijen betrokken, hoe ondoorzichtiger de verantwoordelijkheidsdeling en uiteindelijk hoe mistiger de uitkomst.

Al bij mijn eigen eerste onderhandelingen destijds met zorgverzekeraars werd mij gemeld dat verzekeraars “*niet in stenen gaan investeren*”, maar uitsluitend goede zorg willen inkopen.

Decennia later zijn huisartsen nu geconfronteerd met de [gevolgen](#) (zie beroepsschrift Bevlogen Huisartsen en [hun bericht](#) inclusief de PowerPointpresentatie).

Waarbij de LHV in de commissiebrief meldt “*dat bijvoorbeeld nieuwbouwplannen met betaalbare huisvesting voor huisartsen om die reden (de oververhitte huizenmarkt) financieel niet haalbaar zijn.*” Daarbij, als het zorgbudget (dan) vanwege de “huizenmarkt” ontoereikend is, de mate waarin is te berekenen, ligt de verantwoordelijkheid ook bij het kabinet ([blog](#))!

Het ministerie kan rekenen, kan zelfs ingrijpen en moet niet steeds weggijken of het huisvestingsprobleem van huisartsen bij anderen (verzekeraars/NZa/gemeenten/huisartsen) op het bord leggen.

## **Aspect 2: Samenwerking huisarts - GGZ- sociaal domein**

Als de samenwerking tussen huisartsenzorg enerzijds en anderzijds zorg uit de GGZ en het sociale domein ontoereikend is, dan is het een goede zaak hier in IZA (2022) aandacht aan te besteden.

### **Ad 3) Samenwerking huisarts – ggz – sociaal domein**

Als onderdeel van de uitvoering van de IZA-afpraak over toegankelijke ggz, spannen wij ons in voor een versterking van de samenwerking tussen de ggz, het sociaal domein en de huisartsen. De mentale gezondheidsnetwerken (MGN) zijn een belangrijke bouwsteen voor die samenwerking, evenals het verkennend gesprek waar de huisarts naar kan verwijzen. Dit gesprek heeft tot doel om de hulpvraag te verduidelijken en de persoon in kwestie zo snel mogelijk op weg te helpen naar passende zorg of ondersteuning in het sociaal domein, of een combinatie van beide.

Vaak wordt gezegd dat “regeren vooruitzien is”. Maar het is ook zaak om met regelmaat eens achterom te kijken om te zien waar en waarom het met deze samenwerking binnen de drie domeinen niet goed is gegaan. Al in de vorige eeuw waren er namelijk goede afspraken mogelijk tussen huisartsenzorg, eerstelijnspsychologen en maatschappelijk werkenden, veelal met voortgezette opleiding. De overleglijnen waren kort, wachtlijsten bestonden amper. Dat er een correlatie en/of interactie bestaat tussen medische, mentale, functionele en sociale problemen is toch ook al lang bekend. Om te beginnen bijvoorbeeld met het noemen van de beschouwingen van [Frans Huygen](#) ([hier](#)) uit de vorige eeuw. En anno nu bijvoorbeeld te eindigen met het noemen in haar boek van de 6 lekken door Marjet Veldhuis, allen met consequenties voor de zorg (“[Heilige Zorghuisjes, deel 2](#)”, 1<sup>e</sup> druk juni 2026, hfst.11).

Wie sterke huisartsenzorg wenst, moet stoppen met halve oplossingen



Inclusief publicaties in alle tijden ertussen, door velen beschreven: de noodzaak van samenwerking tussen domeinen is daarom niet nieuw en hoeft ook niet als zodanig, soms zelfs als 'innovatie', gepresenteerd te worden. Passende integrale persoonsgerichte zorg is van alle tijden en staat niet ter discussie.

Bij samenwerking met andere disciplines kan voor huisartsenzorg de inzet van praktijkondersteuning onmisbaar zijn. Soms zijn er problemen om uitvoering van samenwerking van het huisartsteam met anderen gestalte te geven (zie ook [Zorgvisie, 26 juni 2026](#) + [Zorgvisie, 22 juni 2026](#)).

