

HANDREIKING

Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra

Steeds meer huisartsenpraktijken kunnen geen nieuwe patiënten meer aannemen. Geschikte huisvesting voor huisartsenpraktijken kan bijdragen aan het verminderen van de druk op de huisartsenzorg.



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
	Probleemschets	4
	Doel handreiking	5
2	Samenwerking betrokken partijen	6
3	Rol direct betrokken partijen	9
	Rol huisarts/gezondheidscentrum	10
	Rol regionale huisartsenorganisatie	11
	Rol zorgverzekeraar	13
	Rol gemeente	16
4	Rol overige partijen	21
	Rol Rijksoverheid	22
	Rol bank	23
	Rol provincie	23
5	Financiering	24
6	Achtergrondinformatie	26
	Feiten en cijfers	27
	Verschillende soorten huisartsenpraktijken	28
	Wettelijke kaders	29

Leeswijzer

De handreiking is opgebouwd uit verschillende hoofdstukken. Het eerste hoofdstuk bevat de probleemschets en het doel van de handreiking. Het tweede hoofdstuk beschrijft hoe de verschillende betrokken partijen het beste kunnen samenwerken. Het derde hoofdstuk gaat in op de rollen van de direct betrokken partijen. Hoofdstuk vier beschrijft de rol van overige partijen en hoofdstuk vijf geeft meer toelichting over de financiële knelpunten en de aanvullende afspraken die partijen gemaakt hebben. Hoofdstuk zes geeft achtergrondinformatie over dit probleem.

Deze handreiking is geschreven door de leden van de werkgroep huisvesting: het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, InEen, de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Zorgverzekeraars Nederland.

1

Inleiding



De huisartsenzorg heeft een spilfunctie in het Nederlandse zorgsysteem. Ook is de huisartsenzorg een basisvereiste voor de leefbaarheid en aantrekkelijkheid van wijken.

Een grote meerderheid van huisartsen geeft aan problemen te hebben met huisvesting en de bekostiging daarvan¹. Het is van groot belang dat alle inwoners van Nederland een huisartsenpraktijk dichtbij hebben en houden, zodat iedereen toegang heeft tot gezondheidszorg. Een voorwaarde hiervan is dat het voor huisartsen en gezondheidscentra mogelijk is om zich te vestigen in de wijk waar hun patiëntenpopulatie woont. Dat lukt nu niet altijd.

Huisvestingsproblematiek van huisartsen moet gezien worden in de bredere context van de toenemende druk op de huisartsenzorg. Steeds meer huisartsenpraktijken kunnen bijvoorbeeld geen nieuwe patiënten meer aannemen. Geschikte huisvesting voor huisartsenpraktijken kan helpen bij het verminderen van de druk op de huisartsenzorg.

De knelpunten rondom huisvesting vallen uiteen in **drie categorieën**:



Het vinden van geschikte ruimte om bestaande praktijken uit te breiden.



Het vinden van geschikte nieuwe of vervangende praktijkruimte.



Financiële knelpunten.

Deze handreiking biedt een oplossing voor probleem 1 en 2. Voor de financiële knelpunten zijn aanvullende afspraken gemaakt. Deze worden toegelicht in [hoofdstuk 5 Financiering](#).

¹ <https://www.lhv.nl/nieuws/zorgen-over-huisvesting-huisartsenpraktijken/>

Om de huisvestingsproblematiek op te lossen hebben zorgpartijen en overheden in het Integraal Zorgakkoord (IZA) in 2022 de volgende afspraak gemaakt:

“VWS, ZN, LHV, InEen en de VNG spannen zich in om voor de zomer van 2023 tot werkbare afspraken en een handreiking te komen over het oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, waar betaalbare huisvesting niet beschikbaar is, de bestaande huisvesting inadequaat is of nieuwe voorzieningen nodig zijn om de visie op de eerstelijns te realiseren².”

Deze afspraak is noodzakelijk omdat de verantwoordelijkheid voor de huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra niet expliciet bij één partij ligt. Het probleem kan alleen opgelost worden als alle betrokken partijen een stap naar voren zetten. De partijen die deze handreiking hebben geschreven voelen gezamenlijk de verantwoordelijkheid om bij te dragen aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Het oplossen van problemen in de huisvesting is daar een onderdeel van.

Het doel van deze handreiking is om huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars te ondersteunen bij het vinden van (lokale en regionale) oplossingen voor huisvestingsproblematiek van huisartsen. In deze handreiking staat hoe partijen kunnen bijdragen aan een oplossing, zowel individueel als gezamenlijk. Ook worden de instrumenten omschreven die elke partij heeft om passende huisvesting voor huisvestingspraktijken te realiseren.

INLEIDING

Doel handreiking

2

Samenwerking direct betrokkenen partijen



Samenwerking direct betrokken partijen

De basis voor aanpak en preventie van huisvestingsproblemen ligt in regionale en lokale samenwerking tussen:



*Huisartsen/
gezondheidscentra*



*Regionale
huisartsenorganisaties*



Zorgverzekeraars



Gemeenten

Het realiseren van passende huisvesting is alleen mogelijk als deze partijen zich committeren aan deze samenwerking en elke partij daarbij zijn eigen rol kent en verantwoordelijkheid neemt.

De exacte inrichting van die samenwerking hangt af van de omvang van de gemeente, bestaande lokale of regionale organisaties voor huisartsen en gezondheidscentra en lopende samenwerkingsverbanden.

Als er problemen rondom huisvesting van meerdere huisartsen en gezondheidscentra zijn of op korte termijn verwacht worden, is een structureel overleg waardevol. Dit kan in regionale samenwerking van meerdere gemeenten, maar ook op gemeentelijk niveau. Het overleg kan worden ingericht zowel op bestuurlijk niveau (wethouder en directies) als op uitvoerend niveau.

Samenwerking direct betrokken partijen

In het overleg is het van belang dat:

1. Huisartsen en gezondheidscentra hun **knelpunten** zo vroeg mogelijk **signaleren**.
2. De betrokken partijen **kennis delen**;
3. De betrokken partijen **samen zoeken naar oplossingen** waarbij iedereen zijn eigen kwaliteiten en verantwoordelijkheden zo goed mogelijk inzet.

Overigens is niet altijd een structureel beleidsmatig overleg nodig. Huisvestingsproblematiek kan ook op individueel niveau (casus-niveau) worden opgelost.

Voorbeeld huisartsenpraktijk

Een bestaande huisartsenpraktijk (DUO-praktijk aan huis) in een kleine stad met 30.000 inwoners zocht nieuwe huisvesting. In een eerste traject stelde de gemeente ruimte beschikbaar, maar de huur-tarieven bleken te hoog voor deze praktijk. Later ontwikkelde de woningcorporatie nieuwbouw en ruimte op de begane grond plek in voor zorgvoorzieningen. De huisartsenpraktijk paste de eerder gemaakte plannen aan de beschikbare ruimte. Zo kon de huisartsenpraktijk groeien van 2500 naar 4000 patiënten en met een andere praktijk fuseren van DUO- naar groepspraktijk. De doorlooptijd was ongeveer 2 jaar. De huisartsen stapten namelijk in toen de plannen al gemaakt waren. De gemeente heeft de huisartsen in het tweede traject geholpen met het doen van de benodigde aanvragen voor vergunningen, parkeerplaatsen en meer.

3

Rol direct betrokken partijen





ROL

huisarts/ gezondheids- centrum

Steeds meer huisartsen hebben problemen met hun huisvesting en lopen tegen hun grenzen aan bij het aannemen van personeel, opleiden van huisartsen en inschrijven van nieuwe patiënten.

Als zelfstandige ondernemer ligt de eindverantwoordelijkheid voor het vinden van huisvesting bij de huisarts zelf. Huisartsen kunnen hierbij natuurlijk wel worden ondersteund door betrokken partijen, die er ook belang bij hebben dat de huisarts zorg kan leveren in de wijk waar zijn of haar patiëntenpopulatie gevestigd is.

De huisarts of het gezondheidscentrum kan de volgende acties ondernemen:

1. Zo vroeg mogelijk **signaleren** dat zij een nieuwe ruimte zoeken, met pensioen gaan/hun praktijk willen overdragen, een wachtlijst hebben of hun huidige ruimte ontgroeien en dit delen met de regionale huisartsenorganisatie die in de eigen regio het aanspreekpunt is voor huisvesting (zie de volgende paragraaf voor de verschillende organisaties die betrokken kunnen zijn). Tijdig signaleren helpt om continuïteitsproblemen en noodsituaties te voorkomen.
 - Het is belangrijk om hierbij in het achterhoofd te houden dat processen rondom huisvesting vaak lang duren: gebiedsontwikkeling kan 5-10 jaar duren; projectontwikkeling 3-8 jaar en verbouwing met bestemmingswijziging 2-3 jaar. Dit zijn geen wettelijke termijnen maar indicatieve.

2. Zich **laten vertegenwoordigen** door de regionale huisartsenorganisatie, zodat deze aanspreekpunt voor gemeente en zorgverzekeraar kan zijn. Dit hangt onder andere af van de omvang van de gemeente en het aantal huisartsenpraktijken met huisvestingsproblemen: een individuele vraag kan ook als zodanig worden opgepakt.
3. **Informatie delen** met de regionale huisartsenorganisatie over ruimtebehoefte op korte en langere termijn. De gemeente heeft dit nodig voor het maken van de gebiedsplanning en daarbij het bestemmen van de ruimte.
4. Bij acute financiële knelpunten **contact opnemen** met de zorgverzekeraar.

Er komt veel kijken bij het beginnen of overnemen van een praktijk. Diverse organisaties leveren hiervoor ondersteuningsmaterialen zoals cursussen, handboeken, een stappenplan en dergelijke. Zie bijvoorbeeld [Praktijkhouderschap – LHV](#). Daarnaast ontwikkelt de LHV voor huisartsen een aparte handreiking om hen te ondersteunen bij het zoeken van praktijkruimte. In deze handreiking staat informatie over de bouwnormen, welke partijen de huisarts kunnen ondersteunen en welke stappen een huisarts kan zetten om huisvesting te realiseren.³



ROL

regionale huisartsen-organisatie

Regionale huisartsenorganisaties ondersteunen huisartsen en gezondheidscentra bij het vinden van passende huisvesting.

Binnen regionale (huisartsen)organisaties werken huisartsen structureel samen aan slagkracht en korte lijnen in de regio.⁴ In de regio zijn op dit moment verschillende (huisartsen)organisaties actief op het thema huisvesting, denk bijvoorbeeld aan de LHV-afdeling, de HAGRO, regionale huisartsenorganisatie (RHO). In een enkel geval is ook de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) betrokken. Het is belangrijk dat de verschillende regionale huisartsen-organisaties samen één aanspreekpunt voor de stakeholders op het gebied van huisvesting aanwijzen.

De regionale huisartsenorganisatie die in de regio de rol pakt kan:

1. **Aanspreekpunt zijn** voor gemeente en zorgverzekeraars en kennis delen over de behoeften met betrekking tot huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra in de regio.
2. **Verzamelpunt zijn** voor signalen van de huisartsen en gezondheidscentra uit de betreffende regio.
 - Bij de huisartsen en gezondheidscentra in de regio de **huisvestingsbehoefte inventariseren**, zowel de huidige als de verwachte behoeften, bijvoorbeeld vanwege aanstaand pensioen en aankomende praktijkovernames. Tijdig inzicht betekent bij voorkeur 4 tot 6 jaar vooraf. Inzicht in deze behoefte helpt de gemeente bij het maken van de gebiedsplannen en het bestemmen van de ruimte.

- Proactief **informatie delen** over (aankomende) problematiek over de beschikbaarheid van huisartsenzorg, bijvoorbeeld door een gebrek aan praktijkruimte, met de preferente zorgverzekeraar en gemeente en hiervoor gezamenlijk beleid opstellen.
3. **Contractafspraken maken** met zorgverzekeraars over het ondersteunen van huisartsen en gezondheidscentra om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de regio te ondersteunen. Dit kan via segment 2 van de bekostiging, via de Organisatie & Infrastructuur gelden.

Voorbeeld HONK

De RHO HONK in regio Noord-Kennemerland ondersteunt huisartsen-praktijken die willen uitbreiden, verhuizen of een nieuwe praktijk willen starten met behulp van het Data-Dialog-Doen model. In fase 1, de Data-fase, worden data en cijfers verzameld om de regionale opgave vast te stellen: welke demografische uitdagingen en eventuele tekorten zijn er? Vervolgens wordt in de tweede Dialog-fase de verbinding gezocht met regionale organisaties, zoals bestaande huisartsen-praktijken, zorgorganisaties, de zorgverzekeraar en de gemeente. Ook externe partijen, zoals woningcoöperaties en ondernemers denken in dit stadium mee over oplossingen rondom huisvesting. In de derde en laatste Doen-fase wordt van alle verzamelde input een concreet plan van aanpak geschreven, waarna de transitie start. HONK biedt een toolkit huisvesting aan waar deze stappen staan beschreven. Daarnaast ontzorgt HONK in dit hele proces door te faciliteren in het verbinden van partijen, behoefte-inventarisatie, project-management, analyses en ondersteuning op financiële vraagstukken.



ROL

regionale huisartsen- organisatie

- 4. Ondersteunen bij een indeplaatsstelling.** Een indeplaatsstelling betekent dat bij bedrijfsovername (in dit geval bij praktijkovername) de nieuwe eigenaar de plaats van de oude eigenaar mag innemen in de huurovereenkomst. De huurovereenkomst loopt door met dezelfde voorwaarden en afspraken, bijvoorbeeld afspraken over de huurprijs en de huurtermijn.

