



HUISVESTING HUIS- ARTSENPRAKTIJKEN IN ROTTERDAM

Knelpunten? De huidige praktijk en de toekomst

ABSTRACT

Het vestigen van een huisartsenpraktijk is in principe een aangelegenheid van de markt. Volgens de wet is niet de gemeente maar de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor huisartsenzorg. Het houden van een praktijk is afhankelijk van ondernemerschap en mogelijkheden in de markt. Geschikte huisvesting kan hierin een onderdeel zijn. Knelt het ondernemerschap op dit onderdeel in de stad Rotterdam?

Bert Uyterlinde

Samenvatting

In het voorjaar van 2020 is er in de gemeenteraad gesproken over de huisvesting van huisartsenpraktijken. Aanleiding hiervoor waren een aantal voorbeelden waarin praktijkhouders moeite hadden in het vinden van een nieuwe locatie voor hun praktijk. Om een goed beeld te krijgen of er voldoende huisartspraktijken zijn binnen de gemeente, het vinden van een geschikte locatie voor een praktijk structureel voor knelpunten zorgt en of dit huisartsen tegenhoudt om zich te vestigen is een onderzoek uitgevoerd. Hierbij is ook de vraag meegenomen welke mogelijkheden de gemeente zelf kan inzetten om mogelijke knelpunten aan te pakken.

Huisartsenpraktijken in de gemeente Rotterdam

Om de vragen te kunnen beantwoorden is samen met onder andere de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) een onderzoek gedaan onder haar Rotterdamse leden. Daarnaast zijn relevante ontwikkelingen in de zorg, de beroepsgroep, bevolking en vastgoedmarkt onderzocht.

Het levert een beeld op van de huidige situatie op het gebied van huisvesting, de animo en mogelijkheden om een praktijk te starten of over te nemen, en een voor-spelling van de toekomst hiervan.

Uit de analyse blijkt dat veel huisartsenpraktijken een ruimtetekort ervaren. Dit tekort kan in de meeste gevallen alleen worden opgelost met een alternatieve locatie. Tevens blijkt dat het vinden van een geschikt, betaalbaar alternatief lastig is, met name in de bestaande stad.

In nieuw te ontwikkelen gebieden wordt ruimte gereserveerd voor maatschappelijke functies maar is het voor een huisarts financieel lastig een praktijk te starten. De aanwas van patiënten, en daarmee inkomsten, is afhankelijk van het bouwtempo.

Ook is gebleken dat veel praktijkruimtes zijn gehuurd, dit brengt het risico met zich mee dat op moment dat huurcontracten aflopen huisartsen worden geconfronteerd

met te forse huurstijgingen. Verwachting is dat dit in de toekomst voor meer knelpunten zal zorgen.

Daarnaast zal de ruimtebehoefte voor praktijkruimte in de toekomst structureel toenemen. Enkele oorzaken hiervan zijn: meer huisartsen ten gevolge van parttime werken, bevolkingsgroei, verschuiving taken 2^{de} lijns- naar 1^{ste} lijnszorg en intensievere zorgvraag.

Uit de analyse blijkt dat op dit moment voldoende huisartsen gevestigd zijn in de gemeente Rotterdam. De spreiding van praktijkgebouwen is mogelijk niet optimaal omdat er op wijkniveau wachtlijsten zijn. Maar ook de vrije keuze maakt dat er nooit een situatie bereikt zal worden waarin alle patiënten van een praktijk in dezelfde wijk of zelfs dezelfde gemeente woont.

Op gemeenteniveau is de wachtlijst beperkt (ca 45 patiënten).

Het ruimtetekort heeft een beperkende invloed op de instroom van nieuwe huisartsen. Het aantal opleidingsplekken is minder dan waar praktijkhouders toebereid zijn te geven.

Gelet op de eerdergenoemde ontwikkelingen zou de instroom moeten meegroeien met deze ontwikkelingen.

Dit geldt ook voor praktijk ondersteunende functies (POH's), ook dit wordt belemmerd door het huidige ruimtetekort.

Alle betrokken partijen onderschrijven de noodzaak om gezamenlijk actie te ondernemen om de huidige knelpunten op te lossen, toekomstige knelpunten te voorkomen en om te komen tot een visie voor de toekomst. Leidend voor deze huisvestingsvisie zijn de genoemde ontwikkelingen zoals die in de zorg, beroepsgroep en bevolking.

De primaire verantwoordelijkheid voor de huisvesting van praktijkruimtes ligt bij de huisartsen zelf. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de adequate bereikbaarheid van de zorg volgens de zorgverzekeringswet.

Het beeld dat de analyse heeft opgeleverd raakt de ook verantwoordelijkheden van de gemeente en herbevestigt ons besluit om hierin als gemeente een actieve rol te nemen.

De aanbeveling is om te komen tot structurele samenwerking waarbij de partijen vanuit hun eigen verantwoordelijkheid komen tot

1. een gemeenschappelijke visie voor de 1^{ste} lijnzorg in Rotterdam en

2. vervolgens de huisvesting en spreiding die daarbij past.

Wat betreft de huisvestingsvisie wordt gedacht aan:

1. Gezondheidscentra evenwichtig verspreid over de stad, voorbereid op de toekomstige zorg;
2. Huisartsenpraktijken individueel en Huisartsen-Onder-Een-Daks ;
3. Alternatieve vormen (bijv. combi van flex dokter en partiel huren/delen van ruimte);

De samenwerking zou erop gericht moeten zijn om een dergelijke visie te realiseren, actuele knelpunten op te lossen, en voorzienbare knelpunten te voorkomen. Dit zal een positief effect hebben op de mogelijkheden voor opleiding en uiteindelijke vestiging van huisartsen.

In eerste instantie betreft het een samenwerking tussen de LHV (maar bij voorkeur de Regionale Huisartsen Coöperatie), Zilverenkruis en de gemeente. Afhankelijk van de beleidsontwikkelingen (zie ook de houtkoolschetsen van het ministerie VWS worden in een later stadium andere relevante partijen zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen aangesloten.

Rotterdam, januari 2021

Inhoudsopgave

1 Inleiding	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Vraagstelling	5
1.3 Verantwoording methodiek	6
2 Huisvesting, bepalende factoren	7
2.1 Inleiding	7
2.2 1 ^{ste} lijnszorg, verantwoordelijkheden	7
2.3 Patiënten, de inwoners van Rotterdam	7
2.4 De huisarts en praktijk	8
2.5 Normen	8
2.6 Vastgoedmarkt en gemeentelijke portefeuille	8
3 Enquête Rotterdamse huisartsen	10
3.1 De enquête	10
3.2 Korte samenvatting:	10
3.3 Ontwikkeling ruimtebehoefte	10
3.4 Huur of koop	11
3.5 Voldoende huisartsen?	11
3.6 Conclusies Enquête	11
4 Ervaring en praktijkknelpunten	12
5 Beïnvloedingsmogelijkheden Gemeente	13
5.1 Inleiding	13
5.2 Ambities	13
5.3 Beleid	13
5.4 Gemeentelijke middelen	13
5.5 Nuttige gemeentelijke functies	14
5.6 Suggesties	14
6 Conclusies en aanbevelingen	16
6.1 Conclusies en Aanbevelingen algemeen	16
6.2 Conclusies op een rijtje	18
6.3 Aanbevelingen op een rijtje	18
7 Bijlage	20
7.1 Het stelsel eerstelijnszorg	20

7.1.1	Algemeen	20
7.1.2	Basis voor de zorg	20
7.1.3	Verantwoordelijkheden	20
7.1.4	Financiering Zorgverzekeringswet en Huisartsen	20

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Dagblad Trouw heeft op zaterdag 8 februari 2020 een artikel gepubliceerd over “huisartsen die in de grote steden nauwelijks nog aan betaalbare werkruimte komen”. Aan de hand van het verhaal van de Rotterdamse huisarts Thao Nguyen beschrijft Trouw deze situatie. Het artikel treft u digitaal aan via de volgende link:

<http://content.moreover.com/eApolloRequest?data=IdaSzgzcKdBS6m7LIsJT4tmy2FTkLxrqNz B2HnM2ktKIdyP10P4-9mMev9gBqAAz>

GroenLinks en de PvdA hebben tijdens de actualiteitenraad van donderdag 13 februari 2020 de volgende Regeling van Werkzaamheden geagendeerd, met als titel *Betaalbaarheid van huisartsenpraktijken*:

“Huisartsen zijn essentieel voor de zorg aan Rotterdammers dichtbij. We moeten hun inzet en bijdrage koesteren en het niet laten gebeuren dat hen het werken onmogelijk wordt. In een tijd met tekorten aan huisartsen is dit helemaal van het grootste belang voor een goed werkende zorg.

Terecht heeft dit College aandacht voor dit vraagstuk bij nieuwbouwprojecten. Maar dat lost het probleem in bestaande wijken met stijgende huurprijzen niet op. In het onlangs ongevraagd gegeven advies door de gebiedscommissie Centrum wordt verteld dat het ook nu al schort aan toegankelijkheid van voorzieningen zoals de huisarts. Ook daar moeten we met slimme interventies komen om een uitkleden van de huisartsen door stijgende huurprijzen van hun praktijk te voorkomen. Daarom willen we graag als aanvulling op eerdergenoemde schriftelijke vragen met het College in de commissie in gesprek over hoe we de betaalbaarheid voor huisartsenpraktijken kunnen realiseren en daarbij ook expliciet het advies van de gebiedscommissie Centrum te betrekken.”

Inds de invoering van de marktwerking in de zorg worden huisartsen beschouwd als ondernemer met vrije vestigingskeuze: dit is in Europees beleid vastgelegd. Dat betekent dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor hun eigen praktijkhuisvesting

In het voorjaar van 2015 is de bevolkingsprognose tot stand gekomen onder begeleiding van een ambtelijke begeleidingscommissie. Op verzoek van Stadsontwikkeling is er ook een huishoudensprognose opgesteld, die consistent is met de gemeentelijke bevolkingsprognose. In de begeleidingscommissie waren naast de opdrachtgever (Bestuurs- en Concernondersteuning, afd. Bestuursadvisering) de volgende clusters vertegenwoordigd: Stadsontwikkeling. Voor alle berekeningen is gebruik gemaakt van het Gemeentelijk Bevolking Prognose model (GBPRO). Dit is een softwareprogramma voor het opstellen van bevolkingsprognoses en huishoudensprognoses.

1.2 Vraagstelling

De primair betrokken wethouders hebben toegezegd om te komen tot duidelijkheid over hoe het huisartsentekort en gebrek aan voldoende ruimte zich verhouden tot de verwachtingen van de verschillende betrokken partijen en wat de rol van de gemeente precies is.

1. De gemeente gaat samen met zorgverzekeraar Zilveren Kruis, stichting ZorgImpuls, vertegenwoordigers van de huisartsen in Rotterdam (waaronder de LHV1 - kring Rotterdam), IVBN2 en NE-PROM3 in gesprek om een scherper beeld te krijgen van de aard en omvang van de huidige én van de toekomstige problematiek en een beter (be)grip voor de mogelijke interventies door **alle** partijen.
2. Daarbij helpen de onlangs vastgestelde referentiewaarden maatschappelijk voorzieningen, waar het gaat om gebieden met (grote) nieuwbouwontwikkelingen. De gemeente heeft deze

referentiewaarden opgesteld voor maatschappelijke voorzieningen (w.o. huisartsen/gezondheidscentra – eerstelijnszorg) waar bij de inrichting van gebieden en de bouwopgaven rekening mee gehouden dient te worden. We bekijken hoe deze waarden ook kunnen helpen in gebieden waar geen grote ontwikkelingen zijn.

3. Na de zomer komen we terug naar de raad met meer duidelijkheid over de omvang van het vraagstuk, welke mogelijkheden er zijn en de rollen van de verschillende partijen (waaronder de gemeente in dit vraagstuk).
4. Daarbij nemen we de binnengekomen (ongevraagde) adviezen van de gebiedscommissies Centrum en Kralingen-Crooswijk (recent) over dit thema vanzelfsprekend in mee.

1.3 Verantwoording methodiek

Om de gestelde vragen zo goed mogelijk te beantwoorden is een uitgebreid onderzoek uitgevoerd.

Het onderzoek is uitgevoerd met onder andere de LHV (kring Rotterdam), Zilverenkruis en Zorgimpuls. Binnen de gemeente waren Stadsontwikkeling, Maatschappelijke Ontwikkeling en OBI (Onderzoek Business Intelligence) betrokken. Ook zijn ervaringen in G4 verband gedeeld.

Belangrijk onderdeel van het onderzoek is een enquête die in samenwerking met de LHV is ontwikkeld en is uitgezet onder haar Rotterdamse leden. Daarnaast hebben gesprekken en interviews plaatsgevonden met Zilverenkruis, st ZonBoog en Gezond op Zuid (grotere gezondheidscentra met multidisciplinaire zorg) en Amsterdam. Hier is een soortgelijk onderzoek uitgevoerd.

De uitkomsten van het onderzoek, de conclusies en aanbevelingen zijn besproken met een vertegenwoordiging van de LHV, Zilverenkruis en ZorgImpuls.

Met de vergaarde informatie presenteren we een beeld die inzicht geeft in context, de huidige situatie relevante ontwikkelingen en een prognose van de toekomst.

2 Huisvesting, bepalende factoren

2.1 Inleiding

De huisvestingsbehoefte, het vestigen van een praktijk en beschikbaarheid van huisartsen is afhankelijk van een aantal factoren. Een aantal van deze factoren zal verder worden toegelicht.

2.2 1^{ste} lijnszorg, verantwoordelijkheden

Huisartsen vallen onder de eerstelijnszorg. Dit principe is verankerd in de Zorgverzekeringswet. Hierin is het stelsel vastgelegd zoals de verantwoordelijkheden, kwaliteit en toezicht.

Sinds de invoering van de marktwerking in de zorg worden huisartsen beschouwd als ondernemer met vrije vestigingskeuze, dit betekent dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor hun huisvesting.

Volgens de wet is niet de gemeente maar de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor huisartsenzorg. Huisartsenzorg is medisch noodzakelijke zorg en valt onder het basispakket. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten garanderen dat hun verzekerden toegang hebben tot voldoende en goede huisartsgeneeskundige zorg.

Een gemeente is verantwoordelijk voor het bieden van maatschappelijke ondersteuning en zorg in het kader van de WMO en jeugdwet. De gemeente Rotterdam voelt zich als bestuursorgaan van de stad ook verantwoordelijk voor voldoende beschikbaarheid van huisartsenzorg dichtbij de bewoners in de stad. Als deze onder druk komt te staan heeft dit nadelige gevolgen voor het algemeen welzijn en de mogelijkheden om de samenwerking tussen partijen goed vorm te geven. Zoals de samenwerking tussen medisch en sociaal domein.

Afgelopen jaren is, o.a. door verschillende stelselwijzigingen, het 1^{ste} lijns-zorgaanbod complexer geworden. Dit heeft geleid tot een functiedifferentiatie en uitbreiding in bijvoorbeeld de vorm van praktijk ondersteuners van de

huisarts (POH's, o.a. somatiek, GGZ, jeugd) maar ook verpleegkundig specialisten en andere disciplines.

Uiteindelijk leidt dit ook tot een toenemende ruimtebehoefte. Verwachting is dat deze ontwikkeling zich zal doorzetten nu er ook steeds meer zorg vanuit het ziekenhuis naar de 1e lijn verplaatst wordt. (1,5e lijnszorg).

In bijlage 1 is een verdere toelichting op de zorgverzekeringswet te lezen.

2.3 Patiënten, de inwoners van Rotterdam

Rotterdam heeft begin 2021 ca. 650.000 inwoners en een verwachte groei van 56.000 inwoners in 2036

Patiënten die verhuizen, binnen de gemeentegrenzen of naar nabijgelegen gemeenten hoeven zich niet in te schrijven bij een andere, dichtbij gelegen huisartsenpraktijk. Het kiezen van een huisarts is voorbehouden aan de patiënt (vrije keuze).

Van de ingeschreven patiënten maakt ca. 20% regelmatig gebruik van de diensten van de huisarts, 80% niet (bron: Zilverenkruis)..

Bevolking - Gebieden		
	Bevolking per 1 januari [aantal personen]	
	2020	2035
Rotterdam Centrum	36039	511
Delfshaven	76774	75
Overschie	19201	211
Noord	52479	53
Hillegersberg-Schiebroek	44730	44
Kralingen-Crooswijk	54466	58
Prins Alexander	95926	95
Feijenoord	76539	88
IJsselmonde	61340	63
Charlois	69377	67
Pernis	4886	4
Hoogvliet	35181	36
Hoek van Holland	10378	13
Rozenburg	12511	12
Haven- en industriegebieden	770	6
Totaal	650597	693

Veellager	
Lager	
Gemiddeld	
Hoger	
Veel hoger	
Bron	Basisregistratie Personen (BRP), bewerking door OBI

Tabel: verwachte groei per wijk.

2.4 De huisarts en praktijk

De manier waarop een huisartspraktijk georganiseerd kan zijn: solopraktijk, duopraktijk, groepspraktijk of gezondheidscentrum. Het is niet altijd “de huisarts” die de praktijkhouder is. Voorbeeld is “Gezond op Zuid”, een stichting met meerdere gezondheidscentra op Zuid.

Daarnaast zijn er waarnemers die geen eigen praktijk houden.

Steeds meer huisartsen werken parttime en in combinatie met het financiële perspectief maakt dat er steeds minder animo is voor het starten/overnemen van een praktijk op de traditionele manier (note: als waarnemer is het inkomen bijvoorbeeld vergelijkbaar maar ben je flexibel) Daarnaast betekent het ook dat de vervangingsvraag groter wordt, 1 FTE-huisarts wordt meer en meer ingevuld door meerdere personen.

Ook dit heeft effect op de ruimtebehoefte.

2.5 Normen

Een uitgangspunt is dat een huisarts, 1 FTE, 2095 patiënten heeft. Een geografische norm is dat een huisarts in geval van spoed binnen een kwartier bij de patiënt is.

Andersom, reistijd voor de patiënt naar de huisarts, bestaat geen norm of richtlijn.

In geval van de gemeente Rotterdam, met het huidige aantal inwoners van 650.000 zijn 296 (omgerekend) fulltime (FTE) huisartsen nodig.

2.6 Vastgoedmarkt en gemeentelijke portefeuille

De prijzen van vastgoed, huur en koop, zijn in Rotterdam fors gestegen. Schaarste heeft de prijs opgedreven. Uiteraard wordt dit ook ervaren door huisartsen. De vergoeding, met daarin een component huisvesting die landelijk wordt vastgesteld is niet in dezelfde mate meegegroeid.

De gemeente beschikt zelf over maatschappelijk vastgoed dat gebruikt wordt voor het huisvesten van functies en activiteiten waar de gemeente financieel verantwoordelijk voor is. Panden die hiervoor niet langer nodig zijn worden overgedragen aan de niet-kernportefeuille en worden in

principe verkocht. Bij de totstandkoming van het huidige college in 2018 is afgesproken dat deze niet-kernportefeuille eind 2024 verkocht moet zijn. Vanwege de omvang en ligging van deze panden zijn hiervan maar een beperkt aantal geschikt (te maken) voor huisvesting van huisartsen.

De verkoop van dit vastgoed is aan strikte regels gebonden als het eenmaal op de openbare verkooplijst wordt gezet. Panden worden in dat geval openbaar en transparant verkocht en niet beneden de taxatiewaarde. Dit om staatssteun en concurrentievervalsing te voorkomen. Ook huisartsen kunnen deelnemen aan deze verkoopprocedures. Bij een openbare verkoop zijn alle partijen welkom om deel te nemen aan het verkoopproces. Echter een gesprek vooraf, een voorkeurspositie, hulp bieden of een (op voorhand) lagere verkoopprijs zijn in een openbaar verkoopproces niet mogelijk. De gemeente moet iedere partij conform de door de raad vastgestelde Kadernota Vastgoed, op eenzelfde wijze behandelen. Alleen op deze manier krijgt iedere partij een gelijke kans op de aankoop van voormalig gemeentelijk vastgoed.

De gemeente kan maatschappelijke initiatieven ondersteunen in een huisvestingsvraag, zij mag echter niet ondersteunen in een openbaar verkoopproces. Wel zal de gemeente meer gaan verwijzen naar externe partijen die huisartsen kunnen ondersteunen bij het in algemene zin goed formuleren van een businesscase waarmee men goed voorbereid de markt op kan.

Samenvatting factoren

De behoefte aan praktijkruimte groeit door het toevoegen van ondersteunende functies, toename van parttime invulling FTE's, toename patiënten en intensievere zorgvraag.

De beschikbaarheid van (betaalbare) ruimte is afgenomen.

3 Enquête Rotterdamse huisartsen

3.1 De enquête

Om een beeld te krijgen hoe huisartsen de situatie op het gebied van huisvesting ervaren, en hoe dit zich mogelijk gaat ontwikkelen, is, in samenwerking met de LHV (kring Rotterdam), een enquête uitgezet onder de leden van de LHV. De opbrengst van de enquête is met de LHV, Zorg-Impuls en Zilverenkruis geanalyseerd. In gezamenlijkheid zijn conclusies getrokken.

(bijlage 2 vragenlijst en samenvatting).

De respons op de enquête was relatief groot waarmee gesteld kan worden dat het onderwerp leeft voor de huisartsen en het onderzoek door betrokken partijen als representatief wordt bestempeld.

3.2 Korte samenvatting:

De tabellen in het verslag hebben betrekking op de 98 respondenten. Als we uitgaan van het aantal van 338 geregistreerde Rotterdamse LHV-leden betekent dit een respons van 29 procent.

- 46 % van de respondenten heeft een praktijk;
- 91% heeft zelfstandige praktijkruimte/ HOED/ GZC,
- 83% is tevreden met zijn praktijkruimte (algemeen oordeel);
- 83% van de praktijkhouders is tevreden over de huidige huisvestingskosten;
- 74% vindt de praktijk te klein;
- 91% is ontevreden over de uitbreidingsmogelijkheden;
- 25-45% heeft verhuis/verbouwplannen;
- 87% huurt,
- 67% neemt nog nieuwe patiënten aan,
- van 33 % van de respondenten die geen nieuwe patiënten aannemen geeft 35 % aan dat dit komt door gebrek aan fysieke ruimte,
- 42% heeft huisartsen in opleiding
- 29 % heeft een praktijkondersteuner (POH);
- Anderen geven aan dat ze wel huisartsen willen opleiden, en POH'ers willen toevoegen maar dat de ruimte belemmerende factor is;
- 40% wil op korte/middellange termijn een praktijk binnen Rotterdam overnemen of starten

- 18 huisartsen (met en zonder praktijk) hebben concrete huisvestingsplannen;
- 72% daarvan ondervindt knelpunten in de realisatie daarvan;
- 92% van de respondenten verwacht een tekort aan huisartsen door de beroepsvergrijzing;
- 80% is van mening dat er onvoldoende betaalbare ruimte is binnen de gemeente Rotterdam;

Huisartsen verwachten veel van de gemeente in het faciliteren van hun huisvestingsbehoefte.

3.3 Ontwikkeling ruimtebehoefte

De toekomstige situatie met betrekking tot de huisartsenpraktijken is afhankelijk van o.a. de volgende aspecten:

- Animo van huisartsen;
- Ontwikkeling profiel huisartsen
- Beroepsontwikkeling;
- Bevolkingsontwikkeling;

Landelijke trend is dat huisartsen steeds meer kiezen voor parttime werken i.p.v. fulltime en dat het animo voor het houden van een praktijk afneemt. Een toename van parttimers betekent ook een toename in de ruimtebehoefte, immers deze wordt bepaald door de piekbezetting.

Ook het toevoegen van functies in de praktijk zoals ondersteuners op verschillende terreinen betekent een toename van de ruimtebehoefte.

Dit zelfde geldt voor de verschuiving van taken van de 2^{de} naar de 1^{ste} lijn.

Het gebruik van E-Health vergt ook additionele capaciteit en stimuleert ook de patiëntenstroom van 2^{de} naar 1^{ste} lijn.

De bevolkingsgroei is op wijkniveau geprognostiseerd. Deze groei betekent dat er meer huisartsen beschikbaar moeten zijn. Ook dit betekent een toename van de ruimtebehoefte.

De ruimtebehoefte en het tekort zal toenemen

3.4 Huur of koop

Gebleken is dat veel praktijken zijn gevestigd op basis van huur. Uit de enquête komt een eerste beeld van de expiratedata van de huurcontracten. Nu al is bekend dat 2 contracten zijn opgezegd, verwachting is het hier niet bij zal blijven. Vastgoedeigenaren kunnen het moment aangrijpen om een substantiële prijsverhoging in te voeren.

Deze situatie betekent een **doorlopend risico** t.a.v. de continuïteit van praktijken.

Expiratie datum	Aantal Praktijken	%	Extrapolatie naar LHV bestand Mogelijk aantal praktijken	Betreft tenminste aantal patiënten	Betreft Mogelijk aantal patiënten (gem. 3310 /praktijk)
2020	1	3%	3	3310	9157
2021	3	10%	8	9930	27470
2022	2	6%	6	6620	18313
2023	2	6%	6	6620	18313
2024	2	6%	6	6620	18313
2025	6	19%	17	19860	54940
2026	1	3%	3	3310	9157

Tabel: overzicht expiratedata huurcontracten

3.5 Voldoende huisartsen?

Op dit moment zijn er op stedelijk niveau voldoende huisartsen in relatie tot het aantal inwoners. Een nauwkeurig beeld op wijkniveau is niet beschikbaar. Op basis van de enquête kan worden gesteld dat de spreiding uit balans is, in sommige praktijken is ruimte voor nieuwe patiënten, bij anderen niet. Ook wordt door sommigen aangegeven dat er ruimte in de buurt is voor nieuwe praktijken.

Algemeen wordt verwacht dat een vergrijzing in de beroepsgroep **zal leiden tot een tekort aan huisartsen**.

De gemeente blijkt ondanks het voordeel van een opleiding in de stad matig aantrekkelijk te worden gevonden om zich te vestigen. Toch geven relatief veel huisartsen aan, op middellange termijn, een praktijk in Rotterdam te willen overnemen of te starten.

Het ruimtetekort leidt ertoe dat dit praktijkhouders weerhoudt om een opleidingsplek aan te bieden. Hiermee wordt het potentieel niet volledig benut.

Daarnaast kiezen steeds meer startende huisartsen ervoor parttime in plaats van fulltime te werken en minder ambitieus te zijn op het gebied van het houden van een praktijk. Dat betekent dat er, om de huidige bezettingsgraad in stand te houden **meer huisartsen moeten instromen dan uitstromen**.

3.6 Conclusies Enquête

Praktijkhoudende huisartsen in Rotterdam ervaren een ruimtetekort en gebrek aan uitbreidingsmogelijkheden. Dit tekort kan toenemen door incidenten en structureel door groei van de stad en verschuivingen in de zorg en beroepsgroep.

Het ruimtetekort beperkt tevens het aantal opleidingsplaatsen en mogelijkheid tot inzetten van POH's, verpleegkundig specialisten. Ook kan het de samenwerking met disciplines uit het sociaal domein belemmeren omdat er geen ruimte is om bij de huisarts spreekuur te houden vanuit bijvoorbeeld het wijkteam of welzijn. Dit heeft consequenties voor de aanwas van huisartsen in Rotterdam en vermindert de kans op huisartsen die een praktijk willen starten of overnemen.

Veel van de huisartsen met huisvestingsplannen ervaren knelpunten in de realisatie daarvan.

4 Ervaring en praktijkknelpunten

Binnen de gemeente wordt door SO en MO intensief samengewerkt om huisartsen met raad en daad bij te staan bij huisvestingsvraagstukken. Ook is dit een terugkerend agendapunt in het periodieke overleg tussen de gemeente en de LHV.

De dienstverlening van de gemeente op dit gebied wordt ook in het belang van de huisartsen verder ontwikkeld.

Het maatschappelijk belang wordt bij ontwikkelingen ondersteund door de referentiewaarde, maar in de bestaande stad is dit minder het geval.

Voordat vastgoed definitief op de openbare verkooplijst komt, is niet bij alle panden voldoende in beeld of voldoende helder dat met dat pand een specifiek maatschappelijk doel nagestreefd wordt. Eenmaal op de openbare verkooplijst van gemeentelijk vastgoed gelden de door de gemeenteraad vastgestelde richtlijnen in de Kadernota Vastgoed 2018 (met bijstelling in 2019).

Hier zal de gemeente beter intern moeten afstemmen met welk vastgoed zij eventuele maatschappelijke doelen kan ondersteunen.

Daarnaast zullen maatschappelijke partijen om hun trefzekerheid in de vastgoedmarkt te vergroten moeten zorgen dat ook hierin professionaliteit wordt ontwikkeld.

In hoofdstuk 5.6 worden enkele praktische suggesties gedaan hoe, met name in de bestaande stad, de gemeente effectiever kan zijn in dit kader.

5 Beïnvloedingsmogelijkheden Gemeente

5.1 Inleiding

De gemeente heeft een aantal mogelijkheden om van betekenis te zijn op het gebied van huisvesting van huisartsenpraktijken. Een aantal van deze mogelijkheden is gemeentelijke ambities, staand beleid, gemeentelijke middelen, relevante andere ontwikkelingen of gemeentelijke functies die als service ingezet kunnen worden. Ook zullen enkele suggesties worden gedaan.

[Bronnen: oa. Meerjarenperspectief m.b.t. vastgoed en grond, *brief “maatschappelijk vastgoed” wethouder aan commissie BWB*]

5.2 Ambities

De ambities in het Meerjaren-perspectief zijn geschreven tegen de volgende achtergrond: de verwachting is dat de coronacrisis in meer of mindere mate kan leiden tot veranderingen op de Vastgoedmarkt. De eerste ontwikkelingen per sector zijn nu zichtbaar (*note: het Planbureau voor de Leefomgeving (PBL) heeft onlangs voorspeld dat de leegstand van winkelpanden in 2022 zal toenemen met 40 procent*).

De vraag naar bedrijfsruimte blijft groter dan het aanbod. Het planaanbod in Rotterdam is beperkt en vraagt om afstemming in de regio. De verwachting is dat planaanbod vertraagt omdat bedrijven investeringen zullen uitstellen. De vraag naar kantoren zal veranderen als gevolg van een toename van thuis (online) werken

Maatschappelijk vastgoed: de vraag naar ruimte voor sociale voorzieningen (huisartsen, kinderopvang, welzijn en zorg, ontmoeting) stijgt, als de verwachte bevolkingsgroei (verjonging, vergrijzing) doorzet.

Ambities

1. Behoud en ontwikkeling van (betaalbare) bedrijfsruimte voor functies die uit de stad dreigen te verdwijnen als gevolg van de grote vraag naar woningen en prijsstijgingen van vastgoed.

Leegstaande (horeca- / winkel)panden kunnen worden getransformeerd naar functies waar ook behoefte aan is: maatschappelijke voorzieningen en/of kleinschalige bedrijfs- en kantoorpanden (ontmoeting).

2. Strategische inzet van gemeentelijk vastgoed in de groeiopgave van Rotterdam. Gezien de kenmerken van de gemeentelijke portefeuille en de verwachte marktontwikkelingen is toename van leegstand niet ondenkbaar. Naast risico's biedt leegstand ook mogelijkheden voor optimalisatie van de portefeuille en sturingsmogelijkheden voor 'goede groei' (voldoende ruimte voor maatschappelijke voorzieningen).

5.3 Beleid

1. Het college heeft eind 2019 referentiewaarden vastgesteld. Hiermee wordt bepaald hoeveel volume o.a. voor maatschappelijke functies gereserveerd moet worden bij gebiedsontwikkelingen. (vooral van praktisch nut in het kader van “de nieuwe stad, herontwikkeling in de bestaande stad);

5.4 Gemeentelijke middelen

1. Vastgoed: de niet-kernportefeuille omvat ruim 1600 objecten. Daarvan is meer dan de helft grond. Van de resterende 800 objecten worden er ca. 350 objecten her-ontwikkeld in het kader van gebiedsontwikkeling of NPRZ. De overige ca. 450 objecten worden verkocht. Overige panden (en gronden) houdt de gemeente vooralsnog aan. De gemeente heeft daarnaast 75 nieuwbouwprojecten in voorbereiding. Sinds 2019 zijn er 15 nieuwe projecten gestart, vooral voor onderwijs-huisvesting.

De verkooplijst wordt één keer per jaar door het college vastgesteld. Voordat de lijst wordt vastgesteld wordt aan de verschillende clusters binnen de

gemeente de vraag voorgelegd of een pand in plaats van openbaar verkocht te worden een andere bestemming moet krijgen. Bij panden waar nu een maatschappelijke bestemming op rust, wordt niet langer een transformatie naar woningen verplicht gesteld. Per begin 2021 gaat het daarbij om ca. 13 panden die worden verkocht. Ook gaat een aantal panden terug in de kernportefeuille omdat ze al dan niet tijdelijk nodig zijn voor bijvoorbeeld onderwijshuisvesting.

5.5 Nuttige gemeentelijke functies

Binnen de gemeente zijn recent een aantal functies ontwikkeld, of nog in ontwikkeling die als een soort service toepasbaar zijn in dit kader. Het betreft o.a.:

1. De wijkplanner. Een pilot voor, vooralsnog, een jaar in Delfshaven. De wijkplanner is aanspreekpunt voor huisvestingsvraagstukken (maatschappelijk) en probeert vraag en aanbod te matchen
2. Web-portal huisvestingsvraagstukken. De web-portal "bouwen in Rotterdam" biedt inzicht in de geplande bouwprojecten. Via de website van de gemeente worden via een doorverwijspagina links gelegd naar aanbieders van voor verhuur beschikbare ruimte.
3. Serviceorganisatie: achter deze digitale service werken de clusters StadsOntwikkeling en MaatschappelijkeOntwikkeling actief samen om de binnen gekomen vragen snel en adequaat op te pakken.

