

Brancherapport 2026

De huisartsen- branche in beeld



Feiten en cijfers

15.998 BIG-geregistreerde huisartsen per december 2025



2.454 huisartsen (15%) tussen 60 en 70 jaar



Gemiddeld aantal contacten per ingeschreven persoon: van 5,2 (2023) naar **5,3** (2024)

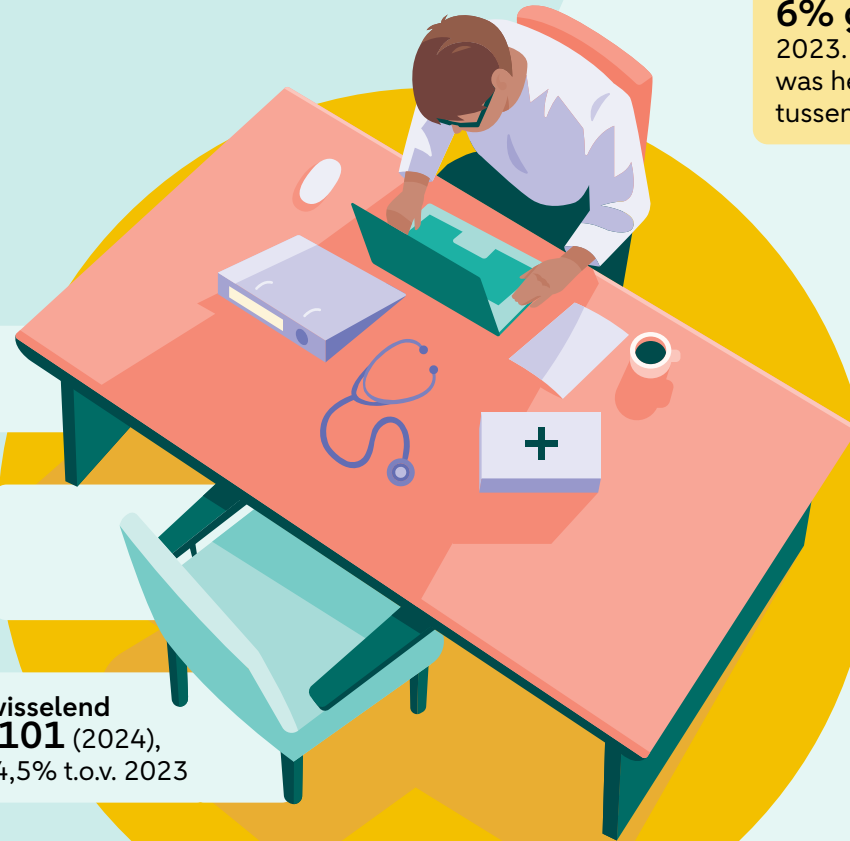
Consulten bij een poh-ggz: **6% gestegen** in 2024 t.o.v. 2023. De absolute toename was het grootst voor patiënten tussen de 18 en 44 jaar.

6%

14.347 werkzame huisartsen in 2024

Zelfstandig gevestigde huisartsen: van 7.561 (2023) naar **7.591** (2024)

Werkzaam als wisselend waarnemer: **2.101** (2024), een daling van 4,5% t.o.v. 2023



66% van de regulier gevestigde huisartsen (werkzaam op een vaste locatie) werkt in een **groepspraktijk**² (t.o.v. 63% in 2023). Het percentage dat in **duo-praktijken** werkt, daalde in 2024 naar **28%** (daling van 3% t.o.v. 2023).

² Praktijk waar drie of meer regulier gevestigde huisartsen zich al dan niet als praktijkhouder tot de praktijk laten rekenen.



In 2024 startten **720** aios met de opleiding huisartsgeneeskunde (waarvan 72,6% vrouw). **VWS stelde 954 plekken beschikbaar (75,5%).**

Instreamadvies Capaciteitsorgaan: **1.026** instromers per jaar vanaf 2027

In **62%** van de praktijken wordt een **tekort aan doktersassistenten** verwacht (2024). In 2023 was dit 46%.

62%

Bronnen:

- BIG-register d.d. 18-12-2025
- Algemene Rekenkamer - Focus op huisartsentekort
- SBOH
- Nivel
- VZinfo

Inhoudsopgave

1. Inleiding: de huisarts in beeld	4
2. Bekostiging in de huisartsenzorg	5
3. De huisarts binnen het zorglandschap	8
4. Toekomstbestendige huisvesting	11
5. Digitalisering en innovatie	14
6. Duurzame zorg binnen de huisartsenbranche	16

1. Inleiding: de huisarts in beeld

De huisarts vormt de spil van de Nederlandse gezondheidszorg. Als eerste aanspreekpunt voor vrijwel alle gezondheidsvragen, is de huisarts niet alleen vertrouwenspersoon, maar ook poortwachter van het zorgstelsel.

Onderzoek laat zien dat mensen met een vaste huisarts langer leven (Pereira et al., 2018). Een vaste huisarts zorgt bovendien voor kostenbesparingen door minder medicatievoorschriften, minder doorverwijzingen en minder ziekenhuisopnames (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2023). Daarmee speelt de huisarts een cruciale rol in de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg.

Tegelijkertijd staan de continuïteit en toegankelijkheid van huisartsenzorg onder druk. Dat komt door de uitstroom van (pensioengerechtigde) huisartsen, personeelstekorten, onvoldoende instroom, huisvestingsproblemen en een groeiende zorgvraag. Deze groeiende zorgvraag wordt veroorzaakt door vergrijzing, meer thuiswonende ouderen, complexere zorgvragen en een verdere verschuiving van de tweede lijn naar de eerste lijn.

Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) zet in op een beweging naar de voorkant en versterkt de eerstelijnszorg en het sociaal domein via multidisciplinaire samenwerking. Daarnaast is het streven dat huisartsen met een vaste patiëntenpopulatie gaan werken voor een goede toegang tot zorg. Om deze toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg in elke regio en wijk te realiseren, kunnen zorgverzekeraars extra financiële middelen inzetten.

