



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Handreiking

Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra

september 2025



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

	Stroomschema huisvesting	3
1	Inleiding	6
	Probleemschets	7
	Doel handreiking	8
2	Samenwerking betrokken partijen	10
3	Rol direct betrokken partijen	14
	Rol huisarts/gezondheidscentrum	15
	Rol regionale huisartsenorganisatie	17
	Rol zorgverzekeraar	19
	Rol gemeente	22
4	Rol overige partijen	26
	Rol Rijksoverheid	27
	Rol bank	28
	Rol provincie	28
5	Financiering	29
6	Achtergrondinformatie	33
	Feiten en cijfers	34
	Verschillende soorten huisartsenpraktijken	35
	Wettelijke kaders	36

Leeswijzer

Deze handreiking is de tweede herziene en uitgebreide versie van de handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra (hierna: handreiking) uit 2023¹. In deze versie van de handreiking is het in het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord afgesproken principe ‘pas toe of leg uit’ nieuw voor alle partijen. Dit principe wordt toegelicht in de inleiding. Daarnaast zitten de vernieuwingen in de beschrijving van de aard van en oplossingen voor financiële knelpunten die huisartsen kunnen ervaren in hun zoektocht naar passende huisvesting. Tot slot is ook een stroomschema toegevoegd dat compact en overzichtelijk weergeeft wat er in de handreiking is beschreven. Voor gemeenten zijn er in deze vernieuwde versie geen nieuwe handelingsopties opgenomen.

De handreiking bestaat uit verschillende onderdelen. Het document begint met een stroomschema dat overzichtelijk maakt welke stappen huisartsen en andere partijen moeten zetten als er sprake is van huisvestingsproblematiek. De hoofdstukken na het stroomschema bieden meer toelichting op de handelingsopties, rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen:

- Hoofdstuk 1 benoemt de probleemschets en het doel van de handreiking
- Hoofdstuk 2 beschrijft hoe de verschillende betrokken partijen het beste kunnen samenwerken
- Hoofdstuk 3 gaat in op de rollen van de direct betrokken partijen
- Hoofdstuk 4 beschrijft de rol van overige partijen
- Hoofdstuk 5 is nieuw in deze uitgebreide versie. Dit hoofdstuk geeft meer toelichting over de financiële knelpunten die huisartsen kunnen ervaren in hun zoektocht naar passende huisvesting en de afspraken die zijn gemaakt over het oplossen van deze knelpunten.
- Hoofdstuk 6 geeft achtergrondinformatie over het huisvestingsprobleem.

De leden van de werkgroep huisvesting schreven deze handreiking. Dat zijn InEen, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO).

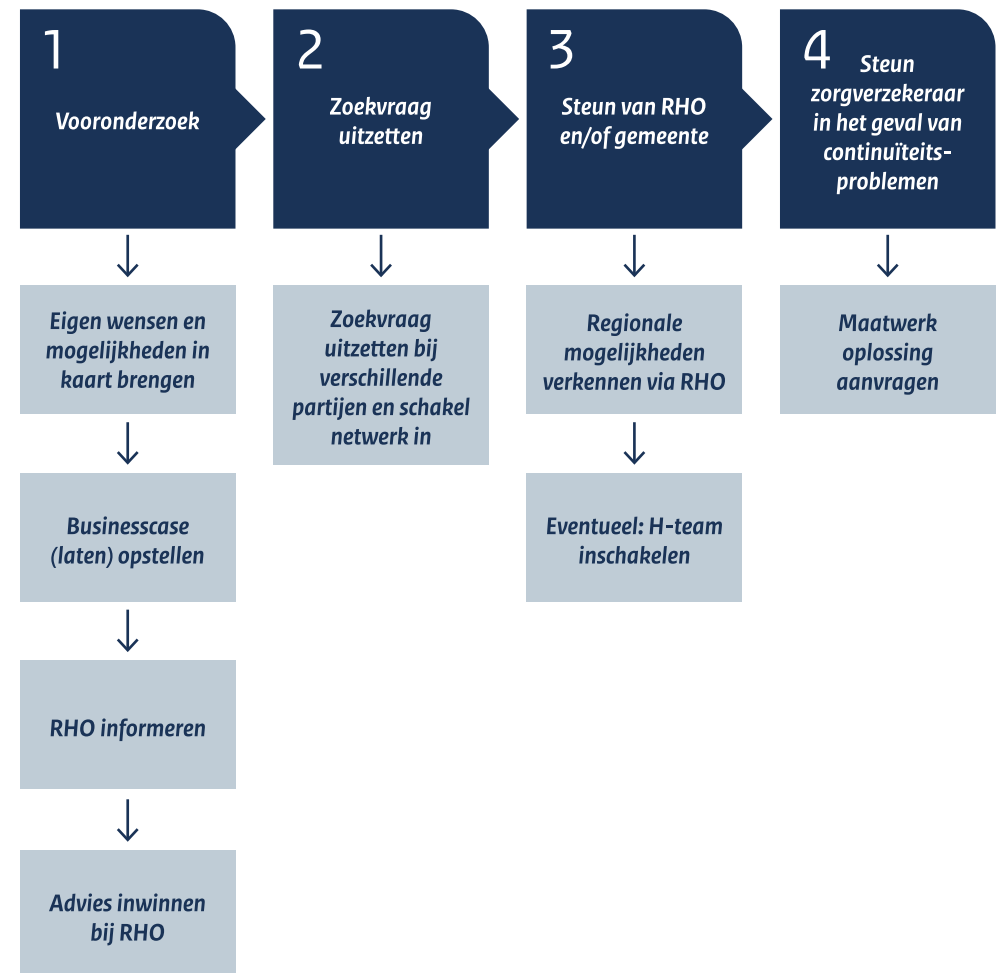
Stroomschema huisvesting

Dit stroomschema vormt een compacte weergave van alle handelingsopties, rollen en verantwoordelijkheden die huisartsen, regionale huisartsenorganisaties (RHO), zorgverzekeraars en gemeenten hebben bij huisvestingsproblematiek in de regio.

Het stroomschema laat zien dat het belangrijk is dat deze partijen elkaar kunnen vinden en hun verantwoordelijkheid nemen.

Nieuw in dit schema is het eindpunt, stap 4: maatwerk oplossing als de continuïteit van huisartsenzorg in de regio onder druk staat. Stap 4 lichten we verder toe in hoofdstuk 5 over financiële knelpunten.

Stroomschema huisvesting



Stroomschema huisvesting

1. Vooronderzoek door de huisarts*

- a. **Eigen wensen en mogelijkheden verkennen.** De huisarts moet bepalen hoeveel ruimte deze nodig heeft en zorgen dat deze inzicht heeft in diens financiële mogelijkheden. De huisarts kan LHV-Bouwadvies ([link](#)) raadplegen voor de nodige informatie en producten, bijvoorbeeld het 'globaal programma van eisen praktijkhuisvesting'. Ook het 'Stappenplan nieuwe huisvesting'² van de LHV geeft duidelijk aan wat een huisarts wanneer doet en wie de huisarts kan benaderen voor ruimtes of financiering.
- b. **Een business case opstellen.** Een goed onderbouwde businesscase helpt in de latere gesprekken met financiers. De huisarts moet in kaart brengen welke behoefte er is in de wijk en wat er nodig is om daarin te kunnen voorzien. Met welke zorgverleners gaat de huisarts nieuwe huisvesting zoeken, wie draagt welke lasten, hoeveel extra patiënten verwacht de huisarts in te kunnen schrijven? De huisarts bepaalt ook welke risico's deze bereid is om te nemen. Een belangrijk onderdeel van de businesscase is het financiële plan. Wil de huisarts huren of kopen? Wat zijn de huidige inkomsten en kosten en hoe veranderen deze naar verwachting na de verhuizing? Een accountant kan een inschatting maken van een passend (ver) bouwbudget op basis van de verwachte nieuwe situatie. Win ook op tijd advies in van een bank of andere financiers over (aanvullende) leningen.
- c. **Informeer de regionale huisartsenorganisatie (RHO).** De huisarts informeert de RHO over wat deze zoekt, zo houdt de RHO zicht op de huisvestingsbehoefte van huisartsen in haar regio. Als er structurele knelpunten zijn of (dreigende) discontinuïteit van huisartsenzorg, kan de RHO de zorgverzekeraar tijdig betrekken.
- d. **Zo nodig kan de huisarts de RHO om advies vragen.** De RHO kan de huisarts aan relevante contacten helpen.

