

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

2508

Vragen van het lid **Van den Berg** (CDA) aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Langdurige Zorg en Sport over *het bericht «Meer tijd voor de patiënt» betekent voorlopig vooral meer administratie voor de huisarts»* (ingezonden 16 maart 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de Minister voor Langdurige Zorg en Sport (ontvangen 9 mei 2023). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2022–2023, nr. 2183.

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht «Meer tijd voor de patiënt» betekent voorlopig vooral meer administratie voor de huisarts»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Kunnen alle huisartsen vanaf 1 april 2023 gebruikmaken van de extra beschikbare tijd per consult? Waarom wel of waarom niet?

Antwoord 2

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) heb ik met partijen in de huisartsenzorg afspraken gemaakt over het landelijk beschikbaar stellen van meer tijd voor de patiënt (MTVP). Partijen hebben daartoe in gezamenlijkheid een leidraad² vastgesteld voor implementatie van MTVP, inclusief de mogelijke interventies voor anders werken in de praktijk, samenwerking met het netwerk en uitbreiding van de personele capaciteit. In deze afspraken hebben partijen ook een tijdpad opgesteld waarbinnen huisartsen kunnen starten met het daadwerkelijk realiseren van MTVP. Per 1 april 2023 komt er elk kwartaal voor maximaal 25% van de bij huisartsen ingeschreven verzekerden MTVP beschikbaar.

¹ de Volkskrant, 2 maart 2023, «Meer tijd voor de patiënt» betekent voorlopig vooral meer administratie voor de huisarts».

² Meer tijd voor de patiënt – LHV

Vraag 3

Klopt het dat afspraken over het inzetten van de extra tijd per consult in de ene regio makkelijker tot stand komt dan in de andere regio? Waarom wel of niet? Door wie of wat wordt dat bepaald?

Antwoord 3

Zoals ik in antwoord op vraag twee heb aangegeven zijn partijen overeengekomen om MTVP per 1 april jongstleden elk kwartaal voor maximaal 25% van de ingeschreven verzekerden beschikbaar te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met het werkgebied van zorgverzekeraars en daarmee verspreiding over regio's in Nederland.

De huidige signalen zijn dat in nagenoeg alle regio's een start is gemaakt om per 1 april jongstleden 25% van de ingeschreven verzekerden in te kunnen laten stromen. Het zal de komende periode duidelijk moeten worden in hoeverre deze afspraken goed tot stand komen en of daar eventueel regionale verschillen ontstaan. De branchepartijen Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen en Zorgverzekeraars Nederland staan de huisartsen, Regionale Huisartsen Organisaties (RHO's) en zorgverzekeraars bij om te helpen bij vragen over de bovengenoemde leidraad MTVP.

Vraag 4

Is bekend of het aanvragen van extra tijd bij huisartsen leidt tot extra administratieve lasten? Kunt u hierbij een toelichting geven?

Antwoord 4

Het is van belang dat administratieve lasten beperkt zijn, maar ook dat de afspraken daadwerkelijk leiden tot meer tijd in de spreekkamer en een lagere werkdruk bij de huisarts. Partijen hebben daartoe de afspraken in de leidraad zodanig geformuleerd dat ze slechts een minimale horde vormen voor de parktijk die hieraan kunnen en willen deelnemen. De voorwaarden die in de leidraad zijn opgenomen sluiten aan bij de ervaringen die partijen hebben opgedaan over succesvolle implementatie van MTVP; dit vraagt meer dan alleen het verlengen van de consultduur. Om huisartsen goed te ondersteunen hebben partijen afgesproken dat de regionale huisartsen organisatie (RHO) per regio een plan maakt voor MTPV, waarop de individuele huisartsen die zij vertegenwoordigt kunnen aansluiten.

Vraag 5

Wat gebeurt er met de financiële middelen die vervolgens «op de plank» blijven liggen?

Antwoord 5

Zoals afgesproken in het IZA stijgen de budgettaire kaders van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg de komende jaren sterk en bieden deze daardoor voldoende ruimte om te investeren in MTVP in alle regio's en om aan de vele andere beleidsdoelen in de huisartsenzorg te voldoen. Door de afspraken in het IZA zoals die over MTVP, verwacht ik niet dat er (veel) ruimte over blijft in het huisartsenkader. Ik heb het volste vertrouwen dat huisartsen, RHO's en verzekeraars de beschikbare ruimte in het kader zo goed mogelijk zullen benutten.

