

**Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden**

## 566

Vragen van het lid **Wolbert** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *tekort aan huisartsen in Drenthe* (ingezonden 14 oktober 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 19 november 2013) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2013–2014, nr. 460

Vraag 1

Bent u bekend met het Een Vandaag-item «Drenthe: tekort aan huisartsen door gebrek opvolgers»?<sup>1</sup>

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Bent u ook geschrokken van het feit dat sommige huisartsen in Zuidwest-Drenthe al jaren op zoek zijn naar een opvolger terwijl er op korte termijn naar verwachting 25–30 huisartsen nodig zijn om de huisartsencapaciteit op niveau te houden?

Antwoord 2

Mij is bekend dat zich op termijn mogelijk problemen kunnen voordoen bij het vinden van opvolging voor huisartsen in de regio Drenthe. Huisartsenkring Drenthe heeft een enquête uitgezet om in kaart te brengen hoeveel huisartsen op basis van hun leeftijd de komende jaren de praktijk zullen beëindigen en waar mogelijk problemen zich voordoen bij het vinden van opvolging. Dit om hier tijdig op te kunnen anticiperen en waar mogelijk ondersteuning te bieden.

Vraag 3

Zijn er bij u, naast Zuidwest-Drenthe en Noordoost-Groningen, meer gebieden bekend waar deze problematiek zich voordoet?

<sup>1</sup> [http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/47397/drenthe\\_tekort\\_aan\\_huisartsen\\_door\\_gebrek\\_opvolgers](http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/47397/drenthe_tekort_aan_huisartsen_door_gebrek_opvolgers)

### Antwoord 3

Nee, er zijn mij geen andere regio's bekend waarin op korte termijn sprake is van een tekort aan huisartsen. In de werkgroep «zorg en sociale draagkracht»<sup>2</sup> worden de gevolgen van krimp op het terrein van zorg besproken en worden zorgvraagstukken geïnventariseerd. Tot nu toe heeft alleen de regio Drenthe door middel van de uitkomsten van de enquête inzicht gegeven in het te verwachten tekort aan huisartsen de komende jaren.

### Vraag 4

Deelt u de mening dat de situatie omtrent de opvolging van huisartsen in buitengebieden al jaren zorgelijk is en dat landelijke aansturing noodzakelijk lijkt om de huisartsencapaciteit daar voldoende beschikbaar te houden?

### Antwoord 4

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten ervoor zorgen dat er voldoende huisartsenzorg voor hun verzekerden kan worden ingekocht, ook in buitengebieden. Wanneer een verzekeraar te weinig onderneemt om de toegang tot de huisartsenzorg te borgen en te financieren kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de verzekeraar aanspreken op zijn zorgplicht. De overheid heeft vooral een taak te zorgen voor voldoende opleidingsplaatsen voor huisartsen. De Huisartsopleiding Nederland (HON) is verantwoordelijk voor het verdelen van de opleidingsplaatsen over het land en houdt bij deze verdeling rekening met de inwoneraantallen in het gebied van het opleidingsinstituut. Lokale overheden kunnen daarnaast faciliterend optreden om hun aantrekkelijkheid als vestigingsplaats voor huisartsen te vergroten.

### Vraag 5

Hoe kijkt u aan tegen een oplossing waarin zorgverzekeraars huisartstarieven differentiëren zodat het huisartsenwerk in buitengebieden aantrekkelijker kan worden gemaakt? Is voor tariefdifferentiatie voor huisartsen een ministerieel besluit nodig of mogen zorgverzekeraars dit al?

### Antwoord 5

Binnen de bekostigingssystematiek van huisartsenzorg is het mogelijk dat aanbieders van huisartsenzorg en verzekeraars, via de module Modernisering & Innovatie (M&I-module), afspraken maken ter versterking van de eerste lijn. Indien verzekeraars ervoor kiezen om aanvullende afspraken te maken met huisartsen in buitengebieden zodat deze verzekeraars kunnen voldoen aan hun zorgplicht, heb ik hier geen bezwaren tegen.

### Vraag 6

Deelt u de mening dat dit naast de problematiek omtrent het beschikbaar houden van voldoende huisartsencapaciteit, extra noodzakelijk is aangezien het uitgerekend gebieden betreft waar de bevolking relatief ongezonder is?<sup>3</sup> In hoeverre vindt u dat de verantwoordelijkheid van in buitengebieden actieve zorgverzekeraars reikt om tot een oplossing te komen? Waar eindigt de verantwoordelijkheid van de verzekeraars en waar begint uw verantwoordelijkheid als het gaat om het tegengaan van de sociaal economische gezondheidsverschillen in Zuidoost-Drenthe en Noordoost-Groningen?

### Antwoord 6

Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars om voldoende zorg in te kopen om jegens hun verzekerden aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Dit betekent dat verzekeraars ervoor dienen te zorgen dat verzekerden die woonachtig zijn in deze gebieden gebruik kunnen maken van huisartsenzorg. Voor wat betreft de regio Drenthe heb ik vernomen dat de Drentse LHV kring (Landelijke Huisartsen Vereniging), de Drentse Huisartsen Coöperatie en de Centrale Huisartsen Dienst met de preferente verzekeraar Achmea in gesprek zijn om samen tot een oplossing te komen. Er is een plan van aanpak opgesteld waarin aandacht wordt besteed aan financiële, infrastructurele- en

<sup>2</sup> Deze werkgroep maakt deel uit van het Nationaal Netwerk Bevolkingsdaling. Het Netwerk richt zich op gemeenten, provincies, ministeries, samenwerkingsverbanden, wetenschappelijke instellingen, onderzoeksinstellingen en maatschappelijke partners van diverse overheden.

<sup>3</sup> <http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2013/Zorgthermometer%20-%20Zorg%20in%20Regios/files/mobile/index.html#9>

personele incentives. Zo stelt Achmea via de M&I-module met ingang van 2014 extra geld beschikbaar om startende huisartsen te motiveren om zich in Drenthe te vestigen. Daarnaast is overeengekomen dat Achmea de opleiding van vijf extra physician assistants betaalt. Dit zijn hoogopgeleide zorgverleners die onder supervisie van de huisarts taken kunnen overnemen. Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid dat verzekeraars via de risicoverevening vereveningsbijdragen toegekend krijgen die rekening houden met de gezondheid van hun verzekerdenpopulatie. Uit de zorgthermometer «zorg in regio's 2013» van Vektis blijkt dat de gemiddelde kosten per verzekerde relatief hoog zijn in Drenthe en Groningen. Dit hangt mede samen met de vergrijzing in deze gebieden, waardoor het aantal mensen met een chronische ziekte ook relatief hoog is. Overigens blijkt uit gegevens van de GGD Drenthe dat de volwassen bevolking van Drenthe niet ongezonder is dan de gezondheid van de gemiddelde Nederlander. Binnen Drenthe zijn echter wel verschillen waarneembaar, welke samenhangen met verschillen in sociaal economische status (SES).

#### Vraag 7

Hoe kijkt u aan tegen een oplossing waarin een gezondheidscentrum geplaatst wordt in probleemgebieden om zodoende de aanwas van nieuwe huisartsen aantrekkelijker te maken? Wat zou u kunnen doen als zich hier investeringsproblemen voordoen?

#### Antwoord 7

Het is mij bekend dat (beginnend) huisartsen steeds minder kiezen voor een solopraktijk en vaak een voorkeur hebben om in een groepspraktijk werkzaam te zijn. Uit de NIVEL beroepsregistraties blijkt dat er in verhouding in Drenthe relatief veel huisartsen werkzaam zijn in groepspraktijken. Ik kan mij voorstellen dat in plattelandsgebieden gezondheidscentra, taakherschikking en multidisciplinaire samenwerking kunnen bijdragen aan het optimaal vormgeven van het benodigde zorgaanbod. Welke oplossing het beste is zal regio-afhankelijk zijn en aan het oordeel van verzekeraars en aanbieders in de regio.

#### Vraag 8, 9, 11 en 12

In hoeverre mogen flankerende incentives worden ingezet om vestiging van nieuwe huisartsen en hun partners aantrekkelijker te maken in buitengebieden? Hoe kijkt u aan tegen een oplossing waarin wordt gezorgd voor werkbemiddeling voor partners van huisartsen? Wie zou een dergelijke werkbemiddeling moeten betalen?

Hoe kijkt u aan tegen overige flankerende incentives, zoals dat in andere bedrijfstakken meer gebruikelijk is (het beschikbaar stellen van goedkope hypotheek, het overkopen van de huizen die moeten worden achtergelaten, auto's voor partners om woon-werkverkeer te faciliteren, reiskostenvergoedingen etc.)?

Wat kunt u nog meer doen om de situatie te verbeteren?

Gaat u op korte termijn actie ondernemen om voldoende huisartsencapaciteit in buitengebieden te garanderen?

#### Antwoord 8, 9, 11 en 12

Het is algemeen bekend dat de komende dertig jaar in Nederland een bevolkingsdaling optreedt en dat in krimpregio's deze bevolkingsdaling sneller optreedt dan in andere delen van Nederland. Structurele krimp op regionale schaal zal, in combinatie met ontgroening en vergrijzing, gevolgen hebben voor diverse terreinen zoals wonen, werken, onderwijs, bereikbaarheid en ook de zorg- en welzijnsvoorzieningen. Om de uitdagingen voor de toekomst aan te gaan is er een interbestuurlijk actieplan bevolkingsdaling opgesteld «Krimpen met kwaliteit!», welke ook ingaat op thema's als de zorg en de arbeidsmarkt. Zo wordt in relatie tot de zorg in het actieplan weergegeven dat krimpregio's bij uitstek geschikt zijn om te experimenteren met nieuwe werkwijzen, bijvoorbeeld de inzet van ICT in de zorg / e-health. Voor tijdelijke financiering van dergelijke experimenten kunnen de regio's bijvoorbeeld gebruik maken van de beleidsregel innovatie van de NZa. Met dit interbestuurlijk actieplan geven de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Rijksoverheid richting aan een

gezamenlijke beleidsaanpak van bevolkingsdaling met daarbij concreet geformuleerde korte- en lange termijn acties.

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties voert momenteel een quickscan uit welke tot doel heeft inzicht te bieden in het verwachte huisartsentekort in de noordelijke krimp- en anticiperregio's (waaronder Drenthe). Hier worden ook de verzekeraars bij betrokken. Voor meer informatie over deze quickscan verwijs ik u naar de website «Van meer naar beter».<sup>4</sup>

#### Vraag 10

In hoeverre kan de beschikbaarheidsbijdrage worden ingezet voor het inzetten van nieuwe huisartsen in buitengebieden? Kan dit geregeld worden via de wet?

#### Antwoord 10

Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is vastgelegd in de Wet marktorde-ning gezondheidszorg (WMG). Deze beschikbaarheidsbijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd.

Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is derhalve een last resort optie die pas in beeld komt als een benodigde vorm van zorg niet (voldoende) in de markt tot stand komt. Daarvan is hier naar mijn mening geen sprake. Het is aan zorgverzekeraars om de toegang tot de huisartsenzorg te borgen en te financieren. Het in het artikel gesignaleerde probleem is vooral dat huisartsen niet in die regio willen werken, daarbij lijkt de bekostiging/tarifiering niet het knelpunt te zijn. In dergelijke omstandigheden is er geen reden om een beschikbaarheidsbijdrage in te zetten.

---

<sup>4</sup> <http://www.vanmeernaarbeter.nl/nieuws/quick-scan-anticiperen-op-verwacht-huisartsentekort>