Verder zullen digitalisering, digitale (zorg)toepassingen en AI de komende jaren naar verwachting bijdragen aan de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Er is toenemende aandacht voor het praktijkhouderschap. Regionale huisartsenorganisaties (RHO's) bieden hierbij steeds meer ondersteuning en organisatiekracht, onder meer op het gebied van huisvesting.

Kortom: ondanks de uitdagingen zijn de vooruitzichten door deze ontwikkelingen naar onze mening positiever geworden.

2. Bekostiging in de huisartsenzorg

De huisartsenzorg wordt gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet en kent een gemengd honoreringssysteem. Het inkomen van de huisarts bestaat deels uit een vast inschrijftarief per ingeschreven patiënt. De zorgverzekeraar keert dit bedrag per kwartaal uit.



Daarnaast ontvangt de huisarts maandelijks een vergoeding per verrichting. Bijvoorbeeld uit hoofde van een consult, visite of een bijzondere verrichting (zogenaamde Modernisering & Innovatie oftewel M&I) zoals een kleine chirurgische ingreep.

Een andere inkomstenbron komt uit multidisciplinaire samenwerking, waarbij meerdere zorgdisciplines samen één patiënt behandelen. Deze samenwerkingsvorm, ook bekend als ketenzorg, passen zorgverleners onder meer toe bij chronische aandoeningen. Zoals diabetes, astma, COPD en in de ouderenzorg.

Huisartsen worden ondersteund door praktijkondersteuners (poh's). Daarnaast bieden physician assistants, verpleegkundig specialisten en specialisten ouderengeneeskunde extra ondersteuning in verschillende praktijken.

Regionale huisartsenorganisaties (RHO's) staan huisartsen bij in het declaratieproces en bij de contractering met zorgverzekeraars. De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit drie segmenten en prestaties buiten segmenten.

Segment 1: basisvoorziening huisartsenzorg

Onder basiszorg vallen de prestaties zoals het inschrijftarief en de consulttarieven, waaronder specifieke verrichtingen zoals kleine chirurgische ingrepen. Huisartsenpraktijken ontvangen een extra vergoeding voor patiënten die wonen in specifieke wijken met verhoogde zorgzwaarte door bijvoorbeeld sociale en financiële problemen. Dit wordt bekostigd via tarief opslagwijk.

Verder worden via segment 1 de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz) en andere andere Meer tijd voor de patiënt (MTVP) vergoed. Hier is sinds 1 januari 2026 het 'meedenkadvies medisch-specialistische zorg' aan toegevoegd.

Het doel van het meedenkadvies is: onnodige verwijzingen voorkomen, specialistische kennis makkelijk en snel beschikbaar stellen, en de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg.

Tarief	2025	2026
Per kwartaal		
Inschrijftarief	€ 20,35	€ 21,59
Tarief opslagwijk	€ 6,43	€ 6,83
Poh-ggz	€ 5,15	€ 5,41
Meer tijd voor de patiënt	€ 3,23	€ 3,40
Per consult		
Consulttarief	€ 12,43	€ 13,18
Meedenkadvies		€ 21,09

Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

MTVP is sinds april 2023 gefaseerd ingevoerd. Vanaf 2024 wordt het in bijna alle huisartsenpraktijken actief toegepast. En vanaf 2025 wordt het structureel bekostigd in segment 1.

Vóór 2023 duurden consulten gemiddeld 10 minuten. Met MTVP is deze consulttijd verlengd naar 15 minuten. MTVP richt zich op het versterken van de huisartsenzorg: door meer rust, tijd en aandacht in het consult, voelen patiënten zich beter gehoord en komen ze minder vaak terug. Dit verhoogt de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Ook draagt het, naar verwachting, bij aan een hogere patiënttevredenheid en meer werkplezier voor zorgprofessionals.

Daarnaast kan MTVP helpen om zorgkosten te beheersen, onder meer door minder verwijzingen naar de tweede lijn. De extra tijd die daardoor ontstaat, biedt ruimte om de samenwerking met andere partijen in het zorgnetwerk te verdiepen. Zoals het sociaal domein, de ggz, de tweede lijn en de wijkverpleging. Dit draagt bij aan meer samenhang en doelmatigheid in de zorg.

MTVP heeft het beoogde doel nog niet bereikt. In 2024 was er, ten opzichte van 2023, een lichte stijging van 2,2% in het aantal verwijzingen naar de tweede lijn. Ook het gemiddeld aantal consulten is nog niet afgenomen. Daar staat wel een hogere patiënttevredenheid tegenover. Naar verwachting worden de positieve effecten van MTVP pas op de langere termijn duidelijker zichtbaar.



Segment 2: multidisciplinaire zorg

Multidisciplinaire zorg is eerstelijnszorg waarbij, naast de huisarts, andere disciplines betrokken zijn voor een integrale behandeling. Zoals poh's, diëtisten en fysiotherapeuten. Binnen dit segment werken verschillende zorgverleners nauw samen.

Segment 3: resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Dit segment biedt huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars de mogelijkheid om maatwerkoplossingen te ontwikkelen die aansluiten bij de lokale behoeften van de populatie. Dit gedeelte beschrijft prestaties zoals Modernisering & Innovatie (M&I), die bijvoorbeeld het gebruik van digitale zorg kunnen belonen.

Hoe hoog de vergoeding binnen dit segment is, hangt onder meer af van de innovatieve initiatieven van de ondernemende huisarts. En hoe bereid zorgverzekeraars zijn om daaraan mee te werken.