5.6 Suggesties

1. Aanstellen 'makelaar': een externe partij als duidelijk aanspreekpunt voor huisartsen met huisvestingsplannen (1 plek waar ze terecht kunnen en waar kennis is om die plannen concreter te maken). Deze partij brengt huisvestingsvraag in beeld. En aanbod bij elkaar en ondersteunt 1^{ste} lijnszorg in huisvestingsplannen.
De zorgverzekeraar is – als financier- aan zet om hierin een rol te vervullen.
2. Gemeentelijk contactpersoon: binnen de gemeente een loket of functionaris die contactpersoon is voor de makelaar en aanvragen kan laten aansluiten op

aanbod of door de ambtelijke molen kan loodsen en zorgen dat het op de juiste tafels komt. Bij voorkeur te beleggen bij een bestaande functionaris die de kennis heeft van het veld.

3. Gemeentelijke (grond)positie: op plekken waar de **gemeente (grond)positie** heeft en inzet op een ruimtelijke ontwikkeling duidelijk aan de voorkant maatschappelijke functies te borgen.
4. Uitvraag: bij het op de markt zetten van gebiedsontwikkelingen (tenders/ aanbestedingen) in het programma van eisen/ nota van uitgangspunten een verplichting tot realisatie van dit type voorzieningen opnemen (o.b.v. de referentiewaarden en kennis van de huidige situatie). Voorbeelden hiervan zijn Parkhaven, Pompenburg en Feijenoord City. Dit kan financiële consequenties hebben welke niet per se betekenen een mindere opbrengst voor de gemeente.
5. OP plekken waar de **gemeente geen (grond)positie** heeft maar zich partijen melden met een initiatief dat niet past binnen het bestemmingsplan.
 - a. Maatschappelijke functies zoals huisartsen kunnen met een relatief korte en simpele planologische procedure in een pand terecht met een andere bestemming dan maatschappelijk. Gemeentelijk beleid is om winkelstraten, die veel leegstand kennen, van kleur te laten verschieten naar een meer gemengde zone met een grotere mix aan functies (bv Vierambachtsstraat, westelijk deel Nieuwe Binnenweg, westelijk deel Schiedamseweg, Groene Hilledijk). Dit biedt ook perspectief voor de eerstelijnszorg en wordt actiever gecommuniceerd met deze partijen.
 - b. Wanneer een partij (bv-ontwikkelaar) zich meldt met een initiatief dat niet past binnen een bestemmingsplan, ontstaat onderhandelingsruimte om te praten over realisatie van maatschappelijke voorzieningen. De referentiewaarden zijn input voor het gesprek om tot realisatie van maatschappelijke voorzieningen te komen binnen het totale project. Mogelijk kunnen aanvullend afspraken worden gemaakt over het voor een bepaalde

periode vastleggen van een huurprijsp plafond. In het Centrum wordt met diverse ontwikkelaars momenteel dit gesprek gevoerd.

6. Huisvesten huisartsen in gemeentelijk vastgoed:

- a. Via maatschappelijk vastgoed (in eigendom van de gemeente) waarin onderwijs, sport en recreatie, kunst en cultuur en zorg en welzijn zijn gehuisvest. Hier zou gekeken kunnen worden naar bredere combinaties met eerstelijnszorg erbij of inzet puur voor eerstelijnszorg.
- b. Huisartsenzorg kan worden gefaciliteerd binnen de gemeentelijke vastgoedportefeuille tegen marktconforme of kostendekkende huur (als deze hoger is dan de markthuur). De afweging van MO om huisartsen al dan niet te willen faciliteren binnen gemeentelijk vastgoed zal moeten worden gemaakt voordat het pand op de openbare verkooplijst komt.

7. Verkoop van gemeentelijk vastgoed

- a. Onderhandse verkoop van maatschappelijk vastgoed

Bij de verkoop van maatschappelijk vastgoed wordt door de gemeente niet langer de verplichting opgelegd om deze bestemming te transformeren naar wonen. Waar een (toekomstig) eigenaar dit toch wil zal bij de gevraagde bestemmingswijziging nadrukkelijk worden gekeken of hiermee de omvang van maatschappelijke voorzieningen op peil blijft.

Wel moet gesteld worden dat het aantal geschikte objecten voor vestiging van huisartsen klein is. Bovendien staan ze niet allemaal op de juiste plek staan. Vanuit Gebiedsontwikkeling wordt bij herstructurering actief de (toekomstige) vraag naar maatschappelijke voorzieningen betrokken. Hierbij wordt gekeken naar de rol die gemeentelijke panden hierin kunnen vervullen. In gebieden waar een (toekomstig) tekort is aan

maatschappelijke voorzieningen, geen gemeentelijk maatschappelijk vastgoed over laten gaan naar de niet kernportefeuille (die verkocht wordt). De consequentie van deze lijn kan zijn dat huisartsenzorg in de kernportefeuille wordt ondergebracht en cluster MO opdrachtgevende dienst wordt. Dit moet een bestuurlijk bewuste keuze zijn die voor MO mogelijk financiële gevolgen heeft.

8. Planvorming verpleeg- en verzorgingshuizen: recent is een start gemaakt om te komen tot een plan voor het realiseren van meer verpleeg- en verzorgingshuizen. In deze planvorming kan rekening gehouden worden met ruimte voor de 1^{ste} lijnzorg.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Conclusies en Aanbevelingen algemeen

Op basis van het onderzoek en de beroepsontwikkeling zoals de ontwikkeling van de 1^{ste} lijnszorg kan worden geconcludeerd dat de ruimte behoefte voor praktijken toeneemt. Dit terwijl er nu al een tekort wordt ervaren en dat realistische uitbreidingsmogelijkheden in de stad, met name de oude wijken, op dit moment beperkt zijn.

Veel van de huidige praktijkruimtes blijken te zijn gehuurd, verwacht mag worden dat continu knelpunten zich zullen voordoen in lijn met de expiratedata van de huurcontracten. Dit is nu al het geval, komende jaren zal dit waarschijnlijk toenemen. Feitelijk zal de ruimte dan niet het directe probleem zijn maar de betaalbaarheid daarvan door forse huurverhogingen en de vele huisartsen die parttime werken.

De geplande groei van de stad, ook in bestaande wijken zoals het centrum, heeft o.a. als consequentie dat er meer huisartsen, en praktijken (in welke vorm dan ook), nodig zullen zijn.

Bij groei van de stad in ontwikkelgebieden kan/zal vooraf rekening gehouden worden met ruimte voor maatschappelijke functies zoals huisartsen. De referentiewaarden gelden hierbij als uitgangspunt. Probleem voor het vestigen als huisarts is in deze situatie het ingroeiscenario. Om patiënten aan zich te binden zal de praktijk van meet af aan in de nieuwbouwwijk gevestigd moeten zijn. De aanwas van patiënten zal afhankelijk zijn van het bouwtempo. De disbalans in kosten en opbrengsten gedurende een periode is daarmee een feit. Om het aantrekkelijk te maken om zich als huisarts zich te vestigen in een nieuwbouwwijk heeft dit aandacht.

