

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.



250515-04/HD



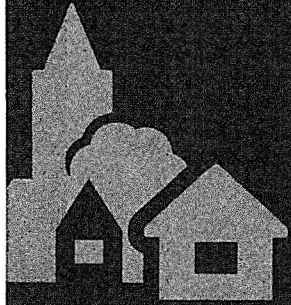
1	Inleiding	3
	Probleemschets	4
	Doel handreiking	5
2	Samenwerking betrokken partijen	6
3	Rol direct betrokken partijen	9
	Rol huisarts/gezondheidscentrum	10
	Rol regionale huisartsenorganisatie	11
	Rol zorgverzekeraar	13
	Rol gemeente	16
4	Rol overige partijen	21
	Rol Rijksoverheid	22
	Rol bank	23
	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.

Inhoudsopgave



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

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.

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

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

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>

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 geluidichtheid 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 zorgaanbieders, 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 detailhandelsfuncties 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 **winkelplintstrategie 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.