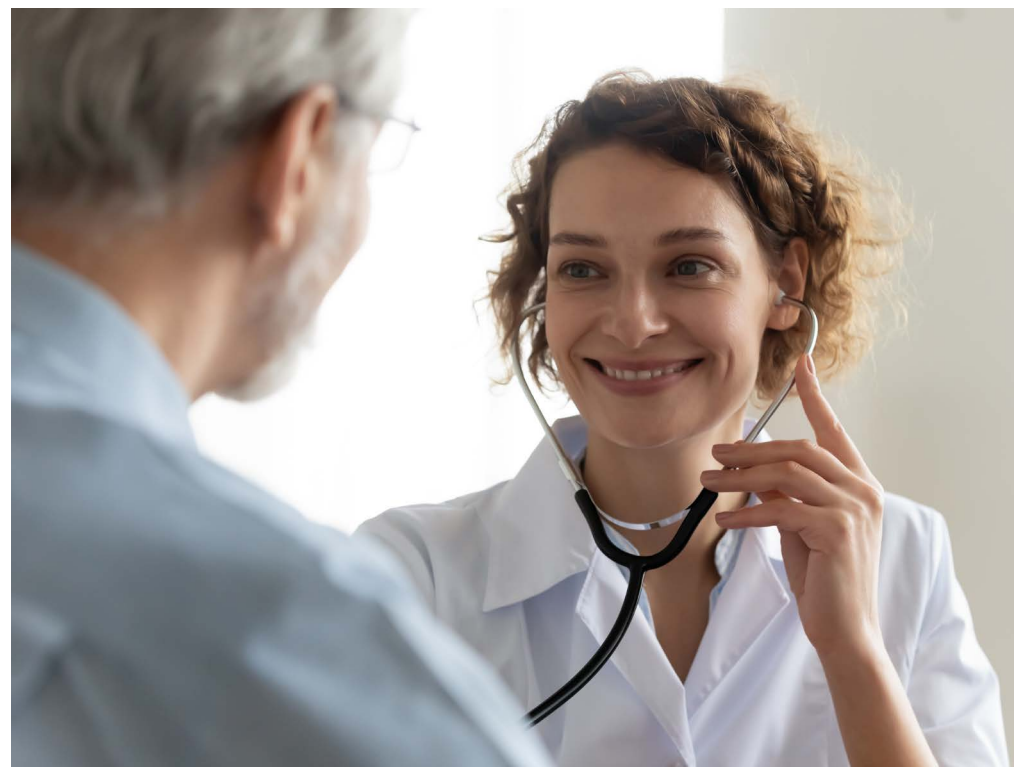
Prestaties buiten segmenten

Huisartsen kunnen prestaties declareren die buiten segmenten 1, 2 en 3 vallen. Zoals de huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg), keuringen voor het rijbewijs en zorg aan asielzoekers in een centrale opvang.

Uurtarieven ANW-zorg

Dienst	2025	2026
Avond	€ 113,09	€ 119,01
Nacht	€ 147,88	€ 155,63
Weekend	€ 130,48	€ 137,32
Feestdag	€ 147,88	€ 155,63

Bron: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)



Uitspraak College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) over tarieven huisartsenzorg

Op 18 november 2025 oordeelde het CBb dat de NZa-tarieven voor 2023-2025 onvoldoende onderbouwd zijn. Dit geldt voor twee punten: de huisvestingskosten en de arbeidskosten van praktijkhouders.

Deze onderdelen moeten binnen zes maanden worden herberekend. Volgens het CBb dekken de huidige tarieven de werkelijke kosten van huisartsenzorg niet.

3. De huisarts binnen het zorglandschap



Toenemende en complexere zorgvraag

De Nederlandse bevolking vergrijsd snel. Op 1 januari 2025 telde Nederland 3.755.679 inwoners van 65 jaar en ouder. Dat is 20,8% van de totale bevolking. De stijgende levensverwachting en de groei van het aantal 80-plussers zorgen voor een structurele toename van de vraag naar eerstelijnszorg.

Veel mensen met psychische problemen, een lichte verstandelijke beperking of een kwetsbare thuissituatie wonen langer zelfstandig en doen vaker een beroep op de huisarts. Daarnaast komen patiënten hulpbehoevender thuis na een poliklinische ingreep of een behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. Ondertussen verschuift steeds meer zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn.

Door lange wachtlijsten in de ggz vallen meer patiënten terug op ondersteuning van de huisartsenzorg. Tegelijkertijd daalt het aantal mantelzorgers en zijn patiënten mondiger, met hulpvragen die niet altijd medisch van aard zijn.

Gezamenlijk leidt dit tot een toenemende, bredere én complexere zorgvraag voor huisartsen en ondersteunend personeel. Zelfzorg, leefstijl en preventie zullen een steeds belangrijkere rol spelen om de groeiende zorgvraag op te vangen. Daarbij moeten patiënten meer verantwoordelijkheid nemen voor hun eigen gezondheid.

Continuïteit binnen huisartsenpraktijken onder druk

In Nederland is 1 op de 20 mensen op zoek naar een (nieuwe) huisarts. Tegelijkertijd had in 2024 ongeveer 60% van de huisartsenpraktijken een patiëntenstop (Algemene Rekenkamer, 2025).

Goede toegang tot zorg vraagt dat iedereen in Nederland staat ingeschreven bij een vaste huisarts of huisartsenpraktijk. Daarvoor zijn meer huisartsen nodig die werken met een vaste patiëntenpopulatie. Dit versterkt de continuïteit van zorg en de samenwerking met andere professionals in de wijk en regio. Wie geen (nieuwe) huisarts kan vinden, kan hiervoor ondersteuning krijgen van de zorgverzekeraar.

Praktijkhouderschap

Onderzoek van de Algemene Rekenkamer wijst uit dat steeds meer huisartsen de afgelopen jaren als waarnemer of in loondienst zijn gaan werken. Het aantal praktijkhouders daalt licht.

Veel jonge huisartsen overwegen praktijkhouderschap, maar ervaren de stap als groot. Ze willen vooral de verantwoordelijkheid delen, in de vorm van een duo-praktijk of groepspraktijk. Hoge werkdruk, personeelstekorten, huisvesting, administratieve lasten en werk-privébalans vormen daarbij mogelijke drempels.

De praktijkhoudende huisarts heeft te maken met opvolgingsproblematiek. Drie factoren spelen hierbij een belangrijke rol: (1) de keuzes van jonge huisartsen, (2) de keuzes van praktijkhouders om eerder te stoppen met werken en (3) het grote aantal huisartsen dat binnen 5 jaar de pensioenleeftijd bereikt (dat is ca. 15%, oftewel bijna 2.500 huisartsen die nu ouder zijn dan 60 jaar).

