

Analyse huisvesting en continuïteit huisartsen Utrecht

Inleiding

In 2022 is door de LHV een landelijk onderzoek uitgevoerd naar de huisvestingsproblematiek onder huisartsen in Nederland. Zowel de zorgverzekeraar, regionale huisartsenorganisaties als Gemeente Utrecht hebben ondertussen signalen ontvangen van huisartsen die problematiek ervaren rondom huisvesting en continuïteit.

Samen met twee Regionale Eerstelijnszorgorganisaties in Utrecht (Sterkzorg en RegiozorgNu) is een analyse gemaakt van de problematiek in Utrecht. De regio-organisaties ondersteunen huisartsen en professionals op het gebied van HR, financiën, ICT, en hebben een faciliterende rol op inhoud. Niet alle huisartsen in Utrecht zijn 'lid' of onderdeel van deze regio-organisaties.

Sterkzorg en RegiozorgNu hebben een uitvraag gedaan bij hun huisartsen in de stad. De huisartsen in de wijken Leidsche Rijn en Vleuten – De Meern werken in loondienst bij het Julius gezondheidscentrum, ten opzichte van andere wijken in Utrecht. Daarnaast huurt het Julius gezondheidscentrum panden van de afdeling vastgoed van de Gemeente Utrecht. Dat geeft een andere dynamiek en daarmee ook andere vraagstukken. Toch zijn de meeste vraagstukken herkenbaar.

Ook landelijk is er aandacht voor de huisvesting van huisartsen en hebben we vanuit Utrecht een gesprek gevoerd met het ministerie van VWS. Door PWC is een rapport opgesteld over financiële knelpunten bij huisvestingsproblematiek van huisartsen en gezondheidscentra, dat helpt bij de beeldvorming. Dit document is een samenvatting van al deze informatie en gesprekken.

Samenvatting

- Utrecht is huisartsenhoofdstad van Nederland, met tweemaal het landelijk gemiddelde aan huisartsen per inwoner¹. We hebben nog voldoende huisartsen om de huidige zorgvraag aan te kunnen. Utrechtse praktijken zijn (meestal) open voor nieuwe patiënten.
- Toenemende personele tekorten (met name assistenten en praktijkondersteuners) zijn tevens debet aan het niet aankunnen nemen van nieuwe patiënten.
- Tevens is er schaarste aan geschikte/beschikbare panden en sprake van vaak hoge huisvestingskosten.
- De beweging die landelijk wordt gemaakt in de versterking samenwerking eerste lijn en sociaal domein wordt onvoldoende gefaciliteerd in het huidige systeem. De huisarts wordt bijvoorbeeld niet gefaciliteerd zowel financieel als in samenhang om een geïntegreerde praktijk te realiseren waarbij sociaal domein en de brede eerste lijn in één loket samenwerken. Dat is wel wenselijk voor inwoners, op het niveau van de buurt en wordt ook in de landelijke visie gevraagd.
- 30 % procent van de huisartsen in het Sterkzorg gebied geeft aan problemen met huisvesting te hebben. Om integrale en toekomstbestendige zorg te borgen zijn de panden toe aan verruiming, herinrichting en vernieuwing. In het RegiozorgNu-gebied is de problematiek anders en gaat de behoefte voornamelijk over het faciliteren van opvang van groei. Kosten gaan daarin voor de baten.
- De komende jaren stijgt het inwonersaantal fors door, met toenemende grijs-groene druk. De verdichtende stad brengt uitdagingen mee op het gebied van betaalbare en beschikbare huisvesting, voldoende personeel en andere factoren.
- Er is geen one-size fits all oplossing. Meer geld is voor de meeste vraagstukken niet het antwoord. Het vraagt om maatwerk en het samenbrengen van de verschillende relevante

¹ <https://www.zorgvisie.nl/utrecht-is-huisartsenhoofdstad-van-nederland/>

stakeholders. De gemeente Utrecht kan hier samen met de Regionale Eerstelijnszorgorganisaties een rol in spelen en regie op voeren.

Analyse continuïteit huisartsenzorg in Utrecht

Utrechtse praktijken zijn (meestal) open

Utrecht is huisartsenhoofdstad van Nederland, met tweemaal het landelijk gemiddelde aan huisartsen per inwoner. De huisartsenopleiding is gevestigd in Utrecht, waardoor veel (huis)artsen blijven 'hangen' in Utrecht. Utrecht wordt door huisartsen gezien als een overzichtelijke (niet te groot) en prettige stad die goed bereikbaar is in het midden van het land. Ook spreekt de relatief jonge inwoners huisartsen aan. We hebben nog géén urgent tekort aan huisartsen. De meeste praktijken zijn open. In Utrecht zijn op het moment van uitvragen (oktober 2024) vier locaties met een patiëntenstop. Onderzoek van de NZa laat zien dat er in Utrecht nauwelijks wachtenden op een huisarts zijn.

