

AHEAD



**ACTION FOR HEALTH AND EQUITY
ADDRESSING MEDICAL DESERTS**

Landenrapport Nederland

Nederlandstalige publieksversie

juni 2022

Samenvatting

Hoewel het gezondheidssysteem in Nederland internationaal bekend is en geroemd wordt als efficiënt en van goede kwaliteit, zijn er gezondheidsverschillen tussen bepaalde bevolkingsgroepen. Het verschil in levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden is zes jaar. Van de mensen in het laagste inkomenskintiel geeft 60% aan in goede gezondheid te verkeren, tegen 87% van de mensen in het hoogste kwintiel. Ook hebben immigranten van buiten de EU te kampen met een slechtere gezondheid. En uit een onderzoek van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) bleek dat 7% van de respondenten in een enquête het zoeken naar een diagnose vermeed, 6% geen behandeling zocht en 3% geen medicijnen ophaalde die door hun arts waren voorgeschreven vanwege de bijbehorende kosten. De ongelijkheid is verergerd door de COVID-19-pandemie, aangezien het relatieve sterfterisico twee keer zo hoog was bij huishoudens in de laagste inkomensgroep in vergelijking met die in de hoogste.

Er is een groot en toenemend tekort aan verschillende categorieën zorgpersoneel, met name huisartsen. Ook is hun ongelijke verdeling over het land een groeiend punt van zorg, omdat grote bevolkingsgroepen, zowel in stedelijke als rurale gebieden, geconfronteerd worden met verslechterende toegang tot huisartsenzorg. Aangezien de huisarts de poortwachter en het eerste verwijspunt is in het Nederlandse zorgstelsel, betekent een gebrek aan of een moeilijke toegang tot een huisarts, dat mensen geen passende vervolgzorg kunnen krijgen.

Zoals voorgeschreven door de AHEAD-methodologie, bestond het in kaart brengen van 'zorgwoestijnen' en zorgvershraling in Nederland uit verschillende fasen:

- desk review
- analyse van contextuele factoren en zorgstelsel
- analyse van artikelen in de media (n=44)
- statistische gegevensverzameling (van CBS, RIVM) en berekening van indexen
- enquête (n=30 ingevuld en teruggestuurd)
- diepte-interviews (n=10)

Uit de bevindingen blijkt dat zowel de respondenten van de enquête als de geïnterviewden goed op de hoogte zijn van de problemen die worden veroorzaakt door een afname van bepaalde gezondheidsdiensten (zoals ziekenhuizen), lange wachlijsten (jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg), tekorten aan zorgpersoneel in het algemeen en huisartsentekorten in het bijzonder. De problemen worden als steeds ernstiger ervaren en de meest getroffen regio's en uitdagingen zijn bekend. Kwantitatieve gegevens over aantallen ziekenhuizen, apotheken, zorgverleners, huisartsen, voltijdsequivalent van huisartsen, ook per hoofd van de bevolking, worden routinematig verzameld, beschikbaar gesteld op openbare websites en gevisualiseerd in grafieken en infographics.

Daarnaast is er vrij veel kennis en bewustzijn over zaken die te maken hebben met kwaliteit van

zorg (in het algemeen, niet huisartsen per se), die vooral effect hebben op kwetsbare sociaaleconomische groepen, mensen in sociaal kwetsbare gebieden, laaggeletterden, en mensen met minder gezondheidsvaardigheden, zowel in de stad als op het platteland. De omvang van deze overwegend kwalitatieve problemen, hun impact en hun ontwikkeling in de tijd is echter niet precies bekend, omdat de Nederlandse overheid deze gegevens niet systematisch verzamelt of controleert.

Het waargenomen niveau van zorgvershraling in Nederland is relatief laag, zeker in vergelijking met de andere projectlanden in AHEAD. De algemene consensus is echter dat er in specifieke gebieden en voor specifieke bevolkingsgroepen een zekere erosie of verarming van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg is waar te nemen. Als adequate indicatoren voor toegang en kwaliteit van zorg kunnen worden geïdentificeerd, kunnen tijdreeksen van deze indicatoren, gevisualiseerd op (een) kaart(en), inzicht geven in de snelheid en richting van verandering in de tijd, en fungeren als een adequaat monitoringinstrument, in aanvulling op reeds bestaande statische grafieken en visualisaties op Nederlandse websites.

Op basis van bovenstaand onderzoek en analyse heeft het Nederlandse AHEAD-projectteam de gemeente Hollands Kroon als casusgebied gekozen. Wij hebben Hollands Kroon daarom nader onderzocht en zullen de volgende fase van de AHEAD-projectactiviteiten alleen in dit gebied uitvoeren, in samenwerking met lokale belanghebbenden.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Over AHEAD	5
1.1. Inleiding	5
1.2. Methode om 'zorgwoestijnen' te onderzoeken en herkennen	6
2. AHEAD in Nederland.....	7
2.1 Woord vooraf	7
2.2 Het onderzoek in Nederland	8
2.3 De selectie van Hollands Kroon als casus voor AHEAD in Nederland	9
3. Onderzoeksresultaten	10
3.1 Context.....	10
3.2 Data en kaarten.....	13
3.3 Vragenlijst en interviews	16
4. Conclusies.....	22
5. Volgende stappen in AHEAD	23
6. Geraadpleegde bronnen	24

1. Over AHEAD

1.1 Inleiding

Het project Action for Health and Equity: Addressing medical Deserts (AHEAD) richt zich op het verminderen van gezondheidsongelijkheden in Europa door het aanpakken van zogenaamde ‘zorgwoestijnen’, dat wil zeggen: gebieden waar sprake is van slechte (toegang tot) zorgvoorzieningen (zie ook hoofdstuk 2.1).

AHEAD-partners zijn organisaties in vijf verschillende landen in de Europese regio: Italië, Moldavië, Roemenië, Servië en Nederland. Het huidige document beschrijft de bevindingen van een eerste onderzoek naar de verschijningsvormen, oorzaken en oplossingen in Nederland. Dit onderzoek vormde de eerste fase van AHEAD; hierna volgen participatieve workshops en beleidsdialogen, met als doel het verder ontwikkelen van beleidsaanbevelingen.

Als AHEAD-partnerorganisaties¹ streven we – met name in achtergestelde gebieden – naar betere en gelijke toegang tot gezondheidsdiensten en voldoende, goed geschoold en gemotiveerd zorgpersoneel. We doen dit in de projectlanden Italië, Moldavië, Nederland, Roemenië en Servië, vanwege de diversiteit aan uitdagingen in die landen en daarmee de uitgebreide mogelijkheid tot vergelijken en leren. We richten ons op beleidsanalyse en onderzoek, het stimuleren van (digitale) innovatie in de gezondheidszorg en het toepassen van een participatieve werkwijze bij het maken van gezondheidsbeleid.

Het project is medegefinancierd door de Europese Commissie (via het 3e Gezondheidsprogramma van het Directoraat-Generaal Gezondheid en Voedselveiligheid) en heeft een looptijd van ruim twee jaar, van april 2021 tot juni 2023. Meer informatie is te vinden op www.ahead.health.

Doelen, resultaten, activiteiten

Het ultieme doel van dit project is om gezondheidsongelijkheden binnen de Europese Unie te helpen aanpakken. De Europese Commissie ziet dat als een manier om de cohesie in Europa te bevorderen en ervoor te zorgen dat iedereen profiteert van de Unie en niemand over het hoofd gezien wordt.

De primair verantwoordelijken voor de aanpak van gezondheidsongelijkheden zijn beleidsmakers, op nationaal, sub-nationaal en lokaal niveau. AHEAD stelt zich ten doel om kennis en tools te ontwikkelen voor deze beleidsmakers. Met deze kennis en tools hopen wij hen te ondersteunen bij hun beleidshervormingen om de problematiek van ‘zorgwoestijnen’ aan te pakken.

¹ In Italië: Cittadinanzattiva; Moldavië: National Institute for Public Health Management; Nederland: VU Athena Institute, Wemos; Roemenië: Center for Health Policies and Services; Servië: Media Education Centre.

De *kennis* omvat de verschillende verschijningsvormen van 'zorgwoestijnen' en de grondoorzaken van het fenomeen, in de landen binnen AHEAD. Op basis van onze bevindingen ontwikkelen wij een definitie van 'zorgwoestijnen', die de Europese Commissie, maar ook andere landen, in staat kan stellen eigen onderzoek te doen. De *tools* omvatten ten eerste interactieve landkaarten waarop relevante indicatoren geografisch, maar ook chronologisch (door de jaren heen), worden gevisualiseerd en waarmee 'zorgwoestijnen' kunnen worden gelokaliseerd en gemonitord. Ten tweede zal AHEAD een geteste methode opleveren voor participatieve beleidsvorming; de Europese Commissie is een groot voorstander van grotere betrokkenheid van burgers en andere belanghebbenden bij beleids- en besluitvorming, omdat dit bijdraagt aan betere resultaten.

De AHEAD-partnerorganisaties voeren de volgende activiteiten uit:

- 1) wij doen onderzoek naar zorgwoestijnen en voeren beleidsanalyses uit
- 2) wij organiseren interactieve workshops om samen met direct belanghebbenden te komen tot een consensus over de beste en meest haalbare aanpak van 'zorgwoestijnen'
- 3) wij doen beleidsaanbevelingen voor relevante beleidsmakers.

1.2 Methode om 'zorgwoestijnen' te onderzoeken en herkennen

Voor het onderzoeken en herkennen van 'zorgwoestijnen' hebben wij een stappenplan ontwikkeld, dat wij in elk deelnemend projectland op dezelfde manier uitvoeren. Dit zijn de belangrijkste elementen in dat stappenplan²:

- Literatuuronderzoek naar verschijningsvormen van 'zorgwoestijnen', en factoren die bijdragen aan het ontstaan én de oplossing ervan
- Verzamelen en analyseren van beschikbare statistische gegevens die te maken hebben met die verschijningsvormen
- Visualiseren van deze statistische gegevens in interactieve kaarten
- Uitvoeren van een stakeholderanalyse (belanghebbenden), inclusief krachtenveldanalyse
- Uitzetten van een online vragenlijst, om breed uitvraag te doen naar verschijningsvormen van 'zorgwoestijnen', de ervaren ernst ervan en mogelijke oplossingen. Deze vragenlijst is ook gebruikt om de eerste interactieve kaarten, met gevisualiseerde statistische gegevens, te testen op bruikbaarheid, aantrekkelijkheid en begrijpelijkheid
- Houden van enkele diepte-interviews, om meer gedetailleerde kennis op te doen over deze onderwerpen
- Analyseren van nieuwsitems, artikelen en blogs in openbare media
- Selecteren van 1, 2 of 3 gebieden waar nader diepte-onderzoek van het fenomeen aangewezen is (case study) en waar de volgende stappen van het project kunnen worden uitgerold: de interactieve workshops met relevante belanghebbenden, om te komen tot

² Gedetailleerdere informatie over de gebruikte zoektermen, de surveyvragen, de interviewvragen of de statistische analyses is beschikbaar op www.ahead.health. U kunt ook contact opnemen met Wemos, o.v.v. 'AHEAD'.

gezamenlijke oplossingen voor de uitdagingen in dat gebied ('consensus-building-methodologie').

Het literatuuronderzoek is bedoeld om het nationale zorgsysteem goed te begrijpen en de bestaande verschillen in toegang tot zorg in de projectlanden te kunnen duiden. Er is specifiek gekeken naar beleid dat 'zorgwoestijnen' in de hand werkt en naar beleid dat 'zorgwoestijnen' mogelijk het hoofd kan bieden.

Het doel van de interviews met nationale en lokale actoren is het verzamelen van de perspectieven van deze respondenten op en ervaringen met 'zorgwoestijnen', en zodoende mogelijke indicatoren, benchmarks, hoofdoorzaken en bijbehorende (maatschappelijke) ontwikkelingen en trends, evenals mogelijke oplossingen, te identificeren. Deze bevindingen worden vervolgens vergeleken met de resultaten van de online vragenlijst die door zowel lokale, regionale als nationale actoren is ingevuld.

2. AHEAD in Nederland

2.1 Woord vooraf

Wemos is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de AHEAD-activiteiten in Nederland, en tevens projectleider van het AHEAD-consortium. Het zal duidelijk zijn dat de kwaliteit van zorg en toegang tot zorg in de deelnemende landen van AHEAD erg van elkaar verschillen; Nederland presteert beter, soms véél beter, dan de andere landen op verschillende indicatoren. Toch zijn er in Nederland zorgwekkende ontwikkelingen, zoals huisartsenpraktijken, ziekenhuizen en spoedeisende hulpdiensten die steeds vaker hun roosters niet rond krijgen vanwege personeelstekorten. Of groeiende wachtlijsten in de jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg. Of toenemende gezondheidsachterstanden bij specifieke bevolkingsgroepen. Binnen AHEAD beschouwen wij dat niet zozeer als een 'zorgwoestijn' in de extreme betekenis - dat wil zeggen: een gebied waar niets is - maar wel als 'verwoestijning' - dat wil zeggen: een gebied met een achteruitgang in kwaliteit van en toegang tot zorg.

Over de term 'zorgwoestijn'

De term 'zorgwoestijn' is een letterlijke vertaling van de Engelse term '*medical desert*', dat weer een rechtstreekse vertaling is van '*désert medical*', een vrij gebruikelijke term in Frankrijk, waar de term voor het eerst gebruikt werd. Echter, tijdens het onderzoek en de gesprekken in Nederland werd snel duidelijk dat de Nederlandse term veel weerstand oproept.

Zorgverschraling

Omdat het in Nederland niet gaat om een absoluut ontbreken van (kwaliteit van en toegang tot) zorgvoorzieningen, maar om een (gedeeltelijke, gelokaliseerde) verslechtering ervan, is voor de rest van het huidige document gekozen voor de term 'zorgverschraling'.

2.2 Het onderzoek in Nederland

Na eerste analyses van beschikbare literatuur, rapporten en andere publiek beschikbare documenten, is ervoor gekozen om het onderzoek in Nederland, evenals de andere activiteiten, te concentreren op verschraling in de huisartsenzorg. Dit onderwerp raakt het meest aan de invalshoek van de Europese Commissie, is regelmatig in het nieuws en is (deels) meetbaar met behulp van statistieken die al beschikbaar zijn bij het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Het onderzoek is uitgevoerd door Wemos en heeft tot de volgende resultaten geleid:

- Literatuuronderzoek afgerond, met behulp van zoektermen die we als AHEAD-consortium hadden afgesproken, aangevuld met specifieke Nederlandse termen
- Statistische data gelokaliseerd en gedownload, met name van het CBS en het RIVM. Een deel van die datasets hebben wij gecombineerd om nieuwe indicatoren te kunnen berekenen. Daarnaast hebben wij in latere instantie data over voltijdsequivalenten huisartsenzorg gekregen van het Nivel.
- Voor de beschrijving van ons zorgstelsel hebben wij gebruik gemaakt van officiële documenten en rapporten.
- 44 media-artikelen zijn gevonden, gelezen en geanalyseerd.
- 10 diepte-interviews gehouden, waarvan
 - 3 met deskundigen op nationaal niveau (een vertegenwoordiger van de Landelijke Huisartsen Vereniging; een hoogleraar rurale sociologie; een hoogleraar gezondheidsongelijkheden)
 - 7 belanghebbenden op lokaal niveau (Hollands Kroon; zie 2.3) (twee vertegenwoordigers van de Huisartsenorganisatie Kop van Noord-Holland; een huisarts uit Hollands Kroon; een vertegenwoordiger van de preferente zorgverzekeringsmaatschappij in de regio; twee vertegenwoordigers van de gemeenteraad; een vertegenwoordiger van de Lokaal Samenwerkende Belangenorganisatie Ouderen Hollands Kroon)
- De vragenlijst is uitgezet naar circa 300 emailadressen van nationale en regionale zorgorganisaties, kennisinstututen en beroepsverenigingen. In totaal zijn 30 ingevulde vragenlijsten ontvangen (een respons van ongeveer 10%, hetgeen niet hoog is, maar vergelijkbaar met soortgelijke onderzoeken). Van deze respondenten werkt 20% op lokaal niveau, 35% regionaal, 15% provinciaal en 30% nationaal. Qua sector onderscheiden ze

zich in: zorgverleners (10%), patiëntenorganisatie (15%), beroepsvereniging (15%), lokale overheid (20%), rijksoverheid (5%) en 25% 'diversen', waaronder Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) en GGD.

De bevindingen worden beschreven in hoofdstuk 3.

2.3 De selectie van Hollands Kroon als casus voor AHEAD in Nederland

De gemeente Hollands Kroon, gelegen in de Kop van Noord-Holland, is in het AHEAD-project gekozen als gebied voor de case study, om de manifestaties van verschraling in de huisartsenzorg nader te onderzoeken en de consensus-building-methodologie toe te passen en te evalueren. Om tot deze keuze te komen hebben wij een uitgebreide trechtermethode gehanteerd. Als eerste is een landelijke statistische analyse uitgevoerd, voor alle Nederlandse gemeenten en voor meerdere indicatoren die kunnen duiden op zorgverschraling, niet alleen in de huisartsenzorg. De gedachte hierachter is dat zorgverschraling op meerdere vlakken (bijvoorbeeld huisartsen én spoedeisende hulp én ziekenhuiszorg én apotheken) grotere gevolgen heeft dan een verschraling van één categorie zorgaanbod. Daarnaast biedt zo'n breed scala aan indicatoren een goede manier om de projectlanden onderling te vergelijken.

Landelijke statistische data zijn beschikbaar bij het CBS, het RIVM (met name VZinfo) en het Nivel (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg). Daarbij hebben wij gezocht naar de meest actuele data. Discussies binnen het Nederlandse AHEAD-projectteam aan de hand van rapportages en mediaberichtgeving leidden tot het besluit om een aantal indicatoren van de analyse uit te sluiten. Deze indicatoren, waaronder bijvoorbeeld 'afstand tot apotheken', werden niet belangrijk geacht voor de algemene situatieschets van zorgverschraling in Nederland, omdat zij weinig significante verschillen laten zien over heel Nederland, en/of omdat zij nergens worden beschouwd als een probleem en/of omdat er een goede oplossing voorhanden is (bijv. laten bezorgen van medicatie door de apotheekbezorgdienst). Voor meer uitleg over de gehanteerde indicatoren, zie 3.2.

Vervolgens hebben wij deze indicatoren gevisualiseerd in interactieve kaarten. Deze zijn beschikbaar op de [AHEAD-website](#).

Op basis van deze indicatoren hebben wij de gemeentes met de laagste scores op deze indicatoren geïdentificeerd. Dit waren Tytsjerksteradiel, Achtkarspelen, Noardeast-Fryslân, Loppersum, Westerwolde, Grave, Bergen (Limburg), Midden-Drenthe, Reimerswaal, Westerveld en Hollands Kroon.

Vervolgens hebben wij deze gemeenten met elkaar vergeleken door een analyse uit te voeren van nieuwsartikelen over de specifieke problemen met zorgverschraling in die gemeenten, met als

uiteindelijke doel één gemeente te kiezen als case study³. Wij hebben gezocht naar nieuwsartikelen niet ouder dan 3 jaar (op 18 april 2022). Wij hebben een online database van (inter)nationale media outlets (Lexis Nexis) gebruikt om de nieuwsartikelen te verzamelen. De analyse omvatte onder andere:

- het aantal gevonden en relevante artikelen per gemeente (hoe meer artikelen, hoe urgenter het probleem)
- het categoriseren van oorzaken
- het omschrijven van de gevolgen van de gerapporteerde problemen (hoe meer personen getroffen worden, hoe ernstiger het probleem)
- de duur van de gerapporteerde problemen (hoe langer de situatie al bestaat, hoe ernstiger)
- de mate waarin lokale initiatieven ondernomen worden en succesvol of veelbelovend zijn te noemen.

Wij hebben Hollands Kroon gekozen als case study voor de uitvoering van het AHEAD-project in de Nederlandse context, omdat in vergelijking met andere gemeentes de mediaberichtgeving over de problemen in deze gemeente omvangrijker was. Daarnaast bleek uit de berichtgevingⁱ dat in deze gemeente de problemen van langere duur zijn; het huisartsentekort een belangrijke oorzaak is, al lang speelt en wellicht ernstiger gaat worden; er grote betrokkenheid is van verschillende belanghebbenden (op zowel lokaal als centraal bestuurlijk niveau); interventies (nog) niet effectief zijn gebleken en dat inwoners nog niet (voldoende) zijn betrokken bij het ontwikkelen van mogelijke oplossingen.

3. Onderzoeksresultaten

3.1 Context

Het Nederlandse zorgstelsel is – zeker in internationale vergelijkingen – goed te noemen. Het systeem is in principe gebaseerd op solidariteit tussen arm en rijk, ziek en gezond, jong en oud. Door de verplichte basisverzekering en de zorgtoeslag voor minder draagkrachtigen is een zorgverzekering voor vrijwel iedereen bereikbaar. Er zijn dan ook 17,3 miljoen zorgverzekerden in Nederland (tegenover 20.260 onverzekerden; alle cijfers van 2020)ⁱⁱ. De kwaliteit van de zorgverlening is uitstekend. Desondanks kent de zorg de nodige uitdagingen, zoals (onder vele andere) personeelstekorten, toenemende wachtlijsten en groeiende gezondheidsachterstanden. Om het fenomeen zorgvershraling in de context van het AHEAD-project goed te kunnen duiden volgt hier een korte beschrijving van relevante wet- en regelgeving.

³ In Nederland is gekozen voor één case study. Daardoor is er meer budget voor de partners in Italië, Moldavië, Roemenië en Servië - landen waar werkelijke 'zorgwoestijnen' bestaan - om 2 of 3 case studies uit te voeren, en zodoende beter te kunnen bijdragen aan de oplossing ervan.

De belangrijkste beleidsdoelen van het huidige zorgstelsel zijn verankerd in de hervorming van 2006: kwaliteit van zorg (effectief, veilig en patiëntgericht), universele toegankelijkheid (redelijke kosten voor individuen, reisafstand en wachttijden) en betaalbaarheid (financiële duurzaamheid en algehele kostenbeheersing).^{iii,iv} De hervorming introduceerde één verplicht systeem voor ziektekostenverzekering met vrije keuze van de verzekeraar voor de consument. Zorgverzekeraars hebben de plicht om alle cliënten voor het wettelijk basispakket te accepteren, ook patiënten met bekende risicofactoren. De zorg voor mensen onder de 18 jaar is gratis en er is een zorgtoeslag voor mensen uit lage inkomensgroepen.^{ii,v} De rijksoverheid bepaalt jaarlijks wat er in de wettelijke basisverzekering wordt gedekt en welke zorgvormen een eigen bijdrage vergen, en stelt de hoogte van het eigen risico vast. Dit eigen risico houdt in dat wanneer de cliënt zorgkosten begint te maken, hij het eerste bedrag (het 'eigen risico') uit eigen zak moet betalen; als de zorgkosten dit bedrag overschrijden, vergoedt de zorgverzekeraar de rest. De hoogte van het eigen risico is sinds de oprichting aanzienlijk gestegen, van 150 EUR in 2008 tot 385 EUR in 2016 en is sindsdien stabiel gebleven.^{iv,vi} Opgemerkt moet worden dat meerdere vormen van zorg (waaronder huisartsenzorg, wijkverpleging en zwangerschaps- en kraamzorg) zijn uitgesloten van dit eigen risico – deze diensten zijn altijd gratis voor de patiënt.

De hervorming van 2006 was ook bedoeld om marktwerking en concurrentie aan te moedigen tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgaanbieders onderling. Verzekeraars zijn verplicht om alle zorg die in de wettelijke basisverzekering zit aan iedereen te vergoeden, maar kunnen op verschillende manieren concurreren: in hun aanvullende pakketten; in de mate waarin de verzekerden hun zorgaanbieder vrij kan kiezen of gebonden is aan bepaalde door de verzekeraar gecontracteerde aanbieders, en dus ook in de extra kosten die gemoeid zijn bij het niet kiezen voor de gecontracteerde partij; en in extra diensten aan hun leden. Zorgaanbieders leveren kosteneffectieve zorg en concurreren op kwaliteit, toegankelijkheid (zoals wachtlijsten) en prijs. De beoogde rol voor de consument is om zich goed te informeren en beslissingen te nemen over hun verzekeringsmaatschappij.^{vii} Consumenten zijn verplicht de basisverzekering af te sluiten en mogen jaarlijks overstappen van zorgverzekering.^{ii,iii}

Huisartsen maken deel uit van de eerstelijnsgezondheidszorg en zijn de poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel, aangezien patiënten hun verwijzing nodig hebben voor het verkrijgen van gespecialiseerde (ziekenhuis)zorg. Dit beleid waarborgt de financiële houdbaarheid van het systeem. Huisartsen zijn dan ook belangrijke zorgverleners en hun diensten vallen volledig onder de basisverzekering.^{iv}

Ondanks het solidaire zorgstelsel bestaan er belangrijke verschillen in genoten gezondheid: 60% van de mensen in het laagste inkomenskintiel verkeert in goede gezondheid, tegenover 87% van de mensen in het hoogste kwintiel.^{viii} De ongelijkheid is verergerd door de COVID-19-pandemie: het relatieve sterfterisico in huishoudens in de laagste inkomensgroep was twee keer zo hoog in vergelijking met die in de hoogste inkomensgroep^{ix}. Ook is de levensverwachting van mensen met het laagste opleidingsniveau zes jaar korter dan die met het hoogste opleidingsniveau. Ten slotte

kampen immigranten van buiten de EU ook met een slechtere gezondheid.^x Daarnaast heeft onderzoek naar gedeelde gezondheid (szorg) uitgewezen dat 0,2% van de bevolking geen diagnose of behandeling zoekt. Echter, uit ander onderzoek van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) bleek dat 7% van de respondenten het zoeken naar een diagnose vermeed, 6% zocht geen behandeling en 3% haalde de door de arts voorgeschreven medicatie niet op vanwege de daarmee gepaard gaande kosten.^{xi}

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, onderdeel van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), monitort de gezondheidsverschillen binnen de bevolking. Er is echter geen specifiek beleid om de bestaande verschillen in gezondheidsuitkomsten aan te pakken. Beleid dat specifiek gezondheidsongelijkheden en daarmee gepaard gaande sociaaleconomische ongelijkheden aanpakt, omvat bijvoorbeeld leefstijlprogramma's gericht op het voorkomen of veranderen van ongezond gedrag (bijvoorbeeld roken en alcoholgebruik). Voorbeelden zijn het landelijke programma "De Gezonde Wijkaanpak" of "Gezond in de Stad" die beide op gemeentelijk niveau worden uitgevoerd en onderdeel zijn van het Preventieakkoord.^{iii,xii} Het kabinet heeft in 2013 besloten dat consulten over afvallen en stoppen met roken onder het wettelijk verzekerde pakket vallen.^{xiii}

Terwijl dergelijke goede initiatieven ongetwijfeld hun vruchten afwerpen hebben de volgende (centraal genomen) besluiten het tegenovergestelde effect, namelijk (verdere) verschraving van de zorg. Deze verschraving treft iedereen, maar in het bijzonder kwetsbare groepen:

- Er is gestuurd op centralisatie van geneeskundige specialismen in een klein aantal gespecialiseerde zorgcentra, wat heeft geleid tot vergroting van de afstand tot deze vormen van zorg
- De hoogte van het eigen risico is sinds de invoering in 2008 gestegen (deze is nu echter al een aantal jaar stabiel), wat leidt tot een financiële barrière tot gepaste zorg
- Door marktwerking is de behandelprijs voor sommige zorgspecialisaties (zoals psychiatrie) laag. Dit moedigt de zorgverlener aan om voornamelijk cliënten te behandelen met minder complexe zorgvragen; complexe zorg zit namelijk niet in de basisverzekering en wordt dus niet altijd vergoed. Hierdoor daalde het aantal zorgverleners die complexe zorgvragen behandelen waardoor de wachtlijsten voor deze zorg groter werden. Wachtlijsten namen ook toe doordat het aantal bedden in instellingen daalde (met als doel kosten te verminderen) en door een tekort aan personeel.
- Het overhevelen van jeugdzorg in 2015 naar de gemeente ging gepaard met een vermindering van de financiële steun die gemeentes ontvangen van het Rijk. In combinatie met het stijgende aantal hulpzoekende jongeren en het complexer worden van hun hulpvraag, heeft dit geleid tot wachtlijsten van gemiddeld 10 maanden.^{xiv}
- In 2012 is de vergoeding van vertalers bij de zorgverlening aan patiënten die de Nederlandse taal niet voldoende eigen zijn, stopgezet. Dit heeft geleid tot een verminderde toegang tot zorg voor deze bevolkingsgroep.

- Overheveling van zorgtaken uit de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg leidde ertoe dat de norm van huisartsenpraktijken werd verlaagd naar 2095 patiënten per praktijk. In combinatie met het tekort aan huisartsen leidde dit tot wachtlijsten en patiëntenstoppen.

Daarnaast wordt ook beleid uitgevoerd die de zorgverschraling (tot zekere hoogte) tegen (kunnen) gaan, zoals bijvoorbeeld:

- Het verruimen van de numerus fixus voor de huisartsengeneeskunde van 750 naar 850 (2022)
- Het stimuleren van samenwerking tussen eerstelijnszorgprofessionals in grotere organisatorische verbanden (eerstelijnsgezondheidszorgcentra) en in multidisciplinaire teams. Hierdoor kunnen meer mensen passender zorg krijgen.
- Het ontwikkelen van nieuwe functies in de huisartsenzorg met als doel de beperkte zorgpersoneelskrachten optimaal in te zetten. Deze strategieën zijn toegelicht in regelgeving:
 - [Wet- en regelgeving | V&VN VS \(venvnvs.nl\)](#) (taakverschuiving in de verpleegkunde)
 - [Staatsblad 2018, 130 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen \(officielebekendmakingen.nl\)](#) (physician assistant)
 - [Wetten.nl - Regeling - Besluit aanwijzing generalistische basis geestelijke gezondheidszorg en praktijkondersteuner huisartsenzorg geestelijke gezondheidszorg - BWBR0033676 \(overheid.nl\)](#) (praktijkondersteuner)
- Het verruimen van de mogelijkheden voor de vergoeding van de kosten van een digitaal consult
 - [Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2022 – Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)
- Verplichte elektronische patiëntenportalen in huisartsenpraktijken die patiënten in staat stellen hun persoonlijke medische bestanden in te zien, en een e-consult en een herhaalrecept aan te vragen.
 - [Persoonlijke Gezondheidsomgeving | Digitale gegevens in de zorg | Rijksoverheid.nl](#)

3.2 Data en kaarten

In paragraaf 2.3 werd kort beschreven welke afwegingen zijn gemaakt om te komen tot een relevante set van indicatoren voor zorgverschraling. Uiteindelijk hebben wij ervoor gekozen om de volgende gegevens te gebruiken om per Nederlandse gemeente het niveau van zorgverschraling (indien aanwezig) te kwantificeren:

- Aantal huisartsen in een straal van 5 km (dichtheid)
- Gemiddelde afstand tot de dichtstbijzijnde huisarts

- Bevolking per gemeente en bevolkingssamenstelling (leeftijdsgroepen) per gemeente
- Aantal huisartsen per 100.000 inwoners, met een aanpassing voor de bevolkingssamenstelling ('gewogen')
- Aantal ziekenhuizen (incl. poliklinieken) in een straal van 20km
- Gemiddelde afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis (incl. poliklinieken)

De 'aanpassing voor de bevolkingssamenstelling' (weging) bestond uit een herberekening van de zorgvraag op basis van de leeftijdsgroepen in iedere gemeente. Deze herberekening is gebaseerd op een wetenschappelijk onderbouwde methode uit 2018^{xv}, die rekening houdt met het grotere zorggebruik van de jongste en oudste bevolkingsgroepen vergeleken met de leeftijdsgroepen daartussenin. Hoe ouder de bevolking in een bepaald gebied is, hoe hoger de zorgvraag er is – een belangrijk gegeven in gebieden met teruglopende en/of snel vergrijzende bevolking⁴.

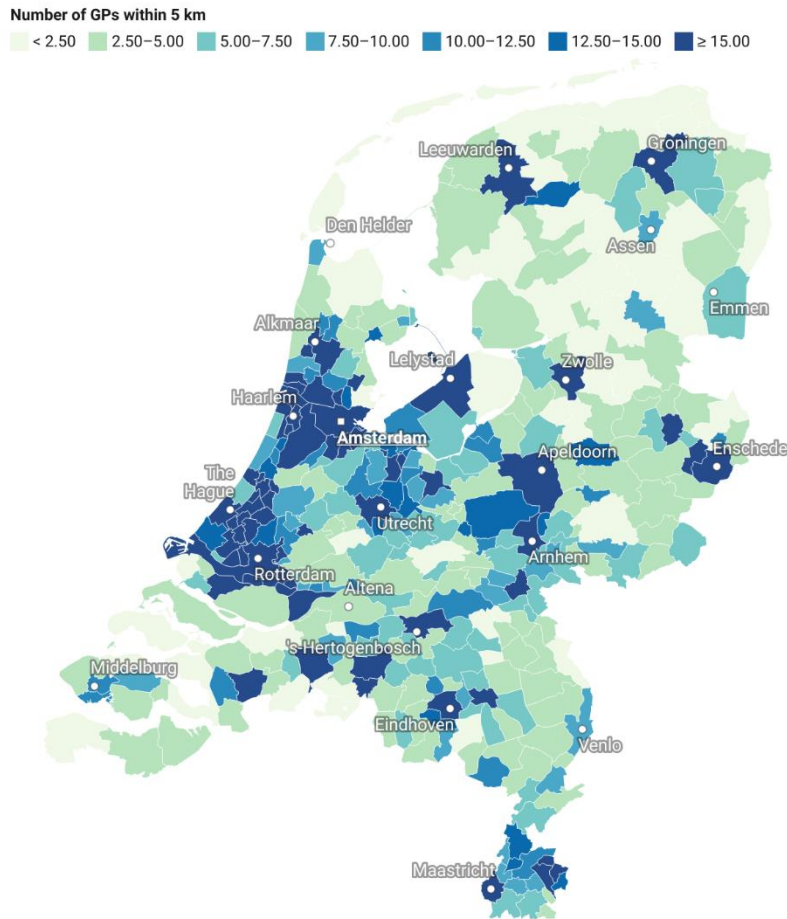
De gebruikte data over zorgaanbod zijn ofwel rechtstreeks van het CBS gedownload en gevisualiseerd, ofwel herberekend op basis van CBS-gegevens over bevolkingsaantal en -samenstelling. Vervolgens hebben wij de gekozen indicatoren voor alle Nederlandse gemeenten gevisualiseerd in interactieve kaarten. Deze zijn beschikbaar op de [AHEAD-website](#). Een voorbeeld (aantal huisartsen binnen een straal van 5 km) is te zien in figuur 1.

Let op: de data in dit document en op de gevisualiseerde kaarten op de AHEAD-website kunnen van verschillende jaartallen zijn.

⁴ Over deze methode, en de toepassing ervan in AHEAD, verschijnt later in 2022 een publicatie op de website van AHEAD.

Figuur 1: Aantal huisartsen binnen een straal van 5 km (zoals gepresenteerd op de AHEAD-website; data 2019)

The Netherlands - map 1



Important notes

Map: Media Education Centre for AHEAD • Source: Central Bureau of Statistics • Created with Datawrapper

Voor Hollands Kroon hebben we gebruik gemaakt van de volgende gegevens:

Indicator	Waarde in Hollands Kroon	Nederlands gemiddelde	Bron
Bevolking (april 2022)	48.988	17,675,187 (totaal)	Hollands Kroon , CBS
Percentage 65 jaar en ouder	21,1%	19,8%	CBS
Verwachte bevolkingsgroei in 2050 (vergeleken met 2020)	3,6%	11,9%	Hollands Kroon
Verwachte bevolking van 75 jaar en ouder in 2050	15,6%	15,1%	Hollands Kroon
Gemiddeld aantal huisartsen in een straal van 5 km (2021)	1,5	17,6	CBS
Gemiddelde afstand tot de dichtstbijzijnde huisarts (2021)	1,9 km	1,0 km	CBS
Gemiddelde afstand tot dichtstbijzijnde ziekenhuis, aangepast voor bevolkingssamenstelling (2020)	20 km	7,1 km	(AHEAD-project – eigen berekening)
Aantal ziekenhuizen binnen 20 km, aangepast voor bevolkingssamenstelling (gemiddeld) (2020)	0,5	4,4	(AHEAD-project – eigen berekening)
Afstand tot dichtstbijzijnde apotheek , aangepast voor bevolkingssamenstelling (gemiddeld) (2020)	3,3 km	1,2 km	(AHEAD-project – eigen berekening)

3.3 Vragenlijst en interviews

De online vragenlijst hebben wij uitgezet om breed uitvraag te doen naar verschijningsvormen van zorgvershraling (in de vragenlijst ‘zorgwoestijnen’ genoemd), de ervaren ernst van de problemen, percepties over verantwoordelijke instanties, en mogelijke oplossingen. Ook zijn de eerste interactieve kaarten, geproduceerd door AHEAD, hiermee getest. Daarnaast hebben wij interviews gehouden met lokale (Hollands Kroon) en nationale belanghebbenden, zoals

huisartsen, vertegenwoordigers van huisartsen, andere zorgverleners, vertegenwoordigers van de bevolking, beleidsmakers en zorgverzekeraar. Het doel hiervan was om soortgelijke thema's als in de online vragenlijst te bespreken en om de resultaten uit de vragenlijsten te valideren en eventueel aan te vullen.

Het voert voor deze publieksversie te ver om gedetailleerd verslag te doen van alle uitkomsten; daarom beperkt deze paragraaf zich tot de meest opvallende resultaten⁵.

Over indicatoren van zorgverschraling in Nederland

'Afstand tot zorgverlener' in samenhang met 'reistijd naar de zorgverlener' (afhankelijk van openbaar en/of individuele vervoermogelijkheden en mobiliteit van patiënten) kwam algemeen naar voren als mogelijke indicatoren voor zorgverschraling. Geïnterviewden in Hollands Kroon beoordeelden deze indicator als zeer belangrijk; echter, het merendeel van de respondenten van de vragenlijst vindt deze indicatoren onderschikt aan 'wachtlijden voor een afspraak met een zorgverlener'. Indicatoren die in de interviews met nationale deskundigen zijn genoemd waren 'wachtlijsten' en 'patiëntenstops'.

Aanvullende mogelijke indicatoren die de geïnterviewden in Hollands Kroon noemden, waren de druk op de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld het aantal geregistreerde patiënten per huisartsenpraktijk afgezet tegen de normpraktijk); het aantal patiënten dat bij de spoedeisende hulp wordt behandeld, terwijl ze behandeld zouden moeten worden door een huisarts; het aantal mensen dat zich niet kan inschrijven bij een huisartsenpraktijk (vanwege wachtlijsten), en/of het aantal mensen dat ingeschreven blijft staan bij de oude praktijk nadat zij verhuisd zijn. Het tekort aan zorgpersoneel zou kunnen worden gemonitord aan de hand van het aantal vacatures en de duur dat deze onvervuld blijven. Kwalitatieve indicatoren werden in beide type interviews ook genoemd, zoals patiënttevredenheid en tijdsduur van consulten.

Mogelijke benchmarks van deze indicatoren

Een aantal benchmarks zijn vastgelegd in wetgeving en daarnaast hanteren beroepsverenigingen enkele kwaliteitsstandaarden. De nationale belanghebbenden noemden bijvoorbeeld:

- Aanrijtijd ambulance: 45 minuten
- Wachtijd voor een afspraak met een huisarts: max. 2 dagen
- Reistijd naar een huisarts: varieert, maar in meer rurale gebieden is ongeveer 15 minuten normaal en in stedelijke gebieden is de reistijd afhankelijk van de drukte van het verkeer
- Normpraktijk (van een huisartsenpraktijk): 2095 patiënten per praktijk
- Elke patiënt heeft maximaal 2 huisartsen (in dezelfde praktijk)

⁵ Het volledige (Engelstalige) verslag is op te vragen bij Wemos, o.v.v. 'AHEAD'.

Zorgen om zorgverschraling

De online vragenlijst heeft informatie opgeleverd over de mate waarin men:

- zorgen heeft om zorgverschraling in Nederland: 60% van de respondenten geeft aan zich in zekere of hoge mate zorgen te maken.
- persoonlijk (individueel en/of organisatorisch) de impact van zorgverschraling ervaart: 60% in zekere of hoge mate
- vindt dat het oplossen van zorgverschraling prioriteit zou moeten hebben in Nederland: 32% vindt dit in zekere mate, 60% in hoge mate.

Geografische gebieden waar zorgverschraling voorkomt in Nederland

In de interviews met nationale belanghebbenden werden verschillende regio's (zoals Oost-Groningen en het noorden van Noord-Holland) genoemd waar zorgverschraling in meer of mindere mate voorkomt. Regio's waar zorgverschraling voorkomt kunnen worden getypeerd door bevolkingskrimp en/of een vergrijzende bevolking; daarnaast kunnen het ook (stedelijke) gebieden zijn waar veel mensen met een laag sociaaleconomische status wonen, zoals Zuid-Rotterdam. Dit beeld wordt bevestigd door de respondenten van de vragenlijst.

Bevolkings(sub-)groepen die (extra) kwetsbaar zijn voor de gevolgen van zorgverschraling in Nederland

Alle respondenten zijn het eens dat mensen met een lagere sociaaleconomische status of die wonen in buurten waarin de sociaaleconomische structuur snel verandert een hogere kans hebben op gezondheidsschade als gevolg van zorgverschraling. Een van de nationale deskundigen noemt mensen die psychiatrische zorg behoeven als extra risico. De respondenten van de vragenlijst noemen daarnaast ook: ouderen, mensen zonder (verblijfs)documenten, onverzekerden, ongeletterden, migranten, daklozen en mensen met een verstandelijke beperking. De geïnterviewden noemden aanvullend nog zorgmijders, mensen met chronische ziekten, mensen met beperkte digitale vaardigheden, en mensen met verminderde mobiliteit.

Recente ontwikkelingen en trends in relatie tot zorgverschraling

Het huisartsentekort en de bijbehorende problematiek is volgens de nationale deskundigen een probleem van de laatste 10 jaar. De situatie wordt steeds nijpender omdat meer huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd bereiken en veel jonge huisartsen parttime (willen) werken. De vraag naar zorg stijgt doordat de vergrijzende bevolking meer zorg vraagt.

De geïnterviewden in Hollands Kroon onderschrijven dit en noemen enkele aanvullende ontwikkelingen in hun gemeente. Zo worden er nieuwe huizen gebouwd om toekomstige

inwoners te huisvesten zonder aandacht te schenken aan de zorgvoorzieningen die nodig zijn voor die nieuwe inwoners. Daarnaast lijken nieuwe huisartsen weinige belangstelling te hebben voor vestiging in hun gemeente, met name als de huisartsen hun opleiding hebben genoten in de Randstad. Echter, gezien de huidige huizen crisis in de Randstad is er de hoop dat meer mensen – ook huisartsen - naar het noorden van Noord-Holland zullen komen, omdat hier de huizenprijzen lager zijn; dit maakt de regio aantrekkelijker. Een wat meer algemene ontwikkeling die zij noemen is dat het huisartsspecialisme steeds minder aantrekkelijk wordt gevonden, omdat er veel administratieve taken verricht moeten worden, en het praktijkhouderschap complex is met veel verantwoordelijkheden waar in de opleiding weinig aandacht voor is. De kosten van het overnemen of starten van een praktijk zijn ook erg hoog; dit kan ertoe leiden dat beginnende huisartsen ervoor kiezen om waarnemer te worden in plaats van een eigen praktijk te beginnen.

Hoofdoorzaken van zorgverschraling

De hoofdoorzaken van zorgverschraling zijn volgens de nationale belanghebbenden de vergrijzing van de bevolking en de toenemende zorgvraag. Daarnaast spelen ook een rol de toenemende concentratie van zorgverlening, onvoldoende investeringen in preventie en sociale zekerheid, en de marktwerking die concurrentie stimuleert en goede samenwerking tussen zorgverleners in de weg staat. De geïnterviewden in Hollands Kroon voegen daaraan toe dat in het huidige zorgsysteem adequate en doelmatige toezicht op toegang, kwaliteit en veiligheid van zorg ontbreekt, aangezien instituten zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) klachtengestuurd werken en alleen reageren op incidenten. Als gevolg daarvan wordt de zorgplicht van zorgverzekeraars niet adequaat en systematisch geëvalueerd. Hun ervaring, naar aanleiding van een specifieke casus van ondermaatse (huisartsen)zorg, is dat deze instituten en de zorgverzekeraar naar elkaar wijzen als hoofdverantwoordelijke partij.

Alle geïnterviewden zijn van mening dat de mogelijkheden voor zorginnovatie beperkt worden door de sterk gescheiden financieringsstromen voor de verschillende soorten van zorg en sociaal domein, waardoor nauwere samenwerking wordt bemoeilijkt, evenals bijvoorbeeld overheveling van (sommige) dienstverlening, bijvoorbeeld van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg. Ook ziet men dat de taakoverheveling van ziekenhuiszorg naar huisartsenzorg ervoor heeft gezorgd dat de werkdruk van de huisartsen toeneemt. Huisartsen zien bovendien veel patiënten die komen met een oneigenlijke zorgvraag die beter past bij maatschappelijke dienstverlening. Patiënten weten de weg naar deze andere dienstverlening echter niet goed te vinden, of de toegang ertoe is om andere redenen moeilijk. Tot slot wordt ook het tekort aan ondersteunend praktijkpersoneel genoemd, als obstakel voor een goede praktijkvoering.

Mogelijke oplossingen/oplossingsrichtingen

De geïnterviewde belanghebbenden opperden verschillende oplossingen voor de huidige

problemen in de huisartsenzorg:

- Verhoging van het maximale aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen
- Verbeterde (ondersteuning van) zelfredzaamheid en/of zelfmanagement van patiënt (als onderdeel van positieve gezondheid)
- Verbeteren van de toegang tot de maatschappelijke hulpverlening
- Investeren in geïntegreerde preventieprogramma's
- Aantrekkelijker maken en promoten van de regio's waar huisartsentekorten zijn
- Implementatie van nieuwe financieringsmodaliteiten om innovatie te stimuleren

Ook het aantrekkelijker maken van het huisartsenberoep wordt door de geïnterviewden genoemd als noodzakelijk, zoals:

- het breder inzetten van *physician assistants* en/of verpleegkundig specialisten
- het heroverwegen van de rollen van waarnemers en praktijkhoudende huisartsen ten aanzien van taken en type zorgdienstverlening die zij op zich (kunnen) nemen
- Het delegeren van organisatorische taken in de huisartsenpraktijk naar een professional of naar een speciaal managementbureau
- Meer aandacht in de opleiding van huisartsen voor praktijkhouderschap en managementvaardigheden
- Financiële ondersteuning van startende huisartsen voor de overname of het beginnen van een huisartsenpraktijk
- Faciliteren van betere huisvesting voor integrale zorgcentra (huisartsen, andere eerstelijnszorgverleners, maatschappelijke dienstverlening, enzovoort)
- Verder investeren in verbeterde mogelijkheden voor digitale consulten, waar mogelijk
- Implementeren van een uniform elektronisch patiëntendossiersysteem voor alle zorgverleners.

Verantwoordelijkheden ten aanzien van zorgverschraling

Alle nationale belanghebbenden wijzen erop dat het ministerie van VWS verantwoordelijk is voor het gezondheidssysteem als geheel, maar dat het ministerie het niet als zijn taak ziet om lokale uitdagingen op te lossen: de meeste toegangsproblemen zijn zeer context-specifiek en gelokaliseerd en vereisen context-specifieke oplossingen. Het gevolg is dat het initiatief om lokale uitdagingen daadwerkelijk aan te pakken (of niet) wordt overgelaten aan de lokale belanghebbenden, net als de beslissing over de vereiste handelwijze. De geïnterviewden uit Hollands Kroon voelen zich echter beperkt in hun invloed en impact, omdat centrale spelers zoals zorgverzekeraars en het ministerie van VWS de geldstromen beheren. Wel hebben ze het gevoel dat ze in hun eigen omgeving de gevolgen van de zorgverschraling kunnen verzachten door samen te werken met gemeenten en zorgverleners.

De respondenten van de vragenlijst zijn het hier gedeeltelijk mee eens. De meerderheid (76%) is van mening dat zij in staat zijn een bijdrage te leveren aan de aanpak van zorgverschraling. Eenzelfde percentage van de respondenten ervaart ook dat zij daarbij betrokken zijn. Meer dan de helft (64%) vindt dat landelijke instanties zoals het ministerie van VWS, NZA, IGJ en zorgverzekeraars zich met deze problematiek moeten bezighouden. Een enkele keer worden ook gemeenten en ROS-netwerken (regionaal georganiseerde ondersteuningsstructuren eerstelijnszorg) genoemd. Er is geen duidelijke consensus onder de respondenten over het vermogen van verschillende belanghebbenden om zorgverschraling daadwerkelijk aan te pakken.

Over de interactieve kaarten

De eerste versies van de interactieve kaarten met visualisaties van statistische gegevens waren onderdeel van de vragenlijst. Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat de kaarten overeenkomen met hun kennis over de situatie in Nederland. Daarnaast vond meer dan de helft ook dat kaarten niet of slechts in beperkte mate verrassende en/of nieuwe informatie opleverden. Daarnaast bevestigde de helft van de respondenten de innovativiteit van de kaarten, maar de andere helft vond deze kaarten niet innovatief. In het algemeen beoordeelden de respondenten de kaarten als gemakkelijk te interpreteren, intuïtief, duidelijk en als nuttige instrumenten bij het bestuderen van zorgverschraling. Meer dan de helft van de respondenten vindt dat de kaarten samen een valide beeld geven van zorgverschraling in Nederland.

Concluderend kan gesteld worden dat ons onderzoek uitwijst dat het huisartsentekort inderdaad een belangrijke manifestatie is van zorgverschraling, en dat zowel de respondenten van de vragenlijst als de geïnterviewden goed op de hoogte zijn van de problemen die de huisartsentekorten met zich meebrengen. Deze worden als steeds ernstiger ervaren en de meest getroffen regio's en uitdagingen zijn bekend. Gegevens over aantallen huisartsen, voltijdsequivalent van huisartsen, ook per populatie, worden routinematig verzameld, zijn beschikbaar op openbare websites en worden gevisualiseerd in grafieken en infographics, dus er zijn veel bronnen van betrouwbare en kwalitatief goede gegevens. De respondenten laten ook een zekere mate van consensus zien over de indicatoren die kunnen worden gebruikt om zorgverschraling te herkennen en identificeren in termen van toegang tot huisartsen, zoals afstand, reistijd, aantal huisartsen per populatie, hoewel hun meningen over maximaal toelaatbare waarden voor deze indicatoren enigszins variëren.

Bovendien tonen de respondenten vrij veel kennis en bewustzijn van kwesties die verband houden met kwaliteit van zorg (in het algemeen, niet huisartsen per se), in relatie tot kwetsbare sociaaleconomische groepen, mensen in sociaal kwetsbare gebieden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden, zowel in stedelijke als rurale gebieden. De omvang van deze problemen, hun impact en hun ontwikkeling in de tijd is echter niet precies bekend, omdat de overheid die gegevens niet systematisch verzamelt, controleert en openbaar deelt.

Over de vraag wie verantwoordelijk is voor de aanpak van zorgvershraling, verschillen de meningen van onze respondenten waardoor er geen eenduidig beeld naar voren komt uit ons onderzoek. Instanties op nationaal (centraal), regionaal en lokaal niveau krijgen allemaal een deel van de verantwoordelijkheid toegeschreven. Met name de geïnterviewde personen verwijzen naar lokale initiatieven om de toegang tot gezondheids- en sociale zorg te verbeteren en de uitdagingen waarmee mensen worden geconfronteerd te verlichten, waarbij een zekere mate van zelfredzaamheid van de betrokken gemeenschappen wordt aangetoond, al dan niet (financieel) ondersteund door hun regionale zorgverzekeraar of gemeente.

De waargenomen mate van zorgvershraling in Nederland wordt als relatief laag bestempeld. De algemene consensus is echter dat er in specifieke gebieden en voor specifieke bevolkingsgroepen een zekere erosie of verarming van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg is waar te nemen. Als adequate indicatoren voor toegang en kwaliteit van zorg kunnen worden geïdentificeerd, kunnen tijdreeksen van deze indicatoren, gevisualiseerd op (een) kaart(en), inzicht geven in de snelheid en richting van verandering in de tijd, en fungeren als een adequaat monitoringinstrument, in aanvulling op reeds bestaande statische grafieken en visualisaties op Nederlandse websites.

4. Conclusies

Het fundament voor de Nederlandse gezondheidszorg zit goed in elkaar, met ingebouwde solidariteit tussen de verschillende bevolkingsgroepen en de huisarts als poortwachter van de zorg. Echter, de hervormingen van 2006, met onder andere de marktwerking die in de zorg werd geïntroduceerd (met als doel efficiënter te werken) en de bezuinigingen van 2015 (door een deel van de zorgtaken over te hevelen naar de gemeenten) hebben grote gevolgen. Deze gevolgen betreffen de mate waarin zorgbehoeften van Nederlanders worden vervuld, de verzuiling van het zorglandschap door de strikt gescheiden financieringsstromen en de ontmoediging van betere samenwerking, op alle niveaus, maar wellicht vooral in de eerstelijnszorg.

Respondenten in ons onderzoek herkennen allemaal de gezondheidsachterstanden van verschillende (kwetsbare) groepen in Nederland. Ook de vershraling in de huisartsenzorg is herkenbaar, en de gebieden waarin dit speelt zijn ook bekend, evenals de buitenproportionele gevolgen voor kwetsbare groepen. De interactieve kaarten van AHEAD zijn illustratief, maar slechts ten dele innovatief.

Voor wat betreft de oplossingsrichtingen voor de huisartsenzorgvershraling bestaat een redelijk eenduidig, maar vrij algemeen, beeld; er bestaat echter geen overeenstemming over wie de meest aangewezen instantie is om deze problematiek aan te pakken. De respondenten zien VWS als de systeemverantwoordelijke, maar de zorgverzekeraar als de de facto regisseur die veranderingen zou moeten bewerkstelligen. Ook zien zij de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd als belangrijke spelers, maar zonder hun specifieke rol

duidelijk te benoemen. Er zijn veel plaatselijke initiatieven en deze worden als zeer belangrijk ervaren, maar die kunnen niet slagen zonder ondersteuning – praktisch, financieel, formeel – van gemeente, zorgverzekeraar of landelijke partijen.

5. Volgende stappen in AHEAD

Na het afronden van de onderzoeksfase start de fase van interactieve workshops waarin we met participatieve beleidsvorming gaan werken. Het betreft een serie van vier workshops:

- Drie workshops met homogene groepen van belanghebbenden, om:
 - de onderzoeksresultaten te valideren, nuanceren en aan te vullen
 - oplossingsrichtingen te bedenken die in de lokale context haalbaar en acceptabel zijn.
- Eén workshop met vertegenwoordigers uit de eerste drie sessies, om:
 - De voorgestelde oplossingsrichtingen met elkaar te vergelijken en om te komen tot een gezamenlijk voorstel met elementen die lokaal (dus door degenen die aanwezig zijn) kunnen worden aangepakt, en elementen die actie vereisen van nationale beleidsmakers of andere nationale instituties.

De derde fase van AHEAD behelst een beleidsdialog (in een of meerdere sessies) met genoemde nationale beleidsmakers of andere nationale instituties om actie op nationaal niveau te stimuleren.

In de vierde en laatste fase van AHEAD zullen resultaten en bevindingen uit de vijf projectlanden worden besproken in Europese fora. De Europese Commissie, de financier van AHEAD, hecht er groot belang aan dat alle landen binnen de Europese Unie, alsmede naburige landen, profiteren van de in het project opgedane kennis en ervaringen. Bovendien biedt een dergelijke kennisuitwisseling inspiratie aan de Europese ambtenaren en beleidsmakers om aanvullende programmatische of wetgevende actie te ondernemen om ‘zorgwoestijnen’ in de hele Unie aan te pakken.

6. Geraadpleegde bronnen

ⁱ [Vage lichamelijke klachten? De huisartsen in Hollands Kroon sturen je door naar een coach die op zoek gaat naar de werkelijke oorzaak van je probleem | Noordhollands Dagblad](#), 03 juli 2020

[Help! De dokter verdwijnt](#), De Groene Amsterdammer, 10 februari 2022

[HKN: 'Niet wegkijken bij ontstaan knelpunten'](#), Noordhollands Dagblad, 20 juli 2019

[Bezorgde telefoontjes richting de wethouder over bereikbaarheid Co-Med huisartsen. Als antwoord stuurt Hollands Kroon een brief naar de inspectie | Noordhollands Dagblad](#), 06 maart 2022

[Huisartsen op Wieringen krijgen toestemming voor eigenlijk verboden oplossing: 'Anders ontstaat er een groot probleem' | Noordhollands Dagblad](#); 10 oktober 2021

[Spreekuur artsen Anna Paulowna en Breezand stopt door huisartsentekort, zorgverzekeraar zorgt voor alternatief | Noordhollands Dagblad](#), 28 juni 2019

[Twee artsen ziek, twee op vakantie en geen waarnemer te vinden. En zo rest er soms even niets anders dan een arts via een beeldscherm | Noordhollands Dagblad](#), 21 september 2021

[Huisartsenpraktijken in Anna Paulowna en Breezand door Co-Med samengevoegd, na klachten over beperkte aanwezigheid van artsen | Noordhollands Dagblad](#), 19/11/2021

ⁱⁱ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/cijfers-zorgverzekering>

ⁱⁱⁱ European Observatory for Health Systems and Policies (EOHSP). (2021). The market reform in Dutch health care. World Health Organization. Retrieved from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-market-reform-in-dutch-health-care-results-lessons-and-prospects>

^{iv} Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & Van Ginneken, E. (2016). Health systems in transition. The Netherlands: health system review, 18(2), 1-239.

^v Ministry of Health, Welfare and Sports (MHWS). (2018). Health care in the Netherlands. Retrieved March 9 2022, from <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/publications/publications/2016/01/31/healthcare-in-the-netherlands>

^{vi} Zorgwijzer. (n.d.). Cijfers zorgverzekering. Retrieved February 11, 2022, from <https://www.zorgwijzer.nl/faq/cijfers-zorgverzekering>

^{vii} De Jong, J. D., Groenewegen, P. P., & Schee, E. V. D. (2006). Consumenten en de stelselwijziging

^{viii} Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) (2021a). Netherlands: Country Health Profile 2021. Retrieved March 9 2022, from <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/fd18ea00-en.pdf?expires=1646813896&id=id&accname=ocid194724&checksum=21BB83D1FD162436CD1D34EF83B759E7>

^{ix} [Sociaal-demografische verschillen in COVID-19-sterfte tijdens de eerste golf van de corona-epidemie \(cbs.nl\)](#), 2021

^x Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) (2021b). Health at a Glance 2021. Retrieved March 9 2022, from <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1646813848&id=id&accname=ocid194724&checksum=3E503A86967EC9B3AEB701EEE88593A7>

^{xi} Van der Schors, W., Brabers, A., Hoefman, R. and De Jong, J., Toegang tot zorg volgens patiënten: wachttijd en afzien van zorg door kosten. NIVEL, Utrecht, 2016

^{xii} Organization of Economic Cooperation and Development (OECD) (2017). Netherlands: Country Health Profile 2017. Retrieved March 9 2017, from https://ec.europa.eu/health/system/files/2017-12/chp_nl_english_0.pdf

^{xiii} Wammes, J., Stadhouders, N., & Westert, G. (2020). International Health Care System Profiles, Netherlands. *The Commonwealth Fund*

^{xiv} <https://www.hetvergetenkind.nl/ons-werk/veilig-en-liefdevol-thuis/onderzoek/wachttijden-jeugdzorg>, mei 2021

^{xv} Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V. and Mousques, J., 2018. «Déserts médicaux» en France: état des lieux et perspectives de recherches. *LEspace géographique*, 47(4), pp.362-380



Co-funded by the
Health Programme
of the Europe Union,

The content of this deliverable represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it cannot be considered to reflect the views of the European Commission and/or the European Health and Digital Executive Agency (HaDEA) or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.