Om in de toekomst genoeg huisartsen te hebben, is vanaf 2027 een jaarlijkse instroom van 1.026 basisartsen in de huisartsopleiding nodig. De huidige instroom van circa 720 nieuwe huisartsen is niet genoeg.

Naast voldoende opleidingsplekken is gericht beleid nodig om de instroom te verhogen. Sinds 2023 biedt de huisartsenopleiding meer aandacht aan de voorbereiding op de dagelijkse praktijk als zorgondernemer. Dat is volgens ons een positieve ontwikkeling die toekomstig huisartsen beter voorbereidt op het praktijkhouderschap.

Bij de start van een eigen praktijk lopen huisartsen aan tegen hoge investeringskosten, complexe regels en het tekort aan geschikte huisvesting. In regio's met een tekort aan huisartsenzorg kunnen zorgverzekeraars startende huisartsen tijdelijk financieel ondersteunen. Bijvoorbeeld bij het starten van een nulpraktijk of het overnemen van een bestaande praktijk.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) ondersteunt praktijkhouderschap met een stappenplan voor start of overname, mentorschap, persoonlijk (financieel) advies en gerichte nascholing.

Bij de start of overname van een praktijk is vaak een financiering nodig. Daarom is het belangrijk dat huisartsen zich tijdig laten begeleiden door deskundige adviseurs. ABN AMRO kan stap voor stap ondersteuning bieden. Bijvoorbeeld met een ondernemingsplan. Een goed onderbouwde financiële prognose is daarbij essentieel om realistische en weloverwogen keuzes te maken.

Samenwerking en organisatiekracht

Grotere praktijkomvang

Ondersteunend personeel speelt een belangrijke rol in de huisartsenzorg. Hierbij gaat het om doktersassistenten, praktijkondersteuners, physician assistants, verpleegkundig specialisten, apothekersassistenten en praktijkmanagers.

Huisartsenpraktijken worden steeds groter: het gemiddeld aantal medewerkers per praktijk steeg van 10 in 2022 naar 14 in 2024. Ook het aantal physician assistants, poh's-ggz en praktijkmanagers nam de laatste jaren toe. Deze ontwikkeling bevordert meer taakdelegatie en taakherschikking binnen de praktijk.

Door deze organisatorische groei nemen ook de managementtaken toe. Praktijkmanagers nemen steeds meer van deze taken over, waardoor de huisarts wordt ontlast. De regierol en eindverantwoordelijkheid blijven echter bij de huisarts liggen.

Ketenvorming

Ook grotere (commerciële) partijen betreden de markt en nemen op landelijke schaal praktijken over. Deze ketenvorming en schaalvergroting hebben verschillende effecten. Ze bieden kansen voor praktijkoverdracht, maar zorgen ook voor terughoudendheid richting partijen die zich (te) commercieel opstellen. Daarnaast kunnen ze de continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg verbeteren, maar ook leiden tot het verlies van autonomie op de werkvloer.

Volgens ons moet het belangrijkste doel zijn om een innovatieve en efficiënte huisartsenorganisatie te realiseren. Een organisatie die toekomstbestendige, lokale patiëntenzorg levert. En huisartsen in staat stelt om zich maximaal op hun vak te richten. Daarbij is het cruciaal dat de kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van de huisartsenzorg goed geborgd blijven.

Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)

RHO's spelen een steeds bredere rol en ondersteunen praktijkhouders in toenemende mate. Ze fungeren als regionaal aanspreekpunt tussen zorgverzekeraars en andere partijen.

Daarnaast ondersteunen ze huisartsen. Bijvoorbeeld bij de gezamenlijke inkoop van zorg voor chronisch zieke patiënten, praktijkstart, praktijkvoering, praktijkoverdracht, continuïteit van regionale huisartsenzorg, huisvesting en innovatie.

Hiermee vergroten RHO's de beschikbare capaciteit en maken zij de huisartsenzorg regionaal beter toegankelijk.

Regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden (RESV's)

Huisartsen hebben een centrale positie in de organisatie van zorg. In de dagelijkse praktijk werken ze nauw samen met wijkverpleegkundigen, apothekers en andere eerstelijnsprofessionals. Daarnaast bestaat in steeds meer regio's een nauwe verbinding met het sociaal domein.

Mede dankzij deze integrale samenwerking kunnen huisartsen passende zorg leveren, met aandacht voor medische én sociale vraagstukken. De inzet van RESV's moet leiden tot betere afstemming van zorg, meer preventie in de wijk en efficiëntere inzet van schaarse capaciteit.

4. Toekomstbestendige huisvesting

Het is belangrijk dat een huisartsenpraktijk dicht bij huis beschikbaar blijft, zodat iedereen toegang heeft tot huisartsenzorg en gezondheidszorg in brede zin. Huisartsenzorg is een basisvereiste voor de leefbaarheid en aantrekkelijkheid van wijken.

De toegankelijkheid van huisartsenzorg staat echter onder druk door een tekort aan ruimte. Volgens de LHV ervaart 77% van de huisartsen hiervan nadelen. Hoewel dit probleem vaker voorkomt in stedelijke gebieden, kampen ook niet-stedelijke praktijken met ruimtegebrek. Daarmee is het een landelijk probleem.

Ruimtegebrek leidt tot verschillende knelpunten: praktijken kunnen geen extra personeel aannemen, geen nieuwe huisartsen opleiden vanwege ruimte-eisen en geen nieuwe patiënten inschrijven. Praktijken met ruimtegebrek geven significant vaker aan geen nieuwe patiënten aan te kunnen nemen. Het tekort aan beschikbare praktijkruimten maakt huisartsen ook minder bereid om praktijkhouder te worden.

Het ruimtegebrek uit zich vooral in een tekort aan spreekkamers (Nivel). Door taakdifferentiatie en taakdelegatie hebben veel praktijken meer personeel, maar de beperkte ruimte belemmert een optimale inzet van deze zorgverleners.

