

# huisartsenzorg in zeeland

een zorg voor gemeenten?

Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zeeland  
juni 2005 *tweede herziene versie*

K.G.C. Weterings  
epidemioloog

# inhoudsopgave

	bladzijde
<b>Samenvatting en beschouwing</b>	
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Vraag en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg .....</b>	<b>4</b>
2.1. Landelijk .....	4
2.1.1. Algemene ontwikkelingen	4
2.1.2. Cijfers over tekorten (Capaciteitsorgaan)	4
2.2. Zeeland .....	5
2.2.1. NIVEL registratie huisartsen	6
2.2.2. Ontwikkelingen in vraag en aanbod in de DHV Zeeland	6
2.2.3. Capaciteitsmonitor Zeeland (DHV)	8
<b>3. Gesprekken .....</b>	<b>12</b>
3.1. Huidige aanbod .....	12
3.2. Kenmerken van en knelpunten in de Zeeuwse huisartsenzorg .....	12
3.3. Andere ontwikkelingen .....	14
3.4. Wat is er nodig voor de toekomst? .....	15

## Literatuur

**Bijlage 1: Huisartsen in Zeeland naar leeftijd, geslacht en regio**

**Bijlage 2: Lijst van geïnterviewde personen**

**Bijlage 3: Overzicht communicatie gemeenten – huisartsen**

## Samenvatting en beschouwing

Landelijk bestaan zorgen over een oplopend tekort aan huisartsen. Het Capaciteitsorgaan van het ministerie van VWS voorspelt een tekort van 16% voor het jaar 2012. Gemeenten in Zeeland vragen zich af hoe de situatie in Zeeland momenteel is en wat de verwachtingen zijn voor de toekomst. Om deze vragen te beantwoorden is een inventarisatie gedaan naar wat al bekend is over vraag en aanbod in de huisartsenzorg in Zeeland. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.

Hieronder de belangrijkste conclusies uit deze inventarisatie en een nadere beschouwing wat dit betekent voor de toekomst.

- De vraag naar huisartsenzorg neemt toe door ontwikkelingen als toename van de bevolking, vergrijzing, toenemende mondigheid van patiënten en extramuralisatie van de zorg.
- Het aanbod aan huisartsenzorg neemt niet evenredig toe vanwege de feminisering van het beroep, toename van deeltijd-werkers en vergrijzing van de beroepsgroep (grote uitstroom).
- In Zeeland zijn 169 huisartsen werkzaam, het overgrote deel mannen (83%).
- Het aandeel solopraktijken is in Zeeland met 44% groter dan landelijk (37%).
- 17% van de huisartsen in Zeeland is ouder dan 55 jaar.
- De leeftijdsverdeling van de huisartsen is niet in alle regio's gelijk: met name Zeeuws Vlaanderen heeft een relatief groot aandeel 55-plus (27%).
- De vraag naar huisartsenzorg in Zeeland neemt tot 2010 met 3,9% toe (ten opzichte van 2001).
- Op basis van de groeiende zorgvraag en de verwachte toename in deeltijdwerken door feminisering zouden in 2010 179 huisartsen in (het DHV district) Zeeland werkzaam moeten zijn.
- Op basis van de leeftijd van de werkzame huisartsen is het aannemelijk dat 29 van de 169 huisartsen in Zeeland binnen nu en 10 jaar hun praktijk zullen beëindigen.
- Momenteel doen zich in Zeeland geen grote problemen voor ten aanzien van de opvolging van huisartsen.
- In de toekomst kan dit veranderen door een landelijk oplopend tekort aan huisartsen en het onaantrekkelijk worden van Zeeland als vestigingsplaats voor nieuwe huisartsen.
- Het relatief grote aantal solopraktijken in Zeeland is niet aantrekkelijk voor praktijkzoekende huisartsen; slechts 2% van hen heeft een voorkeur voor een solopraktijk.
- De wisselende zorgvraag (relatief rustig in de winter en hoge werkdruk in de zomer door toeristen) zal niet iedere nieuw te vestigen huisarts aanspreken.

- West Zeeuws Vlaanderen en Schouwen-Duiveland zijn kwetsbaren gebieden, vanwege de kleine huisartsenposten. De huisartsen draaien hier relatief veel diensturen. Bovendien ontstaan hierdoor problemen met de financiering van deze posten.
- Om de continuïteit van de huisartsenzorg in Zeeland te waarborgen is meer samenwerking tussen huisartsen nodig. Deze trend is ook al ingezet, al is samenwerken soms lastig in door de uitgestrektheid van een plattelandsgebied.
- De rol van de gemeenten zou vooral faciliterend en ondersteunend moeten zijn.

Hoewel in Zeeland momenteel dus geen problemen spelen wat betreft opvolging van vertrekkende huisartsen is het zaak de vinger goed aan de pols te houden. Als landelijk het tekort oploopt zal dit ook hier voelbaar worden. Het is belangrijk dat Zeeland aantrekkelijk blijft voor praktijkzoekende huisartsen.

Gemeenten hebben weliswaar geen formele bevoegdheden en verantwoordelijkheden ten aanzien van de huisartsenzorg, zij voelen zich vaak wel – vanuit de algemene zorgplicht – verantwoordelijk voor een toereikend zorgaanbod. Gemeenten kunnen hieraan bijdragen door het scheppen van een zo gunstig mogelijk vestigingsklimaat, zoals ook door de gesprekpartners werd aangegeven. Zo kan bijvoorbeeld ondersteuning geboden worden aan huisartsen die een HOED willen vormen of bij de opzet van gezondheidscentra. Samenwerkingsverbanden binnen de eerstelijnszorg bieden gemeenten kansen om cure, care en preventie beter op elkaar af te stemmen. Dit betekent wel dat huisartsen en gemeenten met elkaar om de tafel moeten. In een aantal Zeeuwse gemeenten gebeurt dit nu ook al. Zorgverzekeraars zouden hierbij ook moeten kunnen aanschuiven, zij zijn immers feitelijk verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende (en kwalitatief goede) zorg.

# 1. Inleiding

In Nederland dreigt de komende jaren een aanzienlijk tekort aan huisartsen. De zorgvraag neemt toe terwijl het aanbod aan huisartsen niet evenredig stijgt. De jongste ramingen van het Capaciteitsorgaan voorspellen een huisartsentekort van 16% in 2012. Ook de Zeeuwse gemeenten maken zich zorgen over de continuïteit van de huisartsenzorg in Zeeland. Naar aanleiding hiervan hebben zij de GGD opdracht gegeven voor een inventarisatie naar de toekomst van de huisartsenzorg in Zeeland.

In deze inventarisatie staan 4 vragen centraal:

1. Hoe zien het huidige aanbod en de bereikbaarheid van de huisartsenzorg in Zeeland er uit?
2. Welke knelpunten doen zich momenteel voor in het aanbod en bereik van de huisartsenzorg in Zeeland?
3. Welke ontwikkelingen beïnvloeden het toekomstige aanbod van huisartsenzorg in Zeeland?
4. Op welke wijze kan Zeeland er voor zorgen dat een goed niveau van huisartsenzorg ook voor de toekomst gegarandeerd blijft?

Voor de beantwoording van deze vragen zijn twee werkwijzen gebruikt. Allereerst is een documentenstudie gedaan naar wat er - zowel landelijk als voor Zeeland - al bekend is over de vraag naar en het aanbod aan huisartsenzorg. Daarnaast is een aantal gesprekken gevoerd met relevante partijen in Zeeland waaronder vertegenwoordigers van huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen, om hen te bevragen over hun visie op het aanbod van huisartsenzorg in Zeeland en de te verwachten ontwikkelingen hierin. Als aanvulling hierop is bij gemeenten een korte inventarisatie gedaan naar de communicatie tussen gemeenten en huisartsen.

## **2. Vraag en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg**

### **2.1. Landelijk**

#### **2.1.1. Algemene ontwikkelingen**

De huisartsenzorg staat onder druk. Dit heeft verschillende oorzaken, waarvan een veranderende en stijgende zorgvraag en een toename van knelpunten in het aanbod de belangrijkste zijn (VWS 2003).

De belangrijkste oorzaak van een stijgende zorgvraag is de toename van de bevolking en dan met name het aandeel ouderen. Vooral 75-plussers hebben een hoge contactfrequentie: in 2001 was deze gemiddeld 16 keer per jaar tegen 6 keer gemiddeld voor de hele bevolking (Cardol e.a. 2004). De verwachting is dat het aantal contacten in 2010 ten opzichte van 2001 met 7,7% zal zijn toegenomen. Daarnaast stijgt de vraag door sociaal-culturele ontwikkelingen zoals de toenemende mondigheid van patiënten. Een andere niet onbelangrijke ontwikkeling is extramuralisatie van de zorg. Zorg uit de tweede lijn verschuift naar de eerste lijn. Patiënten worden eerder uit het ziekenhuis ontslagen, waarbij soms voortgezette behandeling in de thuissituatie nodig is, hetgeen meer en complexere zorg voor de huisarts betekent.

De belangrijkste ontwikkelingen in de aanbodzijde zijn de feminisering, het toenemende deeltijd-werken en vergrijzing van de beroepsgroep. Was huisarts 20 jaar geleden een typisch mannen beroep, anno 2004 is 31% van de huisartsen vrouw (Kenens e.a. 2004). Hiermee is ook het aantal huisartsen gestegen dat in deeltijd werkt. Het aantal huisartsen neemt wel toe, maar het aantal werkzame arbeidsuren stijgt niet evenredig mee. In 1980 was ongeveer de helft van de huisartsen ouder dan 40 jaar, in 2004 is dit bijna 80%. Ongeveer 1 op de 5 is ouder dan 55 jaar. Doordat deze huisartsen de komende tien jaar de pensioengerechtigde leeftijd gaan bereiken zal de uitstroom flink toenemen. Daarnaast blijken huisartsen op steeds jongere leeftijd te stoppen met werken. Vervroegde uitstroom wordt regelmatig in verband gebracht met een hoge werkbelasting en onvrede over het werk (van den Berg e.a. 2004).

#### **2.1.2. Cijfers over tekorten (Capaciteitsorgaan)**

In 2003 voorspelde het Capaciteitsorgaan van het ministerie van VWS dat in 2012 een tekort aan huisartsen van 20% zou kunnen ontstaan.

Deze voorspelling, die uitging van ongewijzigd beleid, was gebaseerd op: de instroom zoals die was in 2002, de verwachte demografische ontwikkelingen, de vervangingsvraag (wat is er nodig aan instroom om de uitstroom te compenseren), de onvervulde vraag (onbemande praktijken en hoge werkdruk), toenemende vraag door mondigheid, veranderingen in het werkproces (extramuralisering en meer administratieve lasten) en daling van de arbeidstijd per fte huisarts. Eind 2004 is een tussenrapportage uitgebracht waarin deze 20% is bijgesteld naar 16% (Capaciteitsorgaan 2004). Deze bijstelling had drie oorzaken. Ten eerste is de groei van de bevolking (tussen 2002 en 2012) volgens de jongste prognoses iets minder groot dan eerst werd aangenomen. Daarnaast werd in de eerdere voorspelling niet veel verwacht van praktijkondersteuning, met name door de toenmalige krapte op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen. Inmiddels is dit veranderd en zijn er tussen 2000 en 2004 1100 praktijkondersteuners bijgekomen. Tot slot is de instroom van huisartsen gestegen van 470 in 2002 naar boven de 500 in 2004 en deze zal nog verder stijgen. Al met al bleek in 2004 een beter evenwicht tussen vraag en aanbod dan in 2000 en kon het voorspelde tekort bijgesteld worden naar 16%.

Tot slot heeft het Capaciteitorgaan berekend dat door verschillende beleidsmaatregelen het tekort verder zou kunnen afnemen. Dit zou kunnen door de instroom in de opleiding van huisarts nog meer te vergroten: naar 750 in 2008 (al is de vraag of dit organisatorisch haalbaar is), door de opleiding tot huisarts te verkorten met een jaar (eenmalig effect), het beperken van de (vroegtijdige) uitstroom van huisartsen door het verminderen van de werkdruk (al kan een vermindering van diensten problemen opleveren bij de bezetting van de diensten), uitbreiding van het aantal praktijkondersteuners (meest solide scenario) en inzet van nurse practitioners<sup>1</sup> (nog onduidelijk hoe deze discipline zich zal ontwikkelen). Het effect van deze beleidsmaatregelen ligt per scenario tussen de 2 en de 6%. Een kanttekening is dat in de scenario's veel met aannames wordt gewerkt (zijn maar voor een deel op onderzoek gebaseerd) en dat de effecten niet bij elkaar mogen worden opgeteld.

## 2.2. Zeeland

Wat is er uit al bestaand onderzoek bekend over vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg in Zeeland en de te verwachten ontwikkelingen? Allereerst is er de NIVEL-registratie van huisartsen, waarmee Zeeland vergeleken kan worden met Nederland. Daarnaast heeft het NIVEL in 2003 een onderzoek uitgevoerd naar de ontwikkeling van vraag en aanbod in de huisartsenzorg in de 23 Districts Huisartsen Verenigingen. Tot slot heeft de DHV Zeeland in 2004 een Capaciteitmonitor uitgevoerd.

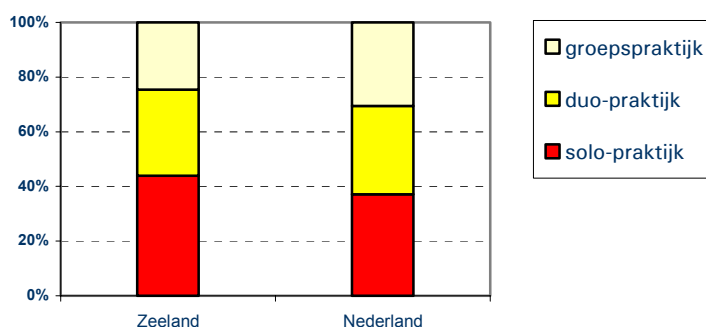
---

<sup>1</sup> Een praktijkondersteuner is opgeleid op HBO-niveau en verricht werkzaamheden, met name de zorg voor chronisch zieken, onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Een nurse practitioner heeft een post-HBO opleiding en is breder inzetbaar dan een praktijkondersteuner.

### 2.2.1. NIVEL registratie huisartsen

Het aantal fte huisartsen (zelfstandig gevestigden en HIDHA's (huisarts in dienst van een andere huisarts)) bedroeg op 1 januari 2004 in Zeeland 165,5. De huisartsendichtheid (uitgedrukt in aantal inwoners per fte huisarts) was 2290, waarmee Zeeland één van de provincies (na Drenthe en Friesland) met de hoogste huisartsendichtheid is. Op 1 januari 2004 telde Zeeland 171 zelfstandig gevestigde huisartsen, waarvan 44% in een solopraktijk werkte (landelijk is dit percentage 37%), 32% in een duopraktijk en 25% in een groepspraktijk (figuur 1) (Kenens e.a. 2004).

Figuur 1: Praktijkvorm zelfstandig gevestigde huisartsen (1 januari 2004) (NIVEL 2004)



### 2.2.2. Ontwikkelingen in vraag en aanbod in de DHV Zeeland

Zoals eerder beschreven voorspelt het Capaciteitsorgaan een tekort aan huisartsen van 16% in 2012. Dit is een landelijk cijfer en de vraag is nu wat de regionale component hierin is. Niet in alle regio's zullen de tekorten even groot zijn en mogelijk zijn er ook regio's met overschotten. In 2003 heeft het NIVEL in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzocht wat de verschillen zijn in vraag en aanbod tussen regio's en hoe zich dat zal ontwikkelen voor de periode 2001-2010 (Kenens e.a. 2003). Als regionale eenheid is de DHV (Districts Huisartsen Vereniging) genomen. Voor Zeeland betekent dit dat de provincie Zeeland samenvalt met de DHV, met uitzondering van het eiland Tholen (valt onder DHV West-Brabant). In het NIVEL-onderzoek worden de verwachte vraag en aanbod tot 2010 per DHV-regio geschetst.

#### Vraag

Het gebruik van huisartsenzorg in 2010 is geschat aan de hand van verwachte ontwikkelingen in het aantal inwoners per DHV-regio naar leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm. Van deze vier factoren is bekend dat die invloed hebben op de contactfrequentie. Zo bezoeken ouderen, vrouwen, niet-westerse allochtonen en ziekenfonds verzekerden gemiddeld genomen vaker de huisarts. Bij het geschat gebruik voor 2010 wordt ervan uitgegaan dat de gemiddelde contactfrequentie per achtergrondkenmerk constant blijft.

Voor Zeeland is volgens hetzelfde onderzoek van het NIVEL de verwachting dat de bevolking in 2010 (t.o.v. 2001) met 2,2% is gegroeid, tegenover 5,5% landelijk. Voor deze verwachting is het Primos bevolkingsprognose model per gemeente voor 2010 gebruikt. Samen met DHV Limburg is DHV Zeeland de regio met de kleinste groei in aantal inwoners. Het aandeel 65-plussers groeit in die periode met 1,5% in Zeeland, landelijk met 1,2%. Zeeland blijft ook in 2010 de meest vergrijsde provincie. Voor 2010 wordt voor Zeeland een percentage niet-westerse allochtonen verwacht van 5,7% en heeft dan samen met de noordelijke regio's het laagste aandeel niet-westerse allochtonen. Voor verzekeringsvorm zijn geen prognoses bekend.

Aan de hand van de hierboven beschreven ontwikkelingen kan het huisartsengebruik in 2010 worden geschat en afgezet tegen het gebruik in 2001. Landelijk is een toename van de vraag berekend van 7,7%, voor Zeeland een toename van 3,9%. In Zeeland is de stijging van de zorgvraag dus minder groot dan landelijk.

#### *Aanbod:*

De benodigde instroom aan huisartsen tot 2010 wordt berekend aan de hand van de uitbreidingsvraag en de vervangingsvraag.

De *uitbreidingsvraag* is gebaseerd op de verwachte toename in huisartsgebruik (de eerder genoemde 3,9% voor Zeeland) en de verwachting dat het aantal fte per huisarts zal dalen. Landelijk zou dan een groei in aantal huisartsen nodig zijn van 14,3%, voor DHV Zeeland van 10,0%. Omdat de werklast (aantal huisartsencontacten per fte) niet in iedere regio gelijk is, is ook nog berekend wat de benodigde groei aan huisartsen is als de werklast per DHV gelijkgetrokken wordt. Omdat de werklast in Zeeland vergelijkbaar is met het landelijk gemiddelde heeft deze extra berekening weinig effect: een groei van 10,3% zou dan in Zeeland nodig zijn tot 2010.

Vervolgens is de *vervangingsvraag*, oftewel de verwachte uitstroom berekend. Dit is gedaan op basis van leeftijds- en geslachtsspecifieke uitstroompatronen. Dan blijkt dat landelijk tussen 2001 en 2010 een uitstroom van 40,0% wordt verwacht (oftewel 3118 van de 7801 huisartsen). Voor Zeeland is dit percentage 38,0% (62 van de 163), iets lager dan landelijk dus.

De uitbreidings- en vervangingsvraag bepalen de benodigde instroom. Landelijk zou dan tot 2010 een instroom aan huisartsen nodig zijn van 54,3% (4234 huisartsen). In Zeeland zouden 79 huisartsen nodig zijn, een groei van 48,3%.

Een kanttekening hierbij is dat deze ramingen niet zonder meer vergelijkbaar zijn met die van het Capaciteitsorgaan.

In de ramingenstudies van het Capaciteitsorgaan worden meer factoren meegenomen dan in de NIVEL-studie, factoren waarvan geen gegevens beschikbaar zijn op regionaal niveau. Het regionale planningsmodel geeft echter wel antwoord op de vraag welke regio's veel of weinig pas afgestudeerde huisartsen moet aantrekken. Voor Zeeland betekent dit dat van het landelijke aantal benodigde huisartsen in 2010, zo'n 2% voor Zeeland nodig zijn. Waar pas afgestudeerde huisartsen zich willen vestigen hangt af van de voorkeuren van deze huisartsen. Of een huisarts zijn voorkeur kan realiseren hangt weer af van de marktsituatie: bij een klein aanbod aan praktijkzoekende huisartsen en een groot aanbod aan vrijkomende praktijken is het voor pas afgestudeerde huisartsen gemakkelijker om hun voorkeur te realiseren dan in een situatie met veel praktijkzoekende huisartsen en weinig vrijkomende praktijken.

#### *Voorkeuren praktijkzoekende huisartsen*

Uit de NIVEL registratie 2004 is wel enige informatie bekend over de wensen van afgestudeerde praktijkzoekende huisartsen (Kenens e.a. 2004). Op 1 januari 2004 telde Nederland 396 afgestudeerde praktijkzoekende huisartsen. Het grootste deel hiervan wil in een groepspraktijk (60%) of duopraktijk (31%) werken. Slechts 2% heeft voorkeur voor een solopraktijk. Zo'n 83% wil in deeltijd werken. De gewenste praktijkomvang is gemiddeld 2067, 30% heeft een voorkeur voor een praktijkomvang van minder dan 2.000.

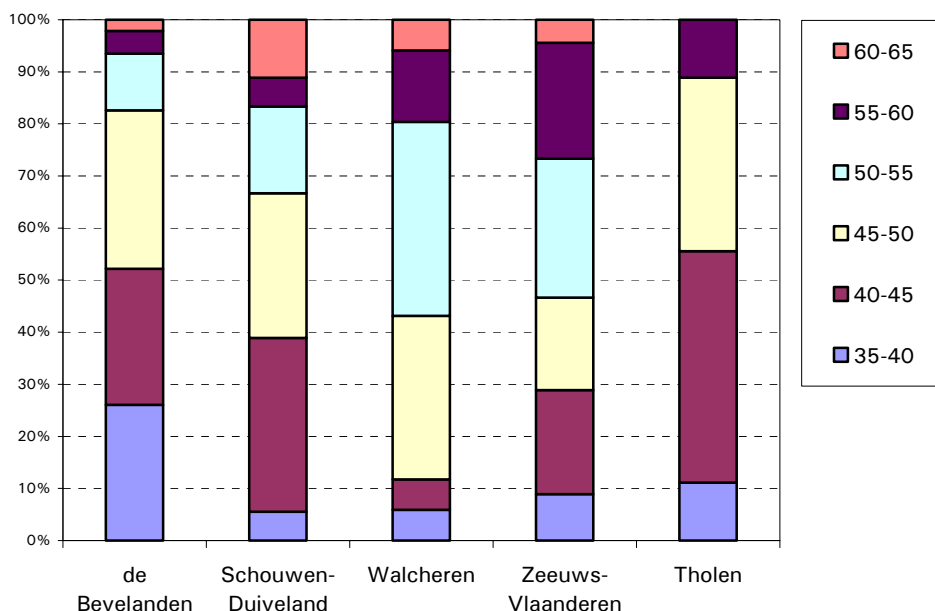
#### **2.2.3. Capaciteitsmonitor Zeeland (DHV)**

Om meer zicht te krijgen op het capaciteitsprobleem in de huisartsenzorg hebben de zuidelijke DHV's samen met de zorgverzekeraars CZ en VGZ een capaciteitsmonitor opgezet. Hiermee kan op regionaal niveau meer inzicht verkregen worden in de huidige stand van zaken en de te verwachten ontwikkelingen. De monitor kijkt 3 jaar vooruit. In de regio van DHV Zeeland (provincie Zeeland met uitzondering van Tholen) is deze in 2004 uitgevoerd (DHV Zeeland 2004). In april van dat jaar is een enquête naar alle bij de DHV aangesloten huisartsen gestuurd. Dat waren er 160. Aanvullende gegevens over de 9 huisartsen in Tholen zijn geleverd door de DHV West Brabant.

Uit de administratie van de DHV Zeeland en DHV West Brabant zijn gegevens van alle 169 huisartsen bekend over het geslacht, leeftijd en regio waarin werkzaam. Slechts 17% van de 169 huisartsen is vrouw, een stuk lager dan het landelijke cijfer van 26% (NIVEL registratie). In Zeeland is de huisartsenpopulatie iets ouder dan landelijk. Landelijk is 84% van de zelfstandig gevestigde huisartsen ouder dan 40 jaar, in Zeeland is dit 88%. Zo'n 17% is ouder dan 55 jaar. Overigens zitten hierin grote verschillen over de regio's: in de regio Bevelanden is slechts 7% ouder dan 55 jaar. Op Tholen is 11% 55-plus, op Schouwen-Duiveland 17% en op Walcheren 21%. Zeeuws Vlaanderen heeft het grootste aandeel oudere huisartsen: 27% is hier ouder dan 55 jaar (figuur 2 en bijlage 1). Uit de administratie van de DHV Zeeland kon geen informatie over de praktijkvorm (solo/duo/groeps) geleverd worden.

Op Tholen zijn 9 huisartsen werkzaam, waarvan 3 vrouwelijke. Drie huisartsen werken in een groepspraktijk, de rest solo. Van één van de huisartsen op Tholen is bekend dat die mogelijk over enkele jaren zou willen stoppen.

Figuur 2. Leeftijdverdeling huisartsen per regio (DHV Zeeland, oktober 2004/DHV West Brabant, april 2005)



Van de 160 door de DHV Zeeland verstuurde enquêtes zijn 77 ingevuld retour ontvangen, een respons van 48%. Helaas zijn maar 2 reacties afkomstig uit Zeeuws-Vlaanderen. De verklaring van de DHV hiervoor is: "Achteraf kan misschien gesteld worden dat de oorzaak ligt in de aanbiedingsbrief bij de enquête. Hierin werd aangegeven dat het initiatief mede lag bij de CZ Zorgverzekeringen zonder nader het belang van alle regio's aan te geven. Omdat in Zeeuws-Vlaanderen OZ Zorgverzekeringen marktleider is hebben kennelijk veel leden het belang niet ingezien." Dit betekent echter wel dat de resultaten niet representatief zijn voor de gehele DHV regio.

