

Vergaderjaar 1999–2000

26 801

Zorgnota

Nr. 39

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 18 april 2000

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 30 maart 2000 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van VWS van 31 januari 2000 inzake de uitvoering van de motie-Van Blerck-Woerdman c.s. (26 801 nr. 18 en VWS-00-126);**
- **de brief van de minister van VWS van 1 maart 2000 inzake plan van aanpak ter oplossing van knelpunten in de huisartsenzorg (26 801, nr. 37).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) vond een van de grootste problemen op dit moment het tekort aan huisartsen, aangezien iedereen een huisarts moet hebben en er dus absoluut geen sprake van wachtlijsten kan zijn. Aangezien er niet voldoende huisartsen zijn, raken de huisartsen die er wel zijn overbelast, omdat er te veel patiënten zijn die aanspraak maken op hun zorg. Daardoor gaat de kwaliteit van de zorg omlaag. In de achterstandswijken van grote steden is dat probleem al duidelijk merkbaar, maar ook in de dunner bevolkte gebieden is het een probleem om een huisarts te vinden. Er zijn nog een aantal andere knelpunten: de waarneming komt in het gedrang en overname van praktijken is buitengewoon moeilijk. Aangezien de bevolking vergrijsd en mondiger wordt, zal de druk alleen maar groter worden.

De minister heeft steeds gezegd dat de capaciteit van de huisartsenopleiding voldoende was of maar met een heel klein aantal zou hoeven te groeien. Mevrouw Van Blerck was van mening dat dit punt vandaag goed moet worden geregeld. In de brief van de minister van 1 maart wordt gesproken over 456 plaatsen. Dat cijfer wordt onderbouwd in het NIVEL-rapport. Mevrouw Van Blerck beschouwde die 456 plaatsen als een absolute ondergrens van de noodzakelijke capaciteit. Zij vond een tweejarige opleiding overigens voldoende.

De dienstenstructuur moet ook geregeld worden. Er hoeft echter geen instituut te komen dat het allemaal uit gaat zoeken, want dat kan worden overgelaten aan de huisartsen zelf. Mevrouw Van Blerck kon zich echter

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Rouvoet (RPF/GPV), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Spoelman (PvdA), Hermann (GroenLinks), Kant (SP), Gortzak (PvdA), Buijs (CDA), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Arib (PvdA), Atsma (CDA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Schutte (RPF/GPV), Van Gent (GroenLinks), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Smits (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Marijnissen (SP), Belinfante (PvdA), Ross-van Dorp (CDA), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Duijkers (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA).

voorstellen dat de financiering een probleem op zal leveren. De minister moet daarom op zo kort mogelijke termijn met de Landelijke huisartsenvereniging (LHV) om de tafel gaan zitten om te bekijken hoe het benodigde bedrag precies is opgebouwd. Zij was overigens van mening dat de financiering van de dienstenstructuur niet ten koste mag gaan van de praktijkverpleegkundige.

De heer **Oudkerk** (PvdA) was ook van mening dat de capaciteit van de huisartsenopleiding goed moet worden geregeld. Er is gekozen voor scenario 3 van het NIVEL. Als echter wordt gekeken naar wat de komende jaren nodig is, komt scenario 4 als het gaat om de demografische ontwikkeling, de daling in FTE omdat het parttime werken toeneemt, de wil om tot protocollering en samenwerking te komen en de verhoogde uitstroom, dichter in de buurt van wat nodig is dan die 456 plaatsen waar nu over wordt gesproken.

De heer Oudkerk was verbaasd over het feit dat de EG-richtlijn als het gaat om de duur van de opleiding, spreekt over twee jaar, terwijl de beroepsgroep over drie jaar spreekt. De insteek van de minister – nog niet afgestudeerde huisartsen de mogelijkheid geven om al echt te werken – vond hij een goede. Ook zou bekeken kunnen worden of de opleiding niet twee driekwart jaar zou kunnen zijn. Verder zouden de stageplaatsen van de huisartsen wat meer moeten worden gericht op de huisartsgeneeskunde pur sang en wat minder op verpleeg- of verzorgingstehuizen.

De heer Oudkerk was van mening dat het dienstenpakket niet mag worden betaald uit het budget dat ter beschikking is gesteld voor de praktijkverpleegkundige. Hij wees er verder op dat in gezondheidscentra met huisartsen, verloskundigen, apothekers, fysiotherapeuten, ergotherapeuten significant minder wordt verwezen naar de tweede lijn. De samenwerking is ook gemakkelijker, omdat er kortere lijnen zijn. Ziet de minister mogelijkheden om het werken in gezondheidscentra te stimuleren? In gezondheidscentra zijn verder de diensten en het waarnemen beter geregeld.

Ten slotte vroeg hij hoe het met de NMA en de LHV is afgelopen.

Mevrouw **Augusteijn-Esser** (D66) was positief over de voorstellen van de minister voor een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen, maar vroeg zich af of die 456 plaatsen wel genoeg zijn. Als je het maximum aan kwaliteit wilt leveren en wilt kijken naar de mogelijkheid voor deeltijdwerken, kom je aan andere getallen. Een uitbreiding van het aantal plaatsen alleen is niet voldoende. Faciliteiten en begeleiding zijn ook noodzakelijk. Gaat het verder wel snel genoeg?

Het door de minister gesignaleerde stuwmeer van basisartsen is er niet volgens mevrouw Augusteijn. In Maastricht kan men de opleidingscapaciteit niet eens vullen. Dat is een ernstige zaak, zeker als je ook wilt kijken naar de geschiktheid van mensen voor dit zware vak. Voorkomen moet namelijk worden dat zij tijdens de studie afhaken. Een knelpunt vormt de salariëring van de huisartsen in opleiding (HAIO's). Een salaris van f.3265 bruto is bijna niet meer van deze tijd. Er moet dan ook een meer marktconform salaris voor de HAIO's komen.

Mevrouw Augusteijn was van mening dat een verkorting van de opleiding niet haalbaar is. Die drie jaren zijn nodig in verband met stages en dergelijke. Het leren van het handwerk van huisarts vraagt de nodige tijd. De opleiding kan echter wel worden geflexibiliseerd, waardoor niet afgestudeerde basisartsen wellicht als juniorhuisarts kunnen gaan werken.

Nu al is er sprake van een huisartsentekort. Daarvoor worden oplossingen gezocht. De minister zegt dat er mensen uit het buitenland kunnen worden aangetrokken, misschien ook wel van buiten de EU. Dan doen zich echter een aantal problemen voor die niet zo gemakkelijk kunnen worden opgelost. Dat heeft ook iets te maken met de IND-bureaucratie. Wat denkt de minister daaraan te kunnen doen?

De zwaarte van het beroep hangt ook samen met de avond- en weekenddiensten. Zou het model dat in Rotterdam wordt gehanteerd kunnen helpen? In sommige gebieden van het land is sprake van een extra probleem. Daar zijn in kleine gemeenschappen, waar soms maar één huisarts is, grote centra voor asielzoekers gevestigd. Dat legt een grote druk op de huisartsen daar. Daar moet iets aan worden gedaan en wel op de korte termijn.

De heer **Buijs** (CDA) merkte op dat het NIVEL als het gaat om de uitbreiding van de opleidingscapaciteit, ervan uitgaat dat er in 2010 8850 huisartsen zouden moeten zijn. Dat betekent volgens het NIVEL dat er vanaf 1999 een instroom moet zijn van 410 huisartsen per jaar. Ontstaat er dan niet een kloof met de gefaseerde instroom die de minister voorstelt? Er is verder nauwelijks sprake van een stuwmeer van basisartsen. Dat blijkt al uit de problematiek in Maastricht. Om HAIO's aan te kunnen trekken moet de opleiding aantrekkelijk worden gemaakt. Daarvoor moet de honorering van die HAIO's worden opgetrokken tot een gelijkwaardig niveau met de verpleeghuisartsen in opleiding. Als de capaciteit van de beroepsopleiding wordt verhoogd, moet ook de financiering van de extra instroom naar de studie geneeskunde worden geregeld. Hij was overigens van mening dat de beroepsopleiding niet mag worden verkort. Hij was echter wel voor flexibilisering, maar hij wacht het advies van de Raad voor de huisartsenopleiding (RHO) af om te kijken hoe dat ingevuld kan worden.

De gelden die noodzakelijk zijn voor de avond-, nacht- en weekenddiensten mogen niet worden gehaald uit de praktijkondersteuning. Dat zou een verkeerde inzet zijn. Het moet goed geregeld worden in de honoreringsstructuur.

De heer Buijs vroeg ten slotte aandacht voor de apotheekhoudende huisartsen op het platteland. Kan de minister toezeggen dat de functie van deze huisartsen gegarandeerd wordt? Verder hebben ouderen in verzorgingshuizen volgens hem het recht een eigen huisarts te kiezen.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) vond het een uitstekende zaak dat de opleidingscapaciteit wordt verhoogd tot 456 plaatsen in 2004. Er moet echter ook al worden nagedacht over het aantal plaatsen dat na 2004 nodig zal zijn. Dit is namelijk een proces dat zorgvuldig gevolgd moet worden en dat consequenties moet hebben voor de instroom, in de vervolgopleidingen en in de studie geneeskunde. Zij was er verder niet voor om de opleidingsduur terug te brengen naar twee jaar. Er zou echter wel ruimhartiger gebruik kunnen worden gemaakt van de mogelijkheid om vrijstellingen te verlenen op grond van reeds opgedane ervaring. Jaar en dag was de 24-uurs beschikbaarheid een gegeven. In de oudere setting konden huisartsen die hun patiënten goed kenden dat managen tot een aanvaardbare werkdruk. Met de veranderingen in de maatschappij, waarbij er veel minder langdurige verbanden zijn en alle contacten losser zijn, wordt er tijdens de diensten een veel groter beroep op de huisartsen gedaan. Uit de rapportage van de medische tuchtcolleges is verder bekend dat er juist in waarneemsituaties en in de perioden van overdracht steken vallen, doordat de setting te vrijblijvend is. Een meer solide dienstenstructuur leek mevrouw Hermann dan ook een eis van de tijd. De financiering van die dienstenstructuur zal van twee kanten moeten komen. Diensten meedraaien in een grotere setting betekent dat daarvoor de component voor de diensten uit het honorarium moet worden ingeleverd. Het meerdere zal moeten komen uit de gezondheidszorg in zijn totaliteit. De praktijkondersteuning is echter niet de goede bron.

Mevrouw Hermann vroeg verder aandacht voor de positie van vrouwelijke huisartsen. In de stukken staat dat de toename van het aantal vrouwen in het huisartsenberoep een extra prikkel is om zodanig te werken dat zorg

en arbeid gecombineerd kunnen worden. In de praktijk hebben vrouwelijke huisartsen echter nog wel eens moeite om inhoudelijk volwaardig mee te draaien, zeker als het gaat om de huisarts in dienst van een andere huisarts (HIDH). De honorering van die HIDH, een functie die op de langere duur vooral door vrouwen vervuld wordt, is namelijk nog niet eens volgens de normen van de landelijke vereniging van artsen in dienstverband. De vervrouwelijking van het huisartsenberoep vond zij overigens een goede zaak, temeer daar bekend is dat vrouwelijke huisartsen wat meer op gelijkwaardig niveau met hun patiënten omgaan, dan de «ouderwetse», wat autoritaire mannelijke huisartsen. Ze schrijven in ieder geval minder snel medicijnen voor en verwijzen minder snel door.

