

Vergaderjaar 2001–2002

28 008

Zorgnota 2002

Nr. 48

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 22 april 2002

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 27 maart 2002 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **huisartsen/specialisten**. Het overleg vond plaats aan de hand van de volgende stukken:

- **Brieven van de minister van VWS van 23 en 30 november 2001 inzake de modernisering huisartsenzorg (VWS-01-1630/28 008, nr. 12);**
- **Brief van de minister van VWS van 21 december 2001 inzake voortgang modernisering bekostiging ziekenhuizen en medisch specialisten (DBC's) (28 008, nr. 16);**
- **Brief van de minister van VWS van 1 februari 2002 inzake de relatie ziekenfondsverzekerden en huisartsen (28 008, nr. 25);**
- **Brief van de minister van VWS van 11 februari 2002 inzake ondertekening toelatingsovereenkomst medisch specialisten (VWS-02-155);**
- **Brief van de minister van VWS van 11 februari 2002 inzake goodwill medisch specialisten (VWS-02-156).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Buijs** (CDA) citeert uit de brief van de minister van 30 november jl. over modernisering huisartsenzorg de zin «Het is bij uitstek een overheidsverantwoordelijkheid de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg te blijven waarborgen». Hij is het hartgrondig met deze zin eens, maar het regeringsbeleid tot nu toe is daar niet mee in overeenstemming. De minister spreekt in ieder debat warme woorden over huisartsenzorg, maar onder haar bewind is de afbraak van het mooie vak van huisarts volop in gang gezet. Zij heeft te langzaam, te star en te slap geanticipeerd op de vele knelpunten in deze zorg: het grote tekort aan huisartsen, onvrede over de beloning en de honoreringsstructuur, klachten van patiënten over slecht bereikbare huisartsenzorg en het optreden van de NMa, wat leidt tot verdere bureaucratisering voor de huisartsen. De CDA-fractie heeft de minister steeds opgeroepen om haast te maken met het wegnemen van deze knelpunten en is ook zelf met voorstellen daartoe gekomen. De minister heeft in het kader van de komende

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Çörüz (CDA) en Pitstra (GroenLinks).

Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Rietkerk (CDA), Visser-van Doorn (CDA) en Van Gent (GroenLinks).

voorjaarsnota nog een laatste kans om een extra inhaalslag te maken en het vertrouwen van de beroepsgroep in de politiek enigszins te herstellen. Deze beroepsgroep voelt zich niet serieus genomen en mede daardoor stoppen heel wat huisartsen met hun vak.

De heer Buijs loopt vervolgens een aantal knelpunten langs:

- Capaciteitsprobleem: De instroom in de beroepsopleiding mag toenemen van 525 naar 670 in 2004 en tot januari komen er volgens een schatting van het NIVEL 300 huisartsen bij. Het Capaciteitsorgaan heeft echter berekend dat er vanaf 2000 al meer dan 700 hadden moeten instromen in de beroepsopleiding om in 2010 het tekort te kunnen wegwerken. De komende jaren zal dan ook een enorm tekort aan huisartsen ontstaan, waardoor enkele miljoenen mensen geen huisarts meer zullen hebben. Welk beleid zal de minister voeren om dit onheil af te wenden? De brief van 30 november erkent dit probleem, maar geeft geen concrete oplossingen.
- Honoreringsstructuur: Al een jaar geleden kwam de commissie-Tabaksblat met het rapport «Een gezonde spil in de zorg». Op 29 juni kwam van de minister een reactie op hoofdlijnen en na het zomerreces zou een definitieve reactie komen, maar dat werd 30 november. Er zou ook een task force worden ingesteld, maar pas op 8 februari kreeg de Kamer te horen dat deze groep op 4 maart van start zou gaan. Het CTG is gevraagd om mee te denken over de gewenste herstructurering van de huisartsenzorg, maar wel onder voorwaarde dat het budgettair neutraal voor de verzekeraars uitvalt. De heer Buijs kan dan niet anders dan tot de conclusie komen dat de minister de urgentie wel op papier erkent, maar dit niet in de praktijk brengt. In december heeft hij er bij de begrotingsbehandeling al op aangedrongen dat de minister zo snel mogelijk een voorstel aan de Kamer doet, maar ook dat is er nog steeds niet. Als er een integraal plan voor de herstructurering van de huisartsenzorg was geweest, was het niet nodig geweest om te komen met diverse deeloplossingen zonder enige samenhang. Ook het CTG waarschuwt voor het optuigen van een kerstboomachtige tariefstructuur.
- Herijking norminkomens: Deze is er nog steeds niet, ondanks de toezegging van de minister dat dit in het voorjaar van 2001 zou plaatsvinden. Wordt dit nu bij de komende voorjaarsnota geregeld?
- Verhoging salarissen huisartsen in opleiding: Die verhoging is doorgevoerd, maar de toegezegde herijking van de secundaire arbeidsvoorwaarden van de haio's is er nog steeds niet, hoewel de minister dit in 2000 heeft beloofd. Wanneer wordt die belofte nu eens ingelost?
- Verhoging praktijkkosten: Er was een groot verschil tussen de berekeningen van Deloitte & Touche en die van het CTG. Er is geld bij gekomen, maar de hogere premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering is slechts tot 2001 gecompenseerd en er wordt geen rekening gehouden met de premie voor 2001 en volgende jaren, terwijl die premie met tientallen procenten is verhoogd. Bovendien wordt er ook geen terugwerkende kracht aan gegeven. Welke verbeteringen wil de minister op dit punt nu alsnog aanbrengen? Hier moet een extra inhaalslag worden gemaakt.
- Lokale kostencomponenten: Het CTG heeft hierover een beleidsregel vastgesteld die 95 mln vergt. Is de minister bereid deze beleidsregel goed te keuren?
Op het punt van de grootschalige dienstenstructuur voor avond-, nacht- en weekeinddiensten (ANW) door huisartsen herinnert de heer Buijs aan de petitie die verleden week aan de Kamercommissie is aangeboden door inwoners van Markelo, voorzien van 5000 handtekeningen. Daarmee werd aandacht gevraagd voor de slechte bereikbaarheid van de ANW-dienstenstructuur in deze regio. Eerder al heeft hij de aandacht gevraagd voor de situatie op Tholen en er komen ook van elders veel klachten binnen. Een goede bereikbaarheid van huisartsen-

zorg, ook tijdens avonden, nachten en weekeinden, moet uitgangspunt blijven, ook voor verzekeraars. Verder horen verzekeraars niet met een bepaalde honoreringsstructuur te dreigen. Hij kan zich overigens voorstellen dat in grootstedelijke regio's zo'n grootschalige dienstestructuur voor ANW wel te realiseren is. Met het oog hierop doet hij de suggestie om de tariefstructuur voor ANW zodanig vorm te geven, dat kleinschalige waarnemgroepen een hogere financiële compensatie krijgen dan grootschalige.

Verder lijkt hem het door de LHV gevraagde bedrag van € 30 goed onderbouwd. Hoe denkt de minister daarover?

Al deze knelpunten laten z.i. het gebrek aan samenhang duidelijk zien.

Hij dringt er dan ook opnieuw op aan dat de honoreringsstructuur conform het voorstel van de commissie-Tabaksblat snel wordt uitgewerkt. Wanneer kan de Kamer dat tegemoet zien?

Aansluitend wijst hij op het vervelende punt van de Mededingingswet. Er is op dit moment geen enkele vorm van concurrentie in de gezondheidszorg en de herstructurering van de honorering moet nog vorm krijgen. Daarom moet, zo vindt hij, de Mededingingswet voorlopig niet van toepassing worden verklaard op de huisartsenzorg.

Ten slotte noemt hij kort nog enige punten van de specialisten:

- Hij heeft twijfels of het zal lukken om de nieuwe systematiek van de diagnose-behandelcombinatie (DBC) al per 1 januari a.s. in te voeren. Hoe staat het daarmee? Is het de bedoeling om ook de kapitaallasten van instellingen in de DBC's te verwerken?
- Waarom is er nog geen oplossing voor de goodwillproblematiek?
- Waarom is de huidige impasse tussen minister en specialisten over het uurtarief nog steeds niet opgelost?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) sluit zich eerst in grote lijnen aan bij de al door de heer Buijs gemaakte opmerkingen.

Hierna wijst zij erop dat motivatie de motor voor werk door mensen is.