2. Zoekvraag uitzetten

Zodra de huisarts weet wat deze nodig heeft en wat de financiële ruimte is, kan de huisarts zelf gaan zoeken door de zoekvraag uit te zetten bij makelaars, vastgoedeigenaren, projectontwikkelaars, woningbouwverenigingen en de gemeente. Als een huisarts een breed netwerk heeft, kan de huisarts ook op deze manier huisvesting vinden. Wanneer de situatie relatief eenvoudig is, lukt het de huisarts vaak om zelf huisvesting te vinden. Zijn er veel verschillende partijen in het spel, bijvoorbeeld een gezondheidscentrum? Is de casus complexer? Verloopt de zoektocht stroef? Of heeft een huisarts wel een pand gevonden maar komt de financiering niet rond? Ga dan naar stap 3.

3. Steun van je RHO en/of gemeente

- a. Misschien lopen meer huisartsen tegen dit probleem aan. De RHO kan een huisarts meer zicht geven op de regionale (on)mogelijkheden.
- b. De huisarts stemt met de RHO af of er een (dreigend) issue is met de continuïteit van huisartsenzorg in de regio/wijk.
- c. De RHO heeft in de regel contact met de gemeente en kan huisartsen op die manier verder helpen in contact te komen met de gemeente.
- d. H-team inschakelen: In sommige gemeenten is ook een H(uisvestings)-team, een team waar huisartsen met vragen over praktijkruimte en huisvesting terecht kunnen. Dit team bestaat uit huisartsenvertegenwoordigers (LHV-afdeling en/of RHO), de gemeente en zorgverzekeraar plaats hebben. Het H-team kan helpen zoeken naar een oplossing.

Geeft dit ook geen resultaat? Ga dan naar stap 4.

* Voor huisarts kan ook huisartsen of gezondheidscentrum gelezen worden.

² <https://www.lhv.nl/nieuws/zoek-je-ruimte-voor-je-praktijk-gebruik-het-lhv-stappenplan/>

Stroomschema huisvesting

4. Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht en richten zich op de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg. Huisvesting is hierin een cruciale factor. Zorgverzekeraars benaderen dit vraagstuk altijd vanuit de regio en om die reden is afstemming met de RHO vereist. In afstemming met de RHO kan contact worden gezocht met de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar kan benaderd worden om de volgende redenen:

1. Een proactieve rol vervullen in de regionale samenwerking met de gemeente en regionale huisartsenorganisatie om huisvestingsvraagstukken tijdig te signaleren, te agenderen en te organiseren. Waar nodig kunnen zorgverzekeraars de samenwerking tussen deze partijen stimuleren en coördineren. Hierdoor worden knelpunten effectief aangepakt en blijft de continuïteit van de huisartsenzorg gewaarborgd.
2. Zorgverzekeraars kunnen op basis van ervaringen in andere regio's huisartsen koppelen aan mogelijke samenwerkingspartners die kunnen bijdragen in het vinden van een oplossing.
3. Het ontstaan van een abrupt toegankelijkheidsprobleem door het stoppen van een praktijk. Periodiek zijn er tussen zorgverzekeraars en RHO gesprekken over de toegankelijkheid en toekomstige regionale knelpunten. Acute problematiek vraagt een andere werkwijze waarbij zorgverzekeraars een (financiële) rol kunnen spelen.
4. Zorgverzekeraars bieden maatwerkoplossingen via segment 3 als de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in het geding is en er sprake is van (dreigende) discontinuïteit van huisartsenzorg.

Wie wordt benaderd bij de zorgverzekeraar en op welke manier?

RHO's zijn regelmatig namens de huisartsen in gesprek met de zorgverzekeraar. Huisartsen kunnen hun problemen het beste eerst bij de RHO voorleggen. Mogelijk dat zij op basis van eerdere ervaringen in de regio al samen met een huisarts tot een oplossing kunnen komen. Zelf contact opnemen met de zorgverzekeraars kan een huisarts het beste doen via de reguliere contactmogelijkheden die de zorgverzekeraar biedt aan zorgaanbieders.

1 Inleiding



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

INLEIDING

Probleemschets

Een grote meerderheid van huisartsen geeft aan problemen te hebben met huisvesting en de bekostiging daarvan³. Het is van groot belang dat alle inwoners van Nederland een huisartsenpraktijk dichtbij huis hebben en houden, zodat iedereen toegang heeft tot huisartsenzorg én gezondheidszorg in brede zin. Een voorwaarde hierbij 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.

De huisvestingsproblematiek van huisartsen moet gezien worden in de bredere context van de toenemende druk op de huisartsenzorg en de krapte op de vastgoedmarkt. Geschikte huisvesting voor huisartsenpraktijken kan helpen bij het verminderen van de druk op de huisartsenzorg. Steeds meer huisartsenpraktijken kunnen bijvoorbeeld geen nieuwe patiënten meer aannemen door gebrek aan ruimte. Het vinden van passende huisvesting kan helpen om de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in een regio te borgen.

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 beschrijft hoe partijen deze drie knelpunten gezamenlijk kunnen oplossen.

³ <https://www.lhv.nl/nieuws/zorgen-over-huisvesting-huisartsenpraktijken>

INLEIDING

Doel handreiking

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

“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 eerste lijn te realiseren.”

Deze afspraak is noodzakelijk omdat de verantwoordelijkheid voor de huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra niet expliciet bij één partij ligt. Het probleem vereist dat alle betrokken partijen actie ondernemen en met elkaar samenwerken. De partijen die deze handreiking schreven, nemen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor 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 een richtlijn te geven bij het voorkomen en oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartsen. Ook worden de instrumenten omschreven die elke partij heeft om passende huisvesting voor huisvestingspraktijken te realiseren.⁴

Update handreiking: financiële knelpunten en vervolgspraken

In 2023 is de eerste versie van de handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra opgeleverd (hierna: handreiking). In deze versie hebben VWS, ZN, LHV, InEen en de VNG afgesproken om de financiële knelpunten die huisartsen kunnen ervaren bij huisvestingsproblematiek beter in kaart te brengen met aanvullend onderzoek.

In 2024 hebben de partijen twee onderzoeken laten uitvoeren naar financiële knelpunten rondom huisvestingsproblematiek door het Nivel⁵ en PricewaterhouseCoopers (PwC)⁶. Ook uit

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/11/05/huisvestingsproblemen-in-de-huisartsenpraktijk>

⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/10/31/onderzoek-naar-financiële-knelpunten-bij-huisvestingsproblematiek-van-huisartsen-en-gezondheidscentra>

INLEIDING

Doel handreiking

het kostprijsonderzoek van de NZa over 2022 komt relevante informatie naar voren⁷. Op basis van deze onderzoeken hebben de partijen concrete afspraken gemaakt die bijdragen aan het oplossen van financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek.

De basis hiervoor ligt in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), waarin partijen het volgende afspraken:

- “LHV, InEen, ZN en VNG werken samen met VWS verder aan het oplossen van huisvestingsproblematiek van huisartsen(praktijken). Deze partijen leveren daartoe in Q3 2025 **een nieuwe en uitgebreide versie van de Handreiking huisvestingsproblematiek** huisartsen en gezondheidscentra 2.0 op om huisartsen zo snel mogelijk te helpen aan betaalbare, voldoende en geschikte praktijkruimtes.
- De handreiking 2.0 bevat **een ‘stroomschema’ met stappen die doorlopen kunnen worden bij huisvestingsproblematiek**. Dit stroomschema beschrijft ook hoe financiële knelpunten kunnen worden opgelost indien huisvestingsproblematiek leidt tot discontinuïteit van zorg in de regio. Daarmee is er een sterke samenhang met afspraak D4 over ‘maatwerk per regio’ waarin **partijen afspraken maken over financieel maatwerk om continuïteit van huisartsenzorg te borgen**.
- **Leden van deze partijen werken volgens het principe ‘pas de handreiking toe, of leg uit’**. Hiermee wordt de status van de handreiking verder verstevigd met als doel de continuïteit van huisartsenzorg – nu en in de toekomst – te borgen⁸.”

Dit principe bevordert het gesprek tussen betrokken partijen in de regio over de problematiek en de mogelijkheden bij de oplossingen daarvan. De afspraak over het financieel maatwerk is verder uitgewerkt in hoofdstuk vijf.

⁷ https://puc.overheid.nl/doc/PUC_768505_22/1/#ccb84365-de1b-493e-ab7c-1ccd218ebebdc

⁸ <https://open.overheid.nl/documenten/08462f05-243d-4da4-898b-6473808011ca/file>

2 Samenwerking direct betrokken partijen



Samenwerking direct betrokken partijen

De basis voor aanpak van huisvestingsproblemen en het voorkomen daarvan ligt in regionale en lokale samenwerking tussen huisartsen/gezondheidscentra, regionale huisartsenorganisatie, zorgverzekeraar en gemeente.



**Huisartsen/
gezondheidscentra**



**Regionale
huisartsenorganisaties**



Zorgverzekeraars



Gemeenten

Het realiseren van passende huisvesting is alleen mogelijk als partijen zich committeren aan deze samenwerking en elke partij daarbij haar 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/gezondheidscentra en lopende samenwerkingsverbanden. Structureel overleg is noodzakelijk als er problemen rondom huisvesting van meerdere huisartsen en gezondheidscentra zijn of (op korte termijn) worden verwacht. Dit kan in regionale samenwerking van meerdere gemeenten, maar ook op gemeentelijk niveau. Het overleg wordt zowel op bestuurlijk niveau (wethouder en directies) als uitvoerend niveau gevoerd.

In het overleg is het van belang dat:

1. huisartsen en gezondheidscentra hun knelpunten op tijd kenbaar maken;
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.

Structureel beleidsmatig overleg is niet altijd nodig. Huisvestingsproblematiek kan ook op individueel niveau (casusniveau) worden opgelost door samenwerking tussen de betrokken partijen.

Samenwerking direct betrokken partijen

Voorbeeld

Een bestaande huisartsenpraktijk (duo-praktijk aan huis) in een stad met 30.000 inwoners zocht nieuwe huisvesting. In een eerste traject stelde de gemeente ruimte beschikbaar, maar de huurtarieven bleken te hoog voor deze praktijk. Later ontwikkelde de woningcorporatie een nieuwbouw en voorzag op de begane grond ruimte voor zorgvoorzieningen. De huisartsenpraktijk stemde de eerder gemaakte plannen af op 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 twee 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 aanvragen voor benodigde vergunningen, parkeerplaatsen en meer.

Een tweede voorbeeld van het oplossen van huisvestingsproblematiek door samenwerking is het oprichten van stichtingen waarin onder andere zorgorganisaties en zorgverzekeraars deel uitmaken.

Voorbeeld

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 nieuwbouwgebieden. Naar aanleiding van deze gesprekken nemen gemeenten regelmatig contact op met de FSG⁹.

⁹ <https://www.fsg.nl/OverFSG>

Samenwerking direct betrokken partijen

Een derde voorbeeld van samenwerking tussen direct betrokken partijen bij huisvestingsproblematiek is een H(uisvestings)-team. Een H-team is een lokaal samenwerkingsverband dat zich inzet om huisvestingsvraagstukken van huisartsen op te lossen. Onderdeel van het team zijn bijvoorbeeld de RHO, de gemeente en de zorgverzekeraar. Ook een LHV-afdeling kan deel uitmaken van dit samenwerkingsverband. Als dit gewenst is, kan de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) een aanjagende rol vervullen.

Het H-team fungeert als aanspreekpunt voor huisartsen met vragen over huisvesting. Denk aan vragen over het vinden van een geschikte locatie, huur- of koopprijzen en vergunningen. Het H-team bespreekt deze huisvestingsvragen multidisciplinair en zoekt naar oplossingen. Hierna koppelt het team een advies terug aan de huisarts. Daarnaast kunnen partijen zoals projectontwikkelaars en makelaars bij het H-team terecht als zij ruimte beschikbaar hebben voor maatschappelijke voorzieningen.

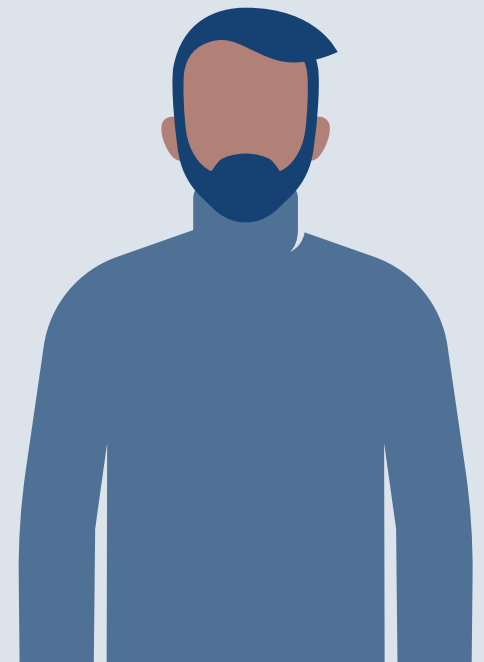
Voorbeeld

In Rotterdam is het H-team010 opgericht, oftewel het Huisvesting Huisartsen team. Daar kunnen huisartsen met hun vragen over praktijkruimte terecht. Daarnaast kan iedereen die in Rotterdam huisvestingsaanbod heeft of ontwikkelt waarbinnen ruimte is voor maatschappelijke voorzieningen zoals huisartsenzorg ook bij het H-team terecht. Denk daarbij aan projectmanagers van de gemeente, projectontwikkelaars en bedrijfsmakelaars. Het H-team010 is een samenwerkingsverband van de gemeente Rotterdam, zorgverzekeraar Zilveren Kruis, LHV-afdeling Rotterdam, Rijnmond Dokters (RHO) en de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) Samergo. In een periodiek overleg (één keer in de drie weken) bespreekt het H-team010 casussen en bepaalt zij de juiste route 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. Formuleerde het H-team010 een advies? Dan neemt het H-team010 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-team010 worden aangekaart, moeten leiden tot beleidsaanpassingen¹⁰. H-team010 heeft een stappenplan ontwikkeld met informatie over het opzetten van een H-team. Het stappenplan is te vinden op de website van H-team010.¹¹

¹⁰ <https://www.hteam010.nl/>

¹¹ https://www.hteam010.nl/_files/ugd/ad30e7_209a66894960498783e6953de37f4d91.pdf

3 Rol direct betrokken partijen





ROL

Huisarts/ gezondheids- centrum

Als zelfstandige ondernemer heeft de huisarts zelf de verantwoordelijkheid voor het vinden van huisvesting.

Betrokken partijen die er ook belang bij hebben dat de huisarts zorg kan leveren in de wijk waar zijn of haar (toekomstige) patiëntenpopulatie gevestigd is (zorgverzekeraar, RHO en gemeente), kunnen huisartsen hierbij ondersteunen. Uit het eerder genoemde PwC-onderzoek blijkt dat het zoekproces versneld wordt, als andere partijen tijdig betrokken worden.

Van de huisarts of het gezondheidscentrum wordt verwacht dat zij de volgende acties ondernemen:

1. De RHO (die in de eigen regio het aanspreekpunt is voor huisvesting) **zo vroeg mogelijk laten weten** als zij een nieuwe ruimte zoeken, met pensioen gaan, hun praktijk willen overdragen, een wachtlijst hebben of hun huidige ruimte ontgroeien. Het op tijd signaleren van genoemde aspecten helpt om continuïteitsproblemen en eventuele acute situaties voor te zijn. Deze informatie ondersteunt gemeenten bij gebiedsplanung en helpt zorgverzekeraars op tijd in te spelen op toegankelijkheidsvraagstukken.
 - Het is belangrijk om te beseffen 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 maar indicatieve termijnen.
 - Het is ook belangrijk om **op tijd gespecialiseerde hulp in te schakelen**: huisartsen zijn geen projectontwikkelaars. De gespecialiseerde adviseurs kunnen de benodigde expertise inbrengen en veel werk uit handen nemen. Ook banken kunnen in een vroeg stadium met de huisarts of het gezondheidscentrum meedenken.

2. Zich **laten vertegenwoordigen** door de RHO, 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 de RHO ook op die manier oppakken.
3. Bij **acute financiële knelpunten contact opnemen** met de zorgverzekeraar. Zie hiervoor het hoofdstuk 5 'financiering' en het stroomschema voor huisartsen.

Voorbeeld huisvesting in de Zijper polder

In de voormalige Zijper polder, in de kop van Noord-Holland, werkten vijf huisartsen jarenlang samen vanuit solopraktijken. Vier daarvan waren apotheekhoudend. Door de toenemende werkdruk en het gebrek aan opvolging besloten zij de krachten te bundelen. Ze introduceerden een gezamenlijk telefoonsysteem, een gedeelde website en huisstijl, én een centrale backoffice voor de apotheken.

Medio 2026 gaan ze samen één maatschap vormen op één nieuwe locatie midden in het gezamenlijke werkgebied. De huisartsen hebben zelf de locatie gevonden en de grond aangekocht van het Rijksvastgoedbedrijf (RVB). Al in een vroeg stadium zochten ze contact met de gemeente en maandelijks was er een voortgangssafpraak met een vaste gemeenteambtenaar. De gemeente heeft op verzoek van de huisartsen het bestemmingsplan herzien, zodat er op de gewenste locatie gebouwd kan worden. De RHO dacht mee over het motiveren van jonge huisartsen. Ondanks hobbels zoals netcongestie, wordt Medisch Centrum "de Stolpen" een duurzaam pand voor toekomstbestendige zorg.



ROL

Huisarts/ gezondheids- centrum

Er komt veel kijken bij het zoeken naar huisvesting. Soms is het verbouwen (al dan niet met uitbouwen) van de huidige praktijk een optie. In andere gevallen is verhuizing nodig. Diverse organisaties leveren hier ondersteuning voor, in de vorm van cursussen, handboeken en advies:

- Aan het begin van deze handreiking is een stroomschema opgenomen dat in een oogopslag weergeeft welke stappen huisartsen moeten doorlopen als zij nieuwe huisvesting zoeken. Het stroomschema geeft op hoofdlijnen weer wat individuele huisartsen moeten doen en wanneer ze andere partijen moeten benaderen.
- De LHV voorziet huisartsen van informatie rond huisvesting, bijvoorbeeld:
 - Het LHV Bouwadvies¹² richt zich op het assisteren van huisartsen met bouwplannen, van oriëntatie tot en met oplevering¹³.
 - Het LHV stappenplan¹⁴ 'Nieuwe huisvesting' beschrijft uitgebreid hoe huisartsen beginnen met het zoeken naar nieuwe huisvesting en welke keuzes huisartsen wanneer maken. Vergeleken met het stroomschema, gaat het stappenplan dieper in op de materie.
 - Voor vraagstukken rond praktijkstart, kunnen huisartsen kijken op Praktijkhouderschap – LHV.
- De RHO ondersteunt de huisarts met regio-specifieke informatie over de huisvestingsmogelijkheden en treedt op als gesprekspartner in het contact met de gemeente en zorgverzekeraar.

¹² Bouwadvies: bouwen, verbouwen of huren - LHV

¹³ Bij het realiseren van passende huisvesting is het belangrijk dat de praktijkruimtes in voldoende mate aansluiten bij de functionele eisen van de huisartsenzorg, zoals verwoord in het LHV bouwadvies. Tegelijkertijd moet worden voorkomen dat het strikt naleven van alle onderdelen van het LHV bouwadvies onbedoeld leidt tot het mislopen van geschikte huisvestingsoplossingen. Daarom is het essentieel dat de richtlijnen proportioneel en werkbaar worden toegepast. Zo blijft er in het LHV bouwadvies ruimte voor maatwerk en praktische afwegingen.

¹⁴ Stappenplan: Op zoek naar nieuwe praktijkruimte - LHV

Voorbeeld LHV Bouwadvies

Een huisarts huurt van de voormalige praktijkhouder een praktijkruimte in een middelgrote gemeente. De praktijkruimte wordt te klein en is zwaar verouderd voor de zorg aan 4000 patiënten. De huisarts heeft de optie om in een nieuwbouw appartementencomplex een ruimte van 350m² te kopen. Een nadeel is dat de ruimte niet zo centraal gelegen is voor haar populatie. Tegelijkertijd is er iets verder in de wijk een bestaand monumentaal pand van 320m² te koop. LHV Bouwadvies voerde een haalbaarheidsonderzoek uit om vast te stellen welke optie meer kansrijk zou zijn. Na het opstellen van het globale Programma van Eisen toetste zij beide ruimtes op bestemming, parkeereisen en staat van het gebouw. Er zijn schetsen gemaakt van indelingsvarianten en er is een overzicht opgesteld van investeringskosten. De huisarts besloot door te gaan met het monumentale pand. Hoewel de nieuwbouw energiezuiniger is, zou de parkeervoorziening uitdagend zijn. Het monumentale karakter spreekt de huisarts meer aan en de locatie is dicht bij de patiënten. LHV Bouwadvies helpt nu door de plannen voor deze keuzes verder te concretiseren.



ROL

Regionale huisartsenorganisatie

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

Binnen regionale (huisartsen)organisaties (RHO's) werken huisartsen structureel samen om de slagkracht en korte lijnen in de regio te versterken¹⁵. Ondersteuning vanuit de RHO's op huisvestingsvraagstukken bij een belangrijk onderdeel van het duurzaam borgen van de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg. RHO's pakken deze rol op in nauwe samenwerking met huisartsen en zorgverzekeraars. In een enkel geval is ook de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) betrokken. Deze heeft dan een aanjagende en/of faciliterende rol.

Meerdere regio's pakken de huisvestingsvraagstukken op in de vorm van een H-team, dat maakt de samenwerking van de RHO, de LHV-afdeling, gemeenten en de preferente zorgverzekeraar herkenbaar voor zowel de huisartsen en gezondheidscentra, als externe partijen zoals woningbouwcoöperaties en projectontwikkelaars.

Van de RHO wordt verwacht dat zij de volgende rollen op zich nemen:

1. Aanspreekpunt zijn voor gemeente en zorgverzekeraars. RHO's delen proactief kennis over de huidige en toekomstige behoeften met betrekking tot huisvesting van huisartsen en gezondheidscentra in de regio. Samen met de zorgverzekeraar houdt de RHO overzicht over de (toekomstige) continuïteit van de huisartsenzorg in hun regio. De RHO en preferente zorgverzekeraar zijn het aanspreekpunt voor de gemeente over de continuïteit van huisartsenzorg, inclusief de huisvesting.

2. Creëren van een beeld van de huidige en toekomstige huisvestingsvraagstukken van de huisartsen en gezondheidscentra in de eigen regio:

- De RHO **inventariseert regelmatig de huidige en verwachte huisvestingsbehoefte** bij de huisartsen en gezondheidscentra in de regio, inclusief toekomstige ontwikkelingen zoals pensionering en praktijkovernames. Deze informatie verzamelt de RHO waar mogelijk minimaal 4 tot 6 jaar vooruit.
- De RHO **deelt proactief informatie** over de geïnventariseerde huisvestingsbehoefte in haar regio en over (aankomende) problematiek over de beschikbaarheid van huisartsenzorg (zoals gebrek aan praktijkruimte) met de preferente zorgverzekeraar en gemeente om ruimtelijke plannen tijdig te kunnen beïnvloeden. Op basis hiervan neemt de RHO het initiatief om samen met de preferente zorgverzekeraar en de gemeente(n) beleid te ontwikkelen. Huisartsen en gezondheidscentra benaderen hun RHO wanneer nieuwe huisvesting of uitbreiding van de huisvesting lastig blijkt. De RHO **ondersteunt huisartsen actief** bij het vinden van oplossingen en coördineert bij huisvestingproblematiek in de regio.

3. Contractafspraken maken met zorgverzekeraars over het ondersteunen van huisartsen en gezondheidscentra en het monitoren van knelpunten in de continuïteit van de huisartsenzorg om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de regio te ondersteunen. Dit kan via segment 2 van de bekostiging, via de Organisatie & Infrastructuur gelden en/of in sommige gevallen via maatwerkafspraken via segment 3.

¹⁵ <https://www.hechtehuisartsenzorg.nl/>



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 RHO Hadoks

De RHO Hadoks in Den Haag speelt een steeds actievere rol in huisvestingsvraagstukken van huisartsen in de regio. Huisartsen kunnen bij HADOKS 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 en oplossingen te creëren.

Voorbeeld RHO De Huisartsenconnectie

De RHO De Huisartsenconnectie faciliteert, organiseert en innoveert binnen de Zeeuwse huisartsenzorg en de daarbij horende eerstelijnszorg. Ze ondersteunen huisartsen in de praktijkvorming of praktijkvoering 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 gemeenten¹⁶.

¹⁶ <https://huisartseninzeeland.nl/over-ons>



ROL

Zorgverzekeraar

Voor zorgverzekeraars is toegankelijkheid steeds vaker de hoogste prioriteit.

De zorgverzekeraar moet voldoende zorg inkopen voor zijn verzekerden en richt zijn aandacht onder andere op de toegankelijkheid en continuïteit van de huisartsenzorg. Als er sprake is van huisvestingsproblematiek bij huisartsen of gezondheidscentra, kan dat leiden tot discontinuïteit van de huisartsenzorg. Als een huisartsenpraktijk bijvoorbeeld uit de huidige ruimte groeit maar geen grotere locatie kan vinden, kan dit de toegankelijkheid van de zorg negatief beïnvloeden. Hierdoor is het niet mogelijk om extra patiënten in te schrijven, wat kan leiden tot wachtlijsten en verminderde beschikbaarheid van huisartsenzorg in de regio.

Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij bijdragen aan passende huisvesting door:

1. **Een proactieve rol te vervullen** in de regionale samenwerking met huisartsen, de gemeente en regionale huisartsenorganisatie om huisvestingsvraagstukken op tijd te signaleren, te agenderen en eventuele oplossingen te organiseren. Waar nodig kunnen zorgverzekeraars de samenwerking tussen deze partijen stimuleren en coördineren, waardoor knelpunten effectief worden aangepakt en de continuïteit van de huisartsenzorg gewaarborgd blijft.
2. In samenwerking met de RHO huidige en toekomstige regionale knelpunten in de **toegankelijkheid van de huisartsenzorg in kaart te brengen**, onder andere door:

- a. Het **analyseren** van de huidige en toekomstige zorgbehoefte
 - i. Dit gaat over het beoordelen of het huidige aantal fte-huisartsen voldoet aan de zorgvraag van de inwoners en in hoeverre er sprake is van wachtlijsten of patiëntenstops, zowel per huisarts als per wijk.
 - ii. Het kijken naar de verwachte uitstroom van huisartsen(praktijkhouders) op basis van de pensioengerechtigde leeftijd en de impact hiervan op de regionale zorgcapaciteit.
- b. Het **anticiperen** op toegankelijkheidsproblemen
 - i. De zorgverzekeraar stelt samen met de regionale huisartsenorganisatie, plannen op om de zorgcapaciteit op peil te houden bij het wegvallen van huisartsen, bijvoorbeeld door pensionering.
 - ii. Daarnaast kijken zorgverzekeraars vooruit naar een mogelijke mismatch tussen de beschikbare huisartsenzorg en de voorspelde bevolkingsgroei.
 - iii. In situaties waarin huisvestingsproblematiek een knelpunt vormt, wordt de betreffende gemeente actief betrokken om samen naar oplossingen te zoeken.



ROL

Zorgverzekeraar

3. Het **verbinden van huisartsen en gezondheidscentra** met relevante samenwerkingspartners die kunnen bijdragen aan passende huisvesting
 - a. Dit kan bijvoorbeeld door **samenwerkingen te stimuleren met andere (eerstelijns)zorgaanbieders** die financieel sterker staan en belang hebben bij een gezamenlijk pand.
 - b. Daarnaast kunnen zorgverzekeraars huisartsen die op zoek zijn naar praktijkruimte **koppelen aan zorginstellingen** die beschikbare of vrijgekomen ruimtes hebben, zodat huisvestingscapaciteit optimaal wordt benut.
4. **Afspraken te maken met de RHO** via segment 2 van de bekostiging (Organisatie & Infrastructuur, O&I) ter ondersteuning van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de regio
 - a. Huisvestingsproblematiek is een cruciaal aspect van toegankelijkheid. De RHO kan huisartsenpraktijken ondersteunen bij het opstarten, uitbreiden, fuseren of verhuizen, zodat de zorgcapaciteit in de regio behouden blijft en beter aansluit op de zorgbehoefte.
 - b. Door middel van gerichte afspraken binnen segment 2 kunnen structurele oplossingen worden gevonden om de continuïteit en bereikbaarheid van huisartsenzorg te waarborgen¹⁷.
5. **Het bieden van (financiële) maatwerkoplossingen** bij huisvestingsproblematiek via segment 3 van de bekostiging als de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in het geding is of dreigt te komen. Alle zorgverzekeraars bieden in dergelijke gevallen maatwerkoplossingen via segment 3. Dit gebeurt als er sprake is van (dreigende) discontinuïteit van huisartsenzorg, waarbij het doel is om de continuïteit van zorg te waarborgen en de toegankelijkheid voor patiënten te behouden.

AZWA-afspraken: (Financieel) maatwerk in de regio

In het AZWA maakten partijen afspraken over de inzet van dit (financieel) maatwerk door de zorgverzekeraar, als discontinuïteit van de huisartsenzorg dreigt. Dit maatwerk kan ook worden ingezet wanneer financiële knelpunten leiden tot huisvestingsproblematiek en daardoor dreigende discontinuïteit van huisartsenzorg in de regio. Voor meer informatie: zie hoofdstuk 5.

Voorbeeld Enschede

In 2025 is een nieuwe huisartsenpraktijk gestart in Enschede. Het ontstaan van deze praktijk is een resultaat van een intensieve samenwerking tussen vier huisartsen, regionale huisartsenorganisatie SHT-THOON, gemeente Enschede en Coöperatie Menzis. Dankzij financiële steun van Menzis voor het opzetten van de praktijk en de steun van gemeente Enschede bij (tijdelijke) huisvesting door een versnelde vergunningaanvraag, aanpassing van de infrastructuur en het toegankelijk maken van het terrein, hebben 4.000 inwoners weer de mogelijkheid zich in te schrijven bij een vaste huisartspraktijk en worden jonge huisartsen begeleid naar het praktijkhouderschap.

¹⁷ Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025 - BR/REG-25136 - Nederlandse Zorgautoriteit | De beleidsregels worden periodiek herzien. Controleer voor de meest recente beleidsregel altijd de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.



ROL

Zorgverzekeraar

Voorbeeld Leeuwarden

In 2025 opende Oostergo Huisartsen een nieuwe praktijk die kan groeien tot 15.000 patiënten. Deze nieuwe praktijk is 'digital first'. Dat betekent dat patiënten in eerste instantie online geholpen worden. Maar als het nodig is, kunnen ze ook fysiek naar de praktijk komen.

De nieuwe praktijk komt voort uit het regionale continuïteits-team. Daarin zijn de Regionale Huisartsenorganisatie, Zilveren Kruis en de gemeente Leeuwarden vertegenwoordigd. Zilveren Kruis droeg bij aan de opstartkosten.

Voor Oostergo Huisartsen heeft 'digital first' ook invloed op de inrichting van de nieuwe praktijk. Door deze werkwijze is de praktijk in staat meer huisartsenzorg per vierkante meter te leveren.



ROL

Gemeente

Gemeenten vervullen een actieve rol in de huisvesting van huisartsen, als zich daar nu of in de toekomst problemen in voordoen.

De Omgevingswet¹⁸ 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 toegang hebben tot huisartsenzorg. Ook vanwege de functie van de huisarts als verwijzer naar Jeugdzorg, Wmo-voorzieningen en andere ondersteuning.

Van gemeenten wordt verwacht dat zij - daar waar huidige of toekomstige problematiek daarom vraagt - bijdragen aan passende huisvesting door bijvoorbeeld:

1. **Overleg te voeren** met RHO('s), de zorgverzekeraar en eventueel specifieke praktijken met huisvestingsproblematiek, om incidenteel en structureel huisvestingsproblemen op te lossen en voorkomen. Dit overleg voeren gemeenten op bestuurlijk niveau als dit nodig is. De gemeente zorgt voor een duidelijk aanspreekpunt. Aanvullend kan een gemeente een (digitaal) **loket ontwikkelen** om vraag en aanbod van maatschappelijk vastgoed bij elkaar te brengen¹⁹.
2. Binnen de ambtelijke organisatie te zorgen **voor goede samenwerking en informatie-uitwisseling** tussen de 'sociale' en

'fysieke' afdelingen en wethouders. Signalen van huisartsen over huisvestingsproblemen komen doorgaans binnen bij Maatschappelijke ontwikkeling. Het aanpakken daarvan vraagt ook om inzet vanuit Ruimtelijke ontwikkeling.

3. In een beleidsvisie (bijvoorbeeld de Omgevingsvisie) een **beleidsdoel te formuleren** over het behouden en bevorderen van voldoende ruimte voor eerstelijnszorg en/of huisartsenzorg. Dit kan op het moment dat deze visie wordt opgesteld of herzien. Gemeenten hebben ook de mogelijkheid om dit beleidsdoel door te vertalen naar prestatieafspraken die zij met woningcorporaties maken (zie nummer 5).
4. **Referentienormen vaststellen** voor maatschappelijke-, zorg- en sportvoorzieningen, met daarin een vierkante meter norm voor eerstelijnszorg inclusief huisartsenzorg. Gemeenten kunnen referentienormen naar eigen inzicht vaststellen. Voorbeelden zijn te vinden via www.bouwstenen.nl en websites van onder meer de gemeenten Amsterdam, Den Haag en Rotterdam²⁰. Diverse gemeenten stelden recentelijk beleidskaders vast voor de huisvesting van eerstelijnszorg en huisartsen waarin referentienormen en andere instrumenten zijn opgenomen. Zie het voorbeeld van gemeente Leiden²¹.

¹⁸ De Omgevingswet | Rijksoverheid.nl

¹⁹ Zie bijvoorbeeld de voorbeelden van Utrecht <https://makelpunt-utrecht.nl/>, Rotterdam <https://www.hteamo10.nl/forum/> en Amsterdam <http://www.amsterdam.nl/stadsloods/>

²⁰ <https://openresearch.amsterdam.nl/page/112089/amsterdamse-referentienormen-maatschappelijke-voorzieningen-juni-2024> en <https://denhaag.raadsinformatie.nl/modules/13/Overige%20bestuurlijke%20stukken/641944> en <https://www.rotterdam.nl/referentiewaarden-maatschappelijke-voorzieningen>

²¹ Gemeente Leiden



ROL

Gemeente

Utrecht: dreigende sluiting van Gezondheidscentrum Kanaleneiland

Het Gezondheidscentrum Kanaleneiland dreigde te moeten sluiten door plannen om woningen te bouwen op het winkelcentrum waarin het centrum is gevestigd. Met 100 medewerkers en meerdere gezondheidszorgdiensten (zoals een apotheek, een huisartsenpraktijk, fysiotherapie, diëtië en logopedie) zou het verdwijnen van dit centrum een aderlating zijn voor de wijk, die veel inwoners met een relatief grotere zorgvraag heeft. Intensieve bemiddeling van de gemeente en meerdere bestuurlijke gesprekken met de ontwikkelaar en het gezondheidscentrum leverden een oplossing op. Het gezondheidscentrum is opgenomen in het integrale herontwikkelingsplan van het winkelcentrum. De gemeente bemiddelde bij het opstellen van een intentieovereenkomst tussen ontwikkelaar en het gezondheidscentrum. Deze kan later worden uitgewerkt tot een huurovereenkomst. Om tot een haalbaar plan te komen wijkt Utrecht af van het gemeentelijk woonbeleid over de verdeling tussen sociale huur, middenhuur en vrije sector. Zowel de ontwikkelaar als gemeente accepteren minder opbrengsten om dit mogelijk te maken. Het afwijken van het woonbeleid om een gezondheidscentrum te realiseren is uniek en alleen te rechtvaardigen vanuit het uitgangspunt 'ongelijk investeren voor gelijke kansen'. Deze oplossing is voor de gemeente Utrecht uitzonderlijk en niet zomaar toepasbaar op andere situaties.

Referentienormen gemeenten voor maatschappelijke-, zorg- en sportvoorzieningen

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

- 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. (let op: dit is te allen tijde afhankelijk van locatie, populatie et cetera).
- De LHV gaat uit van een eigen bouwnorm van 190m² praktijkruimte per huisartseigenaar met 2.439 ingeschreven patiënten.²² Wat er specifiek nodig is voor een praktijk is per praktijk verschillend.
- Voor een praktijk met 2.439 ingeschrevenen is er ongeveer 0,07 m² praktijkruimte per inwoner nodig. Bij grotere praktijken mag uiteraard rekening gehouden worden met schaal- en ruimtedelersvoordelen.
- NB: niet alle ruimtes zijn initieel geschikt voor huisartsenzorg. Belangrijke eisen zijn toegankelijkheid voor mindervaliden, hygiëne, een lift waar ambulancepersoneel met een brancard in kan en geluidsdichtheid van de muren in het kader van privacy.

Bovenstaande getallen zijn gebaseerd op een gemiddelde praktijk met een gemiddelde populatie. Afhankelijk van diverse praktijkenmerken zal de feitelijke huisvestingsbehoefte verschillen. In wijken met bewoners met een relatief lage sociaaleconomische status is de zorgvraag gemiddeld hoger, waardoor er meer huisartsen nodig zijn en dus 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.

²² <https://www.lhv.nl/product/algemeen-oppervlakte-overzicht-gemiddelde-huisartsenpraktijk/?q=%22150m2%22>



ROL

Gemeente

5. **Prestatieafspraken te 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 BOG²³:
 - 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 vereist²⁴. 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 bij het maken van nieuwbouwplannen **rekening te houden** met huisvesting voor huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders en/of (delen van) kavels specifiek voor (eerstelijns-)zorg te bestemmen als dit nodig is. De Omgevingswet geeft gemeente hiervoor ruime beleidsvrijheid.
7. Eerstelijnszorg en/of huisartsenzorg **op te nemen in gemeentelijk vastgoedbeleid**. Organisaties kunnen in aanmerking komen voor het huren van gemeentelijk vastgoed als ze bijdragen aan de realisatie van gemeentelijke beleidsdoelen (zie ook punt 1). Dit geldt ook als een organisatie niet rechtstreeks subsidie of opdrachten van de gemeente ontvangt.

Voorbeeld

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 alleen huisartsen, gezondheidscentra met meerdere eerstelijns zorgaanbieders, of 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 de markt vooraf 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 detailhandelsfuncties en/of wonen is toegestaan.

²³ <https://www.ilent.nl/documenten/leefomgeving-en-wonen/autoriteit-woningcorporaties/publicaties-cijfers-en-wetgeving/publicaties/beleidsregel-autoriteit-woningcorporaties-per-1-juli-2025>

²⁴ <https://www.ilent.nl/documenten/leefomgeving-en-wonen/autoriteit-woningcorporaties/publicaties-cijfers-en-wetgeving/publicaties/beleidsregel-autoriteit-woningcorporaties-per-1-juli-2025>



ROL

Gemeente

Voorbeeld

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 konden zij realiseren 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 en is er een apotheek en consultatiebureau. Daarnaast is het een ontmoetingsplek in de wijk dankzij een buurtcafé en -tuin, waarin vrijwilligers zorgen voor de aanleg en het onderhoud.²⁵

Didam Arrest

Na het Didam-arrest van de Hoge Raad en aanvullende jurisprudentie bleek 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 een 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 criteria²⁶.

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

²⁵ <https://dufayhuis.nl/over-ons/>

²⁶ <https://www.volkshuisvestingnederland.nl/documenten/publicaties/2022/11/07/handreiking-implementatie-van-het-arrest-didam>

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 aanvulling op het Integraal Zorgakkoord (IZA, september 2022) hebben de bewindspersonen van VWS vanuit hun rol met verschillende partijen supplementaire afspraken gemaakt in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Een van deze afspraken gaat over het opstellen van een hernieuwde handreiking én werken volgens het principe ‘pas de handreiking toe, of leg uit’ (zoals benoemd in hoofdstuk 2). VWS was de trekker van deze AZWA-afpraak en vanuit die rol ook voorzitter van de werkgroep huisvesting huisartsen. Hierin bracht 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/AZWA, waarvan VWS ook de voorzitter is. Met het oprichten en voorzitten van de werkgroep en het gezamenlijk opstellen van deze handreiking, voerde VWS ook een aangenomen motie uit van Tweede Kamerleden Ellemeet (GroenLinks) en Kuiken (PvdA) over de huisvesting van huisartsen²⁷. Met het opstellen van een hernieuwde versie van de handreiking, voerde VWS ook de aangenomen motie van de Tweede Kamerleden Dobbe en Dijk (beide SP) over het opstellen van een Noodplan Huisartsenpraktijk uit²⁸.

Om het vraagstuk goed in beeld te krijgen, voerde VWS op verschillende plekken in Nederland waar problemen met huisvesting spelen gesprekken met huisartsen, huisartsenorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars. In deze gesprekken zijn ook 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 toezichthoudende 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 toezichthoudende 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 opstelde. In deze werkgroep legt de NZa onder meer de verbinding met het kostprijsonderzoek dat zij uitvoerde in de huisartsenzorg. Dit onderzoek vormt de basis voor nieuwe tarieven voor de huisartsenzorg die per 2025 ingingen.²⁹

Ministerie van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening (VRO)

Het ministerie van VRO 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. VRO 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 VRO is lid van de werkgroep huisvesting huisartsen.

²⁷ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2022D43077&did=2022D43077>

²⁸ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2024Z19582&did=2024D46483>

²⁹ 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 zij 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. In het onderzoek van PwC naar (financiële) knelpunten bij huisvestingsproblematiek onder huisartsen, geven banken aan dat zij vaak relatief laat worden aangehaakt bij huisvestingsvraagstukken met kwalitatief wisselende plannen en adviezen. Het is belangrijk om banken al vroegtijdig in een huisvestingwens mee te nemen, zodat zij tijdig kunnen adviseren³⁰.

Contact met een bank kan op drie niveaus plaatsvinden. Huisartsen kunnen, als relatie van de bank, schakelen met hun relatiemanager. Ook kunnen zij schakelen 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 huisartsenorganisaties, 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.

Groningen

In Groningen is het netwerk Gezond Groningen actief.³¹ 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. Veel huisartsen gebruiken deze subsidie 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 één dak worden gecombineerd binnen de (nieuwe) praktijk of gezondheidscentrum³².

Friesland

De provincie Friesland startte in het najaar van 2019 een subsidieregeling 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 besteed³³.

³¹ <https://www.provinciegroningen.nl/actueel/nieuws/nieuwsartikel/groningse-organisaties-voor-meer-gezonde-jaren-gezonde-groningers-gezonde-zorg/>

³² <https://www.provinciegroningen.nl/subsidies/wonen-en-welzijn/zorg-en-voorzieningen/>

³³ <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%20C->

³⁰ <https://open.overheid.nl/documenten/eb94618a-6035-4e4a-90d1-393c76367e6c/file>

5 Financiering





Financiering

Financiële knelpunten kunnen (mede) oorzaak zijn van huisvestingsproblematiek van huisartsenpraktijken en gezondheidscentra. Dit hoofdstuk gaat dieper in op dit punt en op de mogelijke oplossingen.

De basis: Huisvesting financieren

Praktijkhouders zijn in de basis zelf verantwoordelijk voor het vinden en financieren van passende huisvesting in de praktijk.

Als een (toekomstig) praktijkhouder verbouwt, uitbreidt, een pand koopt of een praktijk start/overneemt, dan wordt de huisarts (eenmalig) geconfronteerd met extra kosten. De praktijkhouder kan deze (eenmalige) kosten op verschillende manieren financieren zoals via een lening/hypotheek bij een bank of andere geldverstrekker. De praktijkhouder maakt samen met de geldverstrekker een inschatting van de maximale hoogte van de lening, die kan worden terugbetaald door de (mogelijk extra) inkomsten die de nieuwe/uitgebreide praktijk in de toekomst gaat genereren. Het genereren van inkomsten gebeurt door geleverde zorg te declareren, binnen de kaders van de NZa bekostiging; daarnaast kan er sprake zijn van aanvullende inkomsten uit andere financieringsstromen (zoals bijvoorbeeld subsidies, of inkomsten uit nevenactiviteiten).

De totale praktijkkosten in de huisartsenzorg, waaronder de huisvestingskosten, worden dus gedekt uit verschillende financieringsstromen. De NZa stelt voor de huisartsenzorg zowel tarief gereguleerde prestaties vast, als prestaties met vrije tarieven. Naast de inkomsten uit door de NZa vastgestelde prestaties (met vrij of gereguleerd tarief) kan er sprake zijn van aanvullende inkomsten uit activiteiten die niet vergoed worden via de NZa-bekostiging. Voor die activiteiten kan ook praktijkruimte worden ingezet. De vergoeding voor de huisvestingskosten in de gereguleerde NZa-tarieven dekt dus een deel van de totale huisvestingskosten. Een deel zal ook gedekt

worden door de omzet uit de prestaties met vrije tarieven en uit de aanvullende inkomsten.

De NZa stelt maximumtarieven vast voor de tarief gereguleerde prestaties in de huisartsenzorg, bijvoorbeeld per ingeschreven verzekerde en per consult (segment 1). De NZa stelt de maximumtarieven voor de huisartsenzorg vast op basis van historisch kostprijsonderzoek. Dit kostprijsonderzoek leidt tot gemiddeld kostendekkende maximumtarieven. In deze maximumtarieven zijn huisvestingskosten verdisconteerd. Het kostprijsonderzoek waarop de huidige tarieven gebaseerd zijn is gedaan over het jaar 2022. De tarieven zijn ingegaan in 2025³⁴ en worden jaarlijks geïndexeerd en periodiek herijkt.

Financiële knelpunten: waar hebben we het precies over?

De werkgroep huisvesting heeft twee onderzoeken laten uitvoeren naar financiële knelpunten rondom huisvestingsproblematiek door het Nivel³⁵ en PwC³⁶. Ook uit het kostprijsonderzoek van de NZa over 2022 komt relevante informatie³⁷. In dat onderzoek is huisvesting op uitgebreidere wijze uitgevraagd dan in het voorgaande kostprijsonderzoek.

34 https://puc.overheid.nl/doc/PUC_768505_22/1/#ccb84365-de1b-493e-ab7c-1ccd218ebeb9

35 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/11/05/huisvestingsproblemen-in-de-huisartsenpraktijk>

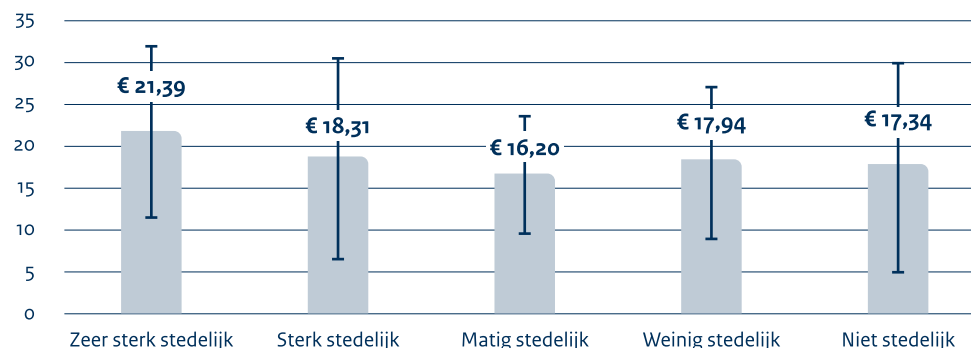
36 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/10/31/onderzoek-naar-financiële-knelpunten-bij-huisvestingsproblematiek-van-huisartsen-en-gezondheidscentra>

37 https://puc.overheid.nl/doc/PUC_768505_22/1/#ccb84365-de1b-493e-ab7c-1ccd218ebeb9



Financiering

Handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra



Figuur 1

Gemiddelde huurprijzen in euro per m² uitgesplitst naar stedelijkheid (30 praktijken in een niet-stedelijk gebied, 36 in een weinig stedelijk gebied, 69 in een matig stedelijk gebied, 69 in een sterk stedelijk gebied en 82 in een zeer sterk stedelijk gebied).

Bron: Nivel (2024), Huisvestigingsproblemen in de huisartsenpraktijk.

De belangrijkste conclusies uit de onderzoeken op een rijtje:

- Uit het kostprijsonderzoek van de NZa blijkt dat de huisvestingskosten in 2022 39% hoger waren dan in 2015³⁸. De huisvestingskosten waren zowel in 2015³⁹ als in 2022⁴⁰ circa 9% van de praktijkkosten, waarbij de normatieve arbeidskostencomponent (NAC) van de praktijkhouder buiten beschouwing is gebleven⁴¹.
- Uit de extra informatie over de huisvestingskosten, die is opgevraagd in het kostprijsonderzoek, blijkt dat zes op de tien praktijken in 2022 een gebrek aan voldoende spreekkamers heeft ervaren. Dit belemmerde deze praktijken vooral bij het aannemen van nieuw personeel en/of het aanbieden van een opleiding, maar in mindere mate bij het inschrijven van nieuwe patiënten⁴².
- Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat van praktijken die kampen met ruimtegebrek zo'n 28% aangeeft dat budgettaire redenen daar (mede) oorzaak van zijn⁴³.

- Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat er grote verschillen zijn in huisvestingskosten tussen praktijken. De gemiddelde huurprijs per m² is het hoogste in (zeer) sterk stedelijk gebied, maar de spreiding rond dit gemiddelde is groot (zie bovenstaand figuur 1).
- Uit aanvullend casusonderzoek door PwC blijkt dat er acht factoren zijn die ervoor zorgen dat praktijken of gezondheidscentra financiële knelpunten kunnen ervaren.

Deze acht factoren zijn:

1. het gebrek aan kennis en expertise,
2. hogere huisvestingskosten in nieuwe situaties,
3. groot aantal gewenste m²,
4. beperkt zoekgebied door locatiegebondenheid,
5. minder solo huisvesting en meer gezamenlijk,
6. huisartsen worden gezien als commerciële partij,
7. diversiteit in betrokkenheid van gemeente/zorgverzekeraar/RHO,
8. realisatie van huisvestingswens vraagt investering in zowel tijd als geld.

- Een van de problemen die PwC signaleert is dat er sprake kan zijn van een 'onrendabele top' bij (ver)nieuwbouwsituaties⁴⁴. In dat geval zijn de investeringen die in het pand moeten worden gedaan hoger dan de uiteindelijke taxatiewaarde van het pand. De investering zal zichzelf in deze gevallen niet terugverdienen met de potentiële opbrengst bij verkoop op dat moment. Om deze

³⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_768254_22/1/

³⁹ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3629_22/1/

⁴⁰ zie voor de praktijkkosten per kostencategorie per 1.000 verzekerden de tabel op blz. 89/90 van het document *Verantwoording tarieven huisartsenzorg 2025* te vinden onderaan <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/nieuwe-maximumtarieven-huisartsenzorg-2025>

⁴¹ Het aandeel huisvestingskosten (9%) is berekend ten opzichte van de praktijkkosten die zijn gemeten via het kostprijsonderzoek. De arbeidskosten van de praktijkhouder zijn daarin niet meegenomen, omdat deze niet in de boekhouding worden vastgelegd maar normatief worden bepaald.

⁴² zie blz. 37 van het document *Verantwoording tarieven huisartsenzorg 2025* te vinden onderaan <https://www.nza.nl/zorgsectoren/huisartsenzorg/nieuwe-maximumtarieven-huisartsenzorg-2025>

⁴³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2024/11/05/huisvestigingsproblemen-in-de-huisartsenpraktijk>

⁴⁴ Vernieuwbouw is een term die wordt gebruikt in de bouwsector om te verwijzen naar het proces van het renoveren en moderniseren van een bestaand gebouw, waarbij het gebouw wordt aangepast aan de eisen en wensen van de huidige tijd.



Financiering

onrendabele top te financieren, is eigen vermogen of aanvullende financiering nodig.

- De financiering van de onrendabele top wordt een knelpunt als huisartsen (nog) onvoldoende eigen vermogen hebben en ook geen aanvullende financiering kunnen krijgen (bijvoorbeeld door het ontbreken van een onderpand). Het lukt dan niet om een pand te (ver/nieuw)bouwen of praktijkhouders achten het financiële risico te groot. Het probleem rondom de onrendabele top wordt versterkt wanneer huisvestingskosten ook nog aan de bovenkant van de landelijke bandbreedte zitten. Dit is voornamelijk een probleem bij jonge en/of beginnende huisartsen aan de start bij hun praktijk.
- Uit ditzelfde onderzoek blijkt ook dat het belangrijk is om bij een huisvestingswens in een vroeg stadium relevante partijen en de juiste expertise te betrekken.

Welke afspraken hebben partijen gemaakt om knelpunten op te lossen?

Het uitgangspunt is dat in situaties waarin huisvestingsproblematiek leidt tot (toekomstige) problemen in de continuïteit van huisartsenzorg, er een oplossing moet worden gevonden. Huisartsen, RHO's, zorgverzekeraars en gemeenten hebben hierin allemaal een verantwoordelijkheid. In dit hoofdstuk beschrijven we de stappen die huisartsen en andere partijen moeten zetten als er sprake is van financiële knelpunten rondom huisvesting. Dit gaat onder andere over het tijdig betrekken van alle relevante spelers, zoals we ook in eerdere hoofdstukken beschreven. Wanneer huisvestingsproblematiek (mede) door financiële knelpunten wordt veroorzaakt en leidt tot (toekomstige) discontinuïteit van huisartsenzorg, kunnen zorgverzekeraars (financieel) maatwerk bieden. Denk hierbij aan het een tijdelijke compensatie of een opstarttoeslag. Hiermee kan bijvoorbeeld (een deel van) de onrendabele top gefinancierd worden.

In het AZWA maakten de betrokken partijen afspraken over de inzet van dit (financiële) maatwerk⁴⁵:

- LHV, InEen, Patiëntenfederatie, ZN en VWS spreken af dat zij in 2026-2028 het realiseren van duurzame toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio gezamenlijk een topprioriteit maken.
- Zorgverzekeraars zetten daarvoor beschikbare financiële middelen via de contractering gericht in: in die regio's en wijken waar de (verwachte) tekorten aan huisartsenzorg het grootst zijn en waar gerichte investeringen de meeste impact hebben.
- De vraagstukken en knelpunten verschillen immers per regio en zelfs binnen regio's. Ook vraagt het type knelpunten om gerichte investeringen en niet om extra generieke (bekostigings) maatregelen. Er wordt dus maatwerk geleverd.
- Hiermee nemen huisartsen, RHO's en zorgverzekeraars gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio duurzaam te borgen.

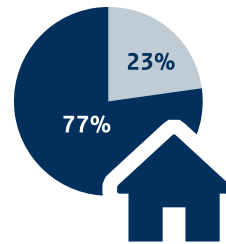
Het (financiële) maatwerk bij huisvestingsproblematiek is onderdeel van bredere afspraken in het AZWA over (financieel) maatwerk per regio. De kern van deze afspraken is dat huisartsen, RHO's en de preferente zorgverzekeraar(s) per regio in kaart brengen welke (toekomstige) problemen rondom continuïteit van zorg (gaan) spelen. Op basis van deze analyse maken zij een plan om deze problemen vroegtijdig op te lossen, waar nodig met (financieel) maatwerk door de zorgverzekeraar. Dit maatwerk is in principe incidenteel van aard en heeft altijd als doel om de zorg in de regio toegankelijk te houden. Er bestaat dus geen trekkingsrecht voor individuele praktijken of huisartsen, maar er is wel een gezamenlijke plicht om te doen wat er binnen een regio nodig is. Maatwerk kan geboden worden in het geval van huisvestingsproblematiek, maar ook op andere terreinen, zoals de begeleiding van (startende) praktijkhouders, het werven van (jonge) huisartsen of het introduceren van innovatieve werkvormen. Het wordt daar geboden waar de meeste impact wordt verwacht.

6 Achtergrond- informatie

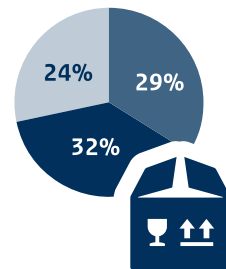


ACHTERGRONDINFORMATIE

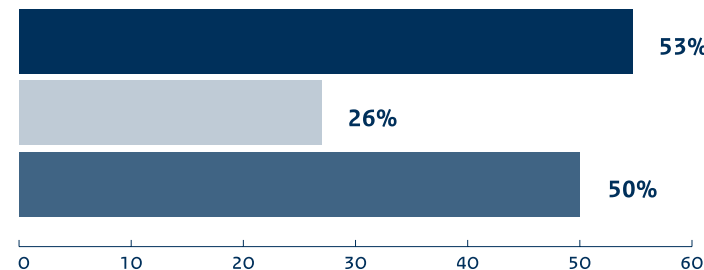
Feiten en cijfers



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 kunnen opvangen van patiëntengroei of het niet kunnen aannemen of opleiden van extra personeel of huisartsen.⁴⁶



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**.⁴⁷



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%⁴⁸



Het huisvestingsprobleem is in **grote steden** iets groter dan in de randgemeenten, maar huisvestingsproblematiek speelt door het hele land.⁴⁹



Afhankelijk van de precieze wijze van organisatie en eventuele samenwerkingsverbanden, kunnen grotere of kleinere praktijken nodig zijn. De LHV hanteert **minimaal 190m²** per 2439 ingeschreven patiënten.⁵⁰



De Zorgverzekeringswet (Zvw) hanteert dat huisartsen bij spoed de **inspanningsverplichting** hebben om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn.⁵¹

⁴⁶ <https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/huisvestingsproblemen/>

⁴⁷ <https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/huisvestingsproblemen/>

⁴⁸ <https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/huisvestingsproblemen/>

⁴⁹ <https://www.lhv.nl/thema/praktijkzaken/huisvestingsproblemen/>

⁵⁰ <https://www.lhv.nl/product/algemeen-oppervlakte-overzicht-gemiddelde-huis-artsenpraktijk/?q=%22150m2%22>

⁵¹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040215/2018-01-01>

ACHTERGRONDINFORMATIE

Verschillende soorten huisartsen-praktijken

Er zijn veel verschillende manieren bekend waarop huisartsen zich vestigen:



Solopraktijk



Duo-praktijk



Huisartsen Onder Eén Dak (HOED):

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



Groepspraktijk:

hierbij wordt de praktijkvoering samen vormgegeven.



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.

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

ACHTERGRONDINFORMATIE

Wettelijke kaders

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 deze wet hebben zorgverzekeraars een zorgplicht en moeten zij garanderen dat hun verzekerden toegang hebben tot huisartsgeneeskundige zorg.
2. Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg): Deze wet is in 2006 in werking getreden en stelt een betere marktwerking in de zorg als doel. Met deze wetgeving bestempelde het rijk de zorg als een (stevig gereguleerde) commerciële activiteit. Uiteindelijk ligt de eindverantwoordelijkheid voor het vinden van huisvesting bij huisartsen als zelfstandig ondernemers.
3. Wet Ruimtelijke Ordening (Omgevingswet per 2024): Deze wet 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 (Programmatistische multidisciplinaire zorg) bevat prestaties voor multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Daarnaast bestaat binnen segment 2 ook de mogelijkheid om via Organisatie & Infrastructuur (OI) 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 is⁵².

⁵² Voor meer informatie zie: [Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025 - BR/REG-25136](#) - Nederlandse Zorgautoriteit De beleidsregels worden periodiek herzien. Controleer voor de meest recente beleidsregel altijd de website van de Nederlandse Zorgautoriteit.

