

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

574

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de onduidelijkheid rond inkomens van huisartsen en onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)* (ingezonden 14 oktober 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 7 november 2011).

Vraag 1

Bent u bereid naast de Nza een tweede instantie, bijvoorbeeld een universitaire onderzoeksinstituut dat het vertrouwen geniet van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), te betrekken bij het vaststellen van het werkelijke inkomen van de huisarts in Nederland? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 1

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal een onderzoek doen naar de praktijkkosten en opbrengsten van huisartsenpraktijken. Als zelfstandig bestuursorgaan is de NZa wettelijk belast met het vaststellen van prijzen en prestaties op het terrein van de Nederlandse gezondheidszorg en heeft zij een aanzienlijke kennis en ervaring op het gebied van kostenonderzoeken in diverse zorgsectoren. Bovendien betreft de NZa bij dit soort onderzoeken alle relevante partijen. Een parallel onderzoek acht ik onnodig.

Vraag 2

Bent u bereid de LHV bij de onderzoeksopzet, de onderzoeksvraagstelling en het proces te betrekken, zodat de opzet van het onderzoek zowel door u als de LHV wordt gesteund? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 2

De NZa betreft bij een kostenonderzoek standaard de veldpartijen die belang hebben bij het bewuste onderzoek. Bij het vorige kostenonderzoek in de huisartsenzorg (gepubliceerd in 2009) zijn naast de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), ook de Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijns (LVG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in alle fasen van het onderzoek geconsulteerd. Ik ga ervan uit dat dit ook bij dit onderzoek het geval is.

Vraag 3

Hoe beoordeelt u de situatie van 2 500 huisartsen in loondienst en de huisartsen die niet gaan voor het grote geld, waarvan vaststaat dat zij geen 150 000 euro bruto inkomen hebben, in het licht van de bezuiniging van 132 miljoen euro die gebaseerd is op het uitgangspunt dat een huisarts in Nederland gemiddeld een inkomen van 150 000 euro verdient? Is de bezuinigingsmaatregel voor deze groep wel terecht?

Antwoord 3

Uw veronderstelling dat de tariefskorting is gebaseerd op de hoogte van het gemiddelde inkomen van de huisarts, is onjuist. In mijn brief van 10 juni 2011 (kenmerk: CZ/FBI-3068069) geef ik aan dat deze maatregel is gebaseerd op structurele overschrijding van het huisartsenkader in 2009 en 2010, een overschrijding van het kader voor geïntegreerde eerstelijnszorg in 2010 en het niet realiseren van de taakstelling op doelmatig voorschrijven. Op basis van laatste cijfers CVZ heb ik u onlangs gemeld dat de overschrijding met 20 miljoen naar beneden is bijgesteld. Het betreft dus geen € 132 miljoen maar € 112 miljoen.

Vraag 4

Op welke wijze moet de volgende huisartsenmaatschap volgens u een bezuiniging van circa 60 000 euro realiseren, zonder dat dit leidt tot een vermindering van het personeelsbestand en erosie van de kwaliteit van de geboden huisartsenzorg?¹

Antwoord 4

Ik kan niet ingaan op een individuele casus zonder aannames te doen en te gissen naar de lokale omstandigheden. Zelfstandig gevestigde huisartsen zijn zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop zij de tariefskorting verwerken. Dit zal soms niet gemakkelijk zijn, maar ik ben van mening dat het mogelijk is om binnen de huidige financiële kaders een adequaat aanbod van huisartsenzorg te organiseren.

Vraag 5

Kunt u de risico's schetsen voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg in Nederland door de bezuiniging van 9% in 2012?

Antwoord 5

Ik ben van mening dat het budgettaire kader voor huisartsenzorg voldoende ruimte biedt om een kwalitatief goede en toegankelijk zorg te leveren. Er moet niet worden vergeten dat de uitgaven aan de huisartsenzorg in Nederland de afgelopen jaren explosief zijn gegroeid. Van € 1,1 miljard in 2000 naar € 2,2 miljard in 2010. Er is dus de afgelopen jaar genoeg geld bij gekomen om flink te investeren in de zorg. 2012 is een «pas op de plaats» waarin ik de overschrijdingen van 2009 en 2010 terughaal. Daarna biedt het kader ook weer ruimte voor groei. Juist hierover wil ik graag met de huisartsen verdere afspraken maken.

Vraag 6

Wat vindt u van het gegeven dat de ziekenhuiszorg, ondanks overschrijdingen, wel met ruim 2% mag groeien terwijl, ondanks uw uitgangspunt dat de eerste lijn moet worden versterkt en substitutie van de ziekenhuizen naar de huisartsen moet plaatsvinden om redenen van kwaliteit en doelmatigheid, op de huisartsenzorg 9% in 2012 wordt gekort?²

¹ Het betreft een huisartsenmaatschap van drie huisartsen die allen voor 0,8 fte werken met een praktijk van 7 037 patiënten in een achterstandsgebied. Zij hebben een huisarts in dienst van de huisarts voor 50%, een waarnemer voor 0,8 fte en ruim 5,1 fulltime arbeidsplaatsen aan doktersassistenten en praktijkondersteuners. Voor de huisarts blijft een verzamelinkomen van 66 239 euro inkomen per jaar over. Een praktijk die synoniem staat voor 2 500 huisartsen in loondienst dan wel huisartsen die niet gaan voor het grote geld maar de patiënt centraal stellen.

² Financieel beeld zorg. Rijksbegroting 2012. Pagina 187.

Antwoord 6

In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord dat ik met zorgaanbieders en zorgverzekeraars heb gesloten zijn afspraken gemaakt over een beheerste uitgavenontwikkeling in de periode van 2012 tot 2015. Het is voor het eerst dat alle veldpartijen zich hebben gecommitteerd aan een dergelijke afspraak die niets minder inhoudt dan het realiseren van een trendbreuk, inclusief een pakket aan concrete maatregelen om die tot uitvoering te brengen. Daarbij is in het akkoord overeengekomen dat zorgaanbieders en verzekeraars voor 2012 en verder maatregelen zullen nemen voor een bedrag van € 265 miljoen om overschrijdingen in 2010 te redresseren.

Het heeft mijn voorkeur om ook tot een dergelijk integraal akkoord te komen voor de huisartsensector. Ik heb onder andere de LHV ook uitgenodigd om hierover in gesprek te treden. Zoals ik eerder heb aangegeven is er de mogelijkheid om ook voor het huisartsenkader een groeipad te ontwikkelen. Ik wil echter wel duidelijke afspraken maken met de veldpartijen over wat er vervolgens van elkaar wordt verwacht.

Vraag 7

Vreest u niet dat door de bezuinigingen er meer patiënten naar de tweedelij n zullen worden verwezen? Zo neen, waarom niet?

Antwoord 7

Ik zou dat een betreurenswaardige ontwikkeling vinden, die mijn inziens niet nodig is. Er is de afgelopen jaren meer geld ter beschikking gekomen voor de huisartsenzorg en ook de komende jaren zal het financieel kader groeien. De huisartsen zijn echter zelf verantwoordelijk voor de wijze waarop zij de bezuiniging invullen. Ik begrijp dat dit niet gemakkelijk is, maar het lijkt mij onjuist om op basis van niet medisch inhoudelijke overwegingen patiënten sneller door te verwijzen naar de tweede lijn. De Nederlandse huisartsenzorg kenmerkt zich door beroepsbeoefenaren met een grote mate van autonomie, waarbij ook een grote verantwoordelijkheid hoort. Ze zijn verantwoordelijk voor de veiligheid en kwaliteit van de zorgverlening. Het vertrouwen van de patiënt, en ook van mij, in de Nederlandse huisartsenzorg is groot. Het sneller (niet noodzakelijk) doorverwijzen naar de tweede lijn, komt niet overeen met de verwachtingen die de patiënt heeft van zijn huisarts. Ik denk ook dat dit niet past bij de professionaliteit van de huisarts.

Vraag 8

Bent u bereid bij het onderzoek naar de inkomens van huisartsen ook te kijken naar de beloningssystematiek en of de toegenomen variabilisering en betaling per verrichting wel zo wenselijk is? Wilt u de voor- en nadelen van het abonnementensysteem passend bij de doorgaans langdurige relaties tussen de huisarts en de patiënt vergelijken met het huidige gemengde systeem?

Antwoord 8

Zoals aangekondigd in de brief «Zorg en ondersteuning in de buurt» zal ik nog dit jaar de NZa verzoeken om een uitvoeringstoets te doen naar de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg, en een advies te geven over het bekostigingssysteem. Daarbij komen de voor- en nadelen van zowel het abonnementstarief als het verrichtingentarief aan de orde.

Vraag 9

Bent u bereid de voorgenomen bezuiniging van 132 miljoen euro met 1 jaar uit te stellen nu er kennelijk onduidelijkheid bestaat over het daadwerkelijke gemiddelde inkomen van de huisarts in Nederland?

Antwoord 9

Ik zie geen dwingende reden om deze maatregel met een jaar uit te stellen, temeer omdat de korting niet is gebaseerd op de discussie over het inkomen van de huisarts (zie antwoord op vraag3).

Vraag 10

Wilt u deze vragen beantwoorden voor vrijdag 4 november 2011?

Antwoord 10
Ja.