

Vergaderjaar 2000–2001

27 401

Zorgnota 2001

Nr. 66

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 juni 2001

1. Inleiding

Op 5 april 2001 heeft de Commissie Toekomstige Financieringsstructuur Huisartsenzorg – naar haar voorzitter ook wel aangeduid als commissie Tabaksblat – mij haar advies «Een gezonde spil in de zorg» aangeboden. Nog diezelfde dag heb ik de Tweede Kamer het advies toegezonden. Gaarne voldoe ik aan het verzoek van uw Kamer van 27 juni jl. (VWS/01/39/LW) om u nog voor het Algemeen Overleg dat ik op 4 juli 2001 heb met de Vaste Commissie voor VWS over de huisartsenzorg en de tandheelkunde, te informeren over mijn standpunt op hoofdlijnen. Een nadere uitwerking daarvan zal ik u toezenden na afronding van het bestuurlijk overleg met partijen en nader beraad in het kabinet.

2. Huisartsenzorg in verandering

De huisartsenzorg in Nederland is een groot goed. De huisarts vervult in ons land een spilfunctie in de gezondheidszorg: bij gezondheidsklachten wendt de burger zich vrijwel steeds als eerste tot de huisarts. Door zijn brede medische kennis handelt deze meer dan 90% van deze gezondheidsklachten zelfstandig af. Voor zover specialistische of andere hulp noodzakelijk is, vormt de huisarts veruit de belangrijkste verwijzer. Vanwege zijn positie is de huisarts voor velen een laagdrempelige vertrouwenspersoon. Mijn beleid is er op gericht, conform het advies, deze centrale positie als spil in onze gezondheidszorg ook in de toekomst, in een zich snel wijzigende omgeving, te handhaven en waar mogelijk nog te versterken.

De huisartsenzorg bevindt zich momenteel in een proces van snelle veranderingen. Tal van ontwikkelingen zijn van invloed op deze zorg. Ik verwijs voor een overzicht hiervan naar de schets die de commissie daarvan geeft in hoofdstuk 1 en bijlage 4 van haar advies. Ik deel de analyse van de commissie.

Veranderingen beroepsgroep

In de beroepsgroep zelf hebben zich ook veranderingen voorgedaan. Huisartsen oriënteren zich wat werktijden betreft meer en meer op hetgeen gebruikelijk is in de samenleving, om een betere balans tussen werk en privé-leven te realiseren en ook neemt onder hen de wens om in deeltijd te kunnen werken toe. De huisarts ziet zich geconfronteerd met een steeds beter geïnformeerde patiënt door betere scholing en betere mogelijkheden om informatie te verwerven zoals via het internet. Daarmee is ook de bewerkelijkheid van patiënten en de tijd die gemoeid is met het consult, toegenomen. Daarbij spelen ook verkorting van de opnameduur van patiënten en extramuralisering van de zorg een rol. Het aandeel vrouwelijke huisartsen neemt gestaag toe en bedraagt nu 25%. Het aantal huisartsen dat in een solopraktijk werkt daalt al jaren en bedraagt nu nog slechts 44%. Praktijkzoekende huisartsen wensen tegenwoordig doorgaans niet langer in een solopraktijk te werken: slechts 4% van hen heeft nog een voorkeur voor de solopraktijk (Nationaal Kompas Volkgezondheid, <http://www.rivm.nl/nationaalkompas>). De financieringsstructuur is echter niet op deze veranderingen aangepast.

Als gevolg van deze en andere ontwikkelingen is de werkdruk gestegen en is er een tekort aan huisartsen ontstaan, is de taak van de huisarts zwaarder geworden en ook inhoudelijk veranderd.

Onder druk van deze omstandigheden worden nieuwe eisen aan de beroepsuitoefening gesteld; eisen die een aanpassing vereisen van de structuur en organisatie van de huisartsenzorg. De oplossing wordt veelal gezocht en gevonden in samenwerkingsverbanden, in het oprichten van groepspraktijken dan wel gezondheidscentra en in professionele ondersteuning die voor de huisarts een «terugkeer» naar de kerntaken – de directe patiëntenzorg – mogelijk maakt.

De ervaringen van de afgelopen jaren hebben echter geleerd dat deze modernisering wordt afgeremd door onder meer de huidige, versnipperde en weinig transparante wijze van financiering.

Bovendien is het huidige model in essentie centralistisch: het gaat ervan uit dat op centraal (landelijk) niveau landelijk geldende regelingen worden getroffen, waardoor er geen rekening kan worden gehouden met de behoefte van partijen op lokaal of regionaal niveau «oplossingen op maat» te realiseren. Dit centralisme verdraagt zich niet met mijn visie op vraag-georiënteerde zorg en het leveren van maatwerk door regionale en lokale partijen.

Actuele problematiek

Dat vernieuwingen dringend noodzakelijk zijn is de afgelopen periode gebleken. De beroepsgroep ziet zich de laatste tijd geconfronteerd met problemen van diverse aard, zoals:

- Problemen met de vervulling van vacatures.
- Een als steeds zwaarder ervaren belasting van de diensten in de avonden, nachten en weekenden.
- Onvrede over een praktijkkostenvergoeding die te veel achter is gebleven om een moderne praktijkvoering mogelijk te maken.
- De moeizaam van de grond komende intrede van praktijkverpleegkundigen.
- Een als niet langer adequaat ervaren honoreringsstructuur.

Dit alles heeft tot spanningen geleid, zich uitend in ondermeer diverse protestacties in de achter ons liggende maanden. Onder patiënten heeft dit tot onrust geleid over de beschikbaarheid en continuïteit van deze voor hen zo belangrijke zorgverlening.

Ik neem deze problemen bijzonder ernstig. Ze vragen dringend om een oplossing. Een oplossing die de motivatie bij huisartsen versterkt en hen weer een perspectief biedt op een bevredigende beroepsuitoefening.

Deze oplossing ligt in een samenhangend geheel van maatregelen dat de modernisering van de huisartsenzorg ondersteunt en versnelt en de capaciteitsproblemen, de hoge werkdruk en de financieringsknelpunten aanpakt. Uit de eerste reacties van partijen is mij gebleken dat met name de voorstellen van de Commissie Tabaksblat daaraan bijdragen.

Positieve ontwikkelingen

Gelukkig zijn er naast de bovengeschetste problemen ook zaken ten goede te signaleren:

Meer en meer slagen huisartsen er in aan hun onderlinge samenwerking adequaat vorm te geven, bijvoorbeeld in de vorm van Huisartsen Onder Een Dak (HOED). Meer en meer wordt ook de samenwerking met andere disciplines in de eerstelijnszorg, bijvoorbeeld in de vorm van gezondheidscentra, gevonden. Door dergelijke meer doelmatige organisatievormen wordt een bijdrage geleverd aan het terugdringen van de werkdruk. Ook de intrede van de praktijkverpleegkundige draagt daaraan bij en bevordert dat de huisarts zich weer meer op zijn kerntaken kan concentreren.

Ook worden op steeds meer plaatsen huisartsenposten in of in de directe nabijheid van ziekenhuizen ingericht, zodat ook voor de samenwerking met de tweedelijnszorg nieuwe en doelmatiger samenwerkingsvormen ontstaan.

Op mijn verzoek zijn partijen – vooruitlopend op een definitieve regeling van de financiering en tarifiering – in het hele land voorvarend aan de slag gegaan met het oprichten van dienstenstructuren voor de avond, nacht en weekend. Ook dat draagt bij aan vermindering van werkdruk en vergroting van doelmatigheid.

Tenslotte heb ik recent ingestemd met de op verzoek van partijen door het CTG vastgestelde beleidsregel om de praktijkkostenvergoeding aan te passen.

3. Uitgangspunten voor de toekomstige aanpak

De Commissie heeft bij het opstellen van haar advies de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Vraagsturing en patiënt centraal.
- Solidariteit en beschikbaarheid.
- Bevordering van kwaliteit.
- Huisartsenzorg hoort thuis in het totale basisverzekeringspakket voor de zorg.
- De huisarts is vrije beroepsbeoefenaar.
- Partijen dragen eigen verantwoordelijkheid.
- De overheid stelt randvoorwaarden.
- Financiering is instrumenteel voor de zorgvisie.

Deze uitgangspunten onderschrijf ik. Ze zijn in lijn met mijn beleid zoals ik dat uiteen heb gezet in het Actieplan Zorg Verzekerd (Kamerstukken II, vergaderjaar 2000–2001, 27 488, nr. 1) en de beleidsbrief Modernisering Curatieve Zorg fase 2 (Kamerstukken II, vergaderjaar 2000–2001, 23 619, nr. 18). Het spreekt vanzelf dat een standpunt over de huisartsenzorg niet los kan worden gezien van deze modernisering. De positie van de huisarts in relatie tot het basisverzekeringspakket komt aan de orde in de discussie over de stelselwijziging. Over de opvattingen van het kabinet over de stelselwijziging wordt u binnenkort geïnformeerd.

Bij het uitgangspunt dat de huisart vrije beroepsbeoefenaar is wil ik het volgende opmerken:

Met de commissie ben ik van mening dat de huisarts vanzelfsprekend vrij moet zijn in zijn professionele oordeelvorming en handelen. De aanduiding betekent voor mij echter geen voorkeur voor solistische praktijkuitoefening of vrij ondernemerschap. Integendeel. Huisartsen gaan meer

en meer in groepsverband werken en steeds vaker werken ze ook samen met andere beroepsbeoefenaren. Er is een diversiteit aan manieren waarop de huisarts zich verbindt aan dergelijke samenwerkingsvormen, variërend van een situatie van deelname in een groepspraktijk (bijvoorbeeld een HOED) tot het aangaan van een dienstverband. De commissie wijst zelf reeds op deze veelvormigheid.

4. Maatregelen om de problemen het hoofd te bieden

4.1. Vergroten van de capaciteit

Anders dan de commissie ben ik van mening dat wel degelijk sprake is van een tekort aan huisartsen, en dat de op zichzelf terecht geconstateerde «mismatch» tussen vraag en aanbod slechts een deel van de schaarste aan huisartsen verklaart.

Al diverse keren heb ik met de Kamer over het capaciteitsprobleem in de huisartsenzorg gesproken. Wij hebben toen gezamenlijk geconstateerd dat het tekort aan huisartsen reëel is en dat in ieder geval een forse uitbreiding van de opleidingscapaciteit noodzakelijk is om dat tekort te kunnen opheffen. Ik heb middelen beschikbaar gesteld om de opleidingscapaciteit uit te breiden tot 670 plaatsen in 2004.

Wat betreft de opmerkingen van de commissie over de ramingsmodellen wijst ik op het door mij ingestelde Capaciteitsorgaan. Inmiddels zijn de eerste goede ramingen van het Capaciteitsorgaan ontvangen. Naarmate dit orgaan meer ervaring opdoet, zullen de ramingen steeds nauwkeuriger worden. Daarmee is aan het pleidooi van de commissie voor betere ramingsmodellen door mij reeds tegemoet gekomen.

4.2. Inhoud en organisatie van de huisartsenzorg

Het takenpakket van de huisartsen is de afgelopen jaren steeds omvangrijker geworden. Daardoor is geleidelijk aan de kerntaak van de huisarts: het leveren van medische, huisartsgeneeskundige zorg, steeds meer onder druk komen te staan. Dat dient te veranderen. De huisarts moet in staat zijn zich weer op die kerntaak te concentreren. Daarmee zijn het belang van de patiënt en de arbeidsvreugde van de huisarts gediend. Daarvoor is een goede ondersteuning zowel in de eigen praktijk en/of organisatie zelf als op lokaal en regionaal niveau onontbeerlijk. Deze ondersteuning kan allereerst plaatsvinden in de eigen praktijk door praktijkverpleegkundigen. Voor het aanstellen van deze praktijkverpleegkundigen heb ik middelen beschikbaar gesteld. De introductie van de praktijkverpleegkundige verliep tot nu toe moeizaam omdat partijen over de financiering in de particuliere sector nog geen overeenstemming hebben bereikt. Een versnelling van de introductie van de praktijkverpleegkundige vind ik dan ook noodzakelijk. Ik ben dan ook verheugd dat partijen mij op 28 februari 2001 hebben bericht dat zij zich ertoe hebben verplicht om te streven naar een invulling van 38% (circa 900 praktijkverpleegkundigen) van deelnemende huisartsen per eind 2002. Wat mij betreft mag het ook sneller.

In de tweede plaats kan veel aan doelmatigheid gewonnen worden door een verbetering van de samenwerking met andere disciplines in de eerste lijn als de psycholoog, de maatschappelijk werker, de apotheker en fysiotherapeut. Op veel plaatsen in het land zie ik die hechte samenwerking met andere disciplines ook tot ontwikkeling komen, met als gevolg een snelle horizontale verwijzingsmogelijkheid.

Mijns inziens komt het gezondheidscentrum, met zijn mogelijkheden voor organisatorische en logistieke ondersteuning, het meest tegemoet aan deze noodzaak tot samenwerking. Ook allerlei andere zelfgekozen vormen van samenwerking maken echter voor de huisarts een «terugkeer» naar zijn kerntaken mogelijk.

Voorts draagt ook de komst van de dienstenstructuren voor de avond-, nacht- en weekenduren bij aan deze terugkeer naar kerntaken vanwege de ontlasting die zij voor de huisarts betekenen.

4.3. Avond-, nacht- en weekenddiensten

Van groot belang voor het verminderen van de werkdruk van de huisartsen is de totstandkoming van een landelijk dekkend geheel van diensten voor de zorg in de avond, nacht en weekenden. Een voorbeeld: wanneer in een dienstenstructuur 25 huisartsen samenwerken heeft een huisarts gemiddeld maar 4% van de diensten te «draaien».

De tot voorheen gebruikelijke manier waarop huisartsen de bereikbaarheid en beschikbaarheid in de avond, nacht en weekenduren regelden, te weten via samenwerking in waarneemgroepen, wordt voor de huisarts steeds belastender mede gelet op de eisen die patiënten heden ten dage aan deze zorg stellen. Een beter op deze eisen ingestelde organisatievorm met bijbehorende financiering werden daardoor nodig. Huisartsen gaan daarom meer en meer over tot oprichting van grootschalige diensten die de huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren waarborgen. Daarmee wordt de kwaliteit, bereikbaarheid en continuïteit van deze zorg tegelijkertijd verbeterd.

Ik ondersteun deze ontwikkeling van harte en heb hiervoor structureel f 150 miljoen per jaar beschikbaar gesteld. Inmiddels zijn forse voorde- ringen gemaakt: aan een aparte financieringssysteem van de praktijk- kosten van de avond-, nacht en weekenddiensten wordt hard gewerkt. Een algemene maatregel van bestuur (amvb) die huisartsendienstenstructuren aanwijst als aparte organen op grond van de WVG is in procedure en zal met terugwerkende kracht in werking treden op 1 juli 2001. Deze amvb maakt het mogelijk tarieven vast te stellen voor de praktijkkosten die door de avond-, nacht- en weekenddiensten kunnen worden gedeclareerd, zodat de beschikbaarheid van deze diensten kan worden gefinancierd. Dit zullen punt-tarieven zijn, zodat – zoals ook de commissie van belang vindt – met individuele verschillen in de regionaal gemaakte afspraken rekening kan worden gehouden.

Op mijn verzoek zijn vooruitlopend op een formele regeling van de finan- cierung, huisartsen en verzekeraars al eerder gestart met het oprichten van ANW-diensten. De daadwerkelijke oprichting ervan is dan ook al ver gevorderd: uit gegevens die ZN mij heeft verstrekt, blijkt dat zij al in meer dan 80% van het land operationeel zijn.

Tevens hebben partijen op mijn aandrang in april jl. samen met de Neder- landse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) regionale afspraken gemaakt over acute opnamemogelijkheden vanuit de eerstelijns. Ook dit ontlast de huisarts. De Kamer is hierover schriftelijk bericht.

4.4. Sturing en verantwoordelijkheden

De aanbevelingen van de commissie over de wijze van sturing van de huisartsenzorg en de verdeling van verantwoordelijkheden over de partijen passen goed in het beleid zoals dat is verwoord in de beleidsbrief Modernisering Curatieve Zorg fase 2. Daarin staan geregleerde markt- werking en vraagsturing centraal. Daarbij treedt de overheid meer op afstand en nemen partijen hun eigen verantwoordelijkheden. In het bijzonder betekent dit dat er meer ruimte komt voor differentiatie en lokaal gebonden oplossingen die tegemoet komen aan de uitgesproken behoeften van de (samenwerkende) huisartsen en verzekeraars om daar afspraken over te maken. Het bieden van maatwerk wordt hierdoor moge- lijk.

5. Financiering

5.1. Uitgangspunten

De voorstellen die de commissie doet voor vernieuwing van het financieringssysteem van de huisartsenzorg neem ik op hoofdlijnen over. Dat betekent dat ik de volgende uitgangspunten voor een vernieuwd financieringssysteem wil hanteren:

- De huisarts ontvangt loon naar werken en naar prestatie.
- De financieringssystematiek biedt ruimte voor differentiatie.
- Ze bevat prikkels die gewenst gedrag stimuleren (bijvoorbeeld gebruik van informatie- en communicatietechnologie en Electronisch Voorschrift Systeem, preventieve activiteiten).
- Het systeem is transparant en eenvoudig.
- Er dient een eenvormige tariefstructuur te komen.

5.2. Het financieringssysteem

De kern van het voorstel van de commissie betekent een scheiding van praktijkkosten (box 1) en inkomen (box 2).

Omdat dit voorstel goed past in mijn uitgangspunten neem ik het in beginsel over. Met deze scheiding wordt de huidige vermenging van praktijkkosten en inkomen, die niet transparant is en voor veel problemen heeft gezorgd, beëindigd.

Scheiding van inkomen en praktijkkosten en het mogelijk maken van lokale en regionale differentiatie stimuleren een aantal wenselijk ontwikkelingen en vormen ook naar het oordeel van partijen tegelijkertijd een oplossing voor een aantal problemen die verbonden zijn aan de huidige systematiek. Ook doet ze recht aan de verantwoordelijkheden van de partijen zoals het kabinet die in een meer vraaggestuurde zorg beoogt. Ik ben van plan om over deze scheiding van inkomen en praktijkkosten op basis van overleg met LHV en ZN een uitvoeringstoets te vragen aan het CTG.

Die periode wil ik tevens benutten om meer zicht te krijgen op mogelijke problemen die kunnen optreden bij de invoering van een dergelijk systeem en hoe die zijn op te lossen.

De uitwerking die de commissie geeft aan box 2 (een scheiding in een vast en een variabel inkomensdeel) ben ik nader op zijn consequenties aan het bestuderen. Er zijn ook andere varianten mogelijk, bijvoorbeeld in analogie met de specialistenhonorering (uurhonorarium). Ik voer hierover nog overleg met partijen. In mijn uitgewerkte standpunt kom ik hier op terug.

Praktijkplan

Dat als basis voor de onderhandeling tussen huisartsvoorziening/huisarts en verzekeraar een praktijkplan beschikbaar moet zijn zoals de commissie voorstelt spreekt mij aan. Partijen zullen dit zelf ter hand moeten nemen. Zij zullen immers deze informatie nodig hebben voor een goed verloop van de onderhandelingen.

5.3. Randvoorwaarden

Een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle vernieuwing van het financieringssysteem vormt het opnieuw omschrijven van het takenpakket van de huisarts. Ik ben met de commissie van mening dat er op dit moment onvoldoende duidelijkheid bestaat over de diensten en prestaties die de huisarts dient te verrichten en wat daarvan de prijs moet zijn. Huisartsen en verzekeraars dienen daarom te komen tot een heldere

omschrijving van die diensten en prestaties, welke daarvan tot het kernpakket behoren en welke niet en wat de prijs daarvan moet zijn. De realisering hiervan vormt een belangrijk onderdeel van het project «producttypering eerstelijns» uit het programma Modernisering Curatieve Zorg.

6. Verdere aanpak

Deze brief bevat mijn standpunt op hoofdlijnen. Het bovengenoemde overleg met partijen zal nog enige tijd vergen. Vervolgens zal ik de Kamer na discussie in het kabinet een meer uitgewerkt standpunt toezenden, waarin ik ook dieper in ga op de concrete stappen die mij voor ogen staan, hoe de verantwoordelijkheidsverdeling over de betrokken partijen is en hoe ik de implementatie wil bewaken. Naar ik thans verwacht kan de Kamer dit kabinetsstandpunt na het zomerreces tegemoet zien.

Ik ben er van overtuigd dat met een gezamenlijke inzet en de genoemde maatregelen het mogelijk is het elan in de huisartsenzorg weer te versterken, zodat de huisarts zijn belangrijke rol als spil in de zorg kan blijven vervullen en patiënten zich verzekerd weten van de beschikbaarheid en continuïteit van zijn zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers