

Vergaderjaar 2000–2001

27 401

Zorgnota 2001

27 583

Interpellatie inzake de huisartsenzorg

Nr. 71

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 23 juli 2001

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 4 juli 2001 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de volgende brieven van de minister:

- **d.d. 11 december 2000 inzake eindrapport Adviesgroep capaciteit mondzorg (27 400, XVI, nr. 52) en d.d. 9 maart 2001 ter beantwoording van commissievragen terzake (27 400, XVI, nr. 74);**
- **d.d. 23 januari 2001 inzake huisartsenzorg (27 583/27 401, nr. 2);**
- **d.d. 5 april 2001 ter aanbieding van het advies van de Commissie toekomstige financieringsstructuur huisartsenzorg (commissie-Tabaksblat) en d.d. 29 juni 2001 met standpunt op hoofdlijnen over het advies van de commissie-Tabaksblat (27 401, nr. 66);**
- **d.d. 27 april 2001 inzake het niet verlenen van goedkeuring aan door het CTG vastgestelde beleidsregels inzake het voorshot op de inkomensherijking van vrije beroepsbeoefenaren (27 401/27 583, nr. 56).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) ziet de huisarts als de spil van de gezondheidszorg. De huisartsenzorg moet dan ook nu en in de komende jaren voor iedereen toegankelijk blijven. Er zijn op dit moment echter enige belangrijke knelpunten, zoals een verhoogde werkdruk door toeneming van het aantal consulten, meer consulten buiten de gebruikelijke praktijken, een veranderende zorgvraag, mondige burgers en de maatschappelijke tendens om in deeltijd te gaan werken. Een belangrijk deel van de oplossing is gelegen in vergroting van de opleidingscapaciteit, waar vandaag al in een AO over is gesproken. Daarnaast moet het huisartsenberoep aantrekkelijk blijven en in dat verband is het rapport van de commissie-Tabaksblat van groot belang. Vooral de variabele kostenstructuur, met een scheiding tussen praktijkkosten en inkomen en een separate financiering van de zorg in de avond-, nacht- en weekeinddiensten, vindt mevrouw Van Blerck een prima uitgangspunt. Verder is zij

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) en Cörüz (CDA).

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).

blij dat er langzamerhand schot komt in de praktijkondersteuning door middel van praktijkverpleegkundigen.

Een bedrijf dat met hogere kosten te maken krijgt, zal deze in het algemeen doorberekenen in de prijzen. De huisarts kan dat echter niet, hetgeen ook voor andere vrijeberoepsbeoefenaren in de zorg geldt. Mevrouw Van Blerck vindt met het oog hierop dat de WTG op den duur dient te vervallen en veel flexibeler omgegaan moet kunnen worden met tarieven, gedifferentieerd naar regio, al naar gelang de regionale context. De onvrede van de huisarts heeft vooral te maken met het norminkomen en de sterke stijging van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Zij vindt dat de minister op die punten haar beloften, o.a. gedaan in Medisch Contact van begin dit jaar, moet nakomen. De minister heeft nu gesteld dat de verzekeraars hierin een verantwoordelijkheid hebben, maar de verzekeraars hebben die verantwoordelijkheid weer bij de minister gelegd. Waar ligt nu in feite de verantwoordelijkheid op dit punt? In de toekomst zal dit zeker anders moeten worden geregeld. In dit verband vraagt zij naar de dekking van het extra bedrag van 55 mln gulden voor de premie arbeidsongeschiktheidsverzekering, dat na het verschijnen van de voorjaarsbrief is uitgetrokken.

Met de strekking van de brief van de minister van enige dagen geleden over de positie van de apotheekhoudend huisarts is mevrouw Van Blerck het in het geheel niet eens. Deze brief komt neer op het beschermen van alleen de zittende apotheekhoudende huisartsen, dus niet de opvolgers. De apotheekhoudend huisarts kan dan bij het neerleggen van zijn praktijk het apotheekhoudende deel niet meer verkopen, omdat het geen waarde meer heeft, en de patiënten zullen dan voortaan naar een apotheek moeten die op het platteland meestal op een flinke afstand ligt. Zij kondigt een initiatiefwetsvoorstel op dit punt aan. Wat de minister voorstaat, is in feite aanbodsturing en staat dus haaks op de gewenste vraagsturing. Het lijkt haar niet te veel gevraagd dat gemeenten een helpende hand bieden aan een praktijkzoekende huisarts, want het is in ieders belang dat er in een gemeente voldoende huisartsen zijn. In de praktijk schort het daar echter nog wel eens aan.

Ook bij de tandartsen zijn er knelpunten bij de bezetting van praktijken. De 40 extra opleidingsplaatsen voor tandartsen lijken haar niet genoeg om in de toekomst de Nederlandse bevolking voldoende tandzorg te bieden. Op dit moment wordt 75% van de kosten van die zorg vergoed via de vrijwillige aanvullende verzekering (het derde compartiment) en de rest door het ziekenfonds. In feite heeft de overheid over 75% van de kosten dus geen zeggenschap, maar desondanks valt dit deel onder de WTG. Ook blijkt het niet mogelijk te zijn om de tandartsen via dat compartiment, waarin bij de verzekeraars nog wel wat geld op de plank ligt, te compenseren voor de gestegen premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Mevrouw Van Blerck vindt dat niet terecht. Bovendien kunnen ook de tandartsen zich beroepen op beloften van de minister.

De heer **Buijs** (CDA) stelt vast dat in het eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg een aantal aanbevelingen worden voorgesteld die een behoorlijke attitudeverandering van de tandarts vereisen. Bij de planning van de noodzakelijke instroom van nieuwe tandartsen wordt kennelijk al rekening gehouden met die attitudeverandering, maar hij vraagt zich af of dat wel verstandig is. Op dit moment is de norm één mondhygiëniste op drie tandartsen, maar die norm wordt niet gehaald. Bij taakuitbreiding zoals voorgesteld in het eindrapport, zal de norm zelfs één mondhygiëniste op twee tandartsen moeten worden. Ondanks de toename van de instroomcapaciteit van mondhygiënisten van 210 naar 300 per jaar zal het dus toch nog vele jaren duren voordat er feitelijk sprake is van een behoorlijke ontlasting van de tandarts. Hij kiest dan ook voor het scenario in het signaleringsrapport van de STG, waarin de instroom van tandartsen wordt gesteld op 330 in plaats van 300 per jaar. Hij kiest daar temeer voor

nu in de komende jaren een groot gebrek aan kaakchirurgen wordt verwacht, waardoor eerder een substitutie van kaakchirurgie naar tandheelkunde te verwachten valt dan andersom.

Bij jeugdtandverzorging op scholen zijn er nog steeds tekorten. Op sommige plaatsen loopt de jeugdtandverzorging zelfs helemaal in het honderd. Ook dat zal in de planning van de capaciteit van de tandheelkundige zorg moeten worden betrokken.

Ook bij de tandartsen is er sprake van sterk gestegen praktijkkosten in verband met infectiepreventie, arbeidsvoorwaarden tandartsassistenten en sterk gestegen premies voor arbeidsongeschiktheids- en ziektekostenverzekeringen. Volgens de NMT gaat het jaarlijks om f 46 500 per tandarts, d.w.z. op macrobasis 278 mln gulden. Los daarvan is er nog de eventuele herijking van inkomens, hetgeen nu bij het CTG in behandeling is. Hoe denkt de minister eventuele acties van de NMT te voorkomen?

De minister verdient in de ogen van de heer Buijs zeker niet de schoonheidsprijs voor de manier waarop zij de afgelopen tijd is omgegaan met de wensen van de huisartsen. De minister is haar toezeggingen niet nagekomen en er is dan ook het nodige wantrouwen bij de huisartsen ontstaan tegen de regering, waardoor er zelfs acties zijn gevoerd. Al eerder heeft de heer Buijs de minister opgeroepen om het initiatief te nemen, eerst in het afgelopen najaar en daarna op 17 januari in het interpellatiedebat. De minister beloofde toen dat zij zelf op 29 januari een initiatief zou nemen, als partijen er op die dag niet uit zouden komen. Partijen kwamen er toen niet uit, maar de minister nam geen enkel initiatief en liet alles maar voortsudderen. Hij vindt het dan ook wel begrijpelijk dat er bij huisartsen geen vertrouwen in de regering meer is. Als de minister eerder actie had ondernomen, had de herijking van de praktijkkosten (250 mln gulden op jaarbasis) nog wel per 1 januari jl. kunnen ingaan. Nu stelt het CTG dat op technische gronden het deel over het eerste halfjaar (125 mln gulden) niet meer in de tarieven te verwerken valt, hetgeen inhoudt dat die 125 mln gulden door de huisartsen zelf betaald moet worden. Hij dringt erop aan dat dit bedrag wordt ingezet voor een éénmalige investering in de huisartsenzorg, bijvoorbeeld op het vlak van automatisering. Verder vraagt hij de toezegging dat de beleidsregels die nodig zijn om individuele afspraken tussen huisarts en verzekeraar te faciliteren, ruim voor 1 januari a.s. worden afgehandeld.

Hij vraagt of de financiering van de inmiddels toegezegde uitbreiding van de capaciteit van de huisartsopleiding tot 670 plaatsen nu volledig rond is. Verder vraagt hij wanneer de studie van de secundaire arbeidsvoorwaarden voor huisartsen in opleiding (haio's) afgerond zal zijn. Ook behoorlijke arbeidsvoorwaarden voor haio's zijn van belang voor de aantrekkelijkheid van het huisartsenvak.

Voor de dienstenstructuren zijn verschillende bedragen genoemd in de voorjaarsnota en in diverse brieven. Gaat het om 75 mln gulden extra, bovenop de al eerder genoemde 95 mln gulden, of gaat het om 115 mln gulden voor 2001 en om 150 mln gulden structureel vanaf 2002?

De compensatie voor de stijging van de premies voor arbeidsongeschiktheids- en ziektekostenverzekeringen is nu per 1 juli a.s. goedgekeurd. Dit betekent dat de huisartsen twee jaar lang geen compensatie krijgen voor de premiestijging bij deze verzekeringen, namelijk over de jaren 1999 en 2000. Gezien de vergelijkingsfiguur die wordt gehanteerd voor huisartsen, is het niet terecht dat deze premiestijging niet doorwerkt in de tarieven. Is verder vóór komende prinsjesdag de uitkomst van de algehele inkomensherijking bekend, waar het CTG nu mee bezig is?

In de brief van 29 juni jl. over het rapport-Tabaksblat is helaas niet aangegeven hoe de minister de uitvoering van dit rapport financieel wil accommoderen. Wanneer komt nu het definitieve kabinetsstandpunt? De heer Buijs vindt dat een en ander nog meegenomen moet worden in de begroting voor 2002. Het systeem van twee boxen (één voor het inkomen

en één voor de kosten) was overigens al zeker een jaar of vijftien geleden bij de LHV aan de orde.

Het aangekondigde initiatiefwetsvoorstel inzake apotheekhoudende huisartsen heeft zijn volledige steun. De minister heeft diverse keren erkend dat het in het algemeen voor het kunnen functioneren van een plattelandspraktijk nodig is dat er ook medicijnen worden verstrekt, maar zij wil dit nu opvolgende huisartsen niet langer toestaan. Hij hoopt dat de minister van deze dwaalweg wil terugkeren.

Al met al vindt hij dat de minister in onvoldoende mate heeft geanticipeerd op de grote knelpunten in de huisartsenzorg. De Kamer heeft er meerdere keren bij de minister op aangedrongen om actie te ondernemen. Hij verwacht nu dat de minister dit najaar met concrete voorstellen komt om ook in de toekomst een goed bereikbare huisartsenzorg te garanderen.

De heer **Oudkerk** (PvdA) loopt eerst de diverse punten na die in het interpellatiedebat van 17 januari jl. aan de orde zijn gesteld en waarover de minister toen toezeggingen heeft gedaan:

- De uitbreiding van de opleidingscapaciteit en de verhoging van de beloning van de haio zijn inmiddels rond.
- Volgens de brief van 29 juni jl. is nu voor 80% van de bevolking een dienstenstructuur operationeel, dus voor 20% nog niet. Is dat een kwestie van ontbrekend geld, of van traag beleid? Als het eerste het geval is, ziet hij dat graag op prinsjesdag alsnog gedekt.
- Bij de praktijkkosten is nog een bedrag van 55 mln gulden ongedekt. Door wie wordt dit bedrag nu betaald?
- Hoewel diverse keren door de minister is gezegd dat reële kosten van de huisarts vergoed dienen te worden, blijken toch nog steeds (in ieder geval bij een aantal huisartsen) bepaalde kosten uit het eigen inkomen van de huisarts betaald te moeten worden. Hij wil dan ook vóór de bespreking van de Zorgnota en de begroting 2002 weten hoe de invulling van de herijking van de huisartsenzorg vorm krijgt. Huisartsen voelen zich nu zeer miskend en die miskenning kan worden weggenomen door afspraken na te komen.
- Hij heeft begrepen dat de premiestijging voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering over 1999 en 2000 alsnog wordt vergoed, maar hij heeft ook begrepen dat voor de jaren daarna alleen is voorzien in een compensatie ter grootte van het bedrag voor 2000, terwijl de premie juist ná 2000 zo enorm is gestegen. Ook hij ziet het risico dat de verzekeraars de premies nog veel verder verhogen als zij weten dat de minister toch een volledige compensatie biedt aan de huisartsen, maar anderzijds lijkt het erop dat de huisartsen nu toch weer een deel van de premiestijging zelf moeten gaan betalen. Hij zou het redelijk vinden om de reële uitgaven als maatstaf voor de compensatie te nemen, en dus niet de premie voor het jaar 2000.

Hij twijfelt over de vraag, of hij tevreden zou moeten zijn met wat nu op deze punten is bereikt. Hij vindt niet dat het vertrouwen beschaamd is dat hij op 17 januari heeft uitgesproken in de toezeggingen van de minister, maar anderzijds had het allemaal sneller en adequater aangepakt kunnen worden. Dan zou de staking van de huisartsen in mei waarschijnlijk ook niet nodig zijn geweest. Uiteindelijk komt het allemaal wel in orde, maar het loopt erg traag en op die manier wordt ook niet snel het gegroeide wantrouwen weggenomen. Zelf heeft hij in mei bewust niet meegedaan aan de staking, vooral omdat hij de toen verschenen voorjaarsnota zag als een eerste aanzet. Nadien zijn vervolgstappen door de minister gezet en die zijn ook in de toekomst nog te verwachten. Hij vindt dat de huisartsen nu op een aantal punten op een goede wijze worden gecompenseerd, mede gelet op alle andere problemen die in de gezondheidszorg spelen. Enige andere punten moeten alsnog worden geregeld. Hij heeft daar nu

om gevraagd en neemt ook aan dat dit in de loop van het jaar alsnog gebeurt.

Een serieus probleem vindt hij dat ongeveer 6% van de huisartsen, met circa 300 000 patiënten, weigert om een nieuw contract te tekenen. Hoewel het conflict op landelijk niveau nu naar zijn wijze van zien is opgelost, wordt het her en der op lokaal niveau toch nog uitgespeeld over de rug van patiënten die te horen krijgen dat zij zelf de rekening moeten gaan betalen. Op welke manier wil de minister op dit punt haar bestuurlijke verantwoordelijkheid invullen? De patiënt mag hier toch niet financieel de dupe van worden?

De manier waarop de minister wil omgaan met apotheekhoudend huisartsen, wat in feite neerkomt op een sterfhuiskonstructie, vindt de heer Oudkerk onbegrijpelijk en onverstandig. Hiermee wordt in plaats van aan vraagsturing juist weer aan aanbodsturing gedaan en wordt een voor patiënten handige manier van hulpverlening de nek omgedraaid. Bovendien heeft onderzoek allang aangetoond dat het verstrekken van medicijnen door de apotheekhoudend huisarts goedkoop en doelmatig is. Hij deelt de visie van de commissie-Tabaksblat en betreurt het dat hier nog geen definitief kabinetsstandpunt over is. Hij verwacht dat in ieder geval vóór prinsjesdag. Hij vindt dat de huisartsenzorg, met een duidelijk omschreven pakket, in de basisverzekering moet zijn opgenomen. Verder vindt hij dat er ruimte moet zijn om in te spelen op lokale verschillen in zorgbehoefte, dat prikkels voor gewenst gedrag moeten worden ingebouwd (o.a. inzake voorschrijven, verwijzen en ICT-gebruik) en dat er één verzekering moet zijn met een eenvoudige honorering. Het systeem van twee boxen spreekt hem in dat verband zeer aan. Ook zou hij het toejuichen als patiëntenorganisaties een rol zouden kunnen spelen bij het bepalen van de zorg die de huisarts in de regio levert. Daarnaast vindt hij dat multidisciplinaire samenwerking, vooral in achterstandswijken, financieel gestimuleerd zou moeten worden.

De situatie bij de tandzorg is eigenlijk nog slechter dan bij de huisartsenzorg. Het aantal mensen dat geen mondzorg meer kan krijgen, loopt de laatste jaren steeds verder op, vooral in achterstandswijken in grote steden. Hij vraagt wanneer de uitbreiding van de tandartsopleiding daadwerkelijk wordt gerealiseerd, nu er voor 2001 kennelijk geen extra middelen voor worden ingezet. Verder vraagt hij waar de aangekondigde besluitvorming blijft over tariefmodules in onderbezette gebieden. Hij wil in ieder geval voorkomen dat het met de tandartsen de komende maanden dezelfde kant opgaat als met de huisartsen in de afgelopen maanden. Hij dringt er dan ook op aan dat de minister op tijd haar verantwoordelijkheid neemt.

Ook mevrouw **Hermann** (GroenLinks) vraagt zich af of de verhoging van de numerus fixus voor tandartsen naar 300 plaatsen wel voldoende is, gelet op het al enige jaren bestaande tekort aan tandartsen. Het teamconcept is op zichzelf veelbelovend, maar het moet wel op natuurlijke wijze groeien en het vraagt ook een enorme investering van een tandarts om een ruimte te verwerven en in te richten voor werken met een team. Bovendien is daar royale medewerking van gemeenten voor nodig en in de praktijk komt daar soms nog weinig van terecht.

Zij vraagt verder hoe het op dit moment staat met de tekorten in de jeugdtandverzorging. Als hier nog hiaten zijn, hoe worden die dan opgevuld?

Met instemming heeft zij begrepen dat er per 1 juli a.s. het een en ander is geregeld ten aanzien van de huisartsen. Wel vraagt ook zij waarom de verhoging van de praktijkkosten pas per 1 juli ingaat. Dat de avond-, nacht- en weekeinddiensten nu voor een groot deel van het land geregeld zijn, vindt zij een compliment waard voor de beroepsgroep. De facilitering hiervan door de minister is haar ook zeer welkom.

Zij vindt het zeer teleurstellend dat de stijging van de premie voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering slechts gedeeltelijk wordt gecompens-

seerd, vanaf 1 juli a.s. De huisartsen hebben immers wel vanaf 1 januari jl. de hogere premie moeten betalen. De minister wil nu eerst nagaan of de afgesloten verzekeringen niet te riant zijn, maar het gaat hier om doorlopende verzekeringen. Als deze verzekeringen van het begin af aan te riant waren, had de premie nooit op de tot nu toe gebruikelijke manier vergoed moeten worden. De opstelling van de minister op dit punt vindt mevrouw Hermann dan ook onacceptabel.

Verheugd is zij met de mogelijkheid om te onderhandelen over lokaal gedifferentieerde tarieven. Daarbij zal er zeker een aparte regeling moeten komen voor de voorrijtarieven gedurende de nacht.

Inzake de apotheekhoudend huisarts geeft de minister blijk van een merkwaardige ambivalentie. Zij houdt in feite vast aan het primaat van de apotheker, al komt er dan wel een uitsterfconstructie voor de al zittende apotheekhoudende huisartsen. Anderzijds echter wordt het algemeen gewenst gevonden, ook door de commissie-Tabaksblat, dat er lokaal meer vrijheid komt om de praktijk in te richten. Het gaat toch ook primair om de kwaliteit? Als de apotheker uit kwaliteitsoogpunt dan zo belangrijk is, waar mevrouw Hermann het mee eens is, zal er ook altijd in iedere apotheek een apotheker aanwezig moeten zijn, maar de minister wil in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening de mogelijkheid openen dat één apotheker meerdere apotheken onder zijn hoede heeft. Dan is de apotheekhoudend huisarts echter uit kwalitatief oogpunt altijd nog veel beter.

Zij onderschrijft volledig de adviezen van de commissie-Tabaksblat. Ook onderschrijft zij de uitspraak van de minister dat de huisarts een vrijberoepsbeoefenaar kan zijn. Allerlei praktijkvormen moeten immers mogelijk zijn.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) heeft in het eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg gelezen, dat bij ongewijzigd beleid over 20 jaar ongeveer één miljoen Nederlanders geen tandheelkundige hulp meer zullen hebben. Het probleem van de mondzorg dreigt dan ook vele keren ernstiger te worden dan het probleem van de huisartsenzorg. Gelukkig heeft de minister een positieve grondhouding ten opzichte van de aanbevelingen van deze adviesgroep, maar welke concrete actie zal de minister nu nemen? Het aantal opleidingsplaatsen voor tandarts en mondhygiëniste is inmiddels uitgebreid, maar ook bij mevrouw Van Vliet bestaat de indruk bestaat dat de huidige 300 opleidingsplaatsen voor tandartsen aan de krappe kant is en dat het wellicht beter is om op termijn te kiezen voor 330 opleidingsplaatsen. Hoe denkt de minister in dit verband over het voorstel van de NMT om in Rotterdam een extra opleiding tandheelkunde te starten?

Mevrouw Van Vliet heeft ervaren dat veel gemeenten ten onrechte denken dat het niet hun taak is om een goed klimaat voor vestiging van tandartsen en huisartsen te scheppen, bijvoorbeeld door snel medewerking te verlenen aan het inrichten van praktijkruimten. Dit zou volgens veel gemeenten landelijk beleid zijn. Er is overleg geweest met de VNG, maar kennelijk zijn de resultaten van dat overleg nog niet doorgedrongen tot de afzonderlijke gemeenten. Kan dit nog eens met de VNG worden opgenomen?

De wens van de zijde van de tandartsen dat de toename van de praktijkkosten (f 18 per patiënt per jaar) wordt gecompenseerd, vindt zij niet onredelijk. Wanneer komt het CTG nu eindelijk eens met de nieuwe beleidsregel hierover?

Ten aanzien van de huisartsen vraagt zij een overzicht van de afspraken op financieel gebied voor 2001 en 2002, vooral die over praktijkkosten, de premie arbeidsongeschiktheidsverzekering en de inkomensherijking. Zij herinnert eraan dat een brede meerderheid in de Kamer indertijd heeft uitgesproken dat de apotheekhoudend huisarts op het platteland een zeer belangrijke functie vervult. De minister heeft ook een beleidsregel goedgekeurd waardoor de scheiding van zorg en handel mogelijk wordt gemaakt

en daar zijn vervolgens experimenten mee gestart. Zij is dan ook verbaasd over de recente brief inzake de apotheekhoudend huisarts, vooral over het argument inzake Europese regels. Uit de brief blijkt in ieder geval niet waarom die nu een doorslaggevende rol zouden spelen.

Zij onderschrijft dat de belangrijke rol van de huisarts in de gezondheidszorg moet worden gehandhaafd en waar mogelijk moet worden versterkt, conform de aanbevelingen van de commissie-Tabaksblat. Zij heeft in de brief wel de term «poortwachter» gemist, een term die voorheen steeds werd gebruikt. Dit betekent toch niet dat inmiddels is afgestapt van de filosofie achter deze term? Verder vraagt zij waar de problemen kunnen zitten bij box 2, met name het variabele inkomensdeel, waarbij kennelijk ook wordt gedacht aan een uurhonorarium zoals bij de medisch specialisten.

Uit het rapport-Tabaksblat en vooral de brief van 29 juni heeft zij de indruk gekregen dat er op termijn nauwelijks meer ruimte zal zijn voor solistisch werkende huisartsen. Op zichzelf is het terecht om de HOED-constructie aan te prijzen, zoals in de brief van 29 juni wordt gedaan, maar zij vindt wel dat huisartsen de mogelijkheid moeten blijven houden om te kiezen voor een samenwerkingsverband of voor een solopraktijk.

Ten slotte wijst zij erop dat het steeds moeilijker wordt om voldoende mensen te vinden die belangstelling hebben voor de MBO-opleiding tot tandarts- of doktersassistente. De oorzaak is gelegen in de lage status die deze beroepen in de ogen van velen hebben, terwijl deze assistentes juist een belangrijke rol spelen in tandarts- en huisartspraktijken. Ook zou vooral de tandartsassistente slecht betaald worden. Ziet de minister mogelijkheden om deze beroepen weer aantrekkelijker te maken?

Mevrouw **Kant** (SP) merkt op dat steeds meer mensen ervaren wat het is om geen huisarts meer te hebben, waardoor ze voortdurend een beroep op het ziekenhuis moeten doen. Dat is uiteraard zeer ongewenst. De LHV schat dat in 2006 2 tot 3 miljoen Nederlanders geen huisarts meer zullen hebben en ook de inspecteur-generaal van de volksgezondheid stelt dat het niveau van de huisartsenzorg kraakt. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat de huisartsen boos in actie zijn gekomen en zijn opgekomen voor hun beroep, nu zij elke week één tot twee collega's zien vertrekken en de politiek het al jaren laat afweten als het gaat om goede huisartsenzorg. Op dit moment hebben zij geen acties in petto, maar dat betekent niet dat alle problemen nu zijn opgelost. Zo is er nog niet overal een structuur voor de diensten gerealiseerd en er is nog een gat van 125 mln gulden bij de praktijkkosten, omdat technische problemen zouden verhinderen dat de bijstelling per 1 januari jl. ingaat. Als die problemen al reëel zijn, dan nog zijn er allerlei andere manieren om de huisartsen toch een tegemoetkoming te geven of het geld voor de huisartsenzorg aan te wenden. Het gaat dus om de vraag, of er de politieke wil is om dit gat te dichten. Verder is er ook nog geen toezegging dat de gestegen premies vanaf 1 januari jl. worden gecompenseerd. Naar het inkomen wordt nu onderzoek gedaan en ook zij zal graag zien dat de uitkomsten van dit onderzoek vóór de komende begrotingsbehandeling op tafel liggen.

Voor de toekomst van de huisartsenzorg vindt mevrouw Kant meer groepspraktijken en meer samenwerking van groot belang, zoals Zorgimpuls dat doet in Rotterdamse achterstandswijken. De huisartsen krijgen daarvoor een binding met die wijken en het geeft mogelijkheden om iets te doen aan de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Belangrijk is ook dat de huisarts in het basispakket blijft. Daarnaast moeten de praktijken worden verkleind, opdat een huisarts meer aandacht kan geven aan zijn patiënten en meer tijd kan investeren in preventie. Dat betekent op termijn een veel verdergaande uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Het financieringssysteem zou veel meer medisch-inhoudelijke dan financiële prikkels moeten geven en er moeten betere onafhankelijke scholingsmogelijkheden komen.

Verder ziet mevrouw Kant de huisarts vooral als een zorgverlener, niet primair als een vrije ondernemer. Zij geeft dan ook de voorkeur aan een loondienstverband voor de huisarts, of in ieder geval een volledig abonnementsstelsel. Gelet op de slechte ervaringen die bij apothekers en specialisten zijn opgedaan met een verrichtingsstelsel, begrijpt zij niet waarom het idee wordt geopperd om ook voor de huisarts een verrichtingsstelsel in te voeren. Ook de door de commissie-Tabaksblat voorgestelde scheiding tussen een vast en een flexibel inkomensdeel spreekt haar niet aan. Zij vreest dat dit tot een enorme bureaucratie zal leiden.

Ook is zij niet aangesproken door het idee dat huisartsen in de toekomst individueel moeten gaan onderhandelen met zorgverzekeraars. Huisartsen zitten daar zeker niet op te wachten en moeten vooral zorg verlenen. De stelling van de NMa dat een huisarts in de zin van de Mededingingswet een onderneming is, gaat echt de verkeerde kant op. Daardoor worden samenwerking en landelijke afspraken onmogelijk gemaakt. Een huisarts is, zo vindt zij, helemaal geen ondernemer, maar is een zorgaanbieder en hoort als zodanig thuis in het publieke domein. Gelet op de Europese mededingingsregels zal de huisartsenzorg tot sociale zekerheid moeten worden verklaard.

Zij is niet voor een sterfhuiskonstructie voor de apotheekhoudende huisarts. De reactie van de minister op de al gestelde vragen wacht zij af.

Verder heeft zij begrepen dat groothandels forse bedragen bieden voor het apotheekhoudende deel van de praktijk van apotheekhoudende huisartsen. Is dat inderdaad in de praktijk het geval?

Ingaande op de stukken over de tandzorg wijst zij erop dat ook hier een ernstig tekort dreigt dat het eerste in de achterstandswijken zal worden gevoeld, dus juist op de plaats waar tandzorg het hardste nodig is. Hier is nu de consequentie te zien van de onjuiste beslissing om de tandzorg uit het pakket te halen: de markt is haar werk gaan doen, met uitgebreide aanvullende verzekeringen, een omvangrijk zorgpakket en high tech-zorg, met als gevolg het onttrekken van beschikbare menskracht aan de basistandzorg. Vooral in de jeugdtandzorg, in achterstandswijken en in de tandzorg voor gehandicapten is de schaarste al duidelijk merkbaar. Zo is de jeugdtandzorg in Rotterdam-Zuid nu bedreigd: er is geen tandarts te vinden en 6000 kinderen, waaronder veel allochtone, zitten zonder tandzorg. Wat kan er worden gedaan om de problemen in de tandzorg op te lossen en wanneer komt de tandzorg weer in het pakket? Misschien in het nieuwe zorgstelsel?

Antwoord van de minister

De **minister** volgt het advies van de Adviesgroep-Lapré over verhoging van de numerus fixus voor de tandartsopleiding en verhoging van de instroom bij de opleiding tot mondhygiënisten. Vanaf september a.s. wordt het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen verhoogd van 260 naar 300. Voor mondhygiënisten gaat het aantal opleidingsplaatsen volgend jaar van 210 naar 300. Daar is inmiddels ook financiële dekking voor. Het is niet mogelijk om het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen voor het komende studiejaar nog verder te verhogen, maar zij is graag bereid om de argumenten van de STG voor verdere verhoging nader te bezien en de Kamer over enige maanden daarover te informeren. Als de argumenten van de STG hout snijden, zou volgend jaar kunnen worden geprobeerd om opnieuw extra geld te verkrijgen voor die verdere verhoging. Overigens komen er jaarlijks ook nog 120 tandartsen uit het buitenland naar Nederland die grotendeels voldoende opgeleid zijn om direct in Nederland aan de slag te kunnen gaan. Er bestaan geen plannen om in Rotterdam een nieuwe opleiding voor tandartsen te starten, maar de Erasmusuniversiteit heeft inmiddels wel een programma gereed voor bijscholing van 20 buitenlandse tandartsen per jaar die naar Nederlandse

normen niet voldoende zijn opgeleid. Daarnaast is de bewindsvrouw zeer aangesproken door het advies van de commissie-Lapré over het teamconcept en het stimuleren van die samenwerking via de verzekering. Per 1 januari 2002 zou het mondzorgteam al als een zorginstelling beschouwd kunnen worden.

Op het punt van de opleiding wordt gedacht aan een differentiatie in het kader van de bachelor-masterstructuur, waarbij er een HBO-opgeleide mondverzorgende komt, met diverse uitstroomprofielen, waaronder kindertandverzorging, preventieve zorg en tandprotheticus. Deze HBO-opgeleide zou heel wat routinematig werk van de tandarts kunnen overnemen. Verder is er nog de MBO-opgeleide tandartsassistente, straks «mondzorgassistente» geheten. Gezien het opleidingsniveau lijkt de minister de honorering van deze assistente wel adequaat, maar zij is bereid om daar nog eens naar te kijken. Er ligt overigens het voorstel van de tandartsen om het inkomen van deze assistentes met 4% te verhogen en het lijkt haar niet meer dan redelijk dat voor deze beroepsgroep dezelfde overheidshulp wordt verstrekt die ook voor andere beroepsgroepen geldt. Er worden hiervoor voorstellen ontwikkeld.

Er is overleg gaande met de VNG over de wens dat gemeenten meer doen aan het faciliteren van de vestiging van tandartsen. Daarnaast vindt overleg met ZN plaats over mogelijke aparte tariefmodules voor de onderbezette gebieden, zoals die ook gelden voor huisartsen in achterstandswijken. Naar verwachting kan de Kamer na de zomer worden ingelicht over het resultaat van deze gesprekken. De commissie-Lapré blijft de komende tijd bestaan en zal de verdere ontwikkelingen monitoren en, waar nodig, stimuleren.

Inderdaad dreigde sluiting van het centrum voor jeugdtandverzorging in Rotterdam-Zuid, maar gelukkig is de betrokken zorgverzekeraar nu zo ver dat ze met een andere partner een contract kan afsluiten. Daardoor is de jeugdtandverzorging in dit gebied weer gegarandeerd.

In reactie op de opmerking dat een groot deel van de tandheelkundige zorg in het derde compartiment plaatsvindt, maar toch alles onder de WTG valt, zegt de minister dat de WTG pas buiten werking kan worden gesteld voor een bepaalde zorgvoorziening als voldaan is aan marktcondities, waarbij het vooral gaat om de voorwaarde dat er geen schaarste in het aanbod is. Die voorwaarde is op dit moment niet vervuld. Aanvankelijk heeft een MDW-werkgroep zelfs geadviseerd om de tandprothetici en de mondhygiënisten weer onder de WTG te brengen, opdat zij binnen de WTG onderling zouden kunnen concurreren, maar het ziet er inmiddels naar uit dat deze twee groepen buiten de WTG kunnen blijven. Na de zomer kan hier definitief uitsluitel over gegeven worden.

Ook bij tandartsen is er een probleem met de praktijkkosten, vooral in verband met de kosten van infectiepreventie. De NMT is in gesprek met ZN en het CTG om te komen tot een voorstel voor een beleidsregel die compensatie moet bieden voor deze hogere praktijkkosten. Het bestuur van de NMT heeft er vertrouwen in dat partijen hier op een goede manier uit zullen komen. Goed onderbouwde voorstellen zullen in principe door het kabinet worden gehonoreerd.

Ook de bewindsvrouw is bezorgd over de vele uren die tandartsen steken in high tech en esthetische mondzorg, waardoor minder tijd resteert voor de gewone curatieve mondzorg. Zij roept de tandartsen op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid te tonen door een deel van hun praktijk open te stellen voor het curatieve werk van alledag. Zij stelt zich voor dit punt ook in het overleg met het bestuur van de NMT aan de orde te stellen. Overigens gaat zij ervan uit dat het voor een tandarts stimulerender is als deze per behandeling een rekening kan sturen en de tandzorg dus niet in een vast ziekenfondspakket zit. Dit strookt ook met de conclusies van een onderzoek door het College van Zorgverzekeringen. Overgaande op de vragen en opmerkingen over huisartsen wijst zij er eerst op dat de LHV haar forse financiële claim op een nogal ongelukkig

moment op tafel heeft gelegd, althans ongelukkig in het kader van de begrotingscyclus die het kabinet hanteert. Desondanks was zij toen in staat om drie van de vijf LHV-eisen zonder meer in te willigen. Voor de overige twee eisen (inzake de praktijkkosten en inzake het inkomen) moesten eerst goed onderbouwde tariefvoorstellen van LHV en ZN gezamenlijk op tafel komen, die na akkoordbevinding door het CTG en verwerking in beleidsregels aan het kabinet voorgelegd zouden kunnen worden. In beginsel keurt het kabinet zo'n beleidsregel, als die rust op goed onderbouwde voorstellen, altijd goed. Levert dat een budgettaire probleem op, dan zal gepoogd moeten worden om daar in de begroting of bij de voorjaarsnota in te voorzien. In het geval van de LHV hebben zich in dat proces dat in de WTG is vastgelegd, een aantal strubbelingen voorgedaan. Dat heeft mede te maken met het feit dat er nu sprake is van een overgangstraject naar een nieuwe situatie, waarbij de sturing komt te liggen bij de risicodragende zorgverzekeraar. Op dit moment vindt nog zowel van de zijde van de overheid als van de zijde van verzekeraars sturing plaats. Dat kan tot spanningen leiden en is dus een minder gelukkige situatie. Van meet af aan was het bedrag van 70 mln gulden voor praktijkkosten concreet onderbouwd: een gevolg van prijsstijgingen. Dit bedrag is ook door het kabinet gehonoreerd. Vervolgens kwam er een aanvullend bedrag van 55 mln gulden bij en ook dat bedrag wordt nu per 1 juli a.s. door het kabinet gehonoreerd. ZN moet nog met een voorstel komen over de dekking van dit bedrag van 55 mln gulden, maar voor de huisarts is er wel zekerheid over, want de betreffende beleidsregel is door het kabinet goedgekeurd.

Daarnaast is in dit geheel van belang dat de LHV in haar analyse tot een wel zeer omvangrijke inhaalslag kwam, hoewel er in de loop van de huidige kabinetsperiode in totaal al 513 mln gulden is toegevoegd aan het financiële kader voor de huisartsenzorg, zijnde een stijging van meer dan 20% in een periode van vier jaar. Anderzijds stelt de LHV dat de achterstand van de huisartsen zó groot is dat zij met die stijging niet tevreden kan zijn. De problemen rond de huisartsen zijn dan ook nog niet weggenomen.

Aanvullend herinnert zij eraan dat ZN het in oktober 2000 uitgebrachte rapport van Deloitte & Touche niet heeft willen aanvaarden en een contra-expertise heeft laten verrichten, waar aanvankelijk het bedrag van 70 mln gulden uit voortkwam en later nog eens het bedrag van 55 mln gulden. Verder moet worden bedacht dat er niet alleen bij de huisartsenzorg, maar ook bij tal van andere zorgvoorzieningen (thuiszorg, verpleeghuiszorg, ziekenhuiszorg e.d.) in de loop van de jaren de nodige schaarste is ontstaan. Het beschikbare geld moet dus ook voor andere voorzieningen worden ingezet. Het kabinet heeft de politieke wil om de achterstand bij huisartsen in te lopen, maar dat kan niet direct volledig in één jaar. Wel heeft het kabinet nu gepoogd voor 2001 alvast een zo groot mogelijke slag te maken.

Inmiddels heeft de minister het CTG verzocht om onderzoek te doen naar de herijking van de inkomens van de huisartsen. Dit onderzoek zal nog in 2001 worden afgerond. De compensatie voor de premie arbeidsongeschiktheidsverzekering wordt nu in technische zin gezien als een voorschot op de inkomensherijking. Op die manier kan dit punt veel sneller worden afgehandeld, want anders zou er eerst door het CTG uitgebreid onderzoek moeten worden verricht naar de aard en de voorwaarden van de vele polissen tegen arbeidsongeschiktheid. Door het te zien als een voorschot op de inkomensherijking (en in feite gaat het ook om een inkomensbestanddeel) kan snel een globale compensatie worden geboden en hoeft geen differentiatie per huisarts plaats te vinden. In dit verband wijst zij nog op de circa f 8000 per jaar die in het budget van de huisarts is opgenomen in verband met de kosten van het draaien van diensten. De dienstenstructuur wordt echter volledig exogeen gefinancierd, zodat het bedrag van f 8000 in feite vrijvalt en hier dus al een

gedeeltelijke compensatie voor de gestegen praktijkkosten wordt geboden. Voor de dienstenstructuur is jaarlijks 150 mln gulden beschikbaar. In de begroting was al voor dit doel 40 mln gulden opgenomen, maar het is in 2001 nog niet nodig om dit te suppleren met de volle 110 mln gulden, omdat de dienstenstructuur pas in de loop van dit jaar volledig wordt gerealiseerd.

In de al opgestelde conceptbegroting voor 2002 is rekening gehouden met verhogingen op de diverse onderdelen. Die verhogingen kunnen tijdig ingaan, omdat het hier een begroting betreft, niet een voorjaarsnota. Juist gezien de grote waardering die zij heeft voor het vak van huisarts, heeft zij enige tijd geleden de commissie-Tabaksblat geïnstalleerd en is zij graag bereid om het advies van deze commissie te volgen, waarmee de huisarts op een goede manier wordt gepositioneerd. In principe is zij er voorstander van om praktijkkosten en inkomen gescheiden te behandelen. Zij zou daar ook graag per 1 januari a.s. een begin mee willen maken, want de huisarts heeft een gegarandeerd inkomen nodig en er moet een eind komen aan het schuiven van de ene naar de andere post. Zij heeft echter nog geen standpunt bepaald over de suggestie van de commissie om het inkomen te splitsen in een vast en een variabel deel. Daar zal nog overleg over moeten worden gevoerd met de LHV en ZN en er zal ook een relatie moeten worden gelegd met de beleidsvoornemens in het kader van de verdere modernisering van de curatieve zorg. Daarbij wordt voor de medisch specialisten toegegaan naar een uurhonorarium en het is de vraag of het verstandig is om voor de huisarts weer een andere opzet te kiezen.

Indertijd is, in lijn met de regelingen in andere Europese landen, gekozen voor een wettelijke structuur waarin artsen geneesmiddelen voorschrijven en apothekers geneesmiddelen afleveren. Daarnaast is toen in Nederland een soort van noodmaatregel getroffen, inhoudend dat in plattelands-gemeenten waar geen apotheek aanwezig is, de huisarts de geneesmiddelenvoorziening mag verzorgen. Enige jaren geleden heeft de bewindsvrouw in overleg met de LHV toegezegd dat zij bescherming zou bieden aan de zittende apotheekhoudende huisartsen, in ruil voor medewerking van deze huisartsen aan de scheiding van handel en zorg. Dit is ook in een convenant vastgelegd, maar tot nu toe is er nog geen enkel experiment op dit vlak gestart. Desondanks wil zij vasthouden aan haar toezegging om de zittende apotheekhoudende huisartsen te beschermen, waarbij het vooral gaat om het tegengaan van onvrijwillige overnames van het apotheekhoudende deel. Zij heeft dat de afgelopen jaren geprobeerd te doen op basis van de huidige wet, maar zij is daarbij steeds door de rechter in het ongelijk gesteld. Daarom is het nu de bedoeling om tot een wetswijziging te komen.

Op zichzelf zou daarbij kunnen worden vastgelegd dat ook de opvolgend huisarts het apotheekhoudend deel mag behouden, maar zij zou dat toch wel een merkwaardige bepaling vinden. In dat geval blijft immers de huisarts geneesmiddelen verstrekken, ook in die plaatsen waar dat niet meer nodig is, omdat er inmiddels een apotheek is gevestigd. Apotheken werken trouwens vaak met een bezorgdienst, waardoor zij ook een wat groter rayon kunnen bedienen. In feite zou het continueren van het apotheekhoudend deel dan een inkomensinstrument worden. In het rapport-Tabaksblat wordt echter de mogelijkheid van lokaal en regionaal gedifferentieerde tarieven genoemd en zij vindt dat er langs die «koninklijke weg» compensatie geboden zou moeten worden in het geval een huisarts met de beste wil van de wereld niet een zodanig grote praktijk kan verkrijgen dat hij het norminkomen haalt. Die compensatie zou dan niet moeten worden geboden langs de weg van het erbij nemen van een apotheek. Bovendien herinnert zij aan het vrij kritische rapport van de farmaceutische inspectie over de apotheekhoudende huisartsen, met name over het niet in alle opzichten voldoen aan de standaardtesten voor

het bewaren en afleveren van geneesmiddelen, al heeft zij anderzijds geen signalen gekregen dat dit tot ongelukken heeft geleid.

Zij stelt zich voor dat in de toekomst de huisarts op het platteland met patiënten voor wie de apotheek moeilijk bereikbaar is, van de apotheek een depot in beheer krijgt met bijvoorbeeld de 200 meest voorgeschreven geneesmiddelen, de routinegeneesmiddelen dus. Bij de overige geneesmiddelen is de deskundigheid van apotheker en apothekersassistente onmisbaar en deze middelen zullen dan ook door de apothekersassistente bij de patiënten thuis bezorgd moeten worden, waarbij tevens uitleg wordt gegeven over het gebruik van de middelen. Zij gaat ervan uit dat in zo'n structuur de patiënten goed bediend worden en kunnen profiteren van de specifieke deskundigheid van de apotheker, een deskundigheid waar de huisarts in het algemeen niet over beschikt. In een behoorlijk aantal gevallen moet de apotheker corrigerend optreden, omdat de door de huisarts voorgeschreven medicijnen ongewenste bijwerkingen hebben. Overigens rijst de vraag, als wordt gesteld dat op het platteland de huisarts altijd een apotheekhoudend deel moet kunnen behouden, waarom de huisarts in een grote stad dan niet eveneens apotheekhoudend zou mogen zijn. Pas dán zou er echt sprake zijn van vraagsturing, van een keuzemogelijkheid voor iedere Nederlander. Dat zou dan echter wel het einde van de apotheek in grote delen van Nederland betekenen, waarmee Nederland geheel uit de pas zou lopen met andere Europese landen. De vraag over het opkopen door groothandels van het apotheekhoudend deel kan de minister niet direct beantwoorden. Zij zal daar schriftelijk op ingaan. In dit verband zegt zij dat er in ieder geval een regeling zal moeten worden getroffen voor apotheekhoudend huisartsen als zij het apotheekhoudende deel niet meer aan een opvolger kunnen verkopen. Wellicht kan dat via de saneringscommissie.

Al met al ziet zij met belangstelling het aangekondigde initiatiefwetsvoorstel tegemoet, waarbij zij ook zeer benieuwd is naar het commentaar van de Raad van State.

Het College van Zorgverzekeringen heeft laten weten dat vrijwel overal overeenstemming over een nieuw contract is bereikt tussen huisarts en verzekeraar. Weliswaar moet nog van circa 25% van de huisartsen een getekend contract binnenkomen, maar volgens het College van Zorgverzekeringen heeft dat alleen te maken met de logistieke afwikkeling van een en ander.

In haar brief van 29 juni over het rapport-Tabaksblat heeft de bewindsvrouw aangegeven dat zij het eens is met het uitgangspunt dat de huisartsenzorg thuishoort in het basisverzekeringspakket. Zij gaat ervan uit dat die mening door de overige leden van het kabinet wordt gedeeld. Overigens spreekt het kabinet hier formeel pas over enkele dagen over. Zij is aangesproken door de suggestie om de patiëntenorganisaties te betrekken bij het bepalen van het takenpakket van de huisarts.

Het door mevrouw Hermann aan de LHV gegeven compliment voor de realisering van een dienstenstructuur zou de minister willen uitbreiden tot ZN. Ook de zorgverzekeraars hebben namelijk veel medewerking verleend en in een aantal gevallen ook besloten tot voorfinanciering.

In de brief van 29 juni is bewust gesproken over de huisarts als «spil in de zorg». Met de term «poortwachter» wordt toch te veel de indruk gewekt dat de huisarts vooral mensen zou tegenhouden, terwijl de huisarts juist 90% van alle klachten behandelt.

Zij wil de huisarts vrijlaten om desgewenst te kiezen voor een solistische praktijk. Wel wijst zij op een recente enquête onder degenen die de huisartsopleiding hebben afgerond: nog slechts 5% geeft de voorkeur aan een solistische praktijk, de overige 95% kiest voor een vorm van samenwerking.

In reactie op de opmerking over het verschijnsel dat mensen geen huisarts meer kunnen vinden, wijst zij erop dat er circa 600 huisartsen zijn die op dit moment niet als huisarts praktiseren. De helft van die groep wil

waarnemer zijn en blijven, maar een deel van de andere helft is wel op zoek naar een huisartsenpraktijk. Er is dus ook sprake van een niet geheel goede aansluiting tussen vraag en aanbod. Overigens wil zij het probleem hiermee zeker niet bagatelliseren, want het is inderdaad groot.

Zij is het er geheel mee eens dat in achterstandswijken een gezondheidscentrum de ideale oplossing is.

Ten slotte merkt zij op dat de NMa onlangs een besluit heeft genomen over een ontheffingsverzoek van de LHV. Tot haar vreugde heeft de LHV zelf al aangekondigd dat regelingen die de NMa niet terecht vindt, worden ingetrokken of aangepast. Verder heeft de NMa met dit besluit duidelijk gemaakt dat zij bereid is om regels en afspraken te respecteren die essentieel zijn voor de kwaliteit. Er is veel overleg tussen het ministerie en de NMa, nu de zorg voor de NMa een geheel nieuw werkterrein is en het dus goed is om de bijzondere karaktertrekken van dit terrein aan de NMa voor te houden.

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

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