Vraag 6

Klopt het dat u het totaal aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen bepaalt na het advies van het Capaciteitsorgaan?

Antwoord 6

Ik bepaal het instroommaximum op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan in combinatie met de reële opleidingscapaciteit in het land, zoals deze is afgestemd met de opleidingsinstituten.

Vraag 7

Kunt u aangeven wat de huidige verdeling is over de academische ziekenhuizen en wie dat bepaalt? Wat is de rol van de werkgever van artsen in opleiding (de stichting SBOH)? Kunt u aangeven welke criteria daarbij worden toegepast om tot een verdeling te komen? In hoeverre worden algemene ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen betrokken in de opleiding?

Antwoord 7

In de onderstaande tabel ziet u het aantal aiossen dat in 2022 in opleiding was tot huisarts, opgedeeld per opleidingsinstituut/umc. De opleidingscapaciteit is gebaseerd op het aantal inwoners in de regio van het betreffende umc. Bij groei van de opleidingscapaciteit wordt ook gekeken naar het aantal beschikbare (potentiële) huisartsopleiders in de regio. De SBOH speelt geen rol bij deze verdeling. De verdeling wordt bepaald door de hoofden van de huisartsinstituten (Huisartsopleiding Nederland) gerelateerd aan de omvang van de regio behorende bij het umc. De SBOH is werkgever, financier en partner voor artsenberoepen buiten het ziekenhuis. De huisartsenopleiding is gekoppeld aan één van de onderstaande opleidingsinstituten. De opleiding bestaat uit opleidingsperiodes in de praktijk van een huisartsopleider in jaar 1 en 3 en in jaar 2 een verplichte klinische stage en stages in andere zorginstellingen. Algemene ziekenhuizen en topklinische ziekenhuizen kunnen in de opleiding betrokken zijn als stage-instellingen.

Aios huisartsgeneeskunde per instituut	2022	
	Aantal	%
AMC – UvA	305	12,7%
VU medisch centrum	267	11,1%
VU Twente	36	1,5%
Erasmus MC Rotterdam	353	14,7%
LUMC	247	10,3%
Universiteit Maastricht	258	10,7%
Radboudumc	343	14,3%
UMC Groningen	306	12,7%
UMC Utrecht	289	12,0%
Totaal	2.404	100%

Vraag 8

Klopt dat academische ziekenhuizen voorheen dependances hadden, zoals in Leeuwarden, waardoor opleidingsplaatsen beter werden gespreid?

Antwoord 8

De opleiding tot huisarts is ondergebracht bij de academische ziekenhuizen (umc's). Sommige van de 8 opleidingsinstituten bij de umc's hadden voorheen al dependances en dat zijn er de afgelopen jaren steeds meer geworden. Zo heeft de opleiding in Groningen een vestiging in Zwolle, Amsterdam heeft een locatie in Twente en Maastricht/Nijmegen hebben een dependance in Eindhoven. Door de toename aan dependances kunnen aiossen verspreid over het hele land opgeleid worden en blijft de reisafstand naar het instituut beperkt.

Vraag 9

Kunt u aangeven welke academische huizen nu nog een dependance hebben? Bent u bereid deze verplicht te maken zodat er een betere spreiding komt?

Antwoord 9

Zie antwoord op vraag 8. De hoofden van de huisartsopleidingen en werkgevers van huisartsen in opleiding (de SBOH) zijn van mening dat de spreiding van de instituten in combinatie met de dependances redelijk optimaal is. Verdere uitbreiding is uit bedrijfseconomisch oogpunt (op dit moment) niet mogelijk.

Vraag 10

Kunt u aangeven hoe de samenstelling van het bestuur van de SBOH tot stand komt en wie het mandaat van deze stichting bepaalt?

Antwoord 10

De Raad van Commissarissen van de zelfstandige stichting SBOH benoemt de leden van de Raad van Bestuur van de SBOH en houdt toezicht op de vervulling van hun statutaire taak. Het mandaat van de stichting wordt bepaald door de statuten en de beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage

medische vervolgopleidingen van de NZa (artikel 1.20 sub a) en de subsidiebeschikkingen van de Minister van VWS (instellingsubsidie en projectsubsidies).