Of er voldoende huisartsen zijn kan op dit moment alleen op totaalaantallen (bewoners vs huisartsen) indicatief worden vastgesteld. De spreiding over de stad is niet exact te bepalen. Bij Zilverenkruis is op 4-cijferig postcode niveau bekend welke patiënt wacht om ingeschreven te kunnen worden bij een (andere) huisarts. Hierin zijn ook patiënten van andere zorgverzekeraars meegenomen.

Volgens de enquête kan 27 % van de praktijken ten gevolge van onvoldoende ruimte geen nieuwe patiënten aannemen. Volgens Zilverenkruis is het werkelijke percentage hoger.

Wel is er een zorg over de aanwas over huisartsen. De stad Rotterdam heeft weliswaar het voordeel dat het een huisartsenopleiding heeft maar de aantrekkelijkheid van de stad om zich te vestigen krijgt desalniettemin een matige waardering van 50%. Er is een relatie tussen de locatie van opleiden en definitief vestigen. Aangegeven is dat er

meer animo is voor het bieden van opleidingsplekken dan nu wordt gerealiseerd, onder andere ruimtegebrek weerhoudt praktijkhouders. Andere factoren zouden ook een rol spelen hierin.

Meer ruimte betekent dus meer opleidingscapaciteit en meer huisartsen die zich blijvend zullen vestigen in stad Rotterdam.

Daarnaast zijn er nog andere factoren van belang bij de aanwas van huisartsen. Steeds meer huisartsen geven de voorkeur aan een parttime in plaats van een fulltime betrekking en hebben minder de behoefte om een eigen praktijk te starten in verband met de extra belasting die dit met zich meebrengt. Ook zijn de afgelopen twee jaar niet alle opleidingsplekken bezet.

Dit betekent dat het instroom volume niet optimaal is en dat meer huisartsen nodig zijn om fulltimers te vervangen en aan te vullen.

De gemeente heeft als eerste bestuurslaag naast de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf en de zorgverzekeraars een rol in de zorg voor de aanwezigheid van voldoende huisartsen. Door de ontwikkelingen in de (gezondheids)zorg en het sociaal domein, de beweging naar voren en meer inzet op preventie wordt de samenwerking tussen gemeente, zorgverzekeraars en de eerstelijnszorg intensiever. Daardoor is de gemeente ook voor huisartsen een logische partner om in gezamenlijkheid te zoeken naar oplossingen voor huisvestingsvragen. De gemeente kan vanwege haar rol in de ruimtelijke ontwikkeling een bijdrage leveren aan een goede spreiding van voldoende huisartsen-zorg in de stad

Kortom: er is een structureel tekort aan praktijkruimte, en dan met name nieuwe ruimte. Voorzienbare gebeurtenissen zullen voor incidenten blijven zorgen en de meer geplande ontwikkelingen zal het tekort op een voorspelbare wijze vergroten. De instroom van huisartsen wordt beperkt door het ruimte tekort.

Hoewel de Gemeente vanuit de zorgverzekeringswet geen directe verantwoordelijkheid heeft maar wel een groot belang en vanuit volksgezondheidsperspectief een indirecte verantwoordelijkheid herbevestigt het beeld uit het onderzoek het college besluit om hierin als gemeente een actieve rol te nemen.

Om voldoende huisartsen gevestigd te houden in de gemeente is het noodzakelijk gezamenlijk tenminste: Gemeente, LHV (op termijn wordt dit de Regionale Huisartsen Coalitie. Waar de LHV ook in vertegenwoordigd is) en de Zorgverzekeraar blijvend actie te ondernemen.

De aanbeveling is om te komen tot structurele samenwerking waarbij de partijen vanuit hun eigen verantwoordelijkheid komen tot een gemeenschappelijke visie voor de 1^{ste} lijnzorg in Rotterdam en de huisvesting die daarbij past. Gedacht wordt aan:

1. Gezondheidscentra evenwichtig verspreid over de stad met 24/7 acute zorg;
2. Huisartsenpraktijken individueel en zg. Huisartsen-Onder-Een-Dak ;
3. Alternatieve vormen (bijv. combi van flex dokter en partieel huren/delen van ruimte);

De samenwerking zou erop gericht moeten zijn om een dergelijke visie te realiseren, actuele knelpunten op te lossen, en voorzienbare knelpunten te voorkomen. Dit zal een positief effect hebben op de mogelijkheden voor opleiding en uiteindelijke vestiging van huisartsen.

6.2 Conclusies op een rijtje

1. Er is op dit moment sprake van een structureel ruimte-tekort in de huisartspraktijken;
2. Omdat bestaande praktijkgebouwen weinig uitbreidingsmogelijkheden hebben is er met name een tekort aan nieuwe ruimte;
3. Dit tekort zal door financiële prikkels vanuit de vastgoedeigenaren vergroot worden;
4. De ontwikkeling in de zorg extra ruimtebehoefte betekent voor de huisartspraktijken;
5. De groei van de stad ook een toenemende ruimtebehoefte met zich meebrengt;
6. Maar ook meer schaarste zal veroorzaken;
7. De zorgvraag intensiever zal worden, ook dit kan als gevolg hebben dat de ruimtebehoefte toeneemt;
8. Parttime invulling ook meer ruimte vergt;
9. De mogelijkheden in de bestaande stad op dit moment zeer beperkt zijn tgv beperkt betaalbaar aanbod;
10. De verwachting is dat er een aanzienlijk volume vastgoed tgv de corona crisis vrij zal komen voor transformatie. Dit biedt kansen! En aansluit op de gemeentelijke ambities;
11. Ruimtetekort de instroom van huisartsen beperkt;
12. Animo voor het starten of overnemen van een praktijk neemt af;
13. Naast het parttime werken is ook de financiering een oorzaak. Hypotheken worden minder makkelijk verstrekt en ook goodwill kosten spelen mee;
14. Maatregelen op gebied van beschikbaarheid van praktijkruimte noodzakelijk zijn om ervoor te zorgen dat er voldoende huisartsen in de gemeente zijn en blijven;
15. Er animo aanwezig is om op middellange termijn een praktijk te starten of over te nemen. Dit gekoesterd moet worden;
16. Oplossingen ook gezocht moeten worden in minder traditionele concepten;
17. De gemeente evident een belang en verantwoordelijkheid heeft in een adequaat georganiseerde eerstelijns zorg;
18. De directe verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet ligt bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders;
19. De gemeente kan vanuit haar verantwoordelijkheid en bevoegdheden service verlenen, sturen op basis van staand beleid en specifiek beleid ontwikkelen;
20. De inbreng van gemeentelijke maatschappelijk vastgoed ter overname beperkt wordt door o.a. de kadernota en aantal objecten;
21. De gemeentelijke ambities, zoals het transformeren naar andere functies, zoals verwoord in het meerjaren perspectief Vastgoed en Grond zeer nuttig kunnen zijn in dit kader.

6.3 Aanbevelingen op een rijtje

1. Betrokken partijen (LHV, Zilverenkruis, Gemeente) moeten samen pro-actiever sturen op dit thema om knelpunten op te lossen, voor te zijn en om in de pas te blijven met de groei van de stad. Samenwerking gaan we verankeren in een convenant.
2. Betrokken partijen bieden samen professionele ondersteuning, in de vorm van een multidisciplinaire werkgroep, aan huisartsen om knelpunten op te lossen en voor te zijn. Maar ook om huisartsen ondersteuning te geven bij het starten of overnemen van een praktijk;
3. Alle betrokken partijen zullen zich hierop moeten organiseren, een regiefunctie binnen de gemeente, binnen de LHV, bij de zorgverzekeraar en mogelijk bij de ziekenhuizen;
4. Een aantal cruciale parameters, zoals huisvesting en aantallen huisartsen zal in combinatie met de ontwikkeling binnen de zorg en die van de stad blijvend gemonitord moeten worden en;
5. Overall regie organiseren om dit in balans te houden;
6. De functie van monitoring en overallregie uit te besteden aan Zorgimpuls;
7. Alle partijen gezamenlijk opdrachtgever te laten zijn aan Zorgimpuls;
8. De regiefunctie intern gemeente, en het gemeentelijke opdrachtgeverschap Zorgimpuls, te beleggen bij het cluster MO;
9. De voorzieningenkaarten uitbreiden met in dit kader cruciale informatie waarmee een nieuw instrument ontstaat waarmee op wijkniveau kan worden bijgehouden wat de ontwikkeling is van het aantal huisartsen, praktijken, inwoners, de groei, verloop van huurcontracten etc.
10. Dit zal de basis zijn waarop gezamenlijk (LHV, Zilverenkruis, Ziekenhuizen en Gemeente) gestuurd gaat worden om voldoende praktijkruimte te borgen;
11. Op basis van de voorzieningenkaart door MO aan de voorkant scherper te sturen op welke panden wel of niet behouden moeten blijven om een bijdrage te leveren aan het huisvesten van maatschappelijk waardevolle functies.
12. Op korte termijn op de plekken waar een acuut tekort heerst beschikbare ruimte vast te leggen (o.a. transformatie mogelijkheden conform meerjaren perspectief vastgoed en grond);

13. Bij lokale ontwikkelprojecten sturen op ruimte tbv maatschappelijk functies, bijvoorbeeld in tenders (bijvoorbeeld door in de gunning een realistisch plan voor een zorgcentrum met achterliggende deelnemers positief te waarderen);
14. Gericht uitvoering geven aan relevante ambitie zoals beschreven in het *meerjaren perspectief vastgoed en grond*.
15. Suggesties zoals deze in hoofdstuk 5.6 op korte termijn verder uit te werken en indien mogelijk in te zetten tbv de 1^{ste} lijnszorg.

7 Bijlage

7.1 Het stelsel eerstelijnszorg

Bronnen:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Het Nederlandse zorgstelsel
- <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/financiering-huisartsenzorg?page=1>
- <https://www.nza.nl/over-nza/wat-doet-de-nza>

7.1.1 Algemeen

In het Nederlandse stelsel komt doorgaans een hulpvraag in eerste instantie aan bij de eerste lijn. Via algemene zorg proberen huisartsen, eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten, tandartsen of verloskundigen de klachten van de hulpvraag te verhelpen. Deze zorg is direct toegankelijk voor alle zorgverzekerden.

Het gedachtegoed achter het huidige Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op bekende internationale principes: toegang tot zorg voor iedereen, solidariteit via een voor iedereen verplichte en toegankelijke zorgverzekering, en goede kwaliteit van zorg. Daarnaast is de specifieke Nederlandse situatie een uitkomst van historische ontwikkelingen en maatschappelijke omstandigheden.

7.1.2 Basis voor de zorg

Het zorgstelsel in Nederland wordt geregeld met vier stelselwetten: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Daarnaast zijn er enkele algemene wetten (zoals de Mededingingswet) en een aantal specifieke zorgwetten (zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen).

7.1.3 Verantwoordelijkheden

De Wlz heeft een landelijke uitvoering. Bij de uitvoering van de Zvw spelen private zorgverzekeraars een belangrijke rol in een stelsel waarbij sprake is van geregleerde marktwerking onder publieke randvoorwaarden. De Wet maatschappelijke ondersteuning en de Jeugdwet zijn er voor de overige vormen van zorg en ondersteuning. De ongeveer 400 Nederlandse gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de uitvoering van deze twee wetten.

De Zvw heeft gezorgd voor een omslag van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd systeem. De private zorgverzekeraars verbeteren het zorgstelsel op een aantal vlakken: minder wachtlijsten en bureaucratie en meer aandacht voor doelmatigheid en kwaliteit, in het belang van

patiënten en verzekerden. Door een proces van (selectieve) contractering kunnen zorgverzekeraars bij de inkoop invloed uitoefenen op de doelmatigheid en kwaliteit van zorg die de zorgaanbieders leveren. Ook burgers oefenen invloed uit, doordat zij elk jaar naar een andere zorgverzekeraar kunnen overstappen en via vertegenwoordigingen invloed hebben op het beleid van verzekeraars en bij zorginstellingen. Het private karakter van het stelsel wordt gecomplementeerd met een sterke rol van overheid om de publieke belangen te realiseren.

De overheid is niet direct betrokken bij de uitvoering van de Zvw. Hoe die in z'n werk gaat, bepalen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden. Door deze opzet hebben zorgpartijen veel vrijheid en zorgen concurrentie en marktwerking voor prikkels om met een hoge kwaliteit en doelmatig te werken.

Zorgverzekeraars hebben hierbij een zorgplicht: ze moeten garanderen dat de zorg die in het basispakket zit beschikbaar is voor al hun verzekerden.

7.1.4 Financiering Zorgverzekeringswet en Huisartsen

Zorgverzekeraars en zorgkantoren leggen in contracten met zorgaanbieders vast welke zorg er geleverd wordt, tegen welke kwaliteit en welk tarief. De NZa helpt hieraan mee door omschrijvingen van de behandelingen (prestaties) vast te stellen. Tevens houdt de NZa toezicht.

Zorgverzekeraars krijgen enerzijds betaald via de nominale premies, en anderzijds ook uit het Zorgverzekeringsfonds.

Huisartsen ontvangen 2 vergoedingen:

1. Inschrijftarief per patient. Deze vergoeding is bedoeld voor de vaste lasten zoals huisvestingskosten;
2. Consulttarief: vergoeding per consult (praktijk, huisbezoek of E-zorg);

7.1.5 Tarieven:

	2020	2021
Consulttarief	10,15	10,51
Basisinschrijftarief per kwartaal	16,54	17,14