Helaas dreigt het langzamerhand ernstig aan die motivatie te gaan ontbreken. Er begint zich een polarisatie tussen het ministerie en het veld af te tekenen, waarbij het ministerie met vele stukken komt zoals ook vandaag het geval is, en anderzijds de stapels rapporten, brieven en e-mails uit het veld met aandachtspunten en verzoeken nauwelijks meer te overzien zijn. Zij ziet deze verwijdering tussen het ministerie en de bijna 1 miljoen werkers in de gezondheidszorg als een zeer groot probleem.

In de praktijk blijkt inmiddels al dat de zaken niet meer goed op elkaar aansluiten. Zo is in juli jl. in de Kamer afgesproken om het advies van het Capaciteitsorgaan over de capaciteitsuitbreiding in de huisartsgeneeskunde en de medische specialismen te volgen, maar de daarin verwerkte arbeidstijdvermindering van 2,5%, d.w.z. gemiddeld één uur per week, is weer niet terug te vinden in het plan van aanpak van de minister. In dat plan van aanpak staat ook niets over de sociaal-geneeskundigen en nauwelijks iets over de tandartsen, al is er later weer een afzonderlijke brief over de capaciteit in de tandheelkunde gekomen. Als tweede voorbeeld noemt mevrouw Hermann de brief van de minister van 3 december bij het nadere rapport van het Capaciteitsorgaan over de specialistenopleidingen. In die brief wordt wel gewezen op de uitkomst in dat rapport dat het aantal werkenden in tien jaar met gemiddeld 18% groeit, maar worden andere passages in dat rapport niet aangehaald. Het gaat hier o.a. om de passage dat het plan van maart 2001 al een onderschatting was, dat er grote verschillen zijn per specialisme waar in de aanpak rekening mee moet worden gehouden, en dat vergroting van de opleidingscapaciteit niet leidt tot een even grote toename van het aantal fte's, omdat mensen die door de vergroting van de opleidingscapaciteit nu wel een opleiding gaan volgen, vaak maar een bescheiden arbeidsbijdrage leveren.

Hierna wijst mevrouw Hermann erop, in navolging van de KNMG-voorzitter, dat de dokter van de toekomst een vrouw is. Uit de brieven komt echter het beeld naar voren dat vrouwen een minder soort mannen zouden zijn: vrouwen werken minder, moeten zo nodig thuis zitten, houden er eerder mee op enz. Zij meent echter, zeker nu de dokter van de toekomst een vrouw is, dat juist de manier waarop vrouwen tegen de beroepsuitoefening aankijken, als uitgangspunt moet worden genomen. Als dat wordt gedaan, zal niet meer gezegd worden dat de huisarts als vrij ondernemer de spil van de gezondheidszorg is, maar dat de huisarts als functie die spil is, dus niet als vrij ondernemer. Zij pleit er dan ook met klem voor dat de overheid de totstandkoming van een zodanige werkstructuur voor huisartsen stimuleert, dat zij hun ziel en zaligheid in dat prachtige vak kwijt kunnen.

Helemaal boos werd zij toen zij weer de stelling tegenkwam, dat eenderde deel van de vrouwelijke artsen in Nederland niet werkt. Juist de minister weet al vele jaren als geen ander, dat meer dan 90% van de vrouwelijke artsen werkt. Uit een recente mailing van het ministerie aan alle 18 000 vrouwelijke artsen is dat trouwens ook nog eens gebleken.

Voor mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) is uitgangspunt dat de huisarts de spil van de gezondheidszorg is. De huisartsenzorg moet dan ook voor iedere Nederlander altijd in de buurt beschikbaar zijn. De werkdruk bij de huisartsen neemt echter toe, o.a. door vergrijzing van de bevolking en kortere opnameduur in ziekenhuizen. Door mondigheid van de burger neemt het aantal consulten buiten de normale praktijktijden toe en daarnaast is ook de vraag complexer geworden. Een adequate ANW-structuur is dan ook absoluut noodzakelijk om de huisarts goed te laten functioneren. Een ander structureel probleem in de huisartsenzorg wordt gevormd door het norminkomen, met daaraan gekoppeld de praktijkkostenvergoeding. Zij staat differentiatie in inkomen en praktijkkosten voor, afhankelijk van de regionale verschillen in o.a. de zorgzwaarte en de prijzen van onroerend goed. Een gepaste financiering van de huisartsenzorg is zonder meer nodig om het beroep aantrekkelijk te houden voor jonge huisartsen.

Zij vraagt wanneer de minister nu eens komt met een standpunt over het rapport-Tabaksblat en met een tijdpad voor invoering van dit rapport. De minister presenteert nogal eens fraaie vergezichten waar iedereen het over eens kan zijn, maar vervolgens gebeurt er veel te weinig aan de concrete invulling van de weg naar zo'n vergezicht. Mevrouw Van Blerck dringt erop aan dat rond de zomer de invulling van de diverse elementen van het rapport-Tabaksblat aan de Kamer en aan de huisartsen wordt voorgelegd. Uit de vele e-mails van de afgelopen dagen blijkt, dat er een groot verschil is tussen hetgeen wenselijk wordt geacht en hetgeen veel huisartsen op de werkvloer dagelijks ervaren. De oorzaak hiervan is vooral dat toezeggingen vaak niet op een zodanig tijdstip worden nagekomen dat er nog echt iets mee gedaan kan worden. Het zal niet lukken om bij de komende voorjaarsnota al alle wensen in te willigen, maar de beroepsgroep moet wel snel weten wat het tijdpad is. Zij beseft dat er dan vervolgens nog de nodige inspanningen verricht zullen moeten worden, zowel in financiële zin als op het punt van de inhoud van het vak, hoewel anderszids moet worden bedacht dat er in de huidige kabinetsperiode al veel extra geld naar de zorg is gevloeid.

Overigens heeft de gemiddelde huisarts er volgens een recente CTG-rapportage de laatste jaren een behoorlijk bedrag bij gekregen: zo'n € 60 000. Aansluitend vraagt zij of de € 20 per consult ook wordt verstrekt aan huisartsen die niet in het kader van grootschalige ANW-dienstenstructuren werken. De werklast voor huisartsen die in een kleinschaliger verband ANW-dienst doen, is uiteraard niet minder. Verder vraagt zij in dit verband naar de opbouw van het bedrag van € 20.

In een NIVEL-onderzoek is indertijd gesteld dat 600 afgestudeerde huisartsen praktijkzoekend zijn, maar direct daarop kwamen er al geluiden dat dit aantal veel lager zou liggen. Daartegenover is er voor zo'n 100 huisartspraktijken geen opvolger te vinden. Zij vraagt hoe de feitelijke situatie op dit vlak nu is. Dat is ook van belang voor de capaciteit van de opleiding tot huisarts. Vraag en aanbod moeten tot elkaar worden gebracht en de LHV heeft daar zeker een taak in, maar ook de minister zal daar een belangrijke rol in moeten spelen.

Mevrouw Van Blerck vraagt vervolgens of er mogelijkheden zijn voor een avondspreekuur, buiten de normale structuur om. Aan zo'n avondspreekuur is veel behoefte. Patiënten zouden daar wel extra voor moeten betalen en ook huisartsen zouden er apart voor betaald moeten worden, naar gelang de werklust die dit geeft.

Zij vindt ook dat er voldoende kleinschalige huisartsenposten moeten zijn, dus dat niet alles grootschalig behoort te worden. Bij de ziekenhuizen is gebleken wat grootschaligheid betekent voor de bereikbaarheid en de satisfactie van patiënten. Daarnaast vraagt zij naar de verantwoordelijkheid als er een ernstige fout wordt gemaakt bij de intake op een huisartsenpost. In de normale praktijk ligt de verantwoordelijkheid bij de huisarts, maar bij huisartsposten zijn er meestal vijf tot zes waarnemers en één telefoniste en de vraag is, wie er dan aan te spreken valt.

Verder meent zij dat gemeenten veel meer moeten doen om de vestiging van huisartsenpraktijken te faciliteren, ook in de duurdere regio's.

Gemeenten zouden daar ook wat voor over moeten hebben. Zij vraagt de minister dit punt onder de aandacht van de VNG te brengen.

Hierna gaat zij in op enige punten die te maken hebben met de medisch specialisten. In de eerste plaats acht zij het van buitengewoon groot belang dat de DBC-systematiek per 1 januari 2003 ingaat. Zij heeft echter begrepen dat er enige fricties zijn tussen de betrokken partijen, o.a. omdat de specialisten de resultaten van het tijdsbestedingsonderzoek waarvan de kosten voor rekening van het ministerie komen, bij een notaris willen deponeren, om te voorkomen dat de minister daar kennis van kan nemen. Zij heeft ook begrepen dat de minister in reactie daarop heeft gedreigd om de kosten van dit onderzoek op de specialisten te verhalen. Dit is natuurlijk niet de manier om resultaten te bereiken en zij dringt er dan ook op aan dat beide partijen op dit punt niet kinderachtig handelen. Partijen hebben een goed plan van aanpak op tafel gelegd en het is dan ook nodig dat de fricties worden weggenomen, opdat de inspanningen verder gericht kunnen worden op de nadere uitwerking van het plan van aanpak. In de tweede plaats vindt zij dat alleen extra geld mag worden uitgegeven voor uitbreiding van de operatiecapaciteit als er ook aantoonbaar sprake is van extra productie. Voorkomen moet worden dat alleen de inkomens omhoog gaan en de productie op hetzelfde peil blijft.

Afsluitend stelt zij dat nu hoge prioriteit moet worden gegeven aan de vaststelling van een goed uurtarief. Ook voor de medisch specialisten is dat een kernpunt voor de ontwikkeling van de DBC-systematiek. De goodwillproblematiek kan daarin misschien worden meegenomen, maar in de huidige situatie geeft zij daar niet de hoogste prioriteit aan.

Ook mevrouw **Arib** (PvdA) constateert dat de huisartsenzorg, waar Nederland door andere landen altijd zo om geprezen wordt, onder grote druk staat. Veel huisartsen moeten keihard werken in hun praktijk en zouden op zichzelf best in een samenwerkingsverband willen werken, maar krijgen juist te maken met een leegstaande praktijk in de buurt, waardoor er een nog groter beroep op hen wordt gedaan. Ook wordt 's avonds, 's nachts en in het weekeinde steeds vaker een beroep op de huisarts gedaan die ANW-diensten moet draaien tegen een niet-reële vergoeding.

Mevrouw Arib signaleert in de huisartsenzorg de volgende knelpunten: tekort aan huisartsen en dus niet te vervullen vacatures, problemen bij het opzetten van samenwerkingsverbanden, afnemende aantrekkelijkheid van

het beroep, onduidelijke honorering, hoge werkdruk en onvoldoende ondersteuning. In de brief van 30 november worden een aantal oplossingen genoemd, zoals meer huisartsen opleiden, toetredingsbelemmeringen wegnemen en faciliteren van samenwerkingsverbanden, en worden ook een aantal stappen beschreven. Die stappen gaan echter voorbij aan de problemen. Het gaat niet zozeer om geld, want dat is er wel, maar vooral om een juiste verdeling van dat geld. Vraag is ook wie verantwoordelijk is: de minister of de verzekeraars? Deze vraag speelt trouwens overal in de zorg. Zo haalt de minister enerzijds, op verzoek van de Kamer, een bedrag van 35 mln euro aan kortingen en bonussen weg bij de apothekers, maar zegt zij anderzijds dat de verzekeraars de regie hebben over de geneesmiddelenverstrekking. Ook ging de minister enerzijds akkoord met uitbreiding van het aantal IC-bedden, maar stelde zij anderzijds dat de ziekenhuizen en de verzekeraars zelf afspraken zouden moeten maken. In de praktijk ging toen iedereen elkaar de bal toespelen en gebeurde er niets, totdat de minister haar eindverantwoordelijkheid oppakte en partijen aansprak. Een gedeelde verantwoordelijkheid, met bijbehorend afschuifgedrag, is voor mevrouw Arib in ieder geval niet acceptabel.

De minister geeft huisartsen en verzekeraars de mogelijkheid om zaken te regelen en geeft daarbij aan dat producttypering ook in de huisartsgeneeskunde zinvol zou zijn en dat loon naar werken uitgangspunt is. Zolang echter niet helder is wie welk einddoel binnen welke termijn dient te halen en daarvoor ook verantwoordelijk is, zal er in de praktijk weinig tot niets gebeuren. Zo heeft de minister ingestemd met experimenten zoals in oostelijk Zuid-Limburg, maar wel met de vermelding dat die niet de onafhankelijke oordeelsvorming in gevaar mogen brengen. In dat verband vraagt mevrouw Arib een reactie op de brief van 19 maart jl. van het CTG aan de minister, in het bijzonder op het punt van de bonussen en kortingen bij apothekers. Net als de LHV en het CTG is zij de mening toegedaan dat dit soort experimenten ongepast zijn, omdat de verzekeraar zich dan gaat mengen in de relatie tussen arts en patiënt. Ook de NPCF heeft hier bezwaar tegen. Is dit nu wat de minister zich voorstelt bij de invulling van de regierol van de verzekeraar?

Praktijkkosten en inkomen moeten worden gescheiden, verzekeraars en huisartsen worden uitgedaagd met praktijkplannen te komen en adequate en flexibele financiering wordt opgelost door de verzekeraars waarmee deze invulling geven aan hun regierol, zo schrijft de minister. Ook toont de minister zich bereid om structurele financiering voor infrastructuur te leveren, maar wel wordt gezegd dat dit budgettair neutraal moet verlopen. Wat wordt daar nu mee bedoeld? Volgens mevrouw Arib kan dat niet budgettair neutraal verlopen. Waaruit maakt de minister op dat het opstellen van deze praktijkplannen in de loop van 2002 zijn beslag zal krijgen en wie is verantwoordelijk en dus aanspreekbaar als dit niet gebeurt? Wat betekent de mededeling van de minister dat de algemene maatregel van bestuur inzake ANW-diensten het mogelijk maakt om tarieven vast te stellen en dat het kabinet dit gaat volgen, omdat deze systematiek vooruit loopt op de regierol van de verzekeraars? Wanneer komt het CTG dan met tarieven en waarom wordt gesproken over «vooruitlopen op de regierol van verzekeraars», terwijl bij de financiering van de infrastructuur impliciet wordt gezegd dat de verzekeraars de regierol al bezitten?

Met de VNG is er discussie over de rol van de gemeenten bij de huisartsenzorg, zo wordt gezegd, maar daarbij wordt niet aangegeven wat de minister precies van de gemeenten verwacht, welke verantwoordelijkheid gemeenten hebben en wat er zal worden gedaan als zij geen duidelijke rol op zich willen nemen. In dit verband vraagt mevrouw Arib in het bijzonder aandacht voor de specifieke positie van huisartsenpraktijken in achterstandswijken. Er is een vorm van extra financiering voor, maar dat zet kennelijk geen zoden aan de dijk. Ook vraagt zij wat de task force knel-

punten huisartsenzorg te bieden zal hebben, zolang niet duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is.

Aansluitend vraagt zij naar de reactie van de minister op de brief van de LHV van 22 maart jl. Zij onderschrijft het nut van een landelijk kenniscentrum en het lijkt haar logisch dat de huisartsen daar een belangrijke rol in gaan spelen, al is het maar omdat er dan het vertrouwen kan zijn dat er concrete maatregelen komen waar de beroepsgroep echt iets aan heeft. Is de minister van plan de door het CTG opgestelde beleidsregels goed te keuren?

Ten slotte brengt zij nogmaals haar belangrijkste vraag naar voren: wie moet wat aanpakken en wanneer? Zij vraagt de minister om voor 15 april helder aan te geven welke stappen gezet moeten worden, wie daarvoor verantwoordelijk is, binnen welke termijn resultaten behaald moeten worden en wat de financiële gevolgen zullen zijn.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) wijst er eerst op, gezien de vele ontvangen e-mails waaruit blijkt dat huisartsen het gevoel hebben dat hun belangrijke rol niet erkend wordt, dat in de brief van 30 november jl. en in eerdere brieven steeds het grote belang van de rol van de huisarts als spil in het systeem van gezondheidszorg wordt beklemtoond. Wel hoort zij steeds meer in haar omgeving dat mensen vaker direct naar het ziekenhuis gaan en dus niet meer eerst naar de huisarts gaan. Het lijkt haar verstandig dat hierop ingespeeld wordt, bijvoorbeeld door in ziekenhuizen huisartsenposten te vestigen. Daarmee kan de rol van de huisarts als spil behouden blijven.

In de brief van 30 november zijn als kernthema's genoemd: de urgentie van het vraagstuk zelf, een toenemend tekort aan huisartsen, de noodzaak van een andere organisatie van de huisartsenzorg, een passende regeling voor de ANW-diensten, verheldering van verantwoordelijkheden en de noodzaak van een efficiënt en transparant financieringssysteem. Op dit moment zijn dit nog steeds de kernthema's. Voor een aantal is dat begrijpelijk, want die vragen een vrij lange uitwerkingstijd, maar bij andere valt het toch te betreuren dat die nog steeds een knelpunt vormen, terwijl helaas ook de inkomensherijking kennelijk een zo complex vraagstuk is dat hier eveneens veel tijd mee gemoeid is. Hoe is nu de stand van zaken bij deze kernthema's? Ook zij heeft, net als veel huisartsen, het gevoel dat daarmee te weinig voortgang wordt gemaakt. Overigens onderkent zij dat er niet voldoende financiële middelen zijn om aan alle wensen op inkomensgebied tegemoet te komen.

In dat verband heeft zij begrepen dat het, gezien de CTG-beleidsregel over ANW-diensten, aan verzekeraars niet is toegestaan om in het kader van een pakket van afspraken met huisartsen méér dan € 20 voor ANW-diensten te betalen, hoewel een aantal verzekeraars daar wel toe bereid zijn. Is dit nu wel terecht, gezien het streven naar regionale differentiatie en het bieden van mogelijkheden om echt te onderhandelen? Zij beseft dat het bedrag van € 20 door Zorgverzekeraars Nederland aan het CTG is voorgesteld, maar door het bestaan van die beleidsregel hebben verzekeraars in de regio nu geen enkele mogelijkheid meer om af te wijken van de € 20 en is er dus geen sprake van flexibiliteit.

Al een aantal keren is naar voren gebracht, o.a. van de kant van D66, dat het toch bijzonder vreemd is dat de huisartsen zoveel last gaan krijgen van toepassing van de Mededingingswet. Daar is steeds tegen ingebracht dat hier vanwege EU-regels niet aan te ontkomen valt, maar onlangs zei de hoofddirecteur van de NMa dat er best ruimte is om afspraken te maken, bijvoorbeeld op regionaal niveau tussen een regionale verzekeraar en een districtshuisartsenvereniging. Daarmee wordt voorkomen dat een individuele huisarts met tientallen verzekeraars moet gaan onderhandelen. De tijd die daarmee gemoeid is, kan een huisarts beter aan huisartsenzorg besteden.

De laatste tijd heeft mevrouw Van Vliet berichten gekregen dat het zeker niet zal lukken om per 1 januari 2003 met de DBC-systematiek te starten. Zij informeert naar de stand van zaken op dit punt. Verder vraagt ook zij hoe het staat met de goodwillproblematiek. Zij vindt nog steeds dat de afspraak hierover in het regeerakkoord uitgevoerd zou moeten worden.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie) sluit zich inzake de specialisten aan bij de al gestelde vragen, in het bijzonder die over de goodwill en de invoering van de DBC-systematiek per 1 januari a.s.

Ook hij beschouwt de vele ontvangen brieven en e-mails over de huisartsenzorg als een signaal van de boosheid die hierover in de samenleving aanwezig is, waarbij hij zich overigens meer aangesproken voelde door de mails die de patiënt centraal stelden, en niet zozeer door het dreigement dat de spreekkamer zal worden gebruikt om stemadviezen te geven. Ook hij deelt de grote zorgen over de toekomst van de huisartsenzorg. Wie het zorgsysteem op orde wil houden, moet immers de gezondheid van de poortwachter ter harte gaan. Van groot belang is ook dat verreweg het grootste deel van de gezondheidsklachten door de huisarts zelf wordt afgehandeld, waarmee wordt voorkomen dat een beroep wordt gedaan op de duurdere ziekenhuiszorg. In de brieven van de minister wordt dan ook terecht gezegd dat het bij uitstek een overheidsverantwoordelijkheid is om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te blijven waarborgen, en dat het doel van de maatregelen in het kader van Tabaksblat is om de cruciale rol van de huisarts in de gezondheidszorg ook voor de toekomst veilig te stellen.

Voor de heer Rouvoet is dat het uitgangspunt van de bespreking van vandaag. Dat betekent niet dat alle wensen moeten worden gehonoreerd, maar er zijn wel afspraken gemaakt en toezeggingen gedaan en er is kennelijk twijfel of die wel allemaal worden nagekomen, bijvoorbeeld ten aanzien van de tarieven, de kosten en de lokale differentiatie, o.a. bij ANW-diensten. Hij heeft min of meer de indruk gekregen dat de enige zorg van de minister daarbij uitgaat naar budgettaire neutraliteit op macroniveau en dat er erg weinig oog is voor lokale en regionale problemen als er inderdaad tot differentiatie wordt gekomen.

De huidige situatie in het veld is diffuus. Er is veel te zeggen voor het streven om veel aan partijen in het veld zelf over te laten, maar verzekeraars kunnen of willen nog niet de eindverantwoordelijkheid dragen, provincies en gemeenten kunnen meestal weinig doen en huisartsen zijn in dat verband het lijdend voorwerp en hebben het gevoel dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd. Is dit nu alleen een overgangssituatie, waarin iedereen nog aan zijn rol moet wennen, of gaat het hier om een structureel probleem omdat de verantwoordelijkheden niet goed zijn vastgelegd? Wie kan bijvoorbeeld het beste de initiërende rol spelen bij het opstarten van nieuwe huisartspraktijken en huisartsposten? De huisartsen zelf of toch de verzekeraars?

Naar aanleiding van de positieve passages in de brief van 30 november over grootschalige structuren voor ANW-diensten beaamt hij, dat dergelijke structuren efficiencywinst geven, maar wel het nadeel van een slechtere bereikbaarheid voor de patiënt hebben. Verder wordt terecht in deze brief gesteld dat praktijken niet alleen onvervuld blijven door een tekort aan huisartsen, maar ook door een zgn. mismatch. Er zijn immers zo'n 600 praktijkzoekende huisartsen, maar die willen lang niet overal werken, soms om zeer legitieme argumenten, zoals een voorkeur voor werken in deeltijd.

Hij heeft begrepen dat het CTG op 18 maart jl. beleidsregels heeft vastgesteld voor de aanvullende kostenvergoeding die passen in de aanbevelingen van de commissie-Tabaksblat. Van de LHV heeft hij echter gehoord dat in een ambtelijk overleg naar voren kwam dat de minister deze regels wellicht niet zou willen goedkeuren. Wat zijn de voornemens van de minister op dit punt?

Ook vraagt hij een reactie op een door hem ontvangen e-mail waarin is gezegd dat er in heel Zeeland (waar relatief de meeste ouderen wonen) nog geen enkele praktijkverpleegkundige werkt, omdat er tot nu toe eenvoudigweg geen geld voor was. Er komt nu wel geld, maar daarmee kunnen hooguit vijf verpleegkundigen voor heel Zeeland worden aangesteld.

Hij is niet enthousiast over het experiment met rationeel voorschrijven, dat verzekeraar CZ wil starten. De vergoeding voor ANW-diensten moet volgens hem op zichzelf toereikend zijn en behoort niet gekoppeld te zijn aan een prikkel voor huisartsen om tot een ander voorschrijfgedrag te komen. Bovendien worden hiermee artsen die nu al doelmatig voorschrijven, in feite gestraft voor eerder betoond goed gedrag. Ook komt met dit experiment de relatie met evidence-based werken in de knel. De minister wil dit verder overlaten aan verzekeraars en huisartsen, maar zegt daarbij wel dat de professionele en onafhankelijke oordeelsvorming van de huisarts niet in het geding mag komen. Geeft zij daarmee impliciet een negatief oordeel over dit experiment?

Mevrouw **Kant** (SP) acht het duidelijk, mede gezien alle e-mails, dat de huisartsen het water aan de lippen staat. Vorig jaar was dat al het geval en zij vindt het dan ook begrijpelijk dat de huisartsen nu opnieuw acties beraden, omdat hun vertrouwen in de overheid alleen maar verder is geschaad. Onder Paars hebben zij het inderdaad alleen maar slechter gekregen. Dat kan niet meer goedkomen in de huidige kabinetsperiode, maar de minister heeft nu wel een laatste kans. Kan er alvast een noodplan komen, inclusief extra geld, waarmee op korte termijn al een aantal acute problemen in de huisartsenzorg weggenomen worden? Gedacht kan dan worden aan een snellere instroom van praktijkverpleegkundigen en een fatsoenlijke vergoeding voor de diensten. Ook zou er alvast geld gereserveerd moeten worden voor de komende inkomensherijking. Daarop vooruitlopend zou er trouwens al wel iets gedaan kunnen worden in de inkomenssfeer.

De afgelopen jaren hebben de huisartsen ook steeds meer te maken gekregen met problemen in andere sectoren van de zorg, zoals de wachtlijsten in verpleeghuizen en ziekenhuizen, en met een toenemende financieel-administratieve rompslomp, o.a. als gevolg van de onderlinge concurrentie van ziekenfondsen. Daarvoor zou extra ondersteuning kunnen worden ingezet, maar nog beter is het om de huisartsen te verlossen van veel van die rompslomp. In ieder geval dient de NMa zich niet met hen te gaan bemoeien. Ook in algemene zin vindt mevrouw Kant dat de NMa niets te zoeken heeft in de gezondheidszorg, uitgezonderd misschien bij zaken als hulp- en geneesmiddelen.

Zij heeft zich verbaasd over het experiment in Zuid-Limburg. Ook zij wil uiteraard dat er zorgvuldiger wordt voorgeschreven en liefst ook goedkoper, mits dat medisch geheel verantwoord is, maar zij vindt het onverantwoord om daartoe een financiële prikkel in te bouwen, zeker bij huisartsen die toch al moeten schipperen met het geld. Het zal er in de praktijk toe leiden dat niet steeds het beste medicijn wordt voorgeschreven, terwijl een huisarts altijd volstrekt onafhankelijk moet zijn in het kiezen van een geneesmiddel.

Hoewel er al vaker aandacht is gevraagd voor financiële problemen van startende gezondheidscentra, is er op dat punt nog geen oplossing. Is het mogelijk om een of ander garantiefonds in te stellen, gezien de eis van banken dat er garanties worden gesteld? Is het wellicht een oplossing om een gezondheidscentrum onder de WZV te laten vallen?

Zij betreurt het dat nu weer belangenconflicten in de gezondheidszorg dreigen. De huisartsen willen actie gaan voeren als er onvoldoende oplossingen komen, en het patiëntenplatform protesteert daar weer tegen. Dat is begrijpelijk, maar als de huisartsen niet voor hun belangen opkomen, zal de huisartsenzorg het niet meer redden en dat is niet in het belang van

de patiënten. Zij ziet daarom graag dat beide groepen gezamenlijk gaan optrekken voor betere zorg. Ook de grootschalige dienstenstructuren vindt zij niet zo'n positieve ontwikkeling voor patiënten, zeker niet op het platteland waar 's avonds nauwelijks meer openbaar vervoer is. Anderzijds zou zij ook niet direct weten hoe het dan wel zou moeten worden georganiseerd, gezien de hoge werkdruk van huisartsen.

Zij voelt niet voor de DBC-systematiek, al beseft zij dat dit eigenlijk al in gang is gezet. Zij vindt het merkwaardig om zorg als een product te gaan beschouwen. Verder wordt met deze systematiek alleen maar een nieuwe bureaucratie geïntroduceerd en bovendien wordt hiermee min of meer teruggekeerd naar het verrichtingensysteem.

Ten slotte vraagt zij een reactie van de minister op de noodkreet van de kant van de academische ziekenhuizen over de grote aantallen specialisten die naar perifere ziekenhuizen vertrekken. Dat heeft overigens niet alleen te maken met de grote salarisverschillen tussen academische en perifere ziekenhuizen. Voor een aantal specialisten was de mogelijkheid van onderwijs en wetenschappelijk onderzoek juist een pluspunt van een academisch ziekenhuis, maar door de te beperkte middelen van deze ziekenhuizen voor onderwijs en onderzoek kalft dat pluspunt af.

Antwoord van de minister

De **minister** herinnert eraan dat het eerste paarse kabinet ten aanzien van de gezondheidszorg prioriteit heeft gelegd bij het helpen van mensen, dus bij ziekenhuiszorg, ouderenzorg, gehandicaptenzorg e.d. Met het oog hierop is er extra geld beschikbaar gesteld voor het wegwerken van wachtlijsten, voor het opleiden en werven van extra personeel om de werkdruk te verminderen, en voor het verbeteren van de secundaire arbeidsvoorwaarden om het werken in de zorg weer aantrekkelijk te maken. Toen er ten tijde van het tweede paarse kabinet meer geld beschikbaar kwam, was het mogelijk om een tweede prioriteit te leggen, namelijk bij salarisverbetering voor in het bijzonder verplegenden en verzorgenden. De derde prioriteit is gelegd bij de inkomenspositie van de vrije beroepsbeoefenaren. Er loopt nu een herijkingsoperatie voor deze groepen en het is de bedoeling dat deze operatie zo tijdig wordt afgerond dat het nieuwe kabinet daar, als het dat wenst, geld voor opzij kan zetten. Overigens blijkt hieruit dat de huisartsen profiteren van alle drie prioriteiten.

De bewindsvrouw beaamt dat de huisartsenzorg nu onder druk staat, terwijl de huisarts de spil van de gezondheidszorg is en zelfstandig 90% van alle klachten afhandelt. De toekomst van de huisartsenzorg is dan ook cruciaal. Zij ziet dat overigens breder: het gaat om de toekomst van de eerstelijnszorg, waarbij de huisarts weer de spil is, maar waar ook andere beroepsbeoefenaren werken, zoals maatschappelijk werkers, psychologen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. In de periode van het eerste kabinet-Kok zijn door middel van convenanten afspraken gemaakt met huisartsen en verzekeraars. Zo is toen met de LHV afgesproken dat de huisartsen de praktijkverpleegkundigen zelf zouden gaan verdienen door het elektronisch voorschrijfsysteem te gaan hanteren. Van deze afspraken is echter lang niet alles terechtgekomen wat verwacht werd toen de convenanten werden ondertekend. Zoiets komt voor, bijvoorbeeld omdat mensen zich soms verkijken op de mogelijkheden om afspraken te realiseren, en de minister wil daar ook geen verwijten over uiten. Wel is daardoor duidelijker geworden dat ingestoken zou moeten worden op een modernere eerstelijnszorg, met name in gezondheidscentra, waardoor huisartsen ook in staat worden gesteld om zich meer te richten op zaken waar hun specifieke belangstelling naar uitgaat, zoals kleine chirurgische ingrepen en verloskunde. Met het oog hierop is toen de commissie-Tabaksblat ingesteld.

In het veld zelf is dus de omslag waar te nemen van de klassieke solistisch

werkende huisarts naar een nieuwe generatie huisartsen die samenwerken met andere professionals in de eerste lijn. Dat kan op verschillende manieren gebeuren, waarbij het gezondheidscentrum het meest vergaande model is, en er kan dan gewerkt worden in normale werktijden en een aantrekkelijk werkklimaat. Er zijn inmiddels initiatieven gekomen om dit vorm te geven, o.a. de praktijkondersteuning, de facilitaire ondersteuning, d.w.z. het zoveel mogelijk ontlasten van de huisarts op het punt van administratieve werkzaamheden, de groepspraktijken, de «huisartsen onder één dak» en de dienstenstructuren voor de ANW-uren, dit laatste vooral om de werkdruk te verminderen. Voor dit alles zijn de afgelopen jaren ook veel financiële middelen beschikbaar gesteld: in de periode 1999 t/m 2001 gaat het in totaal om 424 mln euro, d.w.z. ruim € 60 000 per huisarts. Bovendien ligt er nog het een en ander op de plank, o.a. de lokale kostencomponent. De minister bevestigt dat vrijwel al deze financiële middelen – op circa 14,5 mln euro na – zijn ingezet aan de kostenkant, zoals de dienstenstructuur voor de ANW-uren en de stijging van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Anderzijds hebben de huisartsen in de afgelopen jaren in toenemende mate geld uit de inkomenscomponent moeten overhevelen naar de praktijkkostencomponent, om hun praktijk draaiende te houden. Het is zeer te waarderen dat huisartsen dat hebben gedaan, maar in feite is dat natuurlijk niet goed, want de praktijkkosten horen volledig vergoed te worden. Nu er inmiddels honderden miljoenen euro's in die laatste component worden gestoken, komt dat geld ook ten goede aan het feitelijke inkomen van de huisartsen, omdat de overheveling nu kan worden verkleind of helemaal niet meer hoeft plaats te vinden.

Op dit moment werken huisartsen in diverse werkvormen: het vrij ondernemerschap, een maatschap met andere huisartsen, of in loondienst bij een ziekenhuis of een andere huisarts. Als gekozen wordt voor het vrij ondernemerschap, moet bedacht worden dat dit ook risico's geeft. Inderdaad zijn er op dit moment zo'n 600 opgeleide huisartsen die zich nog niet gevestigd hebben. Sommigen weten nog niet in welke vorm zij willen gaan werken, sommigen willen zich wel vestigen maar stuiten daarbij op grote financiële problemen, en sommigen willen voorlopig alleen maar waarnemen, wat trouwens ook een heel behoorlijk inkomen oplevert. Bij een recent werkbezoek aan Deventer is de minister gebleken dat zes huisartsen die zich nog niet gevestigd hebben, in dienst van het ziekenhuis zijn genomen, waarna het ziekenhuis ze inzet voor het oplossen van knelpunten in de regio Deventer. Door één van die huisartsen is haar gezegd dat dit een uitstekende manier is om het vak te leren kennen, omdat soms in de stad, soms op het platteland, soms in de nachtdienst wordt gewerkt e.d.

Na de standpuntbepaling over het rapport-Tabaksblat, in november jl., is de implementatie daarvan ter hand genomen. Daartoe zijn een aantal activiteiten ontwikkeld waar uiteraard ook de LHV in participeert. Nu er kennelijk vele e-mails zijn gekomen van huisartsen die niet weten hoe het staat met de invoering van het rapport-Tabaksblat, lijkt het haar goed dat het bestuur van de LHV de eigen leden hierover meer frequent informeert. In dat verband wijst zij ook op het actiepunt van het rapport-Tabaksblat dat de LHV een heldere toekomstvisie voor de huisartsgeneeskunde opstelt. Die visie is er echter nog niet.

Aan de eerste aanbeveling van de commissie-Tabaksblat is al gevolg gegeven: uit de begroting zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor uitbreiding van de capaciteit van de beroepsopleiding tot 670 plaatsen in 2004. In de tweede plaats heeft de commissie geadviseerd tot scheiding van inkomen en praktijkkosten. In november is het CTG gevraagd om een uitvoeringstoets op dit punt en het CTG zal die toets voor aanstaande zomer gereed hebben. Daarnaast is door de commissie het punt van de lokale differentiatie naar voren gebracht. Inmiddels heeft het CTG op 18 maart jl. een besluit genomen over een beleidsregel lokale component,

waar een behoorlijk bedrag mee is gemoeid. Zij is nog niet in staat geweest om te besluiten tot het al dan niet goedkeuren van deze beleidsregel, mede omdat deze beleidsregel van zeer recente datum is.

De vierde aanbeveling van de commissie-Tabaksblat had betrekking op de ANW-diensten. Inmiddels heeft zij de CTG-beleidsregel op dit punt goedgekeurd, waarbij het gaat om een bedrag van € 20 per consult. Dit bedrag geldt voor alle huisartsen, dus ook voor huisartsen die niet meedoen aan een ANW-dienstenstructuur. Op basis van informatie van huisartsen kan de conclusie worden getrokken, dat de huisarts in de klassieke situatie van een solistische praktijk met een waarneemgroep zeker circa 850 uur per jaar dienst doet. In de nieuwe situatie, met een ANW-dienstenstructuur van gemiddelde grootte, wordt dat aantal circa 300 uur. Voor die 850 uur per jaar dienst doen zit nu in het abonnementstarief een bedrag van circa € 5000, maar dit bedrag wordt daar nu uitgelicht en komt in de nieuwe situatie in de praktijk op ruim het dubbele uit, dus ruim € 10 000. De huisarts gaat dus in de nieuwe situatie veel minder uren dienst doen en krijgt daarvoor een inkomen dat tweemaal zo hoog ligt als voorheen. De minister zou het bijzonder teleurstellend vinden als de huisartsen dit nog te weinig zouden vinden en met het oog daarop acties zouden gaan voeren. Het inkomen en de vergoeding voor ANW-diensten moeten inderdaad op een algemeen aanvaard niveau worden gebracht, maar het kan niet sneller dan het nu gaat, mede omdat er ook veel andere prioriteiten in de zorg zijn en het kabinet er nu eenmaal voor gekozen heeft om in het algemeen met vaste bedragen te werken, dus niet met openeindregelingen. Bovendien zal er per 1 januari 2003 voor de huisarts nog het een en ander gaan veranderen als gevolg van de inkomensherijking. In dit verband is de vraag gesteld of bij ANW-diensten wellicht wat meer vrijheid kan worden gelaten, opdat lokaal afspraken kunnen worden gemaakt waarbij het consulttarief hoger komt te liggen. Op basis van de WTG is het tarief van € 20 een maximumtarief, maar ook de bewindsvrouw vindt, in het spoor van de commissie-Tabaksblat, dat lokale differentiatie mogelijk zou moeten worden. Zij heeft het CTG dan ook gevraagd om regels voor een lokale component op te stellen en dan niet alleen voor ANW-diensten, maar ook voor andere aspecten, zoals werken in achterstandswijken of op een schaars bevolkt platteland. Het CTG heeft in reactie daarop gewezen op het risico dat een onoverzichtelijke situatie ontstaat van steeds meer aparte tarieven voor een lokale component, waarbij de term «kerstboom» is gevallen. Zij is daarom voornemens om in overleg te treden met het CTG over een meer globale lokale component. Dat heeft bovendien het voordeel dat het onderhandelingsproces tussen een verzekeraar en een huisarts meer inhoud krijgt en dat de NMa-regels minder als bureaucratie worden beleefd, omdat er een meer flexibel systeem is.

Zij heeft niet de indruk dat bij uitvoering van het experiment van de CZ Groep de verzekeraar tussen arts en patiënt in gaat zitten. Het gaat erom dat de beroepsgroep zelf, met name het NHG, standaarden en richtlijnen heeft ontwikkeld voor het voorschrijven van medicijnen en dat CZ heeft vastgesteld dat in zuidelijk Limburg de huisartsen in het algemeen veel méér voorschrijven dan de standaarden aangeven. Daarom heeft CZ de huisartsen voorgesteld om zich meer naar de normen van de eigen beroepsgroep te gedragen en daar ook een incentive tegenover gesteld, namelijk dat de huisartsen een groot deel van het dan bespaarde geld mogen investeren in de eigen praktijk. In feite doet CZ hiermee weinig anders dan de LHV indertijd heeft geprobeerd te bereiken met het elektronisch voorschrijfsysteem. Dat heeft toen niet veel opgeleverd en het is opvallend dat er nu met een extra incentive veel meer belangstelling voor is onder huisartsen. Een en ander mag er natuurlijk niet toe leiden dat huisartsen sub-optimaal gaan voorschrijven om extra geld binnen te halen, maar zij kan zich niet voorstellen dat huisartsen bereid zijn om zo te handelen.

Zij waardeert het positief dat in verschillende regio's, o.a. de provincie Groningen, huisartsen en verzekeraars in overleg zijn getreden om snel iets te doen aan de problematiek van de werkdruk en het tekort aan huisartsen. Er komen immers wel steeds meer huisartsen in opleiding, maar die zijn uiteraard de eerste jaren nog niet beschikbaar. In zulke overleggen gaat het om bijvoorbeeld het vergroten van de praktijkomvang met daartegenover een aantal maatregelen die de huisarts ontlasten, zoals het bieden van ondersteuning door assistenten en verpleegkundigen die grotendeels de spreekuren voor chronische patiënten kunnen verzorgen, en het realiseren van allerlei facilitaire voorzieningen, bijvoorbeeld op ICT-gebied waardoor de administratie vereenvoudigd wordt en directe verbindingen met de tweede lijn tot stand komen. Daarbij kan bijvoorbeeld een DHV goede diensten verrichten. Zorgverzekeraars zijn in toenemende mate bereid om hier extra geld voor op tafel te leggen. Ook werken in een gezondheidscentrum werkt positief uit op de hoge werkdruk, zeker als er een goede triage-functionaris is die mensen direct kan verwijzen naar een maatschappelijk werker, een psycholoog of een fysiotherapeut.

Helaas blijkt inmiddels in de praktijk dat in veel Vinex-wijken in het geheel geen rekening is gehouden met de vestiging van gezondheidscentra. Er zijn echter al gemeenten die daarop inspelen, bijvoorbeeld de gemeente Utrecht die samen met de huisartsen en de verzekeraar een plan heeft opgesteld voor de vestiging van gezondheidscentra in deze gemeente. Bovendien neemt de gemeente de financiering van een gezondheidscentrum in de Vinex-lokatie Leidsche Rijn voor haar rekening. Verder is met steun van de VNG de werkgroep-Van der Velden ingesteld die helpt bij het oplossen van problemen bij vestiging van huisartsen. Inmiddels komt er vaart in dit geheel. Aanvankelijk wilden gemeenten hier niet veel mee te maken hebben, maar ook zij beginnen nu tot de conclusie te komen dat zij een verantwoordelijkheid hebben voor een goede eerstelijnszorg voor hun ingezetenen.

Ook de minister vindt dat de verantwoordelijkheid voor eventuele fouten in het kader van ANW-diensten goed geregeld moet worden. Op zichzelf behoren de betreffende huisartsen dat zelf te doen in het kader van een kwaliteitssysteem, maar de inspectie houdt er ook enig oog op, omdat de eerste telefonische opvang niet geschiedt door een arts, maar door een daartoe getrainde verpleegkundige of doktersassistente. Overigens werkt deze wel als een soort van verlengde arm onder de verantwoordelijkheid van de huisarts(en).

Zij heeft de inspectie gevraagd om na te gaan hoe het staat met de bereikbaarheid van de ANW-dienstenstructuren. Inmiddels is door de betrokken partijen in de regio Markelo al de conclusie getrokken dat er een satellietpost dient te komen, omdat anders mensen uit Goor en Diepenheim wel erg grote bereikbaarheidsproblemen krijgen. Er is bij het opzetten van de structuren uitgegaan van regio's van 200 000 tot 300 000 mensen en in een dichtbevolkt gebied is dat ook goed mogelijk, maar voor een dunbevolkt gebied is het waarschijnlijk beter om de grens te leggen bij bijvoorbeeld 50 000 mensen. Wel wijst zij erop dat elke dienstenstructuur beschikt over een auto met chauffeur en dat er op drukke tijden ('s avonds en zaterdag) twee huisartsen aanwezig zijn, zodat een huisarts ook naar mensen toe kan gaan. Zij stelt zich voor om te zijner tijd, als de inspectie met gegevens is gekomen, in overleg met de LHV en de NPCF na te gaan welke normen voor verschillende gebieden zouden moeten gelden voor de bereikbaarheid van een huisartsenpost. Overigens erkent zij dat de overheid uiteindelijk verantwoordelijk is voor een goede bereikbaarheid. Het lijkt haar niet nodig om het consulttarief voor ANW-diensten bij kleinschaliger huisartsenposten hoger te stellen. Weliswaar zal een huisarts in zo'n kleinschaliger post waarschijnlijk minder ANW-consulten per uur doen, maar anderzijds zal die huisarts ook vaker dienst moeten doen,

zodat hij toch op jaarbasis hetzelfde ANW-inkomen verwerft als een collega in een grootschalige structuur.

Zij vindt het geen goede ontwikkeling dat mensen steeds vaker direct naar het ziekenhuis gaan, met voorbijgaan van de huisarts. Zij kent een ziekenhuis dat hiermee korte metten heeft gemaakt: iedereen die zich aanmeldde bij de spoedeisende hulp, kreeg een triage-oordeel en tegen degenen die niet acuut of urgent waren, werd gezegd dat ze eigenlijk naar de huisarts hadden moeten gaan en dat ze misschien over een aantal uren aandacht zouden krijgen. Daarna was het snel afgelopen met de loop naar dit ziekenhuis.

De NMa heeft verleden jaar de stelling dat de van oudsher bestaande collectieve onderhandelingen tussen huisartsen en verzekeraars niet zouden moeten worden onderworpen aan het kartelverbod, van de hand gewezen. Zij vindt dat ook logisch, want de huisarts is nu eenmaal vaak een zelfstandig ondernemer. Wel heeft de NMa hierbij ook alternatieven aangegeven: gebruik maken van tussenpersonen, het volgen van openbare aanbestedingsprocedures of op het niveau van de districtshuisartsverenigingen collectief onderhandelen. Collectieve onderhandelingen blijven namelijk toegestaan zolang deze niet meer dan 20% van de totale markt bestrijken.

De brief van 22 maart van de LHV over een kenniscentrum kent zij niet. Deze is kennelijk niet naar het ministerie gezonden.

Ten slotte gaat zij kort in op de twee punten inzake medisch specialisten. In de eerste plaats wijst zij erop dat de DBC-systematiek echt voordelen voor alle partijen biedt, vooral voor de medisch specialisten zelf. Zij kan zich daarom niet voorstellen dat de specialisten het DBC-traject niet langer zouden willen volgen. Zij heeft niet gedreigd om de kosten te verhalen als de specialisten niet mee zouden willen werken. In die sfeer moeten partijen ook niet met elkaar omgaan, maar zij begrijpt wel dat de specialisten het ministerie wat onder druk willen zetten nu er nog andere zaken spelen, zoals het uurtarief per 1 januari 2003. Overigens komen de DBC's er toch, ook als ze niet langer in Nederland zouden worden ontworpen, want het is op zichzelf goed mogelijk om dergelijke systemen uit andere landen over te nemen, met een aantal aanpassingen. Zij blijft er dan ook aan vasthouden dat per 1 januari 2003 de budgetten gevuld gaan worden met DBC's, met transparantie als belangrijk pluspunt.

Inderdaad is de goodwillproblematiek in het regeerakkoord vermeld. Er wordt dan ook al langdurig overleg gepleegd tussen de ministeries van VWS en Financiën en de medisch specialisten. Punt is wel dat de specialisten destijds zelf de goodwill hebben ingesteld en nu vinden dat de overheid 14 jaar lang een bijdrage van 31,5 mln euro dient te verstrekken. Dat geld zou op de zeer lange termijn naar verwachting wel weer terugverdiend worden door de overheid, maar dan nog gaat het om een te grote investering. Aan de Orde van Medisch Specialisten is dan ook bericht dat zij dit probleem zelf dient op te lossen, waarbij de overheid wel bereid is om afschaffing van de goodwill zodanig fiscaal te faciliteren dat het voor de specialisten te overzien valt.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Buijs** (CDA) heeft uit de beantwoording de indruk gekregen dat de problemen voorlopig nog zullen voortslepen. De commissie-Tabaksblad is ingesteld om een oplossing te bieden voor de relatie tussen kosten en inkomen en de minister heeft in januari 2001 bericht dat ze binnen enkele maanden met een afgerond beeld wilde komen, opdat het nog ingepast zou kunnen worden in de voorjaarsnota 2001. Inmiddels is het bijna april 2002, maar er is nog steeds geen resultaat bereikt. Het verbaast hem dan niet dat huisartsen zich gefopt voelen. De minister is te laks om het rapport-Tabaksblad daadwerkelijk in te voeren, hoewel zij dat heeft beloofd, maar is wel aan het kruidenieren en miezeren over € 20 of € 30,

terwijl iedereen weet dat huisartsen een flink deel van hun kosten uit hun inkomen moeten betalen. Iets dergelijks gebeurt met de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering – wel compensatie voor 2000, maar niet voor 2001, zodat de huisarts die weer uit eigen zak moet betalen – en met de lokale kostencomponent waar de minister nog over moet nadenken, terwijl bekend is dat het ministerie in de komende voorjaarsnota 400 mln euro extra zal krijgen. Hij dringt er met klem op aan dat nu zeer snel het rapport-Tabaksblad wordt ingevoerd. Zoals het nu gaat, lijkt het volgens hem nergens op.

Helemaal belachelijk vindt hij de gang van zaken rond de NMa. De minister verwijst naar de hoofddirecteur van de NMa, maar deze heeft aangegeven dat hij niet moeilijk zal doen als de minister hem dat vraagt. De Kamer heeft hierover trouwens al eens een motie aangenomen. Ook op dit punt is hij zeer ontevreden over de opstelling van de minister.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) kan de minister goed volgen bij haar schets van nieuwe structuren in de huisartsenzorg, maar kan dat niet als de minister zegt dat een en ander budgettair neutraal moet verlopen. Het proces kan alleen goed verlopen als het gefaciliteerd en aangestuurd wordt, in samenspraak met partijen. Anders blijft iedereen naar elkaar verwijzen, wordt de polarisatie tussen ministerie en veld steeds groter en is uiteindelijk de patiënt de dupe.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) blijft bij haar stelling dat op de kortst mogelijke termijn een concreet tijdpad moet worden opgesteld voor invoering van het rapport-Tabaksblad. Als partijen bepaalde zaken moeten aanleveren en daar niet voldoende tempo mee maken, kan de minister een tijdslimiet stellen en daarbij vermelden dat zij het anders zelf wel doet. In het algemeen geeft dat direct het gewenste effect. Overigens hebben de veldpartijen al veel daadkracht getoond bij het realiseren van ANW-structuren.

Mevrouw **Arib** (PvdA) is er door de beantwoording niet geruster op geworden. Er is nog steeds geen visie voor de korte en voor de lange termijn. Er zijn wel een aantal maatregelen besproken, maar die dienen alleen om al opgelopen achterstanden in te halen. Het is ook niet voor niets dat er huisartsen afhaken. Te betreuren valt ook dat er nog geen beslissing is genomen op de recente CTG-beleidsmaatregel. Zij dringt erop aan dat de minister nu op zeer korte termijn knopen doorhakt. Al met al is ook zij ontevreden over de beantwoording. Zij overweegt om het verslag van het AO op de plenaire agenda te laten zetten.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) vindt dat er nu gekozen moet worden voor het vormgeven van de toekomstvisie uit het rapport-Tabaksblad en dat daar een concreet tijdpad voor moet worden opgesteld. Dan weet iedereen waar hij aan toe is en zijn de huisartsen ook in staat om er actief op in te spelen, waarbij er wel wat verwacht mag worden van de LHV. Zij zou graag zien dat vandaag nog duidelijk wordt gemaakt hoe de minister staat ten opzichte van de CTG-beleidsregel over de lokale component. Zij kan zich voorstellen dat het nog lastig genoeg is om voldoende geld hiervoor te vinden, maar zij wil nu wel horen of de minister haar uiterste best zal doen om dit geld beschikbaar te krijgen, dan wel of zij niet veel voelt voor die beleidsregel.

Ten slotte sluit zij zich aan bij de emotionele opmerkingen van de heer Buijs over de NMa. Die kwestie moet nu echt opgelost worden en zij vraagt de minister dan ook met de NMa en de LHV om de tafel te gaan zitten om hier heldere afspraken over te maken.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie) constateert dat er in het AO weinig voortgang is gemaakt. Inderdaad is er al veel gedaan en moeten er priori-

teiten worden gesteld, zoals de minister heeft gezegd, maar het is nu hoog tijd om het rapport-Tabaksblad uit te voeren en dat kan niet voor niks.

Ook hij vraagt opnieuw hoe de minister in principe staat ten opzichte van de recente CTG-beleidsregel, vooral nu de LHV van ambtelijke zijde de indruk heeft gekregen dat die regel niet zal worden goedgekeurd.

Helaas is er op het punt van de bereikbaarheid van ANW-diensten voor patiënten geen duidelijk antwoord gekomen. De minister vindt ook dat er wat moet veranderen op dat punt, maar voegt niet de daad bij het woord en legt de bal terug bij partijen.

Ten slotte blijft hij bezwaar houden tegen de koppeling die in het CZ-experiment in oostelijk Limburg wordt gelegd met de ANW-vergoeding.

Mevrouw **Kant** (SP) vindt de uitkomsten van de discussie zeer teleurstellend. Zo komt er geen geld voor een fatsoenlijke vergoeding van ANW-diensten, een nieuw bewijs voor haar stelling dat Paars bij het stellen van maatschappelijke prioriteiten de weg kwijt is.

Zij is blij dat de inspectie gaat kijken naar normen voor de bereikbaarheid en de omvang van ANW-dienstenstructuren, maar vindt het buitengewoon jammer dat daar direct een rekensom bij wordt gemaakt waaruit zou blijken dat er geen extra geld nodig is om de ANW-structuren kleinschaliger te maken. Van die rekensom klopt niets, zo stelt zij, want bij kleinschaliger structuren moet elke huisarts vaker paraat zijn en daar hoort iets tegenover te worden gesteld.

Ook zij vindt dat de kwestie van de NMa snel moet worden opgelost. Zij vindt trouwens dat de NMa helemaal niets te zoeken heeft in de gezondheidszorg.

Ten slotte herinnert zij aan haar vraag over de academische ziekenhuizen die nog niet beantwoord is.

De **minister** vindt dat in tweede termijn een volkomen irreëel beeld is geschetst van hetgeen de afgelopen jaren ten behoeve van de huisartsen is gedaan. Het gaat om een beroepsgroep van zo'n 7000 personen en in drie jaar tijd is daar 1 mld gulden extra naar toegegaan. Er is geen enkele beroepsgroep, in of buiten de gezondheidszorg, die een dergelijke stijging heeft meegemaakt. Daar komt dan nu de regeling voor ANW-diensten bij die eveneens een enorme sprong voorwaarts betekent in vergelijking met de huidige situatie en dus beslist geen armoe is, ook al omdat de € 20 per consult uitsluitend honorarium is. De overige kosten, dus de huisvesting, het personeel, de auto met chauffeur e.d., waarbij het gaat om 150 mln euro per jaar structureel, neemt het ministerie voor zijn rekening. Huisartsen hebben wellicht te maken met achterstanden, maar anderzijds is de LHV er altijd zelf bij geweest en had zij misschien eerder moeten aandringen op extra geld. Toen de LHV dat ging doen, is daarop gereageerd met 1 mld gulden extra in drie jaar, maar desondanks wordt nog steeds vanuit de Kamer met veel dramatiek gesteld, dat er vrijwel niets is gebeurd. De huisartsen hebben voor de bewindsvrouw altijd prioriteit gehad in vergelijking met de andere vrije beroepsbeoefenaren in de zorg, juist omdat de huisartsen de spil van de gezondheidszorg vormen en duidelijk was dat zij het moeilijker kregen. Het einddoel is nog niet bereikt, maar de weg daar naartoe is al voor een groot deel afgelegd.

Zij heeft in eerste termijn over budgettaire neutraliteit gesproken, omdat er veel bespaard kan worden als eerstelijns werkers in één gebouw gaan werken. Zij kunnen dan immers gebruik maken van dezelfde voorzieningen, dezelfde facilitaire ondersteuning e.d. Op z'n minst lijkt het toch zinvol om daar eens goed naar te kijken en niet direct te vragen om meer geld daarvoor uit te trekken. Overigens heeft zij in haar beantwoording al gezegd dat de praktijkkosten van de huisarts vergoed dienen te worden, mits het reële praktijkkosten zijn.

In reactie op de nadere opmerkingen over de beleidsregel lokale component herinnert zij eraan dat in de loop van de tijd diverse componenten zijn ontstaan, zoals die voor ANW-diensten, het werken in achterstandswijken en het voorschrijven. Het CTG is vervolgens gevraagd om met één lokale component te komen, maar omdat deze tevens de al bestaande componenten moet vervangen, is nog niet precies duidelijk wat de macro-meerkosten van de recente beleidsregel zijn. Verder is hier op zichzelf niet echt haast mee gemoeid.

Zij zegt toe om in een brief aan te geven wanneer de diverse onderdelen van het advies van de commissie-Tabaksblad tot implementatie komen. De Kamer kan dan zien dat er wel degelijk tijdspaden zijn uitgezet. In dit verband merkt zij nogmaals op dat de visie op de huisartsenzorg die de LHV samen met ZN zou ontwikkelen, er nog steeds niet is. Zij is op dat punt aangesproken door de suggestie om deze partijen een tijdslimiet te stellen en, als de visie er dan nog is, het opstellen van die visie zelf ter hand te nemen.

In eerste termijn heeft zij al gezegd dat de inspectie is gevraagd om te kijken naar de bereikbaarheid van ANW-dienstenstructuren en om criteria voor de spreiding daarvan te ontwikkelen. Dit hoeft dus niet door de huisartsen zelf te worden opgepakt.

De huisartsen vallen, als zelfstandig gevestigd vrij beroepsbeoefenaren, automatisch onder het toezicht van de NMa. Het is mogelijk om huisartsen bij wet buiten dat toezicht te plaatsen, maar dan komen ook alle fiscale faciliteiten te vervallen. Zij ziet veel in de mogelijkheid tot collectief onderhandelen die de huidige wetgeving biedt, namelijk wanneer daarmee niet méér dan 20% van de markt wordt bestreken.

Ten slotte neemt zij afstand van de opmerking over «kruidenieren». Als er één beroepsgroep is waarbij zij niet aan het kruidenieren is geweest, is dat de groep van Nederlandse huisartsen. Door deze opmerking voelt zij zich gefopt.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Van Lente

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen