

Vergaderjaar 2002–2003

28 605

Zorgnota 2003

Nr. 11

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 10 juli 2003

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 18 juni 2003 overleg gevoerd met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de volgende brieven van de minister van VWS:

- **d.d. 12 juni 2002 inzake afschrift brief aan het CTG met betrekking tot de beleidsregel lokale component huisartsenzorg (VWS-02-725);**
- **d.d. 10 maart 2003 inzake modernisering huisartsenzorg (VWS-03-281);**
- **d.d. 31 maart 2003 inzake «Zorg in de buurt»/Versterking huisartsenzorg (28 600, XVI, nr. 115);**
- **d.d. 17 april 2003 inzake standpunt commissie-Tabaksblat/grootschalige huisartsenposten (28 605, nr. 9);**
- **d.d. 22 mei 2003 inzake eindrapport Taskforce knelpunten huisartsenzorg (VWS-03-646).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

¹ Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), voorzitter, Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Smilde (CDA), Omtzigt (CDA), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer-Mudde (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD).

Piv. leden: Geluk (VVD), Rouvoet (Christen-Unie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Van der Ham (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GroenLinks), Gerkens (SP), Mosterd (CDA), Eski (CDA), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Van Loon-Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD).

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) constateert dat in de brief van de minister de knelpunten bij de huisartsenzorg helder worden aangegeven. De voorgenomen maatregelen vindt zij echter teleurstellend: vage inspanningen om meer artsen tot huisarts op te leiden, een onderzoek naar de werkdruk en een imago-campagne. Als grootste probleem ziet zij het gebrek aan visie en sturing door de overheid, waar ook de commissie-Tabaksblat en de Taskforce knelpunten huisartsenzorg op hebben gewezen. De betrokken partijen zijn van goede wil, maar doen vrijwel niets omdat zij wachten op daden van andere partijen of ervan uitgaan dat er toch niets terecht zal komen van nieuwe initiatieven. Al met al vreest zij dat op die manier het huisartsentekort de komende jaren alleen maar verder zal toenemen.

Zij pleit dan ook voor het opstellen van een langetermijnbeleidsvisie op de huisartsenzorg, in samenhang met de dreigende sluiting van (kleine) ziekenhuizen en de nieuwe regels voor zelfstandige behandelcentra (ZBC's) en privé-klinieken. De solistisch werkende huisarts stamt uit de tijd waarin veel Nederlanders nog in een dorp woonden, met één dokter, één notaris en één onderwijzer. Zo'n 98% van de huisartsen wil ook geen

solopraktijk meer. Er zal daarom aangekoerst moeten worden op gezondheidscentra waar meerdere huisartsen werken, ook andere eerstelijnsvoorzieningen aanwezig zijn, specialistische behandelingen kunnen worden verricht zoals die nu in ZBC's worden gedaan en bovendien bepaalde ziekenhuisfuncties kunnen worden ondergebracht.

Hierna wijst zij erop dat er jarenlang te weinig huisartsen zijn opgeleid, met name omdat onvoldoende rekening werd gehouden met de wens van vooral vrouwelijke artsen om in deeltijd te werken. Zij heeft de indruk dat daar ook nu nog onvoldoende rekening mee wordt gehouden. Dat zou betekenen dat er voorlopig nog geen einde komt aan het huisartsentekort. Daarnaast wijst zij erop dat het dringend noodzakelijk is dat de praktijkondersteuning nu eens echt goed geregeld wordt. Zij vraagt om in de langetermijnbeleidsvisie ook op deze punten in te gaan.

Inmiddels moeten huisartsen, vanuit het volgens haar rare idee dat huisartsen met elkaar zouden moeten concurreren, nu individueel of met een groep van hoogstens acht collega's zelfstandig contracten sluiten met zorgverzekeraars. Dit geeft een bureaucratische rompslomp die niets oplevert, want gezien het huisartsentekort is er in de praktijk helemaal geen sprake van concurrentie. Het enige dat dit oplevert, is bijzonder veel ergernis.

Verder vindt zij dat er voor huisartsen in achterstandswijken een hogere toeslag moet komen. Mensen in dergelijke wijken gaan vaker dan gemiddeld naar de huisarts en daar wordt in de toeslag onvoldoende rekening mee gehouden. Ook het vestigingsbeleid dient verbeterd te worden. Zo zouden gemeenten ervoor moeten zorgen dat er in nieuwe wijken ruimte wordt gereserveerd voor gezondheidscentra, net zoals voor bijvoorbeeld scholen. In dit verband wijst zij ook op het probleem van onfatsoenlijk gedrag en agressie in de huisartsenpraktijk, en herinnert zij aan haar eerdere suggestie om een boete te stellen op het niet nakomen van een afspraak met een huisarts of in een ziekenhuis.

Mevrouw **Arib** (PvdA) stelt vast dat de problemen in de huisartsenzorg de afgelopen anderhalf jaar eerder toe- dan afgenomen zijn, ondanks allerlei rapporten en diverse debatten in de Kamer. Het jaarverslag van de Inspectie gezondheidszorg bevestigt dat beeld en stelt dat de huisartsenzorg stuurloos is, wat resulteert in onsamenhangende initiatieven waarvan de gevolgen niet duidelijk zijn. Vooral de bereikbaarheid van de huisartsenzorg is een probleem. Zo leidde de invoering van 0900-nummers bij huisartsenpraktijken en bij nacht- en weekeinddiensten tot grote onrust. Zij hoopt dat de minister staat te popelen om de regie op dit vlak op zich te nemen.

Voor de toekomst valt er weinig te verwachten op het punt van het terugdringen van het huisartsentekort. Zonder structurele maatregelen zal het tekort volgens een NIVEL-raming zelfs oplopen tot ongeveer 20% in 2010. Er is niet alleen een grote uitstroom, maar ook een lage instroom en een achterblijvende arbeidsdeelname. Het ministerie mikt nu op een jaarlijkse instroom van ongeveer 500 nieuwe huisartsen, maar het is de vraag of dat aantal gehaald wordt. En dat terwijl met het oog op de vergrijzing en de verder toenemende werkdruk het aantal nieuwe huisartsen jaarlijks op ongeveer 700 zou moeten liggen. Wat denkt de minister hieraan te doen? Ook mevrouw Arib vraagt in dit verband aandacht voor het probleem van de achterstandswijken. Er zijn al wijken, zoals Kanaleneiland in Utrecht, waar helemaal geen huisartsen en verloskundigen meer zijn en zorgverzekeraars nu overwegen om artsen uit Marokko te halen. Hoe wil de minister zo'n negatieve spiraal doorbreken?

De avond-, nacht- en weekeinddiensten (ANW-diensten) zijn bedoeld om de toegankelijkheid en bereikbaarheid van huisartsenzorg buiten kantooruren te waarborgen, maar blijken in de praktijk een hoge drempel voor patiënten te hebben. Zo moeten mensen eindeloos bellen en worden ze niet op tijd geholpen, en hebben assistentes vaak meer belangstelling

voor verzekeringspasjes dan voor de klachten zelf. Het ontbreekt bij de ANW-diensten aan heldere kwaliteitscriteria en overal in den lande wordt met de zorgverzekeraars gesteggeld over de financiering. Hoe denkt de minister de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de ANW-diensten te verbeteren en de financiering op een goede manier te regelen? Kennelijk wilde de minister direct laten zien dat hij een goede boekhouder is, want de huisartsdienststructuren hebben zonder enige inhoudelijke visie op de toekomst een efficiencykorting van maar liefst 20 mln opgelegd gekregen. Welke gevolgen heeft deze korting voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van deze zorg?

Het initiatief van de praktijkondersteuning is indertijd Kamerbreed ondersteund. Patiënten en huisartsen zijn er zeer tevreden over, omdat het leidt tot vermindering van de werkdruk van de huisarts en tot toename van de kwaliteit van de zorg. Helaas komt in verband met onduidelijkheid over de financiering ook die praktijkondersteuning in de gevarenzone. Hoe wil de minister deze ondersteuning garanderen? Het gaat om een onmisbaar onderdeel van de huisartsenzorg.

Voor callcentra gelden niet of nauwelijks kwaliteitscriteria, terwijl ze toch overal door verzekeraars worden opgezet.

Mevrouw Arib zal graag zien dat nu eindelijk de aanbevelingen van de commissie-Tabaksblat over een transparante honoreringsstructuur worden ingevoerd.

Ten slotte vraagt zij op korte termijn een concreet voorstel van de minister waarin wordt aangegeven wanneer welke stappen worden gezet om een kwalitatief goede en bereikbare huisartsenzorg te waarborgen.

De fractie van mevrouw **Schippers** (VVD) heeft als inzet een kwalitatief goede, structureel goed beschikbare en betaalbare huisartsenzorg voor iedereen, waarin het voor artsen en andere eerstelijns professionals plezierig werken is. Daartoe is de afgelopen jaren ook fors in deze sector geïnvesteerd. Desondanks zijn er al jaren problemen in de eerstelijnszorg: tekorten aan huisartsen, huisartsen die eerder stoppen of elders gaan werken, meer deeltijdwerken, een verbrokkelde en weinig motiverende financiering en een tekortschietende sturing. Daar zijn al veel rapporten van adviescommissies over uitgebracht, maar tot nu toe zijn alleen kleine stappen gezet om de ergste lekken te dichten. Er is nu een ondoorzichtige lappendeken ontstaan van beleid en stukjes gerepareerde wetgeving, die bovendien soms contraproductief en demotiverend werken. Bovendien leidt dit alles tot veel bureaucratie.

Omdat de wérkelijke keuzen in financiering en sturing van de zorg steeds weer worden uitgesteld, lopen steeds meer onderdelen van de zorg vast. Zij heeft er echter vertrouwen in dat de nieuwe minister hier een einde aan zal maken. De aanzetten in het Hoofdlijnenakkoord bieden daar ook voldoende perspectief voor. Er is méér dan voldoende geadviseerd en het is nu aan het kabinet om snel een integrale visie op de eerstelijns zorg aan de Kamer te zenden, waarin concreet het beleid voor de komende jaren wordt geschetst.

De prioriteiten die in de brief van 31 maart jl. zijn aangegeven, worden door mevrouw Schippers gesteund, maar zijn voor de langere termijn onvoldoende. Zij verwacht dan ook dat in de integrale visie op de eerstelijnszorg wordt gekozen voor een transparante, eenvoudige, eenduidige en structureel houdbare financiering, die niet alleen doelmatigheid, maar ook innovatie en patiëntvriendelijkheid stimuleert en artsen motiveert. De financiering moet geen nauw korset zijn waarin maar één vorm van eerstelijnszorgaanbod past, maar flexibel genoeg om diversiteit te kunnen waarderen en op de eigen merites te kunnen beoordelen en belonen. Verder dringt zij erop aan dat de integrale visie ook een pakket van maatregelen bevat voor verbetering van de organisatie en de sturing van de eerstelijnszorg, in samenhang met de financiering ervan, vergezeld van een stappenplan, een tijdpad en een financiële paragraaf. Zo moet

regelgeving partijen faciliteren, in plaats van belemmerend werken op innovaties en doelmatigheid zoals nu vaak het geval is. Van belang is ook wat de rollen en de verantwoordelijkheden van de diverse partijen zijn, welke randvoorwaarden de overheid daarvoor schept en waarop partijen kunnen worden afgerekend.

Daarnaast zal in de integrale visie duidelijkheid moeten worden gegeven over een aantal andere vragen in dit verband. Wanneer zal de huidige verruiming van de toelating tot de artsenstudie overgaan in afschaffing van de numerus fixus? Hoe ziet het nieuwe opleidingscontinuüm eruit en wanneer wordt dat ingevoerd? Hoe staat het nu met functie- en taakdifferentiatie en wanneer kan daar werkelijk sprake van zijn? Zijn er plannen om, na de bedrijfsarts, ook andere eerstelijnsprofessionals zoals verpleeghuisartsen een verwijfsfunctie te geven? Denkt de minister over aanpassing van de norm voor huisartsenpraktijken? Kan bij een sterke vergroting van het aantal groepspraktijken met een goede taakdifferentiatie en ICT-ondersteuning de norm wellicht hoger worden gesteld? Verder ziet zij graag dat in de integrale visie ook wordt aangegeven wat de minister aan minimumkwaliteit en bereikbaarheid van de eerstelijnszorg verwacht.

Ten slotte heeft zij begrepen dat de kosten van de huisartsendienstenstructuren enige tientallen miljoenen euro's hoger uitvallen dan de 68 mln die indertijd is afgesproken. Waar wordt deze enorme kostenoverschrijding door veroorzaakt? Er zullen vooraf toch wel afspraken zijn gemaakt over kwaliteit en bereikbaarheid?

De heer **Van der Vlies** (SGP) steunt het pleidooi voor het uitbrengen van een integrale beleidsvisie op huisartsenzorg. Een dergelijke visie, waarin ook is voorzien in een zekere sturing vanwege de minister, is dringend nodig. Op zichzelf is vernieuwing van de huisartsenzorg goed, maar de Kamer moet dan wel een zuiver zicht hebben op de voor- en nadelen daarvan en de eventuele daaraan verbonden risico's voor de zorg zelf en de beleving van die zorg door de patiënt. Helaas blijkt uit de bouwstenennotitie dat het perspectief van de patiënt op de kwaliteit van de huisartsenzorg eerder is afgenomen dan toegenomen, terwijl juist de patiënt centraal hoort te staan.

Vooraf aan de problemen met de bereikbaarheid van huisartsenposten in het landelijke gebied tilt de heer Van der Vlies zwaar. Hij begrijpt dat de bereikbaarheid in het landelijke gebied niet even groot kan zijn als in de stad, maar ook in het landelijke gebied zal de bereikbaarheid op een aanvaardbaar niveau moeten liggen en juist grootschalige dienstenstructuren kunnen daaraan afbreuk doen door langere reistijden en vermindering van de persoonlijke betrokkenheid. Wat is nu het leidende beginsel bij de ontwikkeling van dergelijke structuren? Kostenbeheersing kan toch niet álles in de zorg dicteren?

In dit verband wijst hij op het in Medisch Vandaag van 28 mei jl. gemaakte verwijt dat de aandacht van de lokale overheid soms meer lijkt uit te gaan naar de ondersteuning van noodlijdend betaald voetbal dan naar de facilitering van de eerstelijnszorg. Zo hoort het zeker niet te zijn. Welke mogelijkheden ziet de minister om te bevorderen dat de huisartsenzorg bij de lokale overheid hoger op de agenda komt?

Gezien het groeiende tekort aan huisartsen is het goed dat de capaciteit van de huisartsopleiding toeneemt, maar anderzijds is wel zorgwekkend dat 86% van de afgestudeerden kiest voor werken in deeltijd. Ook is er de toenemende wens om zich niet direct na het afstuderen als huisarts te vestigen. Waar worden die keuzes door ingegeven? Het vasthouden en laten herintreden van oudere huisartsen verdient in dat verband veel aandacht, waarbij een mogelijke vrijstelling voor het verrichten van ANW-diensten een rol kan spelen. Ongewenst vindt de heer Van der Vlies het overigens, dat met het oog op de aantrekkelijke tarieven de belangstelling toeneemt om uitsluitend als waarnemer op te treden.

In dit geheel zou ook een vergaande herschikking van taken passen, waardoor minder huisartsen nodig zouden zijn. Wanneer valt een reactie te verwachten op het advies van de Raad voor de volksgezondheid en zorg hierover? Is er al zicht op de mogelijke consequenties van zo'n herschikking van taken?

Ook de heer **Buijs** (CDA) wijst eerst op de onderzoeken die laten zien dat concurrentie tussen huisartsen absoluut niet zinnig is. Huisartsen zijn nu jaarlijkse enkele weken kwijt met het afsluiten van contracten met vele verschillende ziekenfondsen. De recente uitspraak van het Europese Hof dat een Nederlandse verzekerde vrije toegang heeft tot een huisarts in een ander EU-land, lijkt hem trouwens niet goed te stroken met het strenge NMa-toezicht dat zich uiteraard niet uitstrekt tot over de landsgrenzen. Het Zeeuwse gezegde «het is met zeggen niet gedaan» lijkt hem geheel van toepassing op de huisartsgeneeskunde. De afgelopen jaren is steeds in warme bewoordingen gesproken over de huisartsenzorg en is het belang van de rol van de huisarts beklemtoond. De toenmalige minister schreef op 30 november 2001 bij het aanbieden van de nota Modernisering huisartsenzorg, dat het bij uitstek een overheidsverantwoordelijkheid is om de kwaliteit en de toegankelijkheid van deze zorg te blijven waarborgen, en in juni 2001 liet deze minister weten dat het advies van de commissie-Tabaksblat over een scheiding tussen praktijkkosten en inkomen van de huisarts goed paste in de uitgangspunten van het kabinet. Het CTG zou om een uitvoeringstoets worden gevraagd. Inmiddels is het twee jaar later en is er nog steeds geen andere honoreringsstructuur, terwijl de huidige structuur in toenemende mate verbrokkelt. In de brief van 31 maart jl. wordt opnieuw uitvoering van de voorstellen van de commissie-Tabaksblat beloofd, nu per 1 juli a.s. De heer Buijs moet dit eerst nog zien, ook al gelet op de toezeggingen uit het verleden die vervolgens niet zijn nagekomen, onder andere over de inkomensherijking, de lokale kostencomponent en de compensatie van de premies voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Met zeggen is het immers niet gedaan.

Nu er inmiddels een nieuwe minister is, vraagt de heer Buijs de toezegging dat er vóór de bespreking van de begroting 2004 een allesomvattend plan voor het veiligstellen van de huisartsenzorg ligt. De nota Zorg in de buurt heeft al bouwstenen geleverd, waar overigens wel een prijskaartje aan hangt. Ook voorstellen voor werkdrukverlichting, zoals het faciliteren van praktijkondersteuning en het stimuleren van ICT, zouden in dat plan besproken moeten worden. De kern is echter gelegen in de nieuwe honoreringsstructuur voor de huisarts, zoals geadviseerd door de commissie-Tabaksblat.

Alleen maar een imagocampagne om het capaciteitsprobleem op te lossen, vindt hij nogal mager. Op dit moment is de instroom in de beroepsopleiding bijna 500, terwijl een aantal van 800 gewenst is om het huidige tekort weg te werken. Als dat niet wordt gehaald, hebben over enkele jaren een paar miljoen Nederlanders geen huisarts meer.

De bereikbaarheid van de huisarts is de laatste tijd een steeds nijpender probleem geworden, ook als gevolg van het ontstaan van grootschalige huisartsendienstenstructuren. Bovendien golden vroeger bereikbaarheidscriteria voor huisartsenzorg, maar de Landelijke huisartsenvereniging (LHV) heeft die criteria inmiddels laten vallen. In het kader van de ketenzorg ligt het voor de hand om voor zowel ziekenhuis als ambulance- en huisartsenzorg één bereikbaarheids criterium te hanteren, waarbij hij denkt aan maximaal 15 minuten. In dit verband herinnert hij ook aan de motie van zijn hand over een kleinschaligheidstoelag. Uitvoering van die motie zou volgens hem op het platteland tot een veel betere situatie hebben geleid dan nu met de grootschalige huisartsendienstenstructuren. In stedelijke gebieden werken die structuren overigens wel goed.

Wat betreft de financiële perikelen rond de huisartsendienstenstructuren vindt hij dat eerst de hele structuur tegen het licht zal moeten worden gehouden en daarna het punt van de financiering weer aan de orde moet komen.

Hij vraagt aandacht voor de positie van de apothekhoudende huisarts op het platteland, die nog steeds bedreigd wordt, vooral door de jongste ontwikkelingen. Die aandacht is ook nodig uit een oogpunt van bereikbaarheid.

Hierna gaat hij kort in op de aangekondigde efficiencykorting. Hij beseft dat er budgettaire problemen zijn, maar voor de huisartsen zijn er wel bijzondere omstandigheden: de herijking inkomenshonorering en de lokale kostencomponent zijn niet ingevoerd, er is geen compensatie gekomen voor de premies arbeidsongeschiktheidsverzekering en de praktijkondersteuning stagneert door onvoldoende financiële middelen. Hij vraagt om hier specifiek aandacht aan te geven.

Afsluitend spreekt hij de hoop uit dat de minister spoedig met concreet beleid op het vlak van de huisartsenzorg zal komen. De CDA-fractie wil de minister daar graag op constructieve wijze behulpzaam bij zijn.

Mevrouw **Kant** (SP) herinnert aan de demonstratie van huisartsen van enkele jaren geleden, waarbij sommigen zich hadden getooid met een vuilniszak onder het motto dat de huisarts het vuilnisvat van de zorg was geworden: niet alleen een hoge werkdruk, maar ook het feit dat veel problemen in andere sectoren uiteindelijk toch op het bord van de huisarts terechtkomen, bijvoorbeeld het lang moeten wachten van patiënten op een behandeling in een ziekenhuis of opname in een verpleeghuis. Sindsdien is er wel het een en ander gedaan, maar er zijn ook toezeggingen gedaan waar weinig tot niets van terechtgekomen is.

Op zichzelf is het positief dat er een regeling is getroffen voor de ANW-diensten, maar over de manier waarop de ANW-zorg nu wordt verleend, komen er veel klachten. Er wordt vooral geklaagd dat deze zorg ver van de mensen af is komen te staan. Met het oog hierop zou mevrouw Kant willen pleiten voor een kleinschaligheidstoeslag. Verder blijken er grote verschillen te zijn in de kosten en de tarieven van de huisartsenposten. Hebben die verschillen te maken met specifieke regionale omstandigheden, of met bepaalde keuzes voor de vormgeving van de ANW-zorg? Het is heel goed mogelijk dat de kosten hoger worden als de zorg weer dichterbij de mensen wordt gebracht, omdat er dan waarschijnlijk meer huisartsenposten nodig zijn, maar als dat leidt tot een kwalitatief betere zorg hoeft dat geen bezwaar te zijn. In ieder geval vindt zij dat hier eerst nader naar gekeken moet worden en dat dus niet alleen maar moet worden geconstateerd dat de ramingen zijn overschreden en dat er reden is voor een korting van 20 mln. Als die korting daadwerkelijk wordt doorgevoerd, dreigen een aantal huisartsenposten failliet te gaan en dan is iedereen alleen maar verder van huis.

Zij vindt het in dat verband onbegrijpelijk dat er voor alle sectoren van de zorg een efficiencykorting is aangekondigd. Dit is zeker onbegrijpelijk waar het gaat om de huisartsenzorg, gezien alle beloften en toezeggingen over het verbeteren daarvan. Ook begrijpt zij niet waarom het project praktijkondersteuning is stopgezet. Dit werkt goed en geeft verlichting van de werkdruk van de huisarts, maar huisartsen die nu een praktijkverpleegkundige willen aantrekken, krijgen daar geen financiering meer voor.

Zij steunt het pleidooi dat er snel een visie van de minister komt op de huisartsenzorg en meer in het algemeen de eerstelijnszorg. Het oplossen van alle praktische problemen die nu spelen, kan daar overigens niet op wachten. Haar visie op de eerstelijnszorg is: wijkgebonden teams en gezondheidscentra, waarin alle eerstelijnswerkers samenwerken en eenvoudig naar elkaar kunnen verwijzen, liefst met een betrokkenheid van de wijkverpleging en het consultatiebureau.

Ten slotte herinnert zij eraan dat de Kamer al eerder heeft uitgesproken dat de NMa zich niet met concurrentie tussen huisartsen bezig zou moeten houden. Helaas gebeurt dat toch. Enerzijds zijn er huisartsen die zich gewoon niet houden aan de verplichting om zelf met alle concurrerende zorgverzekeraars te onderhandelen over een nieuw contract, anderzijds zijn er huisartsen die daar 18 dagen per jaar aan kwijt zijn, tijd die niet voor de directe zorg kan worden besteed. Zij vindt het een slechte zaak dat concurrentie tussen verzekeraars tot zo'n omvangrijke bureaucratie voor huisartsen leidt.

Antwoord van de minister

De **minister** stelt vast dat bij de huisartsenzorg vele en complexe aspecten een rol spelen. Mede daarom is hij wel dankbaar voor het verzoek vanuit de Kamer om voor de komende begrotingsbehandeling met een visie op de huisartsenzorg te komen, want daardoor is hij in de gelegenheid om zich goed in te werken in dit dossier.

Het Nederlandse systeem, met de huisarts als poortwachter aan het begin van de zorgketen, lijkt op het eerste gezicht misschien wat ouderwets, maar in landen als Frankrijk en Duitsland wordt inmiddels ook toegewerkt naar het Nederlandse model van de huisarts als poortwachter, mede ter beheersing van de kosten. Dit model is dus kennelijk zo gek nog niet. Verder is de huisartsenzorg in het algemeen kwalitatief goed, mede dankzij de standaarden van het Nederlands huisartsengenootschap die in internationaal verband een goede «standing» hebben, en hebben de huisartsen in vergelijking met hun collega's in andere landen een goed inkomen. Dat neemt niet weg dat ook de bewindsman inziet dat er problemen zijn die in verband met de vergrijzing en de veranderende samenstelling van de bevolking alleen maar groter worden en de werkdruk voor de huisarts doen toenemen. Daarbij komt dat heel wat huisartsen al in deeltijd werken en dat zeker vrijwel alle pas afgestudeerden hun vak niet meer in voltijd willen uitvoeren. Het huidige huisartsentekort zou in één klap verdwijnen als alle huisartsen voltijd zouden gaan werken, maar de overheid kan dat uiteraard niet voorschrijven en in deeltijd werken is ook een algemene maatschappelijke tendens.

Wel wijst de minister in dit verband op de zeer hoge opleidingskosten bij huisartsen: gemiddeld 300 000 euro. Mocht de deeltijdfactor bij huisartsen die op dit moment gemiddeld 0,8 is, verder gaan teruglopen, bijvoorbeeld naar 0,5, dan ontstaat er in zijn ogen toch wel een scheve verhouding tussen de opleidingskosten en de daadwerkelijke inzet als huisarts. Een ander probleem wordt gevormd door het ingewikkelde honoreringssysteem. Dit systeem bevat nauwelijks prikkels tot efficiency en geeft in de meeste gevallen ook geen loon naar werken, terwijl er veel te weinig rekening wordt gehouden met de grote verschillen in lokale kostencomponenten en de uiteenlopende zwaarte van het huisartsenvak, bijvoorbeeld in achterstandswijken. Desondanks is er de afgelopen jaren toch al het nodige gedaan ten behoeve van de huisarts, zoals het invoeren van de praktijkondersteuning. Indertijd is afgesproken dat de kosten van de praktijkondersteuning gedeeltelijk zouden worden gedekt door besparingen uit elektronisch voorschrijven, maar die besparingen zijn bitter tegengevallen en belopen nog geen 5% van hetgeen werd verwacht. Mede daarom is besloten om de regeling voor de praktijkondersteuning niet verder uit te breiden. De huidige ondersteuning blijft echter bestaan en het daarmee gemoeide bedrag van circa 40 mln blijft dus structureel beschikbaar voor dit doel. Verder kunnen onder andere worden genoemd een behoorlijke uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen, de invoering van een aparte ANW-structuur met een extra uurloon voor ANW-diensten, verhoging van de praktijkkostenvergoeding en verhoging van het salaris van de huisarts in opleiding. Het totale bedrag dat in Nederland aan huisartsenzorg wordt uitgegeven, is dan ook de afgelopen

vier jaar gestegen van 1 mld naar 1,4 mld, een toename met 40%. Op een aantal punten was die stijging inderdaad bitter noodzakelijk en ging het vooral om het inhalen van achterstanden, maar de stelling dat er al jaren niets zou zijn gedaan, klopt in ieder geval niet.

Daarnaast zitten nog enige verbeteringen in de pijplijn: per 1 januari a.s. kan de bedrijfsarts gaan verwijzen, wat naar verwachting zal leiden tot een belangrijke verlichting voor de huisarts, wordt in 2004 de capaciteit van de beroepsopleiding verder verhoogd naar 670 en kunnen er de komende jaren meer studenten geneeskunde instromen op de universiteiten. Er wordt ook gestreefd naar het op termijn volledig opheffen van de huidige numerus fixus. De vraag is wel of deze verruimde capaciteit volledig kan worden opgevuld, want de afgelopen jaren is de belangstelling voor het artsenvak afgenomen. Daarom lijkt de minister een imagocampagne toch wel nodig. Ook de introductie van het eigen risico in 2005 die tot afname van vermijdbare zorgconsumptie zal leiden, geeft naar verwachting een verlichting van de werkdruk van de huisarts.

Dit alles neemt niet weg dat er een fundamentele aanpak van de eerstelijnszorg nodig is. De bewindsman is graag bereid om daar een notitie over uit te brengen. Hij ziet op zichzelf nog zeker mogelijkheden tot verbetering. Zo leidt het meer in deeltijd werken van huisartsen er min of meer vanzelf toe dat er meer samenwerking tussen huisartsen ontstaat en dat in een aantal gevallen de stap wordt gezet naar een gezamenlijke huisvesting of meer aansluiting wordt gezocht bij eerstehulpdiensten, omdat daarmee efficiencyvoordelen behaald kunnen worden. Bij dit alles zal wel binnen de beschikbare financiële kaders gebleven moeten worden, zeker nu er in de volksgezondheid enorme kostenoverschrijdingen zijn en in het regeerakkoord geen geld vrijgemaakt is voor intensivering van de huisartsenzorg. Dat betekent bijvoorbeeld dat de kosten van een toeslag voor het werken in een achterstandswijk wellicht op den duur, via een ingroeimodel, zullen moeten worden opgebracht door die huisartsen die werken in het tegendeel van een achterstandswijk en er soms «riant bijzitten».

Ook het ministerie kan op dit moment alleen maar raden naar de oorzaken van de sterke kostenstijging en de enorme kostenverschillen bij de huisartsendienstenstructuren. In sommige regio's liggen de kosten zelfs vier keer hoger dan in andere regio's. Er wordt nu onderzoek hiernaar gepleegd en het CTG is gevraagd om aan de hand van die onderzoeksuitkomsten een normering op te stellen. De minister houdt vast aan de aangekondigde korting voor de dienstenstructuren, nu de indertijd gemaakte afspraak over een bedrag van zo'n 70 mln zwaar overschreden is, maar de precieze invulling van die korting vindt plaats aan de hand van de normering van de kant van het CTG.

Aansluitend zegt hij de aangekondigde algemene efficiencykorting op de zorg heel reëel te vinden, gezien de zeer grote overschrijdingen in deze sector en het feit dat een groot deel van de extra gelden die de afgelopen jaren naar de zorg zijn gegaan, is aangewend voor inkomensverbetering en niet voor bijvoorbeeld bestrijding van de wachtlijsten. Met die korting wordt trouwens ook maar een klein deel van de overschrijdingen goedge maakt.

Hij nodigt de huisarts die 18 dagen per jaar kwijt is met onderhandelen met de zorgverzekeraars, graag uit op het ministerie voor het krijgen van tips om dat tijdsbeslag te verminderen. De minister is voorstander van het terugdringen van onnodige bureaucratie, maar anderzijds willen alle betrokkenen ook meer maatwerk op lokaal niveau opdat er beter rekening wordt gehouden met de lokale componenten, en dat vraagt nu eenmaal duidelijker afspraken tussen de verzekeraars en de huisartsen. Overigens is de NMa nog geen enkele huisartsenpraktijk binnengevallen en stelt de NMa zich ook coulant op, onder andere door ermee akkoord te gaan dat vier of vijf huisartsen de onderhandelingen gezamenlijk voeren.

Met regionale callcentra worden wel degelijk goede ervaringen opgedaan

op het punt van verbetering van de triage per telefoon. De verzekeraars kunnen daar een belangrijke rol in spelen.

Hij zegt toe alle nu besproken aspecten nader uit te werken in de door hem toegezegde beleidsbrief over huisartsenzorg. Datzelfde zal hij doen met de ook in zijn ogen belangrijke uitspraak van het Europese Hof over vrije toegang tot de huisarts in een andere EU-lidstaat.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) constateert dat zorg in het Hoofdlijnenakkoord eigenlijk alleen nog maar een kostenpost is. Zij had hoop dat de minister meer ambitie op dit punt zou tonen, maar ook hij ziet kennelijk de huisartsenzorg alleen als een kostenpost die beheerst moet worden. Zij vindt dat wel erg armoedig.

De toegezegde beleidsbrief over huisartsenzorg zal zij graag voor 1 oktober a.s. ontvangen, opdat er nog voldoende tijd is voor het bestuderen van die brief voordat de begrotingsbehandeling start.

Zij verwacht niet dat het een verlichting voor de huisarts geeft als de bedrijfsarts kan gaan verwijzen. Eerder zal het leiden tot méér werk voor de huisarts, alleen al omdat er veel heen en weer gebeld zal moeten worden. Bovendien wordt met verwijzing door de bedrijfsarts het element van afhankelijkheid in de eerstelijnszorg gebracht.

Een eigen risico kan inderdaad tot een lagere zorgvraag leiden, maar dan moet het wel om een hoog eigen risico gaan waar, zo heeft zij begrepen, niet aan gedacht wordt. Een laag eigen risico werkt in ieder geval niet. Invoering van een achterstandstoeslag kan volgens haar niet budgettair neutraal verlopen, alleen al omdat zij denkt dat vrijwel geen enkele huisarts er «riant bijzit». Ziet de minister dat anders? Hoeveel zou zo'n «riant zittende» huisarts dan moeten inleveren?

Zij neemt graag aan dat de NMa nog geen enkele huisartsenpraktijk binnengevallen is, maar daar gaat het niet om. De vraag is welk beleid er op dit punt wordt gevoerd en zij vindt dat het een overbodige maatregel is die vrijwel niemand wil en ook nog veel bureaucratie genereert, waardoor huisartsen worden afgehouden van het verlenen van zorg.

Ook mevrouw **Arib** (PvdA) wil de toegezegde beleidsbrief over huisartsenzorg graag vóór 1 oktober a.s. ontvangen. Zij vraagt om daarin ook nader in te gaan op het punt van de verwijzing door anderen dan de huisarts, nu ook de fysiotherapeut zonder tussenkomst van de huisarts zelf wil gaan bepalen hoeveel keren fysiotherapie iemand nodig heeft. Zij wijst erop dat zorgverzekeraars in diverse regio's de financiering van de praktijkondersteuning rechtstreeks koppelen aan opbrengsten van elektronisch voorschrijven. Afspraken over elektronisch voorschrijven moeten natuurlijk worden nagekomen, maar praktijkondersteuning moet daar niet van afhankelijk worden gemaakt nu ze zich in de praktijk heeft bewezen.

Zij beaamt dat de afgelopen jaren het nodige is geïnvesteerd, maar zij heeft de indruk dat het hierbij vooral ging om achterstallig onderhoud. Er is daarom ook in de komende jaren geld voor investeringen nodig, om het mooie Nederlandse systeem te waarborgen en niet te vervallen in alleen het blussen van branden.

Bij het beoordelen van eigen risico's wordt vaak naar andere landen gekeken, maar in die landen zijn er in het algemeen geen wachtlijsten en geen artsentekorten, zodat daar daadwerkelijk zorg wordt verkregen als een eigen bijdrage wordt betaald. In Nederland komt het echter neer op meer betalen en minder zorg.

Zij heeft begrepen dat er voor de huisartsendienstenstructuren nooit van tevoren een duidelijk budget is vastgelegd; het ging in de trant van «eerst aan de slag en achteraf declareren». Zolang het onderzoek naar de

dienstenstructuren nog niet is afgerond, vindt zij het niet terecht om een korting op te leggen.

Zij vraagt waar de minister zijn uitspraak over goede ervaringen met call-centra baseert. De inspectie heeft nog vorige week gesteld dat het een experiment met grote risico's is.

Mevrouw **Schippers** (VVD) dankt de minister voor zijn toezegging om met een visie op de eerstelijnszorg te komen. Het maakt haar niet veel uit of die visie ruim voor de begrotingsbehandeling op tafel komt, of misschien iets later. Zij ziet graag dat in die visie ook andere honoreringsvarianten worden besproken dan alleen die van de commissie-Tabaksblat. Zij verwacht weinig effect van een imagocampagne en betwijfelt dan ook of daar geld voor moet worden ingezet.

Zij vraagt hoe in de toekomst kan worden voorkomen dat afspraken over financiële zaken zó volledig anders uitpakken als nu bij de dienstenstructuren. Het is immers uiterst vervelend wanneer achteraf een korting moet worden opgelegd, terwijl de betrokken partijen juist hebben gedaan wat van hen werd verwacht.

Ook vraagt zij of er wellicht meer gestandaardiseerd kan worden bij het elektronische contact tussen huisarts en verzekeraar.

Ten slotte vindt zij dat mevrouw Tonkens met haar opmerking dat schraalhans keukenmeester is, een karikatuur maakt van het door het kabinet en de VVD-fractie voorgestane beleid in de zorgsector. Er is wel een omslag nodig om in Nederland een goede en vooral houdbare zorg te behouden.

De heer **Van der Vlies** (SGP) kijkt uit naar de toegezegde integrale beleidsvisie, in de hoop dat daar voldoende daadkracht uit zal blijken. In dat verband wijst hij nogmaals op de noodzakelijke balans tussen enerzijds kostenbeheersing en anderzijds de zorgvraag en de kwaliteitsbeleving van de patiënt, waarbij een bereikbaarheidsnorm niet zou misstaan.

Met instemming heeft hij gehoord dat er onderzoek wordt verricht naar de grote kostenverschillen tussen huisartsendienstenstructuren. Als die verschillen verklaard kunnen worden, betekent dat in het algemeen ook een rechtvaardiging voor een zeker verschil. Verschillen met een factor 4 lijken hem echter te groot.

Hij vraagt of de verruiming van de capaciteit van de beroepsopleiding naar 670 plaatsen, waar in de begroting rekening mee is gehouden, volledig zal worden gebruikt.

Ten slotte wijst hij erop dat de minister met diens opmerkingen over werken in deeltijd en de hoge opleidingskosten wel raakt aan de persoonlijke levenskeuze van mensen die daar allerlei motieven voor kunnen hebben. Hoe ligt het in de ogen van de minister bijvoorbeeld bij artsen die na hun opleiding naar een ontwikkelingsland gaan om daar hun talenten aan te wenden?

De heer **Buijs** (CDA) onderschrijft deze opmerkingen over werken in deeltijd en kijkt eveneens uit naar de komende beleidsnotitie.

Vervolgens constateert hij dat de minister in de beantwoording nogal sterk de nadruk heeft gelegd op de kosten van de huisartsgeneeskunde. Bedacht moet echter worden dat het ook om belangrijke investeringen gaat. Als mensen geen huisarts meer hebben, gaan zij direct naar het ziekenhuis en dat is tien keer zo duur als een huisarts. Ook in het kader van kostenbeheersing is het dus verstandig om in de huisarts te investeren.

Afsluitend dringt hij er nogmaals op aan om het bij de komende beleidsbrief vooral te zoeken in de honoreringsstructuur waar de commissie-Tabaksblat zich over heeft gebogen. Dit wordt een ingrijpende operatie, maar daar ligt de sleutel voor de oplossing van de problemen.

Mevrouw **Kant** (SP) heeft begrepen dat de minister graag ziet dat een eigen risico als een rem werkt. Als het zo inderdaad gaat, remt een eigen risico ook in die gevallen waarin mensen echt zorg nodig hebben. Zij is dan ook niet voor een eigen risico en is dat zeker niet wanneer het huisartsenzorg betreft, want dan wordt een drempel opgeworpen voor de poortwachter.

Zij heeft nog niet gehoord hoe de minister denkt over haar suggestie over kleinschaligheid bij huisartsendienstenstructuren. Verder vindt zij het bijzonder jammer dat de praktijkondersteuning is bevroren op het huidige peil. Ook verwijzing door de bedrijfsarts vindt zij beslist geen gunstige ontwikkeling.

Het is voor haar niet verrassend dat de minister alleen denkt aan herschikking van het beschikbare budget, maar daarmee is dat nog niet minder ongewenst. Er is juist meer geld voor zorg nodig en als dat er niet komt, zal dat negatieve maatschappelijke gevolgen hebben. Zo is de afgelopen jaren vooral geld naar wachtlijsten gegaan en nog veel te weinig naar kwaliteit. De daar noodzakelijke inhaalslag kan niet worden gemaakt als er niet meer geld komt, en zeker niet als efficiencykortingen worden opgelegd. Vooral in sectoren als de huisartsenzorg en de verpleeghuiszorg vindt zij dat onverantwoord.

Zolang niet duidelijk is waarom de globale ramingen van de kosten van huisartsendienstenstructuren zijn overschreden, vindt zij het niet terecht om het totale budget te bepalen op zo'n 70 mln. Er kunnen immers uitstekende redenen zijn voor die overschrijdingen. Er is nu het gevaar dat dienstenstructuren failliet gaan en dat geeft alleen maar nog grotere problemen. Wanneer kunnen de uitkomsten van het onderzoek naar de kostenoverschrijdingen worden verwacht?

De minister is een tegenstander van bureaucratie, maar juist marktwerking leidt vaak tot meer bureaucratie, zeker voor huisartsen die vele dagen kwijt zijn voor contacten met verzekeraars. Verder vraagt mevrouw Kant alsnog een reactie van de minister op haar stelling, ondersteund door een rapport van de LHV, dat concurrentie tussen huisartsen volstrekt onzinnig is.

De **minister** ziet de zorg zeker niet alleen als een kostenpost. Hij staat voor een hoogwaardige, toegankelijke en solidaire zorg, maar daarnaast zal er altijd goed moeten worden gelet op de kostenontwikkeling, omdat sectoren als zorg of sociale zekerheid vrij gemakkelijk financieel onbeheersbaar worden. Bovendien is voor de komende vier jaar al rekening gehouden met een volumestijging van 10% voor de zorg en is nog 1 mld vrijgemaakt voor het terugdringen van de wachtlijsten. Binnen dat kader zal het de komende jaren moeten blijven en voor dat vele geld zal de sector ook kwaliteit en doelmatigheid moeten leveren. In 2001 zijn de kosten van de zorg met 7% gestegen en in 2002 met nog eens 10%. Dat kan zo niet doorgaan, want dan stort het zorgstelsel in en dat wil hij zeker niet voor zijn rekening nemen.

Verwijzing door de bedrijfsarts zal er inderdaad niet toe moeten leiden dat de werklust van huisartsen alleen maar hoger wordt. Daar zal op gelet worden en eventuele kinderziekten zullen zo goed mogelijk worden bestreden.

Hij beaamt dat een te laag eigen risico niet werkt en uitsluitend administratieve rompslomp geeft. Wordt een eigen risico op een redelijk niveau gesteld, dan heeft het wel degelijk effect, wat in tal van andere landen te zien valt. Op dit moment bestaat 6% van de totale zorgkosten in Nederland uit eigen betalingen en dat is het laagste percentage in de hele wereld. In Europa ligt het percentage gemiddeld op 15 en ook na het doorvoeren van de voornemens uit het regeerakkoord blijft dat percentage voor Nederland nog onder de 10. Hij vindt niet dat daarmee een extra drempel wordt opgeworpen, want iemand die echt de huisarts nodig heeft, weet die altijd wel te vinden.

Hij is zeker niet voor marktwerking die buitensporige regelgeving behoeft of tot veel bureaucratie leidt, maar voor marktwerking is wel regelgeving nodig. Hij zal daar de komende tijd op terugkomen. Hetzelfde zal hij doen met het vestigingsbeleid.

Over de praktijkondersteuning kan hij niet méér zeggen dan hij al in eerste termijn heeft gedaan. De verwachtingen over de opbrengst van elektronisch voorschrijven zijn bij lange na niet gehaald. Zelfs de circa 40 mln die nu beschikbaar is, is al veel hoger dan die opbrengst. Er is dan ook geen andere mogelijkheid dan kiezen voor een standstill.

Van tevoren was wel degelijk duidelijk dat het budget voor de huisartsendienstenstructuren was bepaald op 68 mln. Wel onderkent hij dat het vervelende consequenties kan hebben als er geld moet worden teruggehaald. Juist daarom wordt hier nu onderzoek naar verricht. Er hoeft dit jaar niet te worden gevreesd voor faillissementen van dienstenstructuren en bij het opzetten van een normsystematiek zal er zeker op worden gelet dat er in die zin geen ongelukken gebeuren.

De schaal waarop huisartsendienstenstructuren opereren, wordt op dit moment onderzocht door de inspectie. Hij wacht dat onderzoek af. Ook hij ziet dat er risico's kunnen zijn bij inschakeling van callcentra, maar met een goede protocollering kunnen die volgens hem wel worden onderhouden.

Hij is bereid zich nog eens te beraden op de kritische opmerkingen over de voorgenomen imagocampagne. In ieder geval zal deze campagne op een verstandige manier worden opgezet.

Mochten er nog andere varianten voor een honoreringsstructuur zijn dan die van de commissie-Tabaksblat, dan houdt hij zich daarvoor aanbevolen. Bij ICT denkt hij aan zaken als het elektronisch afhandelen van de contractering met verzekeraars, elektronische patiëntendossiers wat veel tijd zou kunnen besparen bij contacten tussen de bedrijfsarts en de huisarts, en het administratieve beheer van de huisartsenpraktijk. Op dat vlak is er nog het nodige te doen.

Bereikbaarheid van huisartsenzorg, vooral die in de ANW-uren, zal altijd goed afgewogen moeten worden tegenover het aspect van de doelmatigheid. Bovendien is het in een situatie van een tekort aan huisartsen niet zo praktisch om met fraaie bereikbaarheidsnormen te gaan werken, omdat die dan toch vaak niet gehaald kunnen worden. De gedachten van de bewindsman gaan op dit punt dan ook vooral uit naar onderlinge samenwerking tussen huisartsen en naar samenwerking met andere diensten. In dat verband is hij het eens met het pleidooi om ook over de grenzen van de diverse sectoren heen te kijken. Eveneens is hij het ermee eens dat het bij de huisartsen vooral gezocht zal moeten worden in een andere honoreringsstructuur.

Met zijn opmerkingen over huisartsen die na een dure opleiding in deeltijd gaan werken, heeft hij niet beoogd om concrete antwoorden te geven, maar om erop te wijzen dat hier wel iets wringt. Dit geldt nog veel sterker voor medisch specialisten, want hun opleiding is nog veel kostbaarder. In België werkt overigens vrijwel geen enkele huisarts in deeltijd, waarschijnlijk omdat hun honorering een stuk lager ligt dan in Nederland.

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

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