Uitdaging 1: Beperkte groeir ruimte

- Op dit moment (oktober 2024) is er nog ruimte in de stad voor nieuwe patiënten. Eén-derde van de locaties heeft nauwelijks groeicapaciteit (0-100 patiënten).
- Een risico is dat patiënten die uit Utrecht verhuizen niet altijd weg kunnen omdat de huisartsenpraktijk in het nieuwe postcodegebied geen patiënten aanneemt, waardoor oude praktijk (in Utrecht) ook vol raakt. Daarnaast willen sommige patiënten na verhuizing niet weg. Of het lukt ze niet zonder begeleiding.
- Over 10 jaar is een grote uitstroom te verwachten van huisartsen die met pensioen gaan.

Uitdaging 2: Voldoende personeel

- Uit onderzoek onder huisartsen blijkt dat 20% van de praktijkondersteuners overweegt te stoppen, de helft vanwege pensioneringen. Ook andere ondersteunende functies zoals doktersassistenten zijn lastig(er) aan te trekken. Dit heeft een relatie met de beschikbaarheid van betaalbare woningen in de stad.
- Ook al zijn er nog voldoende huisartsen in Utrecht en blijft Utrecht een aantrekkelijke stad voor huisartsen, zijn jonge huisartsen steeds minder geneigd om een eigen praktijk op te zetten of over te nemen. Deze groep heeft nog geen eigen kapitaal opgebouwd en durft het risico van de steeds groter wordende investering niet aan. Men ziet op tegen het praktijk eigenaarschap en men wil vaak ondersteund worden in facilitaire diensten als HR, ICT, communicatie etc. Tekort aan personeel richt zich nu met name op andere doelgroepen dan huisartsen, op dit moment vooral doktersassistenten.
- Een risico voor voldoende personeel (zowel huisartsen en ondersteunend personeel) is de betaalbaarheid van woningen in Utrecht.

Uitdaging 3: (betaalbare) huisvesting

- Eén-derde van de huisartsen in Utrecht geeft aan dat zij te weinig vierkante meters heeft. Ook geven 11 huisartsenpraktijken aan dat zij te hoge huurlasten hebben. Dit zijn vooral de locaties die naast de praktijk ook ruimtes verhuren aan andere eerstelijnsaanbieders en/of sociaal domein;
- Huisartsen stellen investeringen uit vanwege verwachte hogere kosten. Soms is de vraag of iets echt niet haalbaar is, of dat een huisarts liever kleiner blijft zitten met lagere lasten. Niet alleen in Utrecht, maar ook in andere grote (verdichtende) steden ervaren huisartsen in nieuwbouw/verbouw een financieel knelpunt of onrendabele top. De onrendabele top (zowel in bestaande bouw als nieuwbouw) kan oplopen tot 5-20%. De oorzaken hiervan zijn: stijgende bouwkosten; hoge grondkosten door (brede) bestemming van nieuwbouwlocaties; stijgende

rente leidt tot minder leencapaciteit (met name probleem bij nulpraktijken). Voor de opbouw van praktijken in nieuwbouwwijken waren in het verleden subsidiegelden, deze zijn er niet meer waardoor de lasten en risico's voor de praktijk zijn.

- Huisvestingswens komt voort uit verschillende wensen:
 - Wens tot uitbreiding (personeel, patiënten, of een andere praktijkfilosofie --> bijv verschuiving van taken vanuit de tweede lijn) naar de eerste en van de eerste naar het sociaal domein.
 - Wens tot samenwerking met ander zorgdisciplines (geïntegreerde (gezondheids)centra, buurtteams). Deze wens sluit aan ons gemeentelijk beleid en op landelijke trend en beleid (Integraal Zorg Akkoord en visie eerstelijns 2030.).
 - Wens tot modernisering (energie, betere, veiligere werkomgeving, verouderde staat).
- Soms is het ook een noodzaak om andere huisvesting te vinden. Bijvoorbeeld wanneer het huurcontract door de verhuurder wordt opgezegd, zoals in het geval van het Gezondheidscentrum Kanaleneiland en Mariahoek. Er is dan niet direct een nieuwe locatie voorhanden noch uitbreiding van de bestaande locatie mogelijk.
- Nieuwbouw is een risico. Enerzijds zijn toekomstige panden maakbaarder en voldoen aan alle eisen. Het zijn echter lange processen met vaak veel vertraging. Daarbij ligt het financiële risico nu volledig bij de praktijk. Waarbij de tijdelijke/oude situatie vaak niet ideaal is.
- Bij gemeentelijk vastgoed rekent de gemeente een kostprijsdekkende huur. Deze kostprijs ligt vaak hoger dan marktconforme huur. Daardoor betalen maatschappelijke organisaties zoals een gezondheidscentrum een hogere huur. Een huisartsenzorgaanbieder is geen commerciële partij die zelf haar eigen tarieven kan bepalen, maar is gebonden aan de maximum tarieven vastgesteld door de NZA (gebaseerd op een landelijk gemiddelde die niet dekkend is voor de randstad).
- Het komt steeds minder voor dat huisartsen individuele praktijken openen. Zij zien de meerwaarde in van samenwerken, met andere huisartsen en andere zorgaanbieders en sociaal domein partners. Er wordt dus steeds meer in geïntegreerde gezondheidscentra gewerkt, volgens de principes van het IZA. Dit betekent vaak een wens voor meer vierkante meters.
- Relatief beperkt aanbod geschikt vastgoed. De wijkgebondenheid van een praktijk helpt hierin niet mee.

Uitdaging 4: Ondernemerschap en eigenaarschap

- In veel gevallen is de huisarts als hoofdhuurder verantwoordelijk voor de verhuur van het pand. Huisartsen en de koepels geven aan dat de huisvestingsvraagstukken en verantwoordelijkheden als hoofdhuurder veel tijd vragen die ten koste gaan van de zorg en de wijk. Huisartsen willen zoveel mogelijk tijd bezig zijn met de zorg van patiënten. In Leidsche Rijn/ Vleuten – De Meern is in de panden van de Julius Gezondheidscentra sprake van toenemende leegstand. (Kleine) paramedische partijen en partners als Buurtteam sociaal en Buurtteam Jeugd en gezin vinden de huur te hoog en vertrekken. In het kader van samenhangende zorg rondom bewoners zijn dit vaak wel partijen die 'passen' bij het zorgconcept. De leegstand tegengaan met commerciële huur is niet mogelijk vanwege de beperkte bestemming. Een brede bestemming kan juist weer het risico van hoge grond- of vastgoedprijzen meebrengen.
- Het werken in geïntegreerde gezondheidscentra betekent een grotere verantwoordelijkheid voor het ondernemerschap van de huisarts en daarmee ook een groter financieel risico. Daarnaast hebben huisartsen niet altijd de juiste kennis en expertise (ruimtelijk en financieel). Dit maakt dat huisvestingsvraagstukken vaak 'laat' worden herkend door de huisarts, of dat de doorlooptijden van ruimtelijke processen worden onderschat.

Uitdaging 5: Tarieven

- Vanuit de LHV is er kritiek op de tarieven die de NZa heeft vastgesteld. Er is kritiek op de rekenmethodes die daaraan ten grondslag liggen en tevens kijkt de NZa terug. Dus ook op de

huisvestingscomponent. Daarnaast wordt geen rekening gehouden met de behoefte om integraler samen te werken en de ruimtevraag die dit meebrengt.

- Echter, het is vooralsnog niet te verwachten dat deze tarieven bijgesteld worden. Er zijn ook veel huisartsen die uitkomen, en met het verhogen van de tarieven zouden ook niet alle vraagstukken opgelost zijn.
- Hierdoor gebeurt het steeds vaker dat er gekeken wordt naar maatwerkafspraken bij nieuwe praktijken. Dit zijn echter altijd tijdelijke afspraken.

Uitdaging 6: De groeiende stad

Utrecht blijft doorgroeien de komende jaren, met verdichting als randvoorwaarde. De grootste groei tot en met 2040 vindt plaats in Zuidwest (+26.420), Oost (+15.864) en Leidsche Rijn (+13.110). De NZa hanteert een norm van 1 huisarts op 2095 ingeschreven patiënten. In het koersdocument Leefbare Stad en Maatschappelijke Voorzieningen en vanuit de LHV wordt uitgegaan van een norm van 150m² per huisarts. Het aantal huisartsen zou tot 2040 met ruim 45 FTE moeten stijgen om de groei van de stad bij te benen. Dat betekent een toename van 6.800 m² voor huisartsenpraktijken tot 2040. Dat zijn dus niet nog andere eerstelijnsvoorzieningen als een apotheek, fysiotherapeut etc. Een deel van deze benodigde m² is al opgenomen in geplande bouwprojecten, zoals in Merwedekanaalzone waar ook een gezondheidscentrum gerealiseerd wordt. We brengen met SterkZorg en RegiozorgNu in kaart op welke plekken al wel geanticipeerd wordt op een toenemende zorgvraag in het kader van een groeiende stad, en op welke plekken dit nog niet het geval is. Wel is duidelijk dat het blijven realiseren van voldoende gezondheidsvoorzieningen in een verdichtende stad een uitdaging zal zijn.

	2025	2040	Groei	benodigde FTE	Benodigde m ²
Zuidwest	42.498	68.918	+26.420	+12,6	+1.892
Oost	33.112	48.976	+15.864	+7,6	+1.136
Leidsche Rijn	50.687	63.797	+13.110	+6,3	+939
Overvecht	35.520	44.629	+9.109	+4,3	+652
Binnenstad	20.516	29.352	+8.836	+4,2	+633
West	29.493	36.849	+7.356	+3,5	+527
Vleuten-De Meern	51.923	58.027	+6.104	+2,9	+437
Noordwest	45.079	48.952	+3.873	+1,8	+277
Zuid	28.798	32.046	+3.248	+1,6	+233
Noordoost	40.312	41.221	+909	+0,4	+65
Totaal	377.938	472.767	+94.829	+45,3	+6.790