Voorbeeld Hadoks

De RHO Hadoks in Den Haag speelt een steeds actievere rol in huisvestingsvraagstukken van huisartsen. Huisartsen kunnen bij hen aankloppen wanneer ze bijvoorbeeld te weinig ruimte hebben of een nieuwe praktijklocatie zoeken. Hadoks legt contacten met verschillende partijen zoals gemeenten en woningcorporaties in de regio. Hierdoor hebben ze beter zicht op waar ruimtes beschikbaar komen. Daarnaast brengt Hadoks problemen onder de aandacht bij de verschillende betrokken partijen om een gezamenlijk gevoelde urgentie te creëren.

Voorbeeld ZHCo-PeriScaldes

De RHO ZHCo-PeriScaldes faciliteert, organiseert en innoveert binnen de Zeeuwse huisartsenzorg en de daarbij horende eerstelijnszorg. Ze ondersteunen huisartsen in de praktijkvorming of -voering en helpen hen contacten te leggen in het werkveld. Op het gebied van huisvesting ondersteunen ze huisartsen bij het maken van plannen voor het openen van een nieuwe praktijk, het faciliteren bij praktijkovername of associatie en het in contact brengen met makelaars. Ze werken nauw samen met de zorgverzekeraar en gemeenten.⁵



ROL

Zorg- verzekeraar

Voor zorgverzekeraars is toegankelijkheid steeds vaker prioriteit nummer één.

De zorgverzekeraar moet voldoende zorg inkopen en richt zijn aandacht onder andere op de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg. Huisvesting is één van de factoren die beïnvloedt hoe toegankelijk de huisartsenzorg is. Immers, als een praktijk de huisvesting is ontgroeid, maar geen grotere ruimte kan vinden, kunnen er geen patiënten meer worden ingeschreven.

Zorgverzekeraars dragen bij aan passende huisvesting door:

1. Een proactieve rol in de regionale samenwerking met de gemeente en regionale huisartsenorganisatie om passende huisvesting te **agenderen** en **organiseren**. Zorgverzekeraars zijn in de positie om waar nodig de samenwerking met de regionale huisartsenorganisatie en gemeenten aan te jagen en zo knelpunten op te lossen.
2. Samen met de regionale huisartsenorganisatie regionale **knelpunten** rondom de toegankelijkheid van de huisartsenzorg **in kaart brengen**, onder meer:
 - a. Door in beeld te brengen wat de zorgbehoefte in de toekomst is. Bijvoorbeeld welke huisartsen binnen nu en 5 jaar met pensioen gaan en in welke wijken er patiëntenstops zijn;
 - b. Door samen met de regionale huisartsenorganisatie te anticiperen op toegankelijkheidsproblemen. Bijvoorbeeld door een plan te maken voor het opvangen van de capaciteit als een huisarts stopt. In het geval van huisvestingsproblematiek wordt de betreffende gemeente hier ook actief bij betrokken.



ROL

zorg- verzekeraar

3. Het **koppelen** van huisartsen en gezondheidscentra aan mogelijke samenwerkingspartners die kunnen bijdragen aan passende huisvesting van huisartsen. Denk bijvoorbeeld aan andere (eerstelijns)zorgaanbieders die kapitaalkrachtiger zijn dan huisartsen en belang hebben bij een gezamenlijk pand. Of door huisartsen die praktijkruimte zoeken te koppelen aan zorginstellingen die juist ruimtes vrij hebben of afstoten.
5. **Maatwerkoplossingen te bieden** via segment 3 als de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in geding is en er sprake is van (dreigende) discontinuïteit van huisartsenzorg.

Voorbeeld Blerick

Een voorbeeld waarbij huisartsen samen met andere zorgverleners tot een passende oplossing zijn gekomen is in de Lambertuskerk in Blerick. Verschillende eerstelijnszorgaanbieders, waaronder een huisartsenpraktijk, zijn samen in een ontheiligde kerk gevestigd. De kerk is eigendom van een apotheker, die een deel van de ruimte verhuurt aan de andere zorgaanbieders.⁶

Voorbeeld Hardenberg

In 2022 is een nieuwe huisartsenpraktijk gestart in Hardenberg. Dit is gefaciliteerd door een samenwerking tussen Zilveren Kruis, Flexdokters en de regionale huisartsenorganisatie Medrie. Zilveren Kruis heeft Medrie aan Flexdokters gekoppeld en een financiële bijdrage geleverd voor het opzetten van deze nieuwe praktijk.⁸

4. Met de RHO **afspraken te maken** via segment 2 (Organisatie & Infrastructuur, O&I) om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de regio te ondersteunen. Huisvestingsproblematiek kan ook een onderdeel zijn van toegankelijkheid. Zo kan de RHO huisartsenpraktijken ondersteunen die willen uitbreiden of verhuizen. Dit met als doel om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de regio te ondersteunen.⁷

⁶ https://www.limburger.nl/cnt/dmf20220405_93605968

⁷ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_711597_22/2/#c692450d-dc5e-4006-bfes-cdb3334ee4e9

⁸ <https://www.medrie.nl/medrie-actueel/unieke-samenwerking-innovatieve-huisartsenpraktijk-in-hardenberg-van-start>



ROL

Zorg- verzekeraar

6. Tenslotte kan de zorgverzekeraar ook **op andere manieren** het huisvestingsvraagstuk verminderen, zie hier het voorbeeld van een samenwerking tussen DSW en zorgorganisaties:

In de regio's Delft, Westland, Oostland (DWO) en Nieuwe Waterweg Noord (NWV) werken verschillende zorgorganisaties samen in de facilitaire stichting Gezondheidszorg (FSG) om huisartsen te ondersteunen bij huisvestingsproblematiek. Het bestuur van de stichting bestaat uit bestuurders van de grotere zorgconcerns zoals het Franciscus Gasthuis & Vlietland, de Reinier de Graafgroep en DSW Zorgverzekeraar. Door geschikte panden in eigendom te verwerven en deze met professionele begeleiding en in goed overleg exploitatie gereed te maken, creëert de FSG een aantrekkelijk vestigingsklimaat voor de lange termijn met continuïteit voor huisartsen.

Binnen de regio kan op verzoek van huisartsen of de gemeente een overleg met de FSG worden gepland. DSW sluit hier over het algemeen bij aan. De RHO informeert bestaande en geïnteresseerde praktijkhouders over de mogelijkheden van de FSG. Daarnaast heeft de Zorgorganisatie Eerste Lijn (ZEL) een leergang ontwikkeld voor huisartsen die zich oriënteren om binnen nu en 3 jaar als praktijkhouder aan de slag te gaan. Tijdens deze leergang wordt er informatie gegeven over de rol en werkwijze van de FSG. DSW deelt data en voert actief het gesprek met gemeenten in de regio over de beschikbare capaciteit van huisartsen, hoe dit zich verhoudt met het inwonersaantal, de prognose hiervan en wat dit betekent voor de huisvesting van huisarts in de gemeente, met name bij nieuwbouwggebieden. Naar aanleiding van deze gesprekken nemen gemeenten regelmatig contact op met de FSG.⁹

⁹ <https://www.fsg.nl/OverFSG>



ROL

gemeente

De gemeente speelt een grote rol in de huisvesting van huisartsen, zowel door samenwerking met andere partijen als door eigen beleid.

De Wet Ruimtelijke Ordening (Omgevingswet per 2024¹⁰) vormt de basis voor alle bouwactiviteiten, gebiedsontwikkeling en ruimtelijke ordening binnen een gemeente. Voor de leefbaarheid en omgevingskwaliteit is van belang dat gemeenten in hun omgevingsbeleid ook zorgen voor maatschappelijke en sociale voorzieningen, sportfaciliteiten en gezondheidszorg. Gemeenten hebben er baat bij dat hun inwoners huisartsenzorg ontvangen, ook vanwege de functie van de huisarts als verwijzer naar Jeugdzorg, Wmo-voorzieningen en andere ondersteuning.

Hieronder beschrijven we handelingsopties om als gemeente bij te kunnen dragen aan het huisvestingsvraagstuk:

1. In een beleidsvisie (bijvoorbeeld de Omgevingsvisie) een **beleidsdoel formuleren** over het bevorderen van voldoende ruimte voor eerstelijnszorg en/of huisartsenzorg.
2. Een **medewerker** of een team de **taak** geven om **overleg te voeren** met de regionale huisartsenorganisatie die de huisvestingsrol oppakt en zorgverzekeraar(s) over huisvesting voor eerstelijnszorg en/of te helpen bij huisvestingsproblemen. Aanvullend kan een gemeente een (digitaal) **loket ontwikkelen** om vraag en aanbod van maatschappelijk vastgoed bij elkaar te brengen.¹¹

¹⁰ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/omgevingswet>

¹¹ Zie bijvoorbeeld de voorbeelden van Utrecht <https://makelpunt-utrecht.nl/>, Rotterdam <https://www.hteamo10.nl/forum/> en Amsterdam <http://www.amsterdam.nl/stadslods/>

Voorbeeld huisvestingsaanbod Utrecht

Utrecht: het Makelpunt brengt vraag en aanbod van huisvesting voor culturele, maatschappelijke of commerciële activiteiten samen met een focus op inhoudelijke samenwerking. Doel is tegemoet te komen aan de vraag naar ruimte in de stad en tegelijkertijd beschikbare locaties te gebruiken.

3. Binnen de gemeentelijke organisatie **zorgen voor goede samenwerking en informatie-uitwisselingen** tussen de 'sociale' en 'fysieke' afdelingen en wethouders. Signalen van huisartsen komen doorgaans binnen bij Maatschappelijke ontwikkeling, maar het aanpakken van het huisvestingsprobleem vraagt ook om inzet vanuit Ruimtelijke ontwikkeling.
4. **Referentienormen** voor maatschappelijke-, zorg- en sportvoorzieningen **vaststellen**, met daarin een vierkante meter norm voor eerstelijnszorg of huisartsenzorg. Gemeenten kunnen de norm naar eigen inzicht vaststellen, voorbeelden zijn te vinden via www.bouwstenen.nl en websites van onder meer de gemeenten Amsterdam, Den Haag en Rotterdam¹².

¹² https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/972592/vrm21_401_20180109_referentienorm_maatschappelijke_voorzieningen.pdf en <https://denhaag.raadsinformatie.nl/modules/13/Overige%20bestuurlijke%20stukken/641944> en <https://www.rotterdam.nl/referentiewaarden-maatschappelijke-voorzieningen>



ROL

gemeente

Referentienormen gemeenten voor maatschappelijke-, zorg- en sportvoorzieningen

Bij het opstellen van referentienormen is het advies om aan te sluiten op volgende landelijke normen:

- De NZa baseert haar tarieven voor de bekostiging op 2.095 ingeschreven patiënten per 1 FTE huisarts (en ondersteunend team). Ervan uitgaande dat elke bewoner van een gemeente plek moet kunnen vinden bij een huisarts, kan op basis van het aantal inwoners berekend worden voor hoeveel FTE huisartsen en hun teamleden ruimte nodig is.
- De LHV rekent met een eigen bouwnorm à 150m² praktijkruimte per 1 FTE huisarts (met 2095 patiënten).¹³
- Per inwoner is 0,07 m² praktijkruimte nodig.
- NB: niet alle ruimtes zijn geschikt voor huisartsenzorg. Belangrijke eisen zijn toegankelijkheid voor mindervaliden, een lift waar ambulancepersoneel met een brancard in kan en geluiddichtheid van de muren in het kader van privacy.¹³

Bovenstaande getallen zijn gebaseerd op een gemiddelde praktijk met een gemiddelde populatie. Afhankelijk van diverse praktijkkenmerken zal de feitelijke huisvestingsbehoefte verschillen.

In wijken met bewoners met een lage sociaaleconomische status is de zorgvraag gemiddeld hoger, waardoor er meer huisartsen nodig zijn en daardoor ook ruimere huisvesting. Het is daarom goed om niet alleen naar de cijfers te kijken, maar ook naar individuele factoren zoals de capaciteit van huisartsen of de huidige praktijkruimte. Ga hierover samen in gesprek.

5. **Afspraken maken** met woningbouwcorporaties over de bouw of het beheer van buurtgezondheidscentra. Sinds 2022 is de ontwikkeling van bedrijfsonroerend goed (BOG) door woningbouwcorporaties toegestaan, als het BOG¹⁴:
 - gelegen is in een wijk waar de corporatie woningbezit heeft;
 - gericht is op de wijkbewoners en bijdraagt aan de woonkwaliteit;
 - de investering kleinschalig is (> 10 miljoen, daarboven moet noodzaak aangetoond worden).

Hiervoor is geen goedkeuring van de Autoriteit woningcorporaties vereist.¹⁵ Gemeenten en corporaties kunnen ontwikkeling en beheer van gezondheidscentra of huisartsenpraktijken ook opnemen in de Prestatieafspraken.

6. Bij het vaststellen of wijzigen van omgevingsplannen en/of maken van nieuwbouwplannen **rekening houden** met huisvesting voor huisartsen en andere eerstelijns zorgaanbieders en/of waar nodig (delen van) kavels specifiek voor (eerstelijns-)zorg te bestemmen. De Omgevingswet geeft gemeente hiervoor ruime beleidsvrijheid.

¹³ <https://www.lhv.nl/product/lhv-bouwnorm/>

¹⁴ <https://www.ilent.nl/onderwerpen/publicaties-cijfers-en-wetgeving-autoriteit-woningcorporaties/documenten/publicaties/2021/12/01/beleidsregels-autoriteit-woningcorporaties>

¹⁵ <https://www.ilent.nl/onderwerpen/vastgoed/bouwen-en-verwerven-maatschappelijk-en-bedrijfsmatig-vastgoed>



ROL

gemeente

Bestemming voor eerstelijnszorg

In veel gemeenten wordt van oudsher gekozen voor de bestemming ‘maatschappelijk’ of ‘maatschappelijk-zorg’. Met introductie van de Omgevingswet hebben gemeenten volledige vrijheid om de bestemmingen zo gedetailleerd te maken als wenselijk is. Zo kan een bestemming ‘zorg’ gekozen worden waarbij de regels bepalen welke type gezondheidszorg is toegestaan: bijvoorbeeld 1) alleen huisartsen, 2) gezondheidscentra met meerdere eerstelijns zorg-aanbieders, of 3) meerdere typen zorgaanbieders zowel eerste- als tweedelijns. Smalle bestemmingen beperken de kans op verkoop of verhuur van ruimtes aan partijen met meer draagkracht, maar vergroten het risico op leegstand. Bij nieuwbouw in stedelijke gebieden en hoge vastgoedprijzen is de vestiging van huisartsen gebaat bij smalle bestemmingen. Dan is het wel belangrijk dat vooraf de markt goed wordt geconsulteerd en er voldoende kandidaten zijn voor de functie/bestemming. Bij bredere bestemmingen (‘gemengd’ of ‘dienstverlening’) is nieuwbouw of verbouw makkelijker te financieren, omdat banken en ontwikkelaars minder risico lopen. Bij vertrek van een huisarts of het afzien van vestiging, kan de financier makkelijker verkopen of verhuren aan andere partijen. Het nadeel van brede bestemmingen is dat de koop- of huurprijzen te hoog kunnen worden voor huisartsen en bij een tender ook andere (maatschappelijke en commerciële) gebruiksfuncties dan huisartsenzorg mogelijk zijn. Dit speelt vooral in stedelijke gebieden bij panden waarin ook commerciële zorg, kinderopvang of kantoor-, of detail-handelsfuncties en/of wonen is toegestaan.

Voorbeeld Gemeente Amsterdam

Aan de Cornelis Lelylaan en het Koningin Wilhelminaplein in Amsterdam ontwikkelt Gemeente Amsterdam een nieuwe buurt. In deze buurt is veel ruimte voor maatschappelijke voorzieningen, zo is er circa 1000 m² vrijgemaakt voor een gezondheidscentrum¹⁶.

7. Eerstelijnszorg en/of huisartsenzorg **opnemen in gemeentelijk vastgoedbeleid**. Organisaties kunnen in aanmerking komen voor het huren van gemeentelijk vastgoed als ze bijdragen aan realisatie van gemeentelijke beleidsdoelen (zie ook punt 1). Dit geldt ook als de organisatie niet rechtstreeks subsidie of opdrachten van de gemeente ontvangt.

Voorbeeld Dufayhuis

Twee huisartsenpraktijken (6 artsen) en een fysiotherapiepraktijk (5 fysiotherapeuten) konden de extreme huurverhoging van hun voormalige pand niet betalen. Daarom hebben zij de gemeente Amsterdam benaderd om in de voormalige Dufayschool, eigendom van de gemeente, een buurt- en zorgcentrum te creëren met een betaalbare huur. Dit kon gerealiseerd worden doordat de gemeente de school casco+ heeft verbouwd en vervolgens de gehele inrichting en afwerking werd gefinancierd uit giften van patiënten en buurtbewoners. Naast de huisartsen en fysiotherapeuten werken er nog veertig andere (para)medici, is er een apotheek en consultatiebureau en is het een ontmoetingsplek in de wijk dankzij een buurtcafé en -tuin, waarin vrijwilligers zorgen voor de aanleg en het onderhoud.¹⁷

¹⁶ <https://www.amsterdam.nl/projecten/cornelis-lelylaan/>

¹⁷ <https://dufayhuis.nl/over-ons/>



ROL

gemeente

8. Bij gebiedsontwikkeling en nieuwbouwprojecten **inventariseren** welke vraag er is naar huisvesting voor eerstelijnszorg en welke partijen geïnteresseerd zijn om daarin te investeren of huren en onder welke voorwaarden. Dit kan door middel van een marktconsultatie. Dit is ook raadzaam in bestaande wijken, omdat gemeenten daar niet altijd goed zicht op hebben op het aanbod en behoefte aan eerstelijnszorg. Let wel dat bij een voornemen tot verkoop van vastgoed en grond het van belang is om deze te publiceren (zie Didam arrest).
9. In een bestaande wijk, waar geen nieuwbouw mogelijk is, een **winkelp lintstrategie opstellen** waarin rekening wordt gehouden met eerstelijnszorg. Hierbij legt de gemeente vast wat de nieuwe bestemming van veelal oude detailhandels wordt. Bij verhuur van vastgoed of grond (pacht) en grondverkoop kunnen gemeenten juridische problemen vermijden door openbare selectieprocedures te hanteren (zie Didam-arrest).

Didam Arrest

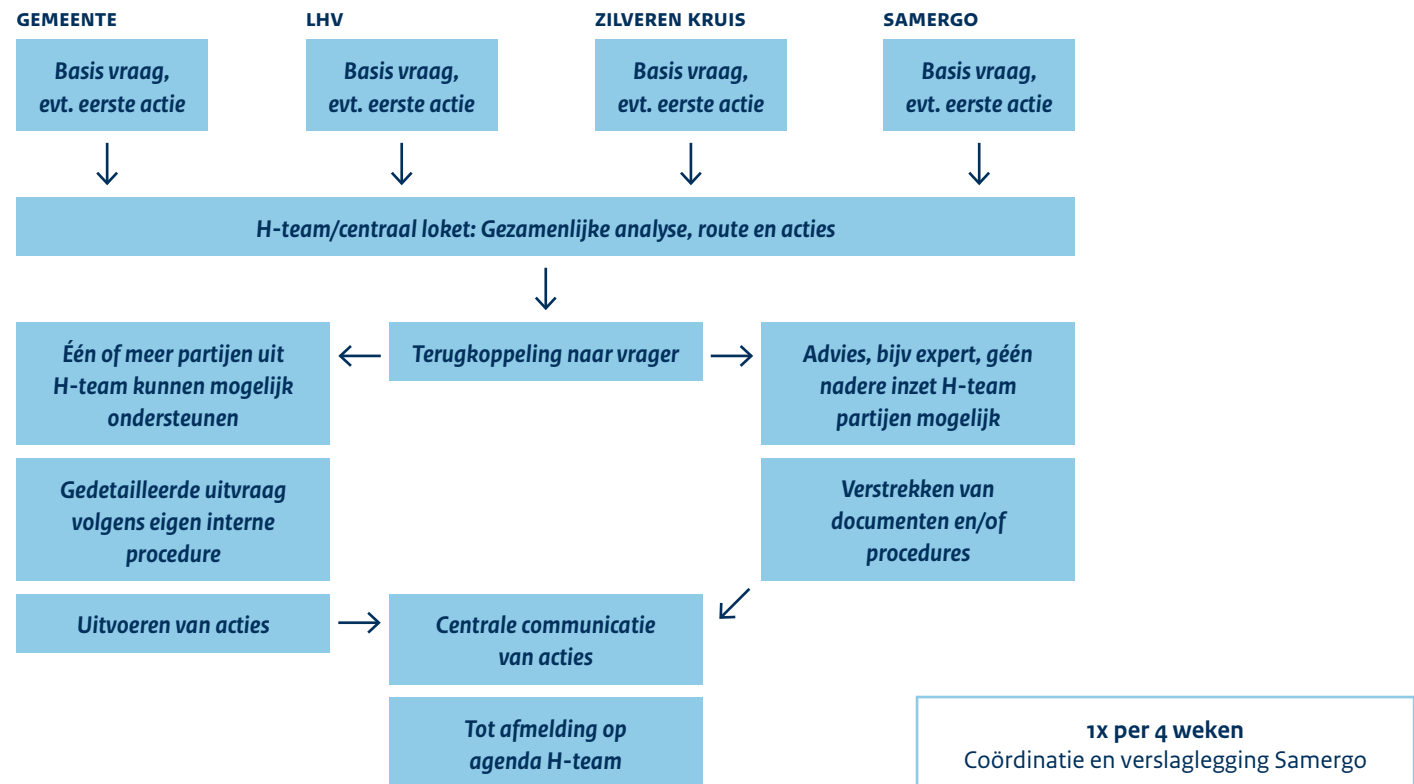
Na het Didam-arrest van de Hoge Raad en aanvullende jurisprudentie is gebleken dat het voornemen tot verhuur (of verkoop) van een pand of kavel in eigendom van de gemeente, altijd vooraf gepubliceerd moet worden door de gemeente. Op basis van het omgevingsplan of eigen vastgoedbeleid kan de eis gesteld worden dat er het kavel of pand gebruikt moet worden voor eerstelijnszorg of huisartsenzorg. Als er meerdere serieuze gegadigden zijn, moet de gemeente een openbare toewijzings- of selectieprocedure hanteren op basis van redelijke, objectieve en toetsbare criteria¹⁸.

VOORBEELD

Samenwerking verschillende partijen

Voorbeeld samenwerking verschillende partijen

In Rotterdam is het H-team 010 opgericht, oftewel het Huisvesting Huisartsen team, waar huisartsen met hun vragen over praktijkruimte terecht kunnen. Daarnaast kan iedereen die in Rotterdam aanbod heeft of ontwikkelt waar binnen ruimte is voor maatschappelijke voorzieningen zoals huisartsenzorg ook bij het team terecht. Denk daarbij aan projectmanagers van de gemeente, projectontwikkelaars en bedrijfsmakelaars. Het H-team 010 is een initiatief van de gemeente Rotterdam, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, LHV-afdeling Rotterdam en de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) Samergo. In een periodiek overleg (één keer in de vier weken) bespreekt het H-team 010 casussen en wordt de juiste route bepaald voor de vragen. Oplossingen kunnen zijn: inzicht in een gangbare huur- of koopprijs, functiewijziging, regels voor vergunningen en aanbestedingen, het opnemen van maatschappelijke voorzieningen in bouwplannen en actief inzicht verwerven in vraag naar bestaande en te realiseren locaties. Is door het H-team 010 een advies geformuleerd, dan neemt Samergo namens of samen met één van de deelnemende partijen contact op met de huisarts. De aanvrager blijft zelf verantwoordelijk. Ook op bestuurlijk niveau vindt periodiek overleg plaats tussen genoemde partijen. Daar wordt besproken of zaken die meerdere malen op casusniveau in het H-team 010 worden aangekaart moeten leiden tot beleidsaanpassingen.¹⁹



¹⁹ <https://www.hteam010.nl/>

4

Rol overige partijen





Rol overige partijen

De Rijksoverheid Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Het ministerie van VWS is stelselverantwoordelijke voor de zorg in Nederland. Via verschillende wettelijke kaders zijn de verantwoordelijkheden voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van gezondheidszorg bij verschillende partijen belegd. In september 2022 hebben de bewindspersonen van VWS vanuit hun rol met verschillende partijen uit de zorg het Integraal Zorgakkoord (IZA) gesloten. Onderdeel van het IZA is de afspraak over het opstellen van deze handreiking over huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra. VWS is de trekker van deze IZA-afpraak en vanuit die rol ook voorzitter van de werkgroep huisvesting huisartsen. Hierin brengt VWS de verschillende betrokken landelijke partijen bij elkaar om concrete afspraken te maken over het oplossen van deze problematiek. De handreiking is vastgesteld door het Bestuurlijk Overleg IZA waarvan VWS ook de voorzitter is. Met het oprichten en voorzitten van de werkgroep en het gezamenlijk opstellen van deze handreiking, voert VWS ook een aangenomen motie uit van Tweede Kamerleden Ellemeet (GroenLinks) en Kuiken (PvdA) over de huisvesting van huisartsen.²⁰ Om het vraagstuk goed in beeld te krijgen heeft VWS op verschillende plekken in Nederland waar problemen met huisvesting spelen gesprekken gevoerd met huisartsen, huisartsenorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars. In deze gesprekken zijn ook juist mooie voorbeelden van oplossingen naar voren gekomen. Een deel daarvan is in deze handreiking terecht gekomen.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan dat valt onder de politieke verantwoordelijkheid van de minister van VWS. De NZa heeft zowel een regulerende als toezichhoudende taak. Vanuit haar regulerende taak stelt de NZa in beleidsregels vast welke prestaties tegen welke (maximum)tarieven in rekening gebracht mogen worden door zorgaanbieders. Vanuit haar toezichhoudende taak houdt de NZa onder andere toezicht op de wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht. De NZa is vanuit deze taken ook actief lid van de *werkgroep huisvesting huisartsen* die deze handreiking heeft opgesteld. In deze werkgroep legt de NZa onder meer de verbinding met het kostenonderzoek dat zij uitvoeren in de huisartsenzorg. Dit onderzoek vormt de basis voor nieuwe tarieven voor de huisartsenzorg die per 2025 zullen ingaan.²¹

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK)

Het ministerie van BZK heeft in dit vraagstuk een faciliterende rol. Het realiseren van voldoende en toereikende huisvesting voor huisartsenzorg en gezondheidscentra is een belangrijk aandachtspunt bij grootschalige woningbouwlocaties, nieuwe geclusterde woonvormen voor ouderen en grote renovaties in de bestaande woningvoorraad. In de woonzorgvisies die gemeenten opstellen kan verwezen worden naar de opgave in eerstelijnszorg, waaronder de huisartsenzorg. BZK speelt een rol in het ontsluiten van de informatie uit deze handreiking vanuit het zorgdomein naar het domein wonen en richt zich daarbij voornamelijk op gemeenten. Ook BZK is lid van de werkgroep huisvesting huisartsen.

²⁰ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2022D43077&did=2022D43077>

²¹ Zie voor meer informatie hoofdstuk 5 over de financiering.



Rol overige partijen

Banken

Naast de rol van een bank als kredietverstrekker, nemen banken een grotere rol op zich in het huisvestingsvraagstuk. Ze signaleren problematiek, begeleiden huisartsen en verbinden verschillende stakeholders door kennis te delen. Regelmatig publiceren de banken brancherapporten over hun bevindingen en vragen aandacht voor de problematiek. Ook is het een optie voor een bank om een rondetafel- of kennissessie te organiseren om vraagstukken te bespreken of om te zoeken naar een concrete oplossing. Denk hierbij aan: het verduurzamen van de huisvesting en kennis over ondernemerschap bij huisartsen. Contact met een bank kan op drie niveaus plaatsvinden. Huisartsen kunnen, als relatie van de bank, schakelen met zijn of haar relatiemanager. Ook kan er geschakeld worden met de sectorspecialisten gezondheidszorg van individuele banken. Daarnaast heeft de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) een werkgroep gezondheidszorg. In deze groep zijn de sectorspecialisten van ABN AMRO, BNG Bank, ING, Rabobank en Triodos vertegenwoordigd. In het collectief wordt de problematiek besproken en gezocht naar een logisch vervolg. Als laatste is het zinvol als banken of de NVB integraal onderdeel uitmaken van regionale en nationale overlegconstructies met regionale huisartsen-organisaties, zorgverzekeraars en gemeenten.

Provincie

De provincie heeft geen formele rol bij de huisvesting van huisartsen. Wel zijn er mooie voorbeelden waar de provincie bijdraagt aan het oplossen van de huisvestingsproblematiek.

Voorbeeld Groningen en Friesland

In Groningen is het netwerk Gezond Groningen actief.²² In dit netwerk werken ruim 40 (maatschappelijke) organisaties en overheden samen aan zorg-gerelateerde onderwerpen, waaronder huisvesting voor huisartsen. Zo heeft de provincie Groningen de subsidieregeling Zorg en Voorzieningen opgestart. Met deze subsidieregeling wil de provincie de voorzieningen en de zorg in de provincie versterken, verbeteren en toekomstbestendig maken. De provincie stemt hierin af met de zorgverzekeraars en gemeenten en speelt een verbindende rol. Deze subsidie wordt ook door veel huisartsen gebruikt om uit te breiden of een nieuw pand te starten. Het is hierbij wel van belang dat er, naast zorg, ook andere functies (bijvoorbeeld welzijn) onder 1 dak worden gecombineerd binnen de (nieuwe) praktijk of gezondheidscentrum.²³

De provincie Friesland is in het najaar van 2019 een subsidieregeling gestart om een bijdrage te leveren aan de spreiding en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen in de provincie. Met deze subsidie werd bijgedragen aan de bouw of verbouw van een bestaand of nieuwe huisartsenpraktijk. Er werd veel gebruik gemaakt van de subsidie, het bedrag is in twee tenders volledig besteed.²⁴

²² <https://www.provinciegroningen.nl/actueel/nieuws/nieuwsartikel/groningse-organisaties-voor-meer-gezonde-jaren-gezonde-groningers-gezonde-zorg/>

²³ <https://www.provinciegroningen.nl/subsidies/wonen-en-welzijn/zorg-en-voorzieningen/>

²⁴ <https://www.fondswervingonline.nl/nieuws/subsidie-voor-het-bouwen-verbouwen-van-huisartsenpraktijken#:~:text=De%20subsidie%20voor%20de%20bouw%20of%20verbouw%20van,externe%20adviseur%20bedraagt%20de%20subsidie%20maximaal%20%E2%82%AC%205.000%20>

5

Financiering



Financiering

Tarieven NZa

De NZa stelt de maximumtarieven voor de huisartsenzorg vast op basis van historisch kostenonderzoek. Dit kostenonderzoek leidt tot gemiddeld kostendekkende maximumtarieven waarin huisvestingskosten verdisconteerd zijn. Het kostenonderzoek waarop de huidige tarieven gebaseerd zijn is gedaan over het jaar 2015. Deze tarieven worden sindsdien elk jaar geïndexeerd.

Kostprijsonderzoek 2023

In het najaar van 2023 is de NZa begonnen met een kostenonderzoek om de maximumtarieven voor de huisartsenzorg te herijken. De nieuwe tarieven zullen ingaan per januari 2025. In dit kostenonderzoek wordt huisvesting op uitgebreidere wijze uitgevraagd dan in het voorgaande kostenonderzoek.

Aanvullende afspraken

Huisvestingsproblematiek kan ook door financiële knelpunten komen. Bijvoorbeeld omdat grond- of vastgoedprijzen erg hoog zijn of omdat kosten voor een verbouwing te hoog zijn. In de LHV-enquête over huisvesting gaf circa 40% van de bevroegde huisartsen aan (ook) te maken te hebben met te hoge kosten voor huisvesting. De landelijke partijen zijn het erover eens dat de aard en omvang van de financiële knelpunten scherper in beeld moeten worden gebracht en dat er oplossingsrichtingen moeten worden uitgewerkt voor situaties waarin een tekort aan financiële middelen passende huisvesting in de weg staat. Daarom hebben VWS, ZN, LHV, InEen en de VNG afgesproken om de financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek beter in kaart te brengen met een aanvullend onderzoek. Dit gebeurt in drie stappen, die zoveel mogelijk tegelijk worden uitgevoerd. Ten eerste wordt in beeld gebracht hoe vaak geld een (belangrijke) rol speelt bij problemen met huisvesting.

Dit gebeurt door extra informatie uit te vragen over huisvesting in het kostenonderzoek van de NZa. De deelresultaten worden begin 2024 verwacht. Daarnaast heeft Nivel op verzoek van partijen vragen over huisvesting toegevoegd aan de praktijkenquête die zij uitvoeren in de huisartsenzorg. De resultaten hiervan worden eind 2023 verwacht. Deze onderzoeken zijn kwantitatief van aard.

Naast deze kwantitatieve onderzoeken zullen partijen ook een normatief onderzoek laten doen naar specifieke casuïstiek die representatief is voor situaties waarin financiële redenen (mede) oorzaak zijn van problemen met huisvesting. Hier staat de vraag centraal wat in de weg staat tussen de huidige en de gewenste situatie. De onderzoeksvragen worden door partijen in het najaar van 2023 geformuleerd.

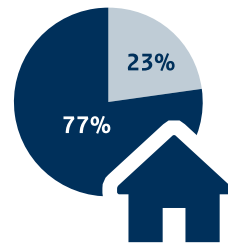
Op basis van de informatie uit deze onderzoeken, werkt de werkgroep concrete beleidsopties uit die bijdragen aan het oplossen gevonden knelpunten. Dit leidt naar verwachting in de loop van 2024 tot een handreiking 'versie 2.0' met aanvullende informatie over financiering van huisvesting.

Bij het uitvoeren van de stappen hebben partijen aandacht voor de bekostigingssystematiek van de NZa en het feit dat huisvesting van huisartsen vaak in private handen is. Er moet daarom een balans zijn tussen publieke kosten versus private baten.

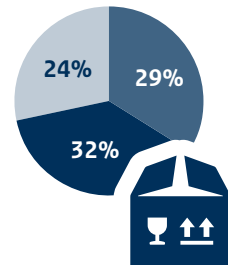
6

Achtergrond- informatie

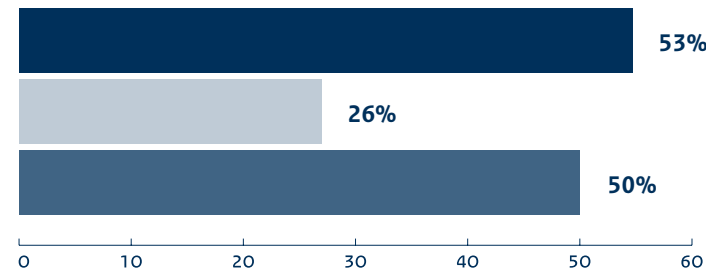




Uit onderzoek van de LHV in september 2021 naar de huisvestingsproblematiek van huisartsen bleek dat **77% van de huisartsen één of meer nadelen ondervindt door ruimtegebrek**. Denk aan het niet aan kunnen van patiëntengroei of het niet kunnen aannemen of opleiden van extra personeel of huisartsen;²³



Uit datzelfde onderzoek blijkt dat **29%** van de praktijkhouders **wil verhuizen**, **32%** wil de **huidige ruimte uitbreiden in m²** en **24%** heeft **behoefte om te verbouwen**;²³



Diezelfde praktijkhouders schatten hun kansen om deze wensen te realiseren als volgt in:
Kans om te **verhuizen**: **53%**
Kans om **uit te breiden**: **26%**
Kans om te **verbouwen**: **50%**²³



Het huisvestingsprobleem is in **grote steden** iets groter dan in de randgemeenten, maar huisvestingsproblematiek speelt door het hele land;²³



Afhankelijk van de precieze wijze van organisatie en eventuele samenwerkingsverbanden, kunnen grotere of kleinere praktijken nodig zijn. De LHV hanteert **minimaal 150m²** per 1 FTE huisarts (met 2095 patiënten);



De Zorgverzekeringswet (Zvw) hanteert dat huisartsen bij spoed de **inspanningsverplichting** hebben om **binnen 15 minuten** bij de patiënt te zijn.²⁴

ACHTERGRONDINFORMATIE

Feiten en cijfers

²³ <https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/huisvestingsproblemen/>

²⁴ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040215/2018-01-01>

Verschillende soorten huisartsenpraktijken

Er zijn veel verschillende manieren bekend waarop huisartsen zich vestigen:



Solopraktijk

er is één praktijkhoudend huisarts.



Groepspraktijk:

hierbij wordt de praktijkvoering samen vormgegeven.



Duopraktijk

er zijn twee praktijkhoudend huisartsen.



Gezondheidscentrum:

in een gezondheidscentrum werkt de huisarts samen met andere eerstelijnszorgaanbieders, bijvoorbeeld een apotheek, fysiotherapeut of psycholoog. Zorgverleners kunnen in dienst zijn van het gezondheidscentrum of de bijbehorende stichting. Maar een gezondheidscentrum kan ook een bedrijfsverzamelgebouw zijn waarbinnen de zorgverleners zelfstandig ondernemers zijn.



Huisartsen Onder Eén Dak (HOED):

hierbij vestigen meerdere huisartsen zich in één praktijkpand, maar houden ze wel hun eigen autonomie rondom de bedrijfsvoering.

De vorm van vestigen heeft invloed op de huisvesting. Zo is voor een gezondheidscentrum veel meer oppervlak nodig dan voor een solopraktijk, maar kunnen de kosten voor huisvesting bij een gezondheidscentrum onder de zorgprofessionals worden gedeeld.

ACHTERGRONDINFORMATIE

Wettelijke kaders

Het wettelijke kader voor huisartsenzorg wordt gevormd door de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg). Het wettelijke kader voor bouwen en ruimtelijke ordening is gelegen in de Wet Ruimtelijke Ordening (Omgevingswet per 2024).

1. **Zorgverzekeringswet (Zvw):** Volgens de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars een zorgplicht en moeten zij garanderen dat hun verzekerden toegang hebben tot huisartsgeneeskundige zorg.
2. **Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg):** De Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg) is in 2006 in werking getreden en stelt een betere marktwerking in de zorg als doel. Met deze wetgeving heeft het rijk de zorg als een (stevig gereguleerde) commerciële activiteit bestempeld. Uiteindelijk ligt de eindverantwoordelijkheid voor het vinden van huisvesting bij huisartsen als zelfstandig ondernemers.
3. **Wet Ruimtelijke Ordening (Omgevingswet per 2024):** De Wet Ruimtelijke Ordening vormt de basis voor alle bouwactiviteiten, gebiedsontwikkeling en ruimtelijke ordening. Voor de leefbaarheid en omgevingskwaliteit is van belang dat gemeenten in hun omgevingsbeleid ook zorgen voor maatschappelijke en sociale voorzieningen, sportfaciliteiten en gezondheidszorg.

Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

De bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg bestaat uit drie segmenten. Segment 1 (Basisvoorziening huisartsenzorg) omvat onder andere het inschrijftarief voor elke ingeschreven patiënt en een vergoeding per verrichting. Segment 2 (Programmatische multidisciplinaire zorg) bevat prestaties voor multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Daarnaast bestaat binnen segment 2 ook de mogelijkheid om via Organisatie & Infrastructuur (O&I) aanvullende vergoedingen overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgverzekeraars en regionale organisaties met als doel om de samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren. Voor deze prestaties is een ondersteuningsstructuur nodig. Segment 3 (resultaatbeloning en zorgvernieuwing) biedt ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om maatwerkafspraken te maken. Bijvoorbeeld voor zorgvernieuwing of aanvullende afspraken als de toegankelijkheid in het geding is.²⁷