Citaat uit het aangehaalde recente NIVEL-rapport ([NIVEL, 22 juni 2026](#)): *"Gelijkwaardigheid binnen het samenwerkingsverband, een duidelijke, gedeelde visie en continuïteit van aanspreekpunten worden onder andere gezien als succesfactoren voor versterkt samenwerken. Ervaren knelpunten op de weg naar meer samenwerken zijn onder andere het ontbreken van structurele financiering, het ongelijke speelveld en tegenstrijdige belangen tussen eerstelijns partijen en de afstemming over regio-indelingen (einde citaat)."*

Wat betreft specifiek de problemen bij inzet van praktijkondersteuning, niet alleen bij samenwerking, verwijs ik slechts naar de start (1999) van de ondersteuning met de onterechte koppeling aan doelmatig voorschrijven ([hier/hier](#)), de reden tot oprichting (2022) van [Stichting Bevlogen Huisartsen \(hier\)](#) en de recente ophef (2026: [hier/hier/hier](#) + [blog/blog](#)) over het vermeende effect van praktijkondersteuning GGZ, zonder reflectie op de werkelijke reden van invoering. Destijds is steun in de praktijk voor mentale zorg, huisartsenzorg breed, alleen met interventie van een bestuursrechter tot stand gekomen en niet door reguliere contractering ([ECLI:NL:CBB:2016:321](#), 3 november 2016 en eerder [ECLI:NL:CBB:2015:370](#), 1 december 2015).

Wie samenwerking passend vindt, biedt de mogelijkheid ook praktijkondersteuning voor de praktijkhouder op passende (individuele?) wijze te bespreken en zo nodig mogelijk te maken.

### **Tot slot**

Zoals gemeld zal de NZa op dinsdag 30 juni besluiten publiceren over huisartsentarieven van de laatste jaren, inclusief de wettelijke plicht dat dan te doen voor tarieven 2027. Stichting De Bevlogen Huisartsen meldt [hierover op 24 juni 2026](#): *"Of het besluit voldoende zal zijn, weten we pas zodra het er ligt. Onze inschatting op basis van de afgelopen periode is dat het structurele probleem onder de tarieven niet zal worden opgelost."*

Op zijn allerminst zal dat betekenen ([blog](#)) dat aan de agenda van de Vaste Kamercommissie over IZA/AZWA, een dag later op 1 juli, alvast een punt van orde aan de agenda kan worden toegevoegd. Daarna is de beroepsgroep aan zet het tariefbesluit te duiden in de geest van [de uitspraak](#) van de bestuursrechter ([hier](#)) en de noodzakelijke voorwaarden bij praktijkvoering.

NB:

Plaatjes 1,2 en 4 in de tekst komen uit de [LHV-brief van 19 juni 2026](#).

Plaatje 3 komt uit eigen docentbestand

### **Eerdere blogs over bekostiging, tariefstelling en contracten huisartsenzorg**

Wie sterke huisartsenzorg wenst, moet stoppen met halve oplossingen



22.02.2023: **Kostenvergoeding huisvesting huisartspraktijk** vraagt nieuwe **berekening** (IZA/PKO)

02.03.2023: Leiden afspraken **integraal zorgakkoord** tot beter resultaat (1)? (transitie/govern./prev./OECD)

21.03.2023: Staan huisartsen op **scherp** richting hun **nieuwe bekostiging?** (PKO22, IZA, contract)

04.04.2023: **Zélf richting geven** aan sturing **zorgaanbod en bedrijfsvoering** (Commercie, PKO, IZA etc.)

07.04.2023: Rapport "**De basis op orde**", nu voortgang aan **IZA-thematafel 1<sup>e</sup> lijn** (RVS-IZA/OECD)

18.04.2023: Zware **verantwoordelijkheid** voor **regionale organisatie bij ouderenzorg** (KWO-Wlz)

24.04.2023: **Aspirant huisartsen** formuleren in **Manifest** 3 hoofdboodschappen (LOVAH, 10puntenplan)

08.05.2023: Behoud van **kernwaarde continuïteit** als baken van **voortgang** (commercie/ketens-contract)

16.05.2023: Proactief **toezicht budgetkader huisartsenzorg** niet onmogelijk (-154 mln.in 2022)

27.05.2023: **Huisartsen** stellen **beroep** in bij **hoogste rechter** economisch **bestuursrecht** (CBb)

01.06.2023: Verander **inzet Wtza**: naar selectief **alléén op specifieke indicatie** (maatsch.verantwoord.)

05.06.2023: LHV beroept zich bij **MTVP-bekostiging** op '**afpraak = afspraak**' (IZA tekenvoorw.)