Antwoord van de minister

De **minister** merkte op dat door een aantal relevante ontwikkelingen – meer ouderen, meer chronisch zieken, minder ziekenhuisbedden – het beroep van huisarts zwaarder is geworden. Verder wordt er meer via dagverpleging en poliklinieken gedaan, waardoor de huisarts zijn patiënt eerder terug krijgt in zijn praktijk. Dat is een goede ontwikkeling, maar dat betekent wel dat er meer bij de eerste lijn terechtkomt. Voorts zijn er technologische ontwikkelingen, waardoor thuis complexere zorg kan worden verleend.

Het NIVEL ging, als het gaat om de capaciteit van de huisartsenopleiding, in scenario 3 uit van een verhoging naar 495 plaatsen. Daarbij was rekening gehouden met deeltijdwerken, vervroegde pensionering en een uitval van 20%. Recentere cijfers rechtvaardigen echter de verwachting dat het uitvalpercentage lager zal zijn, namelijk 10. Dat is een gevolg van een aanscherping van de selectie voor toelating tot de opleiding en een verlenging van de opleiding naar drie jaar. Men moet dus behoorlijk gemotiveerd zijn om daaraan te beginnen. Daardoor is de kans dat men het volhoudt iets groter. De Raad voor de huisartsenopleiding gaat ook uit van een uitval van 10%. Dat betekent dat tot 2010 met 457 instromers per jaar aan de vraag zou kunnen worden voldaan. Het capaciteitsorgaan zal bekijken of dit genoeg is en of er argumenten zijn om op den duur voor scenario 4 te kiezen. De RHO en het Capaciteitsorgaan – dat ook met een plan zal komen – moeten ver vooruit kijken en alle factoren zo goed mogelijk wegen. Daarbij moeten zij ook het groeiend percentage vrouwen en het groeiend aantal mensen dat parttime wil gaan werken meenemen. Het is moeilijk om dat te voorspellen. Men heeft zich al vaak verkeken op de maatschappelijke ontwikkelingen.

LHV, RHO en NIVEL hebben gezegd dat een instroom van 457 voldoende is tot 2010. Als door voortschrijdend inzicht blijkt dat die niet voldoende is, kunnen de opvattingen wel worden bijgesteld, maar daar zullen dan ook de middelen voor moeten zijn. Over een aantal zaken zijn afspraken gemaakt in het convenant, van andere zaken is in het convenant afgesproken dat het linksom of rechtsom uit de ruimte zal moeten. De minister zou het vervelend vinden als een intensivering van de dienstenstructuur ten koste zou moeten gaan van de praktijkverpleegkundige. Toen het convenant werd gesloten, hebben de huisartsen zich helemaal gericht op de praktijkondersteuning en niet op de dienstenstructuur. Zij hebben echter ook hun handtekening gezet onder de zin: in het geval een of meerdere partijen aanvullende afspraken wenst te maken waarmee geld is gemoeid, zullen deze moeten worden verkregen door een herschikking van de middelen; er zal geen sprake kunnen zijn van het toekennen van additionele middelen. Misschien kan ook gekeken worden naar de modules. Als huisartsen er iets bij moeten doen, wordt meteen gesproken over een nieuwe module en meer geld. Daardoor is het inkomen de laatste tijd behoorlijk gestegen. De vraag is overigens of die dienstenstructuur wel zoveel extra geld moet kosten.

Voor deze kabinetsperiode, tot 2002, is een fors bedrag voor de

huisartsenzorg vrijgemaakt, daar komt uiteindelijk 438 mln. bij voor de huisartsen. Zij moeten daarvan overigens 135 mln. zelf verdienen via het elektronisch voorschrijven. Van het geld dat beschikbaar is voor de cure, 1,35 mld., gaat 21% naar de huisarts. Dat is ook terecht, want de eerste lijn is de spil van de curatieve gezondheidszorg.

De minister van Onderwijs heeft gezegd dat hij per jaar 55 medische studenten meer gaat toelaten, met ingang van dit jaar. Voor scenario 3 zijn echter op den duur 80 extra plaatsen nodig. Dat weet de heer Hermans ook en hij is bereid om het geld te zoeken om het aantal instromers verder te kunnen ophogen. De nood is gelukkig niet acuut, omdat er sprake is van een stuwmeer. Diverse huisartsenopleidingen in Nederland, met uitzondering van Maastricht, zijn namelijk drie keer overtekend. Er zijn dus nog steeds mensen die wachten om opgeleid te kunnen worden. De belangstelling voor de beroepsopleiding neemt overigens wel af. Daarom moet het beeld van huisarts worden verbeterd.