Van de 77 respondenten is ongeveer 18% vrouw, niet veel afwijkend van het totale bestand (daarvan is 16% vrouw). 22% van de respondenten is 55-plus, iets meer dan in het totale bestand.

25 van de 77 huisartsen werkt in deeltijd (32%, dit ligt beduidend lager dan het landelijke cijfer van 44%, voor zover vergelijkbaar). Twintig huisartsen (een kwart) geven aan binnen drie jaar minder te willen werken. Door zes huisartsen wordt als (voornaamste) reden aangegeven: (vervroegd) pensioen, drie geven aan: 'prive redenen', twee noemen de werkdruk tijdens de diensten in avond-, nacht- een weekend, één de werkdruk tijdens de diensten overdag en acht huisartsen geven aan 'anders'. Van de twintig huisartsen die minder willen gaan werken zijn er 8 die helemaal willen stoppen. Drie hiervan willen in 2004 stoppen, twee in 2005, één in 2006 en één in 2007. Van één huisarts is onbekend wanneer die wil stoppen. Het grootste deel van de huisartsen dat wil stoppen heeft een praktijkruimte voor een opvolger beschikbaar. Twaalf van de 77 huisartsen heeft een huisarts in dienst (HIDHA). Zeventien huisartsen denken de komende drie jaar een HIDHA in dienst te nemen.

39% van de ondervraagde huisartsen werkt in een solopraktijk. 13 van de 77 huisartsen wil de praktijk omvormen binnen drie jaar, 2 naar een duopraktijk, 4 naar een HOED of HOES<sup>2</sup>, 3 naar een HOED met apotheek en 4 naar een Gezondheidscentrum. Daarnaast geven 41 van 77 ondervraagde huisartsen aan, concrete plannen te hebben om de praktijk binnen drie jaar te reorganiseren. Bij de helft gaat het dan om taakdelegatie, daarnaast worden ook nog genoemd uitbesteding van de administratie, aanstelling van een HAGRO<sup>3</sup>-manager, het verbeteren van de automatisering en het inschakelen van een facilitair bedrijf.

---

<sup>2</sup> HOED: Huisartsen Onder Een Dak, samenwerkingsverband van huisartsen in een gezamenlijke praktijk; HOES: Huisartsen Onder Een Systeem, samenwerkingsverband van huisartsen verdeeld over meerdere praktijken.

<sup>3</sup> HAGRO: Huisartsengroep

### **3. Gesprekken**

In de maanden januari tot en met maart zijn gesprekken gevoerd met (vertegenwoordigers van) huisartsen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties om inzicht te verkrijgen in wat hun ervaringen, opvattingen en verwachtingen zijn ten aanzien van de continuïteit van de huisartsenzorg in Zeeland. De nadruk lag hierbij op het huidige aanbod aan huisartsen, de knelpunten hierin, de verwachtingen over het aanbod in de toekomst, de ontwikkelingen die hierin een rol kunnen spelen en mogelijke oplossingen. Een lijst met geïnterviewde personen is te vinden in bijlage 2. De resultaten van ieder gesprek zijn vastgelegd in een verslag en dit verslag is voor akkoord gestuurd naar de betreffende gesprekspartner, waarna eventuele wijzigingen zijn aangebracht. Uit alle verslagen samen zijn vervolgens de hoofdlijnen gedestilleerd. Deze worden hieronder beschreven.

#### **3.1. Huidige aanbod**

Uit de gesprekken blijkt dat zich momenteel geen grote problemen voordoen ten aanzien van de opvolging van huisartsen in Zeeland. Zeeland lijkt tot nu toe voldoende in trek bij praktijkzoekende huisartsen. Dit kan te maken hebben met de relatief lage kosten van een praktijkovername (door de lagere prijzen van onroerend goed) in vergelijking met bijvoorbeeld de Randstad. Ook kan de aard van de hulpvraag en de opbouw van het cliëntenbestand in een plattelandsg gebied als aantrekkelijker en minder belastend worden ingeschat door nieuw te vestigen huisartsen. Daarnaast is er, met name in Zeeuws Vlaanderen een aanbod van Belgische huisartsen. Voor Belgische huisartsen is het aantrekkelijk om zich in Nederland te vestigen of als waarnemer te werken vanwege de inkomsten en – met name door de komst van de huisartsenposten - door de goede regeling van de avond-, nacht-, en weekenddiensten (ANW-diensten). (In België zijn geen huisartsenposten). Ook werd het grote zelfoplossend vermogen (zelf oplossingen voor problemen zoeken) van Zeeuws Vlaamse huisartsen genoemd. Vanuit het IKG (Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg) van de Stichting het Klaverblad Zeeland zijn dan ook geen signalen bekend van mensen die zonder huisarts zitten omdat er geen opvolger is voor een vertrekkende huisarts.

#### **3.2. Kenmerken van en knelpunten in de Zeeuwse huisartsenzorg**

Ondanks dat er momenteel geen tekort is aan huisartsen heeft Zeeland een aantal specifieke kenmerken die een toenemend landelijk tekort aan huisartsen ook hier voelbaar kan maken. Ten eerste heeft Zeeland een relatief groot aantal solopraktijken. Zo werken de 11 huisartsen in West Zeeuws Vlaanderen bijna allemaal solo, al zijn hier wel plannen voor meer samenwerking. Solopraktijken zijn voor nieuw te vestigen huisartsen onaantrekkelijk. Een groot deel van de praktijkzoekende huisartsen heeft de wens in deeltijd en flexibel te werken.

Bij een oplopend tekort aan huisartsen in de toekomst wordt een gebied met veel solopraktijken een onaantrekkelijke vestigingsplaats.

Ten tweede kenmerkt Zeeland zich door een wisselende zorgvraag. In de zomer is de werkdruk hoog vanwege het grote aantal toeristen, in de winter is het relatief rustig. Dit speelt met name in de toeristengebieden. Hoewel sommige huisartsen deze wisselende werkdruk geen probleem vinden – zoals ook blijkt uit het gegeven dat tot nu toe voldoende huisartsen te vinden zijn – is dit niet voor alle (nieuwe) huisartsen een aantrekkelijk aspect.

West Zeeuws Vlaanderen en Schouwen-Duiveland zijn gebieden waar deze wisselende zorgvraag extra voelbaar is vanwege het relatief kleine aantal huisartsen dat de ANW-diensten moet verzorgen. Daardoor is het aantal diensturen op jaarbasis is groot. Dit is niet aantrekkelijk voor huisartsen die zich willen vestigen. Bovendien komen deze huisartsenposten vanwege het grote aantal ANW-uren die de huisartsen daar moeten draaien in financiële problemen. Huisartsendienstenstructuren<sup>4</sup> (HDS) met een aantal uren ANW-dienst per huisarts van meer dan 450 uur komen namelijk niet in aanmerking voor de module plattelandstoelage. Door deze ingevoerde normering ontstaan tekorten op de begrotingen van de huisartsenposten. Hiermee komt het voortbestaan van deze huisartsenposten in gevaar en daarmee de continuïteit van de huisartsenzorg. Momenteel vindt een onderzoek plaats om een oplossing te vinden voor deze problemen.

In Zeeland zijn nog relatief veel apotheekhoudende huisartsen, ongeveer de helft. Voor deze huisartsen betekent de apotheek een aanvulling op hun inkomen. Een deel van deze praktijken zou zonder de apotheek niet rendabel zijn. Het aantal apotheekhoudende praktijken wordt langzaam minder. Door nieuwe regels en wetgeving komt de positie van de apotheekhoudende huisarts in het gedrang. Zo wordt de regel dat in elke apotheek een apotheker aanwezig moet zijn geschrapt. Eén apotheek kan dus meerdere posten hebben. Hierdoor kunnen ook grotere drogisterijketens toetreden tot de markt en vormen zo een bedreiging van de apotheekhoudende huisarts. Overigens deelde niet iedereen de mening dat een afname van het aantal apotheekhoudende huisartsen een ongunstige ontwikkeling is. Wat betreft de aantrekking van nieuw te vestigen huisartsen kan een apotheek een obstakel vormen omdat voor de apotheek nog goodwill betaald moet worden.

---

<sup>4</sup> Huisartsendienstenstructuur (HDS): rechtspersoon (stichting, coöperatie of vereniging) verantwoordelijk voor de voorwaardelijke voorzieningen voor een huisartsenpost (HAP). Een HAP is een fysieke organisatie, onderdeel van een HDS die huisartsenzorg levert in de avond, nacht en weekend. Een HDS kan één of meerdere HAP's omvatten. Zeeland telt drie HDS'en en 5 HAP's.

### 3.3. Andere ontwikkelingen

Daarnaast speelt nog een aantal ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op het aanbod van huisartsen in Zeeland.

Er zijn veel ontwikkelingen gaande in de gehele gezondheidszorg en ook in de huisartsenzorg. Veel onduidelijkheid bestaat nog over de invloed hiervan op de vraag en het aanbod aan huisartsenzorg. Zo kan het nieuwe zorgverzekeringsstelsel dat in 2006 ingevoerd gaat worden van invloed zijn op de zorgvraag. Hoewel de huisartsenzorg buiten de no-claim regeling valt kunnen verzekeraars wel een eigen risico opnemen in hun polissen. Mogelijk daalt hierdoor de vraag naar huisartsenzorg. Ook onduidelijk is nog wat het nieuwe bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg voor invloed heeft op het aanbod van huisartsen. Huisartsen vrezen een inkomensdaling; dit kan de uitstroom van oudere huisartsen accelereren en een negatief effect hebben op de aantrekkelijkheid van het beroep huisarts. Hierover zijn de meningen echter verdeeld. Daarnaast werd door sommigen getwijfeld aan de door de minister voorgestane schaalvergroting in de eerstelijnszorg. Zeeland is door de geografie, plattelandskarakter en wisselende zorgvraag een specifiek gebied waar het maar de vraag is of schaalvergroting en meer samenwerking wel altijd mogelijk is. Niet in alle gevallen zal dit de juiste oplossing zijn en de kwaliteit ten goede komen. Ook hierover verschilden de meningen.

De ondersteuningsstructuur van de huisartsenzorg is sinds 1 januari 2005 gewijzigd. Gelden voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning (twee taken die, naast belangenbehartiging, tot voor kort bij de LHV ondergebracht waren) gaan nu naar de zorgverzekeraars die hiermee regionale ondersteuningsstructuren (ROS) opzetten voor de gehele eerstelijnszorg. De LHV houdt zich enkel nog bezig met belangenbehartiging. De DHV's gaan over in LHV Kringen. Voor Zeeland en Brabant is als regionale ondersteuningsstructuur de Stichting Zee-bra opgericht. Deze moet zorgen voor continuïteit van de zorg, deskundigheidsbevordering en implementatie van kwaliteit in de praktijk en geïntegreerde samenwerking binnen de eerstelijnszorg.

De aantrekkelijkheid van Zeeuws Vlaanderen voor Belgische huisartsen om daar te werken kan in de toekomst veranderen als in België de ANW-diensten anders georganiseerd gaan worden en als het tariefensysteem voor waarnemers wijzigt.

Door alle nieuwe ontwikkelingen vonden veel gesprekpartners het dan ook moeilijk om aan te geven wat concrete verwachtingen zijn voor de toekomst wat betreft een mogelijk tekort aan huisartsen.

### 3.4. Wat is er nodig voor de toekomst?

Door de gesprekpartners werden ideeën aangedragen over wat er in de toekomst nodig is om de continuïteit van de huisartsenzorg in Zeeland op peil te houden. Uiteraard werden deze ideeën geopperd vanuit het perspectief van de betreffende organisatie of instelling. Eén van de gewenste ontwikkelingen waarover men het eens was, was meer samenwerking tussen huisartsen. Door meer samen te werken worden praktijken aantrekkelijker voor huisartsen die zich willen vestigen, vanwege de lagere werkdruk en de mogelijkheid tot deeltijd werken. Dat laatste heeft voor het grootste deel van praktijkzoekende huisartsen de voorkeur. Door de spreiding van de praktijken in een relatief dunbevolkt gebied is het in de praktijk soms echter moeilijk om meer samen te werken. Zo kan het bijvoorbeeld voor een huisarts in een dorpje van 3000 inwoners moeilijk zijn om dit dorpje te verlaten en 6 km verderop in een groot pand met collega's te gaan zitten. Een knelpunt dat verschillende malen genoemd werd is het ontbreken van (financiële) steun hiervoor van de zorgverzekeraar. Deze gaven echter aan wel ondersteuning te willen bieden, maar hieraan zijn bepaalde voorwaarden verbonden. Er moet een oplossing komen voor de normering van de huisartsenposten, zodat de continuïteit van de huisartsenzorg in de ANW-uren gewaarborgd blijft. Taakdelegatie, bijvoorbeeld door de inzet van praktijkondersteuners, kan de capaciteit van een praktijk vergroten en deze aantrekkelijk maken voor nieuwkomers. Ongeveer een derde van de huisartsen heeft een praktijkondersteuner in dienst. Vanuit de zorgverzekeraar zijn voor praktijkondersteuning middelen beschikbaar, hier staan afspraken tegenover. Sommige huisartsen kiezen ervoor dit zelf te financieren.

Over de rol van de gemeenten bestaat veel overeenstemming: deze zou vooral faciliterend en ondersteunend moeten zijn. Zij kunnen zorgen voor een aantrekkelijk vestigingsklimaat door geen hoge grondprijzen te rekenen en de nodige vergunningen en ontheffingen te verlenen. In nieuwbouwwijken zou ruimte ingepland kunnen worden voor bijvoorbeeld een gezondheidscentrum, waar huisartsen kunnen samenwerken met andere disciplines. Gemeenten zouden constructief moeten meewerken en ondersteuning moeten bieden aan huisartsen die willen samenwerken. Er werd geopperd dat huisartsen binnen gemeenten een aanspreekpunt zouden moeten hebben. Uit de aanvullende inventarisatie naar de communicatie tussen gemeenten en huisartsen blijkt dat er grote verschillen zijn tussen gemeenten ten aanzien van de communicatie met huisartsen (bijlage 3). Sommige gemeenten hebben regelmatig overleg waarin ook zaken als vestiging van nieuwe huisartsen, parkeervergunningen en knelpunten in de lokale huisartsenzorg besproken worden. Andere gemeenten hebben nauwelijks contacten met huisartsen en geen aanspreekpunt voor huisartsen binnen de gemeente. Een zorgverzekeraar opperde het idee dat een platform - met vertegenwoordigers van huisartsen, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en gemeenten - waar problemen in de huisartsenzorg besproken kunnen worden, de communicatie zou kunnen verbeteren en oplossingen dichterbij zouden kunnen brengen. In andere regio's zijn daar positieve ervaringen mee.

## Literatuur

Berg MJ vanden, Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J van der. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL 2004

Bouwstenen Zorg in de buurt; verkennende ambtelijke notitie versterking huisartsenzorg/eerstelijnsgezondheidszorg. Ministerie van volksgezondheid en financiën, maart 2003

Capaciteitsorgaan. Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg 2000 – 2004- 2012. Een tussenrapportage met beleidsscenario's. Utrecht, december 2004

Cardol M, Dijk L van, Jong JD de, Bakker DH de, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM 2004

DHV Zeeland. Capaciteitsmonitor Huisartsenzorg Zeeland 2004

Kenens RJ, Velden LJF van der, Hingstman L. Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de 23 Districts Huisartsen Verenigingen. Utrecht: NIVEL 2003.

Kenens RJ, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2004. Utrecht: NIVEL 2004

## Bijlage 1

### Huisartsen in Zeeland naar leeftijd, geslacht en regio \*

	35-40 jaar	40-45 jaar	45-50 jaar	50-55 jaar	55-60 jaar	60-65 jaar	totaal
<b>de Bevelanden</b>							
man	12	9	11	5	1	1	39
vrouw	0	3	3	0	1	0	7
totaal	12	12	14	5	2	1	46
<b>Schouwen Duiveland</b>							
man	0	4	5	3	1	1	14
vrouw	1	2	0	0	0	1	4
totaal	1	6	5	3	1	2	18
<b>Walcheren</b>							
man	3	1	13	15	7	2	41
vrouw	0	2	3	4	0	1	10
totaal	3	3	16	19	7	3	51
<b>Zeeuws Vlaanderen</b>							
man	3	7	6	12	10	2	40
vrouw	1	2	2	0	0	0	5
totaal	4	9	8	12	10	2	45
<b>Tholen</b>							
man							6
vrouw							3
totaal	1	4	3	0	1	0	9
<b>Totaal Zeeland</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>46</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>169</b>

\* Gegevens over de Bevelanden, Schouwen-Duiveland, Walcheren en Zeeuws Vlaanderen afkomstig van de DHV Zeeland, situatie oktober 2004. Sindsdien zijn twee huisartsen in de regio Bevelanden gestopt en ook weer opgevolgd. De leeftijden van deze huisartsen waren bij de DHV (nog) niet bekend. Gegevens over Tholen zijn afkomstig van DHV West Brabant, situatie april 2005.

## Bijlage 2

### Lijst van geïnterviewde personen

CZ Actief in Gezondheid	dhr. L. van den Broeck , relatiebeheerder/ beleidsmedewerker
DHV Zeeland	bestuur: dhr. C. Jebbink (interim voorzitter) dhr. J. Roth dhr. M. van Kalmhout dhr. F. van Eede mw. D. van der Tempel
Huisartsenpost Oostburg	mw. M. de Meijer, directeur
Huisartsenpost De Honte	mw. L. Vosters, directeur
OZ Zorgverzekeringen	dhr. R. Raaijmakers, relatiebeheerder huisartsen dhr. J. Meeuwisse, coördinator Stichting OZorg mw. N. Schoonhoven, relatiebeheerder huisartsen
Stichting het Klaverblad Zeeland	mw. J. Baecke, consulent
Stichting Huisartsgeneeskunde Zeeland	dhr. M. Weststrate, (voormalig) directeur

### Bijlage 3:

#### Overzicht communicatie gemeenten - huisartsen

Borsele	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja, incidenteel op ad-hoc basis, indien beleid wordt ontwikkeld waarbij huisartsen betrokken zijn.
Deelnemers aan deze overleggen?	Beleidsmedewerker Zorg gemeente en voorzitter van de kring van huisartsen
Doel/inhoud van de overleggen?	Eventueel ontwikkelen beleid op ontwikkelingen die gaande zijn binnen de huisartsenzorg en het betrekken van huisartsen bij beleid wat vanuit de gemeente ontwikkeld wordt en waarbij de huisartsen betrokken zijn.
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	nee
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	Ja, beleidsmedewerker Zorg

Goes	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Nee
Deelnemers aan deze overleggen?	
Doel/inhoud van de overleggen?	
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Nee
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	Nee

Hulst	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Nee
Deelnemers aan deze overleggen?	
Doel/inhoud van de overleggen?	
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Ja, incidenteel op verzoeken van huisartsen, bijvoorbeeld ten tijde van de vorming van een huisartsenpost. Destijds werd de gemeente gevraagd de oprichting financieel te ondersteunen.
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	Nee, maar als er iemand aangesproken wordt is dat meestal rechtstreeks de wethouder voor Volksgezondheid

Kapelle	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Nee niet echt, slechts incidenteel omtrent het gezondheidsbeleid
Deelnemers aan deze overleggen?	
Doel/inhoud van de overleggen?	
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Nee
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	Nee

Middelburg	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Nee
Deelnemers aan deze overleggen?	
Doel/inhoud van de overleggen?	
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Nee
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	Nee

Noord-Beveland	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja, ongeveer 1 keer per jaar
Deelnemers aan deze overleggen?	de wethouder en ambtenaar Welzijn huisarts uit Kortgene
Doel/inhoud van de overleggen?	Bespreken actuele problemen en toekomstige ontwikkelingen. Functioneren huisartsenpost, bereikbaarheid overdag, vestiging nieuwe huisartsen
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	wethouder en ambtenaar welzijn

Reimerswaal	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja, zowel structureel (1 keer per maand) als incidenteel.
Deelnemers aan deze overleggen?	J. Martens (gemeente) en huisartsen van de verschillende kernen (één of meerdere, dat wisselt). Aan de hometeams (zie verderop) nemen deel de huisartsen, maatschappelijk werk, thuiszorg, Emergis, gemeente, evt. dominee, binnenkort JGZ 0-4.
Doel/inhoud van de overleggen?	Binnen de gemeente komen per kern home-teams bij elkaar en worden patiënten/cliënten doorgesproken. Het gaat voornamelijk om afstemming van zorg/ondersteuning en begeleiding. Binnenkort haakt ook de 0-4 jarige zorg aan. Daarnaast vindt incidenteel overleg plaats in het kader van een bepaalde project of gebeurtenis, deze overleggen zijn altijd inhoudelijk van aard.
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Nee
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	Niet expliciet geregeld. Bij inhoudelijke vragen komt men terecht bij beleidsmedewerker volksgezondheid en maatschappelijk zorg.

Schouwen-Duiveland	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja. Twee tot drie keer per jaar een intra- en extramuraal zorgoverleg in gemeente waar huisartsen aan deelnemen en dat voorziet in een onderlinge informatie-uitwisseling van alle zorgaanbieders op Schouwen-Duiveland. Daarnaast vindt naar behoefte op adhoc basis bestuurlijk overleg met huisartsen plaats (minder dan 1x per jaar).
Deelnemers aan deze overleggen?	Bestuurlijk overleg: wethouder en beleidsambtenaar Volksgezondheid en aantal leden bestuurd Regionale Huisartsenvereniging. Intra-/extramuraal zorgoverleg: meestal de ambtenaar (soms vergezeld van de wethouder) en de voorzitter van de RHV
Doel/inhoud van de overleggen?	Ad-hoc: bijpraten en over en weer eventuele knelpunten doorspreken. Zo is bijvoorbeeld intensief overleg tussen afd. ruimtelijke ordening en huisartsen in Zierikzee over de bouw van een nieuwe locatie/groepspraktijk Intra-/extramuraal: info-uitwisseling
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Nee
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	

Sluis	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja, zowel structureel (2 keer per jaar) als ad-hoc.
Deelnemers aan deze overleggen?	Wethouder en beleidsmedewerker volksgezondheid, voorzitter huisartsengroep (overleg 1), voorzitter en directeur HAP
Doel/inhoud van de overleggen?	Doel: 1. Elkaar informeren over ontwikkelingen binnen de verschillende settings (huisartsenwereld en gemeente) 2. Nagaan op welke punten gemeenten en huisartsen elkaar kunnen versterken Inhoud: 1. Vooral inhoudelijke uitwisseling van informatie 2. Analyse positie van West Zeeuws Vlaamse huisartsen ten aanzien van HAPpen en vooruitblik in verband met leeftijd van de huisartsen.
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Nee
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	beleidsmedewerker volksgezondheid

Terneuzen	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja, incidenteel, 3 keer per jaar
Deelnemers aan deze overleggen?	beleidsmedewerker Volksgezondheid en wethouder Volksgezondheid directeur HAP Midden en Oost Zeeuws Vlaanderen
Doel/inhoud van de overleggen?	Doel: gegevensuitwisseling, strategiebepaling, knelpuntenanalyse Inhoud: exploitatie HAP, pensionering huisartsen, apotheekhoudende huisartsen
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Nee
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	beleidsmedewerker Volksgezondheid (ambtelijk) en wethouder Volksgezondheid (bestuurlijk)

Tholen	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja, zowel structureel (3 keer per jaar) als incidenteel (1 keer per jaar)
Deelnemers aan deze overleggen?	wethouder en beleidsmedewerker volksgezondheid, woningcorporatie, VGZ, DHV (in toekomst vertegenwoordiging van de Thoolse huisartsenvereniging)
Doel/inhoud van de overleggen?	Doel: behoud huisartsenzorg in Tholen Inhoud: voornamelijk huisvesting
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Incidentele overleggen zeer beperkt, laatste keer was bij pokkendreiging
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	

Veere	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja, incidenteel 1 à 2 keer per jaar
Deelnemers aan deze overleggen?	Wethouder volksgezondheid en de voorzitter van Veerse huisartsenberaad
Doel/inhoud van de overleggen?	Doel: speciale aandachtspunten zoals: samenwerking Veerse huisartsen zonder HAP, parkeerbeleid/-voorzieningen voor artsen Inhoud: Algemeen Maatschappelijk Werk, Veers Volksgezondheidsbeleid
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Voor zover bekend niet
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	Wethouder volksgezondheid

Vlissingen	
Vinden overleggen plaats tussen gemeente en huisartsen?	Ja, incidenteel, 5 keer per jaar: op basis van bepaalde projecten terwijl er ook in de stuurgroep gezondheidsbeleid door de huisartsen is geparticipeerd, Het gaat over een gezondheidscentrum in Oost Souburg en in de Vlissingse binnenstad.
Deelnemers aan deze overleggen?	afdeling grondgebied en de afdeling maatschappelijke ontwikkeling (gemeente) en de betrokken huisartsen.
Doel/inhoud van de overleggen?	Gezamenlijk
Wordt ook op andere manieren contacten onderhouden met huisartsen?	Je komt elkaar gemakkelijk tegen "in de wandelgangen".
Is er binnen gemeente een vast aanspreekpunt voor huisartsen?	Wethouder volksgezondheid (bestuurlijk) en beleidsmedewerker (ambtelijk)