08.06.2023: **Zorgkloof** huisartsenzorg **niet oplosbaar** met **aanpassing opleidingscapaciteit**

13.06.2023: **Zorgcontractering** is **complex** gemaakt (1) (IZA, transformatie, **beoordelingskader**, ongelijkwaardig)

15.06.2023: **Zorgcontractering** is **complex** gemaakt (2) (minister **spoorboek**, nieuwe Handreiking contract)

19.06.2023: **Zorgcontractering** is **complex** gemaakt (3) (bijdragen advocaatkantoren contract)

22.06.2023: **Zorgcontractering** is **complex** gemaakt (4) (**NZa monitor contractering 2022**)

03.07.2023: **Praktijkmanagement** in de huisartsenpraktijk (7) (de input voor cursist en docent)

08.07.2023: Ontknoping **MTVP-bekostiging huisartsenbasiszorg** doet geen recht aan **urgentie**

21.07.2023: Nieuwe **contractinstructies** toezichthouders richting **brancheorganisaties** (acm/nza)

25.08.2023: **Oordeel toezichthouders private equity** in **huisartsenzorg** laat te lang op zich wachten

29.08.2023: Leiden afspraken **integraal zorgakkoord** tot beter resultaat (2)? (consultant/ELZ)

11.09.2023: Zet in IZA **primaire zorg centraal**, niet het schaalniveau van **organiseren** (regio)

18.09.2023: De **paarse krokodil** blijft fier **overeind** (Ledenpeiling LHV + schamel resultaat van 25 jaar)

30.10.2023: **Huisartsen** strijden terecht voor **rechtvaardiger tarief basiszorg** (CBb/beschikking)

02.11.2023: **Stop verplichting** intern **toezicht** op basis van **medewerkerscriterium** (Wtza/onnodig)

06.11.2023: Ook bij **nieuwe ZZP-wet** blijft **schijnzelfstandigheid** een risico (nieuw = inbedding)

06.12.2023: **Passend contract** ook in IZA-tijdperk **moeizaam** te realiseren (rechtszaken/betaaltitel)

22.12.2023: **Bestuursrechter** dwingt **NZa huisartstarieven** nader te **herijken** (CBb/"kostendekkend")

08.01.2024: Laat **verschil bekostiging 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn** geen **spelbreker** zijn in **samenwerking**

15.01.2024: Financiële staat: **vraag/antwoord** (18) (over consequenties verschil bekostiging 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn)

27.02.2024: **Kanttekeningen** bij **visie eerstelijnszorg 2030** (historie, regio, GR, AMW, gemeente)

13.03.2024: **Bepakt toezicht** geeft huisartsenzorg leverende **bedrijfsketens veel vrijheid** (NZa)

18.03.2024: **Zorg voor ONI en NONI** (Zorgplicht ZV/maatregel NZa/NHG bouwblok organisatie)

16.04.2024: Naast **zorgverleners** ook **wetgever, toezichthouder, inkoper** aan zet bij invulling medische Wlz-zorg

22.04.2024: **Praktijkperikel: "De huisarts en Wlz in de praktijk van alledag"** (huisarts + beschouwing)

25.04.2024: Te beschouwen **thema's bij commerciële bedrijfsketens** huisartsenzorg (ingreep IGJ)

15.05.2024: **Herijking inkomenscomponent** praktijkhoudend **huisarts** op veel punten **onduidelijk**

24.05.2024: Beleidsmotto "**Thuis als het kan**". Hoe wordt dat bepaald? (budget/pers./extramuraal/MGZ)

11.06.2024: Tussentijdse **evaluatie Integraal Zorgakkoord** roept vraag op: **hoe nu verder?**

25.06.2024: Financiële staat: **vraag/antwoord** (19) (n.a.v. tussentijdse evaluatie Integraal Zorgakkoord)

04.07.2024: **Uitkomst kostprijsonderzoek** huisartsenzorg **onder de maat** (4<sup>e</sup> PKO NZa idem methode)

10.07.2024: **Faillissement Co-Med** noodzaakt tot **scherper blik op organisatie en uitvoering zorg**

27.08.2024: **Uitkomst kostenonderzoek** huisartsenzorg sluit **niet aan op praktijkvoering** (2024)

10.09.2024: Nieuws over **beoordeling arbeidsrelaties** raakt ook **huisartsenzorg** (Vbar/Handhaving)

25.10.2024: **Zand erover?** (Artikelen NRC over Co-Med, nu hoe verder: met HAZ met PE en met commercie?)