Er zijn ook praktijkverlichtende aspecten, zoals de gezondheidscentra en de dienstenstructuur. Verder is er de praktijkondersteuning. Daar zijn in het convenant afspraken over gemaakt. Op termijn is er één fulltime praktijkverpleegkundige op drie huisartsen. Dat blijkt in de praktijk een belangrijke ondersteuning voor de huisarts te zijn. De zorguren stijgen daardoor met 16%. Bij bepaalde chronische patiëntencategorieën, zoals diabetes, reuma, astma, wordt de routinezorg helemaal overgenomen door de verpleegkundige. Verder maakt de solist steeds meer plaats voor de gezondheidscentra, waar men elkaar kan ondersteunen en een veel directer contact heeft met verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, fysiotherapeuten en dergelijken. Bovendien kunnen diensten en vakanties beter worden geregeld. In verschillende steden ontstaan wijk-gezondheidscentra. Daardoor weten mensen precies waar zij terecht kunnen. De minister gaf aan de motie-Van Vliet te hebben uitgevoerd. Zij had namelijk 2,8 mln. extra toegevoegd aan het reeds beschikbare bedrag voor de gezondheidscentra. De komende tijd wilde zij via het CTG-circuit kijken of een meer structurele wijze van financiering van die centra kan worden gevonden.

De dienstenstructuur kan ook een grote rol spelen bij de werkdruk-verlichting. In het tarief van de huisarts zit zowel in het inkomensdeel als in het kostendeel een vergoeding voor de diensten. In het inkomensdeel f.8000 per jaar en in het kostendeel f.7800. In sommige plaatsen heeft men iets georganiseerd, waarbij die f.8000 voldoende is. Bovendien zijn sommige zorgverzekeraars bereid om een bijdrage te leveren, aangezien zij er ook baat bij hebben. De minister stimuleerde dat. Men kan de kosten ook drukken door aansluiting te zoeken bij bijvoorbeeld ambulanceposten of ziekenhuizen. Men moet zijn uiterste best doen om goede afspraken te maken over de diensten.

Huisartsen in opleiding verdienen niet veel, omdat zij alleen meekijken en dus niet valuteerbaar zijn. Als het bij de verpleeghuisartsen anders is, moet het CTG daarnaar kijken. De juniorhuisarts heeft wel een productie en daarom kan dat inkomen hoger zijn.

De LHV heeft ontheffingsverzoeken bij de NMA neergelegd. De NMA gaat bij dit soort zaken zorgvuldig te werk. De NMA heeft bij monde van de heer Kist uitgesproken dat men heel goed begrijpt dat in de gezondheidszorg kwaliteit vaak gebaat is bij enige samenwerkingsafspraken en dat er sprake moet zijn van overgangstermijnen. De vestigingsafspraken tussen huisartsen kunnen echter wel wat geflexibiliseerd worden. De LHV en de NMA zullen begin april een gesprek voeren.

In het noorden van het land is er een probleem op het punt van de asielzoekerscentra. De minister was in overleg met het COA (Centraal orgaan opvang asielzoekers), Justitie, de LHV en de desbetreffende districts-huisartsenvereniging om te kijken wat daaraan kan worden gedaan. De GGD-Nederland zit ook aan tafel. Geprobeerd moet worden om meer gebruik te maken van vluchtelingenartsen die in Nederland zijn en die

bijvoorbeeld al hun basisartsenopleiding in Nederland hebben voltooid of aanvullend zijn opgeleid, zodat zij een gelijkwaardig diploma hebben. Die zouden dan onder eindverantwoordelijkheid van een Nederlandse huisarts iets in die centra kunnen doen.

Het was de inzet van de minister om de praktijken van de apotheekhoudende huisartsen in stand te houden, aangezien het een belangrijke voorziening is op het platteland. De spreiding van huisartsen over het platteland is ook een belangrijk punt. Mocht het ooit nodig zijn om dat financieel extra aantrekkelijk te maken, zou zij dat niet uit de weg gaan. Op het ogenblik is het echter niet nodig.

Mevrouw Vliegthart heeft afspraken gemaakt met de LHV over huisartsen in verzorgingstehuizen. Men wil toe naar bijvoorbeeld twee huisartsengroepen per verzorgingstehuis. De bewoners hebben dan wel een keuze, maar er zullen er enkelen zijn die de huisarts die zij altijd hadden, niet kunnen houden.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) merkte op dat de Kamer in november verleden jaar al heeft uitgesproken dat het anders zou moeten en dat zij de dienstenstructuur belangrijk vond. Als dan iets anders wordt afgesproken, voelde mevrouw Van Blerck zich daar niet aan gebonden. Het leek haar goed dat de minister in overleg met de LHV bekijkt hoe zo'n dienstenstructuur op de goedkoopste en meest adequate manier kan worden opgezet en wat het bedrag is dat daarvoor nodig is. Vervolgens kan dan worden gekeken waar dat geld vandaan moet komen. Als er sprake is van een onoverkomelijk probleem, moet de minister naar de Kamer terugkomen om te bespreken hoe dat kan worden opgelost. De Stichting farmaceutische kengetallen heeft geconstateerd dat de huisartsen in plaats van de 155 mln. maar 60 mln. hebben bespaard op de zelfzorgmiddelen. Van huisartsen mag toch worden verwacht dat zij zich houden aan afspraken.

De heer **Oudkerk** (PvdA) bracht naar voren dat in de motie van mevrouw Van Blerck (26 801, nr. 18) staat dat de opleidingscapaciteit volstrekt onvoldoende is. De minister zegt nu dat naar de huidige inzichten van drie raden 457 plaatsen voldoende zijn. Stel dat die drie raden over een maand tot het voortschrijdend inzicht komen dat het anders moet, is de minister dan bereid om dat getal en de benodigde middelen te heroverwegen? Verder staat in die motie dat voor het behoud van de continuïteit en kwaliteit van de huisartsenzorg buiten kantooruren op korte termijn adequate oplossingen voor de zogenaamde diensten moeten worden doorgevoerd. De heer Oudkerk wist niet of dat wat kost en zo ja, hoeveel. Het moet echter geregeld worden. De overbelasting tijdens de diensten vormt een groot probleem.

Bovendien staat in de motie dat het noodzakelijk is aard en duur van de (huis)artsenopleiding te heroverwegen. Dat is niet een doel, maar een middel. Hoe zit het met de discrepantie tussen de EU-richtlijn en hetgeen de huisartsberoepsgroep wil?

De meerjarenafspraken vormen het sturingsinstrument. Dat is op sommige punten goed, maar zetten die meerjarenafspraken de Kamer niet buiten spel? Welke handtekeningen er ook onder welke meerjarenafspraak dan ook staan, als het de Kamer niet bevalt, vanwege de knelpunten en problemen, moeten die meerjarenafspraken minder waard zijn dan hetgeen de meerderheid van het parlement voor ogen staat.

Mevrouw **Augusteijn-Esser** (D66) merkte op dat als het gaat om de opleidingscapaciteit, er bij de universiteiten nog wel wat ruimte is, mits er voldoende geld is. Zij had dan ook het gevoel dat een beetje de tering naar de nering is gezet. Zij was overigens blij dat de minister erkent dat de

situatie in het noorden van het land nijpend is. Die situatie kan dan ook niet blijven bestaan. Kan de minister de Kamer op de hoogte stellen van de uitkomsten van het overleg dat zij met onder andere het COA voert over het inzetten van vluchtelingenartsen?