Hierdoor wordt het ook lastiger om een breder aanbod van (anderhalvelijns)zorg dicht bij de patiënt te bieden.

Daarnaast is er een trend naar meer clustering en concentratie van (eerstelijns)zorg in gezamenlijke huisvesting, zoals gezondheidscentra. Deze multidisciplinaire samenwerking sluit aan bij landelijke trends en beleidsinitiatieven die gericht zijn op integrale zorgverlening.

Verschillende disciplines regionaal onder één dak brengen bevordert een efficiënte zorgverlening. De huidige huisvestingssituatie biedt hiervoor echter vaak onvoldoende ruimte.



Oorzaken

De belangrijkste oorzaak van ruimtegebrek is het ontbreken van uitbreidingsmogelijkheden in het huidige praktijkpand. Bij zowel huur als koop kan de praktijk meestal niet worden vergroot tot het gewenste aantal vierkante meters.

Dit heeft verschillende redenen. Vaak is het pand al volledig verhuurd, is uitbreiding bouwtechnisch niet mogelijk, of leiden aanpassingen tot inefficiëntie en extra kosten voor de praktijk (het zogenoemde huurdersbelang).

Huisartsen zoeken daarom naar nieuwe praktijklocaties, in bestaande bouw of nieuwbouw. Daarbij lopen ze echter vaak tegen financiële beperkingen aan, die de voortgang van initiatieven bemoeilijken. Bij deze beperkingen spelen meerdere factoren een rol. We lichten zes factoren toe.



1. Locatiegebondenheid

Huisartsen zijn gebonden aan een specifieke wijk of regio waar hun patiënten wonen. Daardoor is het zoekgebied beperkt. Ook voldoet slechts een beperkt aantal huur-, koop- of nieuwbouwlocaties aan de wensen voor grootte, toegankelijkheid en bereikbaarheid.



2. Hoge grondkosten

Brede commerciële bestemmingen leiden tot relatief hogere grondkosten en huurprijzen. Hierdoor moeten huisartsen soms concurreren met commerciële partijen die vaak meer financiële draagkracht hebben. Ook de krapte op de vastgoedmarkt heeft een prijsverhogend effect.



3. Additionele bouwkosten

Een huisartsenpraktijk moet voldoen aan eisen voor privacy, geluidsisolatie, hygiëne en toegankelijkheid (o.a. voor mindervaliden). Deze aanpassingen brengen extra bouwkosten met zich mee.



4. Bouwkosten en rente

De stijgende bouwkosten en de opgelopen rente hebben een prijsverhogend effect op de stichtings- en huisvestingskosten.



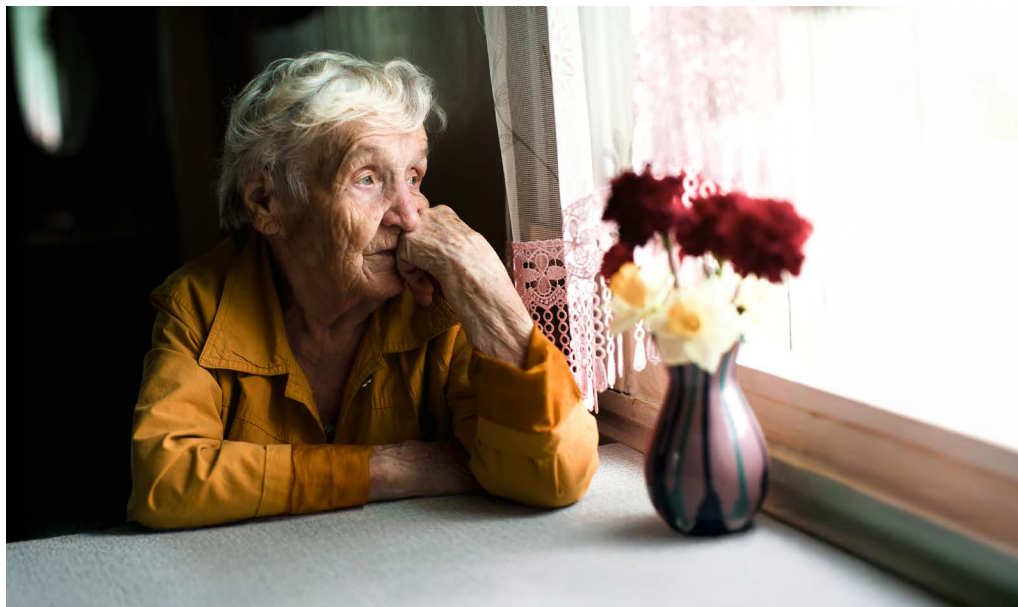
5. Onrendabele top

Door de genoemde factoren zijn de investeringskosten mogelijk hoger dan de marktwaarde van de nieuwe praktijkruimte. Dit verschil heet ook wel de 'onrendabele top'. Deze kan het financiële risico verhogen. Of een financieel knelpunt zijn voor zorgverleners die toekomstbestendige huisvesting zoeken.



6. Inkomsten

Huisartsen hebben beperkte mogelijkheden om hun inkomsten te verhogen, omdat hun tarieven grotendeels worden gereguleerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hierdoor kunnen hogere kosten niet zomaar worden doorberekend.



Huisvesting van huisartsen is een maatschappelijk belang

Huisartsen zijn in de basis zelf verantwoordelijk voor hun huisvesting. Zorgverzekeraars moeten echter de toegankelijkheid en continuïteit van huisartsenzorg waarborgen, terwijl gemeenten verantwoordelijk zijn voor de leefbaarheid van wijken. Omdat huisartsenzorg daarbij essentieel is, vormt de huisvesting van huisartsen een maatschappelijk belang waar samenwerking bij gebaat is.

We constateren dat het huisvestingsprobleem steeds urgenter wordt, maar ook dat er positieve ontwikkelingen zijn. In sommige regio's bestaan subsidiemogelijkheden en wordt in omgevings- en nieuwbouwplannen rekening

gehouden met (huisartsen)zorg. Ook zijn er lokale huisvestingsteams (H-teams) waarin gemeenten, huisartsenorganisaties en zorgverzekeraars samenwerken aan oplossingen voor dit huisvestingsvraagstuk.

In 2025 is de Handreiking Huisvesting huisartsen en gezondheidscentra uitgebreid, vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Deze handreiking biedt concrete aandachtspunten en een stroomschema met stappen die gevolgd kunnen worden bij huisvestingsproblematiek. Dit stroomschema beschrijft ook dat zorgverzekeraars maatwerk kunnen bieden wanneer huisvestingsproblemen door financiële knelpunten leiden tot discontinuïteit van huisartsenzorg.

Daarnaast kan het verbouwen of (her)ontwikkelen van bestaand maatschappelijk vastgoed kansen bieden voor geschikte praktijkruimten. Denk aan oude schoolgebouwen, bibliotheken, sporthallen, kerken en culturele centra.

Verder oordeelde het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) in november 2025 dat de NZa-tarieven geen rekening houden met de extra kosten voor het aanpassen van praktijken en voor het vinden van nieuwe huisvesting voor de in omvang toegenomen praktijken.

Hoewel het huisvestingsprobleem niet van vandaag op morgen kan worden opgelost, groeit naar onze mening het perspectief op toekomstbestendige huisvesting. Daarbij is het essentieel om al in een vroeg stadium specialisten te betrekken die de belangen van huisartsen behartigen. Zoals de LHV, regionale huisartsenorganisaties, zorgverzekeraars en adviseurs. ABN AMRO kan huisartsen ondersteunen met expertise en het inzetten van ons netwerk.

5. Digitalisering en innovatie

De huisartsenzorg van de toekomst is hybride

Om iedereen die zorg nodig heeft in de toekomst te kunnen voorzien van passende zorg (waarbij persoonlijke continuïteit centraal staat), moet digitale zorg een vanzelfsprekend onderdeel van de huisartsenzorg worden.

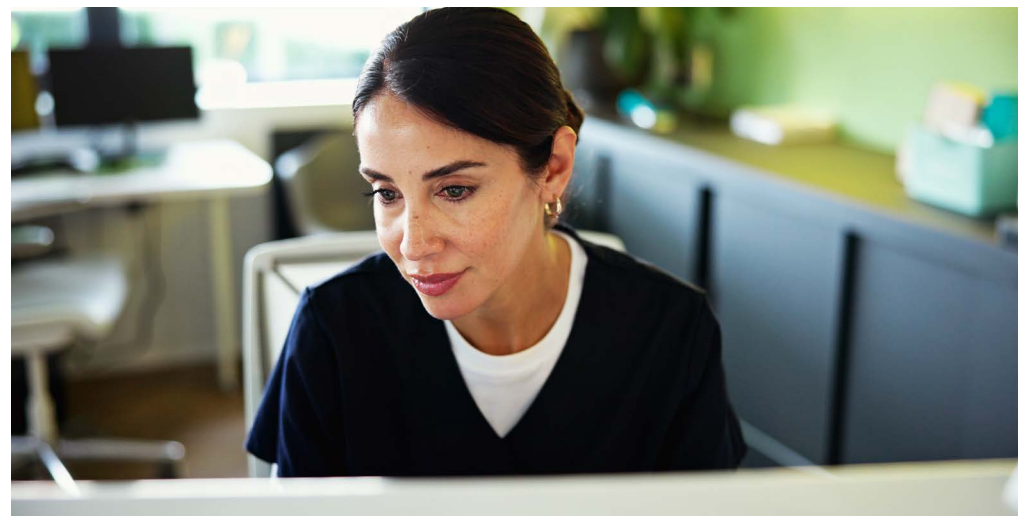
Digitale zorg kan de huisartsenzorg efficiënter en toekomstbestendiger maken, maar vervangt het fysieke contact met patiënten niet altijd. De huisartsenzorg van de toekomst is daarom hybride: een combinatie van fysiek en digitaal contact.

Digitale zorg leidt niet vanzelfsprekend tot meer efficiëntie. Soms kan de werkdruk zelfs toenemen. Vooral in de opstartfase en wanneer digitale toepassingen niet goed aansluiten op bestaande werkprocessen. Daarom zijn goede integratie, gebruiksvriendelijke systemen en ondersteuning voor zorgverleners en patiënten cruciaal. RHO's kunnen hierin ondersteunen.

Vernieuwing van het zorgproces

Digitalisering en digitale zorg bieden nieuwe mogelijkheden en vragen om vernieuwing van het zorgproces. Dit geldt zowel voor de patiënt, die meer regie kan krijgen, als voor de organisatie en werkwijze binnen de huisartsenzorg.

Digitalisering leidt mogelijk tot een andere verdeling van taken en capaciteit in de praktijk. Dit kan bijdragen aan meer werkplezier en minder administratieve druk.



Digitalisering en AI

De verwachting is dat digitalisering, digitale (zorg)toepassingen en AI de komende jaren steeds gebruikelijker worden. En dat ze bijdragen aan toegankelijker en kwalitatievere zorg.

Zo resulteert de mogelijkheid om je als patiënt digitaal in te schrijven bij een huisartsenpraktijk bijvoorbeeld niet alleen in tijdwinst: het kan ook overzicht creëren en het ruilen van huisarts faciliteren, waardoor de toegankelijkheid van zorg verbetert.²

² In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is afgesproken dat er een landelijk werkend systeem wordt opgezet. Daarmee ontstaat inzicht in welke huisartsenpraktijken plek hebben voor nieuwe patiënten. Dit helpt o.a. patiënten die door een verhuizing te ver van hun huisarts wonen bij het 'ruilen' van praktijk.

Hoewel het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van AI-toepassingen nog beperkt is, biedt AI veelbelovende kansen bij zorgvuldig en verantwoord gebruik. Bijvoorbeeld bij het eerste contact met de praktijk, triage- en consultvoorbereiding en de toepassing van spraakgestuurde verslaglegging.

Digitalisering en risico's

Digitalisering brengt ook risico's met zich mee. Bijvoorbeeld op het gebied van privacy, ethiek en betrouwbaarheid. Zo kan AI verkeerde informatie geven. De verantwoordelijkheid (voor het beleid) ligt bij de huisarts. Als een patiënt schade oploopt door AI-gebruik van de huisarts, kan de huisarts aansprakelijk zijn.



Cybercriminaliteit vormt een ander belangrijk risico. Zorgverleners zijn hier al slachtoffer van geworden. Daarom is het beveiligen van de praktijk tegen cyberaanvallen een essentieel onderdeel van de praktijkvoering. Het gaat daarbij niet alleen om technische maatregelen, maar ook om veilig gedrag van medewerkers.

Bewustwording rond cybercriminaliteit in de huisartsenpraktijk is dus cruciaal: techniek en bewustwording gaan hand in hand.

Tips voor omgaan met cybercrime

1. Bespreek cybersecurity regelmatig binnen je praktijk.
2. Schakel een externe professional in voor informatiebeveiliging.
3. Richt processen in zodat er een plan ligt als cybercrime de huisartspraktijk treft en de patiëntenzorg kan doorgaan.
4. Oefen een cyberaanval, net zoals je periodieke ontruimingsoefening. Bespreek wat je wel en niet moet doen. En wat de gevolgen zijn voor de patiëntenzorg.

[Meer over Cybersecurity](#)

6. Duurzame zorg binnen de huisartsenbranche



De Nederlandse zorgsector is verantwoordelijk voor circa 7% van de CO₂-uitstoot, 4% van al het afval en 13% van het grondstoffengebruik. De milieu-impact is daarmee aanzienlijk. Daarom zijn er afspraken gemaakt om de zorg te verduurzamen en bij te dragen aan een gezonde toekomst.

De Green Deal 'Samen werken aan duurzame zorg' richt zich op de bijdrage die de zorgsector kan leveren aan een beter milieu. Bijvoorbeeld door het verminderen van CO₂-uitstoot en het stimuleren van een circulaire economie.

Met het ondertekenen van deze Green Deal bevestigt de LHV haar inzet om de huisartsenzorg te verduurzamen. En bestaande duurzame initiatieven binnen de sector te versterken.

Door de maatschappelijke rol van huisartsen is hun bijdrage volgens ons essentieel. Om duurzaamheid actief toe te passen in de strategie van de huisarts, denken wij dat diepe bewustwording over dit thema belangrijk is. Zowel bij huisartsen als bij hun personeel en patiënten.

In de huisartsenpraktijk

De CO₂-voetafdruk van huisartsenpraktijken bestaat vooral uit energieverbruik, medicijngebruik en reisbewegingen. Er zijn al verschillende initiatieven die bijdragen aan een duurzamere en efficiëntere zorgketen.

Zo is er binnen de branche het e-book 'De groene huisartsenpraktijk' ontwikkeld. Hierin staan praktische handvatten. Zoals een stappenplan voor de verduurzaming van je praktijk. Ook bevat het tips en verwijzingen naar cursussen zoals Lean werken (LHV) en de FTO-module Geneesmiddelen en milieu (Instituut Verantwoord Medicijngebruik).

Andere voorbeelden van verduurzamingsinitiatieven:



1. Groene energie en energie-efficiëntie

Huisartsenpraktijken stappen over op groene stroom. Of duurzame energiebronnen zoals zonnepanelen. Ook kiezen huisartsen voor energiezuinige apparatuur, slimme thermostaten en led-verlichting voor minder energieverbruik.



2. Duurzaam medicijngebruik

Huisartsen schrijven vaker milieuvriendelijkere alternatieven voor. En beginnen met kleinere hoeveelheden bij nieuwe medicatie, om verspilling te voorkomen als het middel niet goed werkt of bijwerkingen veroorzaakt. Waar mogelijk wordt medicatie gestopt of verlaagd. Patiënten worden via gesprekken, folders of de website aangemoedigd om ongebruikte of verlopen medicijnen terug te brengen naar de apotheek. Zo kunnen deze medicijnen veilig worden vernietigd, waardoor het risico van milieuverontreiniging (bijvoorbeeld door verontreiniging van het oppervlaktewater) door verkeerd weggegooide farmaceutische producten wordt vermindert.

De complexiteit van verschillende medicijninteracties en de noodzaak van gepersonaliseerde zorg vereisen een multidisciplinaire aanpak. Een nauwere samenwerking tussen huisartsen, apothekers en andere zorgverleners zal bijdragen aan een betere coördinatie van zorg, wat helpt bij duurzaam medicijnbeheer.



3. Reisbewegingen

Huisartsenpraktijken stimuleren duurzaam vervoer door een praktijkfiets beschikbaar te stellen. En door een fietsplan en voldoende fietsenstallingen bij de praktijk aan te bieden. Daarnaast kunnen e-consulten en zorgapps het aantal reisbewegingen verminderen.

Huisartsen die deze initiatieven omarmen kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan duurzaamheid en milieubescherming, terwijl de zorgkwaliteit behouden blijft of zelfs verbetert.



Duurzame inzetbaarheid van personeel

De personeelstekorten in de huisartsenbranche houden aan. Om mee te kunnen bewegen met veranderingen in de zorg, is de duurzame inzetbaarheid van medewerkers nodig. Het binden en boeien van medewerkers wordt daarbij steeds belangrijker.

Naast een passende beloning is het essentieel om medewerkers ruimte te geven voor groei en ontwikkeling, en hen actief te betrekken bij de praktijkvoering. Scholing en loopbaanontwikkeling helpen hen gemotiveerd, competent en toekomstbestendig te blijven.

Ook taakdelegatie en taakherschikking dragen hieraan bij. Ze vergroten het gevoel van betrokkenheid, stimuleren multidisciplinaire samenwerking en zorgen voor een afwisselend takenpakket. Dit verhoogt het werkplezier, wat de verbondenheid met de praktijk versterkt.

Als medewerkers zich kunnen blijven ontwikkelen, werkplezier ervaren en werken in een ondersteunende en gezonde werkomgeving, is de kans groter dat zij in de huisartsenbranche blijven.

Praktijken die vooruitstrevend zijn of zich duidelijk positioneren, weten bovendien vaak gemakkelijker personeel aan te trekken en vast te houden. Dit laat zien hoe belangrijk het is om blijvend te investeren in duurzame inzetbaarheid.

Duurzame inzetbaarheid kan verder worden versterkt door nauwer samen te werken met nabijgelegen huisartsenpraktijken. Of door met meerdere praktijken te werken vanuit een gezondheidscentrum, waar samenwerking en ondersteuning meer vanzelfsprekend zijn.

Kortom: duurzame inzetbaarheid betekent dat medewerkers gezond, gemotiveerd en bekwaam kunnen blijven werken. Nu én in de toekomst. Dit vraagt om een gezonde werkomgeving, aandacht voor werkplezier en het voorkomen van uitval door stress of overbelasting.

Praktijkpand

In 2020 hebben alle EU-lidstaten nieuwe eisen vastgesteld voor het energiegebruik van gebouwen. De Nederlandse overheid past de wet- en regelgeving hierop aan, zodat deze eisen kunnen worden gehaald.

Voor huisartsenpraktijken en gezondheidscentra groter dan 250 m² is een energielabel verplicht. Dit geldt ook wanneer verbouwings- of nieuwbouwplannen ertoe leiden dat een pand groter wordt dan 250 m². Het maakt niet uit of het pand gehuurd wordt of gekocht is.

Kantoren groter dan 100 m² moeten sinds 2023 minimaal energielabel C hebben. Maar deze regel geldt nog niet voor huisartsenpraktijken en gezondheidscentra.

Toch is het verstandig om bij de overname, aankoop of verbouwing van een praktijkpand te streven naar minimaal energielabel C. De verwachting is namelijk dat de regelgeving in de toekomst verder wordt aangescherpt.

Wanneer er financiering wordt aangevraagd voor de overname, aankoop of verbouwing van een praktijkpand, vraagt ABN AMRO naar het energielabel. En naar een plan van aanpak om het pand te verduurzamen. Een beter energielabel levert mogelijk direct financieel voordeel op. De besparingen die daarna ontstaan, vergroten dit voordeel verder.



De ABN AMRO Green Building Tool geeft inzicht in het huidige energielabel en laat zien welke verbeteringen mogelijk zijn. Vervolgens zoeken wij naar de best passende financieringsoplossing.

We zien dat de interesse in isolatie, zonnepanelen en warmtepompen blijft toenemen. Evenals de bereidheid om daarin te investeren. Ook zijn er steeds meer mogelijkheden om te bouwen met circulaire en duurzame materialen.

ABN AMRO ziet een maatschappelijke verantwoordelijkheid in het stimuleren van duurzaamheid. Vastgoed moet zijn waarde behouden voor toekomstige generaties. En de CO₂-uitstoot moet omlaag.

Daarom willen we een actieve rol spelen in de verduurzaming van vastgoed in Nederland. Bijvoorbeeld door innovatieve projecten te ondersteunen, transformatie te stimuleren en bestaande gebouwen energie-efficiënter te maken. Samen met de sector willen we deze ambitie vormgeven.

Bronnen

- [Aan de slag met verduurzamen | NHG](#)
- [AI in de huisartsenpraktijk | NHG](#)
- [AZWA: Sterke eerste lijn, sterk vak | LHV](#)
- [Basisberoep en specialisme | BIG-register](#)
- [Capaciteitsplan 2021-2024, deelrapport 2: huisartsgeneeskunde | Capaciteitsorgaan](#)
- [Capaciteitsplan 2027-2030: huisartsen verantwoording | Capaciteitsorgaan](#)
- [De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2024 | Nivel](#)
- [De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg | RVS](#)
- [De eerste lijn: kantelpunt voor de transformatie van zorg | AEF](#)
- [De groene huisartsenpraktijk | LHV](#)
- [De huisartsenzorg van de toekomst is hybride | NHG](#)
- [De opkomst van bedrijfsketens in de huisartsenzorg | IGJ](#)
- [Druk op de huisartsenpraktijken onverminderd hoog | Nivel](#)
- [Duurzaamheid in de huisartsenpraktijk | LHV](#)
- [Eerstelijnszorg | Aanbod | Huisartsen | VZinfo](#)
- [Focus op huisartsentekort | Algemene Rekenkamer](#)
- [Goede voorstellen voor de \(huisartsen-\)zorg in nieuw regeerakkoord | LHV](#)
- [Huisartsen en praktijken in kaart: cijfers uit Nivel Beroepenregistraties in de Zorg 2023-2024 | Nivel](#)
- [Jaarbeeld SBOH: cijfers aios 2024 | SBOH](#)
- [Leidraad continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg 2027/2028 | Zorgverzekeraars Nederland](#)
- [Nivel-cijfers huisartsen en huisartsenpraktijken: aantal, samenstelling, arbeidsmarkt en meer | Nivel](#)
- [Onderzoek naar financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra | PwC](#)
- [Oplossingen zijn dringend nodig voor mensen zonder huisarts | IGJ](#)
- [Pereira Gray, D. J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. \(2018\). Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality](#)
- [Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025 - TB/REG-25620-02 | NZa](#)
- [Promotie: Digitale huisartsenzorg leidt tot meer werkdruk | Skipr](#)
- [Quickscan | NHG](#)
- [Waar blijft de tijd van de huisarts, 2024-2025 | Nivel](#)
- [Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2024 en trendcijfers 2020-2024 | Nivel](#)
- [Zorgverzekeraars gaan huisartsen helpen bij starten van nieuwe praktijken | LHV](#)
- [Zorgverzekeraars, huisartsen en huisartsenorganisaties zetten in op continuïteit huisartsenzorg | Zorgverzekeraars Nederland](#)

Meer weten?

Vraag het de sectorespecialisten van ABN AMRO.

Vakgroep Huisartsen



Mart Cents

mart.cents@nl.abnamro.com

06 - 15 64 38 84



Suzanne Lansbergen

suzanne.lansbergen@nl.abnamro.com

06 - 51 05 48 29

abnamro.nl/medici