29.10.2024: Een **regionaal samenwerkingsverband** eerste lijn: **wens of noodzaak?** (ELZ-RESV)

Wie sterke huisartsenzorg wenst, moet stoppen met halve oplossingen



09.12.2024: Promovendus ziet financiële risico's doorgeschoven worden naar **zorgorganisaties**  
 20.12.2024: Oplopend tekort zorgpersoneel. Juist **nú** bezuiniging op opleidingen?... (begroting)  
 28.12.2024: Proefschrift: inkoop huisartsenzorg richten op samenwerking, minder op concurrentie (K.Stolper)  
 23.01.2025: Voor "**iedereen een huisarts**"? Dat impliceert **zorginkoop met passend contract**  
 08.02.2025: Huisarts: "we hebben vertrouwen en **helpende handen** nodig, niet nog meer toezichthouders" (Wtza/jr.verantw.plicht)  
 14.02.2025: **Verouderde wetgeving rond tuchtrecht** steunt niemand (uitspraken/evaluatie aanstaande)  
 18.02.2025: Maak voor **palliatieve zorg** (thuis) **één landelijk dekkende regeling** (dwalen i/e regelwoud)  
 04.03.2025: De **huisartsenweg naar morgen** (TV/VTV-2024/Kamervragen/Stand vd Zorg 2024)  
 29.03.2025: In afwachting van **AZWA** (het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord/ + IZA/sociaal domein)  
 08.04.2025: Urgentie aanpak (dis)continuïteit huisartsenzorg is geboden (Rekenkamer/Visie/Oratie)  
 02.05.2025: **Systeemfouten kostenonderzoek** staan juiste tarifiering huisartsenzorg i/d weg  
 03.06.2025: **Budgetonderschrijding IZA-sectoren** vooral zichtbaar bij **wijkverpleging** (€€Rijk/AR)  
 11.06.2025: **Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg** biedt oudere **Wlz-verzekerde** (veel) **onzekerheid**  
 22.07.2025: Ook in **AZWA** worden scherpe **beleidskeuzes vooruitgeschoven** (BO/21 partij/30 pnt.)  
 28.07.2025: **Ondertekenen AZWA** in instabiele tijd is een **dilemma (1)** (financieel/veel contextitems)  
 16.08.2025: Regel **financiering organisatie/infrastructuur eerste lijn** via **werkvloer** (RESV/wijkzorg)  
 09.09.2025: **Ondertekenen AZWA** in instabiele tijd is een **dilemma (2)** (financieel/veel contextitems)  
 24.09.2025: **Praktijkondersteuner ouderenzorg** is **geen robot** (Module oudere, dan geen ketenzorg)  
 29.09.2025: De dag dat de **hoogste bestuursrechter** zich buigt over **tarieven huisartsenzorg** (Cbb)  
 06.10.2025: **Evaluatie topambtenaren: commerciële huisartsenzorg** niet ten principale afgewezen  
 14.10.2025: **Tweede Kamerverkiezingen: eerstelijnszorg c.q. huisartsenzorg (3)**  
 29.10.2025: **Mantelzorg en professionele zorg** zien de **grens van hun zorg** (arbeidsmarkttekorten)  
 04.11.2025: Formalisering **meedenkadvies** start met kleine **budgetoverheveling** (van HAZ --> MSZ)  
 10.11.2025: **Analyse kostendata** alleen zinvol i.c.m. gelijktijdige **beleidswijziging** (databank ZiN)  
 18.11.2025: **CBB uitspraak tarieven huisartsenzorg** nog steeds **niet in orde** (dus herberekenen)  
 12.01.2026: **Kantelpunt van het praktijkhouderschap** (Tekort/UMCG/LHV-onderzoek/8 stappen/Cbb)  
 16.02.2026: De **zorgafhankelijke burger** verdient **meer dan systeemdruk** (Wlz/Modelovk/MGZ)  
 15.04.2026: Hoe het **ZZP-debat** de kern van **problemen** in de **huisartsenzorg beïnvloedt** (DBA)  
 09.06.2026: '**Wij gaan niet over tarieven**' is **geen houdbaar antwoord** meer (Cbb-VWS-NZa-ZN)

27 juni 2026

5.1.2.e ( 5.1.2.e ) 5.1.2.e

<https://zorgenstelsel.nl/wie-sterke-huisartsenzorg-wenst-moet-stoppen-met-halve-oplossingen/>

Wie sterke huisartsenzorg wenst, moet stoppen met halve oplossingen