De heer **Buijs** (CDA) vroeg wanneer het resultaat bekend is van de vergelijking van de salarissen van huisartsen in opleiding en van verpleeghuisartsen in opleiding. Verder bracht hij naar voren dat er op vele plaatsen in het land dreigementen van huisartsengroepen zijn dat zij geen diensten meer zullen draaien. De minister moet daarom nu al extra aandacht besteden aan de dienstenstructuur en niet wachten tot de zaak uit de hand loopt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) merkte op dat er veel ontwikkelingen zijn die de werkdruk en emotionele druk voor de huisartsen vergroten. Praktijkverpleegkundigen helpen om die werkdruk te verlichten, maar de druk van de diensten blijft bestaan. De minister heeft uiteraard oog voor de financiële kant, maar zij zou zelf ook verantwoordelijkheden moeten nemen.

De positie van vrouwen in de bestuurlijke aangelegenheden is ook van belang. De LHV had in het verleden een commissie die de positie van vrouwen in het huisartsenberoep in het oog hield. De commissie is opgeheven, maar mevrouw Hermann meende dat het nog wel degelijk van belang is.

De minister voert overleg over de vluchtelingen en de artsen die zich onder hen bevinden. Is het mogelijk dat daarbij ook de positie van verpleegkundigen wordt meegenomen, gezien het groeiende tekort aan verpleegkundigen?

De **minister** deelde mee dat nu snel moet worden vastgesteld wat de goedkoopste adequate dienstenstructuur is. Zij gaf aan niet alleen de LHV, maar ook de Zorgverzekeraar Nederland bij het overleg daarover uit te zullen nodigen, omdat zij die er als medefinanciering bij wil betrekken. Het moet nu, in het algemeen belang, overal worden geregeld. De minister zegde toe de Kamer te zullen melden wat wordt afgesproken in het overleg met de LHV en Zorgverzekeraar Nederland.

Er is uiteraard geen sprake van dat de Kamer buiten spel wordt gezet met de meerjarenafspraken. In de meerjarenafspraak staat echter al dat als er nieuwe dingen moeten of omdat de partijen dat vinden of omdat het parlement dat vindt, er een herschikking moet plaatsvinden binnen het totale kader. Het moet dan echter niet ten koste gaan van dingen die de Kamer belangrijk vindt, zoals de praktijkondersteuning. Er zijn overigens vaste momenten in het jaar, waarop herschikkingen plaats kunnen vinden binnen deelvaders. Het is aan de Kamer om daar uitspraken over te doen. Als men tot het inzicht komt dat die 457 plaatsen te weinig zijn, moet een heroverweging plaatsvinden. De minister stond daar open voor, maar zij wilde dan wel eerst goede argumenten horen. De vraag wat de opleidingen kunnen accommoderen, is onderdeel geweest van het antwoord op de vraag of 457 plaatsen gehaald kunnen worden. Men heeft daar «ja» op gezegd. Er is dus niet gezegd dat het eigenlijk meer zou moeten zijn, maar dat men maar naar beneden is gegaan, omdat het niet kon worden geaccommodeerd. Die 457 is van onderop opgebouwd.

De Kamer zal de uitkomsten krijgen van het brede overleg over de vraag of vluchtelingenartsen kunnen worden ingezet in de asielzoekerscentra. Men is ambtelijk al in gesprek, maar binnenkort zullen de bewindslieden ook aan tafel gaan zitten. De minister vond het een goed idee om de verpleegkundigen daar ook bij te betrekken.

De minister zal CTG vragen om functie en salaris van HAO's te vergelijken met functie en salaris van verpleeghuisartsen in opleiding. Over de resultaten zal zij de Kamer informeren.

Het niet voeren van diensten kan echt niet. De minister zou daarom het overleg over de dienstenstructuur heel spoedig convoceren en wijzen op de f.15 800 die men heeft voor het regelen van de diensten. Als men geen diensten meer doet, wilde zij dat geld onmiddellijk ingeleverd zien. Dat is niet de juiste weg, maar het is niet aan de orde dat men zegt: wij draaien geen diensten meer.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen