

Vergaderjaar 2001–2002

28 008

Zorgnota 2002

Nr. 12

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 november 2001

Op 29 juni jl. zond ik u mijn standpunt in hoofdlijnen op het advies van de Commissie Tabaksblat (Commissie «Toekomstige financieringsstructuur huisartsenzorg») (27 401, nr. 66). Daarin heb ik u toegezegd een uitwerking hiervan te geven na afronding van het overleg met partijen en nader beraad in het kabinet. Met deze brief doe ik die toezegging gestand.

Het is van groot maatschappelijk belang de cruciale rol van de huisarts en de huisartsenzorg als spil in ons systeem van gezondheidszorg te handhaven en waar mogelijk te versterken. De commissie heeft dit belang onderkend en ik ben het daar van harte mee eens. Kernthema's in haar advies en ook in mijn voorgaande brief waren dan ook: de urgentie van het vraagstuk, het (toenemend) tekort aan huisartsen; de noodzaak van een andere organisatie van deze zorg; een passende regeling voor de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten); verheldering van verantwoordelijkheden en de noodzaak van een efficiënter en transparant financieringssysteem. Dit laatste vereist ook in de ogen van de commissie een scheiding van inkomen en praktijkkosten met de mogelijkheid van lokale differentiatie. Belangrijk daarbij is het opnieuw omschrijven van het takenpakket van de huisarts. Op deze punten zal hieronder nader worden ingegaan.

Maatschappelijke urgentie

Op verschillende plaatsen in ons land zijn de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg in het geding. Op lokaal niveau moeten passende antwoorden worden gevonden op de veranderende vraag naar zorg, de toegenomen mondigheid, maar ook de bewerkelijkheid van patiënten. Anderzijds moeten het vak zelf en de organisatie van de beroepsuitoefening meer flexibiliteit bieden, waardoor het voor beroepsbeoefenaren aantrekkelijk blijft.

Het is bij uitstek een overheidsverantwoordelijkheid de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg te blijven waarborgen. De modernisering van de huisartsenzorg en de daarbij in acht te nemen verdeling van verantwoordelijkheden vormen onderdeel van het beleid, zoals het kabinet dat heeft uiteen gezet in de beleidsbrief Modernisering curatieve zorg fase 2 (T.K. 23 619, nr. 18). Het advies van de Commissie Tabaksblat is hiermee in lijn en benadrukt de urgentie van deze modernisering. De maatregelen die de commissie voorstelt, hebben dan ook vooral als doel: de cruciale rol die de huisarts in de gezondheidszorg heeft, ook voor de toekomst, veilig te stellen door organisatorische en inhoudelijke vernieuwingen. De ervaringen van de afgelopen jaren hebben immers geleerd, dat gewenste ontwikkelingen worden afgeremd door de huidige wijze van financiering van deze zorg. De Commissie Tabaksblat heeft dat overtuigend geïllustreerd.

De afgelopen maanden is overleg gevoerd met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF), de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

Tekort aan huisartsen

Op dit moment is er sprake van een tekort aan huisartsen. Al diverse keren heb ik met de Kamer over dit capaciteitsprobleem gesproken. Dat tekort heeft twee kanten. In de eerste plaats gaat het om absolute tekorten. Het antwoord hierop is: meer huisartsen opleiden en toetredingsbelemmeringen wegnemen. Daaraan wordt op dit moment volop gewerkt. Ik verwijs daarvoor naar mijn Plan van aanpak uitbreiding capaciteit zorgverleners, dat ik op 12 november jl. naar de Kamer heb gestuurd (brief IBE-BO-2232427) en mijn brief over het opruimen van toetredingsbelemmeringen (brief d.d. 16 oktober jl. TK, 24 036, nr. 230).

In de tweede plaats heeft de Commissie Tabaksblat er terecht op gewezen dat er sprake is van een (gedeeltelijke) «mismatch» tussen behoefte en aanbod aan huisartsenzorg, onder erkenning van het feit dat extra huisartsen nodig zijn als «buffer» bij frictieproblemen.

Jongere huisartsen en artsen in opleiding hebben nauwelijks belangstelling voor een solistische praktijk, zoals deze tot voor kort nog vrij algemeen gebruikelijk was. Op dit moment staan dergelijke praktijken leeg, terwijl bijna zeshonderd huisartsen zich niet hebben gevestigd. In een aantal gebieden dreigt dan ook de situatie te ontstaan, dat patiënten geen nieuwe huisarts meer kunnen vinden zodra de eigen huisarts de praktijk opgeeft. Een aantal praktijkzoekende huisartsen vindt de aangeboden locatie en de aanwezige faciliteiten kennelijk niet of niet voldoende aantrekkelijk. Daarmee is de toegankelijkheid van de zorg in direct gevaar, een probleem dat zich vooral in de grote steden manifesteert en actie vereist.

Daar komt nog bij dat circa een derde deel van de huisartsen op dit moment 50 jaar of ouder is. Een toenemend aantal van hen overweegt de praktijk vervroegd neer te leggen, onder andere vanwege de werkdruk. Als zij daadwerkelijk daartoe overgaan, kan het tekort in de toekomst nog groter worden.

De huisarts handelt 90% van de gezondheidsklachten zelfstandig af. In situaties waarin patiënten geen beroep meer kunnen doen op de huisarts, zullen zij zich tot het ziekenhuis wenden. Dat is hiervoor niet toegerust. Ziekenhuishulp is bovendien aanzienlijk duurder dan huisartsenhulp.

Het delen van verantwoordelijkheid, de wens om samen te werken met andere eerstelijns zorgverleners en de wens te kunnen werken in deeltijd

(vooral bij het snel toenemend aantal vrouwelijke artsen) zijn alleen mogelijk in samenwerkingsverbanden.

De ontwikkeling in die richting gaat snel; op dit moment is al meer dan de helft van de huisartsen daarin werkzaam. Als het vak beoefend kan worden onder omstandigheden die aan de eisen van de beroepsbeoefenaren tegemoet komen, zal de belangstelling voor de huisartsenopleiding ongetwijfeld toenemen. Het stimuleren en faciliteren van deze ontwikkeling is dan ook een belangrijke doelstelling voor de eerstelijns gezondheidszorg.

Noodzaak van nieuwe structuren

Nieuwe structuren binnen de huisartsenpraktijk zijn bovendien noodzakelijk vanwege veranderingen in de zorg en het zorgaanbod zelf. Bijvoorbeeld voor de groeiende groep (oudere) patiënten met chronische aandoeningen als reuma of diabetes bieden groepspraktijken, in de vorm van een HOED (huisartsen onder een dak) en gezondheidscentra veel meer mogelijkheden voor adequate behandeling. Delen van de zorg voor chronische patiënten kunnen immers worden verricht door andere eerstelijns zorgverleners dan verpleegkundigen of fysiotherapeuten. Hetzelfde geldt voor de behandeling van patiënten afkomstig uit andere culturen. Groepspraktijken en gezondheidscentra zijn ook het antwoord op het huidige gebrek aan belangstelling voor (solistische) praktijken in met name achterstandswijken in de steden of in dunbevolkte gebieden. Ze bieden wellicht ook een oplossing voor de toenemende agressie in de praktijk. Ik hecht dus zeer aan samenwerking, zij het dat deze in overeenstemming moet zijn met de mededingingsregelgeving.

Samenwerking betekent niet alleen meer mogelijkheden tot differentiatie, maar kan ook leiden tot efficiency-winst. De grootschalige dienstenstructuren voor de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten), die op dit moment in snel tempo van de grond komen, zijn daarvan een voorbeeld. Grote groepen patiënten (100 000 en meer) zijn daardoor verzekerd van goede en efficiënte hulpverlening. De deelnemende huisartsen worden hierdoor grotendeels ontlast van een (te) inspannende taak, die de solistische huisarts naast zijn of haar gewone dagelijkse werk moet uitvoeren. Ook voor de oudere huisartsen kunnen deze nieuwe dienstenstructuren een verlichting van de werkdruk betekenen, waardoor zij het beroep langer kunnen blijven uitoefenen. In de praktijk zijn de dienstenstructuren zeer succesvol, zowel patiënten als huisartsen zijn tevreden. Overigens blijven er situaties bestaan waarin de solistische praktijkuitoefening de meest aangewezen vorm is.

Een flexibel zorgaanbod op lokaal niveau is alleen mogelijk als verzekeraars en eerstelijns zorgverleners daartoe niet alleen de nodige ruimte, maar ook de nodige middelen in handen krijgen. Op dit moment komen op veel plaatsen in het land eerstelijns samenwerkingsverbanden tot stand. De samenstelling ervan is vaak divers. Vaak zijn zij monodisciplinair van aard, maar regelmatig ook multidisciplinair. Bij de totstandkoming daarvan vervult de huisarts vaak een sleutelrol. Deze ontwikkelingen moeten ook materieel mogelijk worden gemaakt. Bij het opzetten van groepspraktijken voor eerstelijnsgezondheidszorg is bijvoorbeeld een goede huisvesting noodzakelijk. Voor veel huisartsen blijkt het heel moeilijk te zijn een geschikte locatie of financiering daarvoor te vinden. Voorts is facilitaire ondersteuning noodzakelijk. De adviezen van de Commissie Tabaksblad grijpen juist aan op dergelijke praktische punten.

De commissie geeft hiervoor de volgende «oplossingsrichtingen»:

- 1) De totstandkoming van een goede infrastructuur is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en verzekeraars, veelal in

- samenwerking met de betreffende gemeente. Het vinden van een goede locatie en het bieden van voorfinanciering bijvoorbeeld, zijn zaken die het beste door hen uitgevoerd kunnen worden en die ook hun belangen raken. Verzekeraars moeten immers garanderen dat de door hen verzekerde zorg ook daadwerkelijk beschikbaar is.
- 2) Zorgaanbieders en verzekeraars dienen de ruimte te hebben om groepspraktijken facilitair toe te rusten en te ondersteunen, zodat de huisarts zich kan concentreren op haar of zijn kerntaak, de directe patiëntenzorg. De praktische ondersteuning (automatisering, administratie, management, inkoop, huisvesting, werkgeverschap etc.) kan bij anderen worden ondergebracht.
 - 3) Het bieden van helderheid over de producten die de huisarts levert. Deze aanbeveling van de commissie sluit goed aan bij de producttyperingen, zoals die thans voor de bekostiging en organisatie van ziekenhuizen worden uitgewerkt. Gezien de groeiende samenwerking tussen eerste- en tweedelijns ligt deze aansluiting ook voor de hand. Het inkomen van de huisarts zelf kan worden berekend via een uurtarief, analoog met de berekening van het inkomen van medisch specialisten zoals deze thans wordt voorbereid. Dat betekent ook een meer bevredigende oplossing voor een reëel inkomen voor de huisarts: men krijgt loon naar werken. Bij een omslag naar vraagsturing is deze wijze van bekostiging de grondslag voor heldere onderhandelingen tussen verzekeraars en huisartsen.

De aanbevelingen van de commissie Tabaksblat passen goed in het lange termijn perspectief van het kabinet op de gezondheidszorg. De commissie Tabaksblat heeft zich vooral gericht op oplossingsrichtingen in een nieuw zorgstelsel, met een verplichte basisverzekering voor iedereen en met een regierol voor zorginkopende concurrerende verzekeraars. Verzekeraars onderhandelen op lokaal niveau met zorgaanbieders en bevorderen daarmee integraal de doelmatigheid in de zorgverlening. In de verdere vormgeving van de modernisering van de curatieve zorg, kan de uitwerking daarvan plaats vinden.

Gelet echter op een aantal knelpunten in de huisartsenzorg is het noodzakelijk dat nu reeds een aantal stappen worden gezet. Daarom zal onderstaand worden ingegaan op oplossingsrichtingen voor de bestaande knelpunten.

Omslag in de huisartsenzorg

Ik constateer dat inmiddels een ingrijpende omslag in de huisartsenzorg gaande is. Dat maakt veel nieuwe energie los. Ook voor traditioneel werkende huisartsen die wellicht moeite met de snelle veranderingen hebben, zijn er mogelijkheden de lasten van het vak aanzienlijk te verlichten, bijvoorbeeld via de structuur voor de reeds genoemde ANW-diensten. Deze dienstenstructuur, en het succes daarvan binnen betrekkelijk korte tijd, kan mijns inziens een nieuw kristallisatiepunt betekenen. Van daaruit kan gezocht worden naar verdere vernieuwing. Zo kan de producttypering voor huisartsen heel goed starten bij de dienstenstructuur. Daar wordt immers een aantal duidelijk omschreven producten geboden: een telefonische dienst die doorlopend ruim bezet is door ter zake kundige doktersassistenten en verpleegkundigen, onder supervisie van een huisarts, eerste hulp via de huisartsenpost, eventueel verbonden aan een ziekenhuis, en zo nodig een thuisvisite. Van daaruit kan de producttypering voor de eerste lijn verder worden uitgebreid.

Samenvattend:

- verzekeraars en eerstelijnszorgaanbieders onder wie de huisartsen krijgen de mogelijkheid om gezamenlijk de infrastructuur en de facilitaire ondersteuning te verwezenlijken;

- heldere producttyperingen zijn noodzakelijk en
- loon naar werken wordt het uitgangspunt voor de bepaling van het inkomen van de huisarts.

Samen met de capaciteitsmaatregelen, biedt dit de huisartsen mijn inziens een reëel en werkzaam toekomstperspectief.

Te nemen maatregelen

De maatregelen die ik heb genomen en nog zal nemen, betreffen – naast de extra opleidingsplaatsen – met name wijzigingen in de systematiek van de bekostiging van de huisartsenzorg. Ze passen in het besturingsconcept voor het tweede compartiment waarbij zorgverzekeraars gebudgetteerd en 100% risicodragend zijn en waarbij onderhandelingen op lokaal niveau plaatsvinden. Dit houdt onder andere in dat verzekeraars en (samenwerkingsverbanden van) aanbieders c.q. huisartsen bij hun onderhandelingen over de kosten het gehele domein waarover zij afspraken maken (dus ook t.a.v. het voorschrijfgedrag, gebruik van het EVS en verwijsgedrag) kunnen betrekken. Invoering van de maatregelen kan daarom macrobudgettair neutraal verlopen. Afspraken om in een bepaald geval hogere kosten in de huisartsenzorg te vergoeden kunnen door de verzekeraar immers elders worden gecompenseerd via afspraken die leiden tot kostenbesparingen op andere onderdelen. Overigens impliceert het vorenstaande uitdrukkelijk *niet* dat de professionele en onafhankelijke oordeelsvorming van de huisarts in het geding zou mogen of kunnen komen.

1. Scheiding van inkomen en praktijkkosten

Om deze ontwikkeling, waarin de regierol van de verzekeraar inhoud krijgt, te ondersteunen is het allereerst nodig, zoals ook de commissie Tabaksblat voorstelt, dat praktijkkosten en inkomen worden gescheiden. De transparantie en daarmee het zichtbaar maken van de reële onderhandelingsruimte tussen partijen worden daardoor sterk bevorderd. Ik heb dan ook op 8 november jl. bij brief (kenmerk Z/P-2222347) het CTG verzocht aan te geven hoe aan deze scheiding vorm kan worden gegeven.

2. Lokale differentiatie

De lokale partijen – huisartsen en verzekeraars – moeten beter in staat worden gesteld om maatwerk te leveren. Ik wil daarom met ingang van volgend jaar lokale differentiatie van kosten mogelijk maken. De invoering van lokale differentiatie betekent dat van geval tot geval de kosten kunnen stijgen of dalen, afhankelijk van de concrete situatie. Het totaal van de te maken afspraken zal echter op macro niveau budgettair neutraal moeten zijn. Ik wil de verzekeraars en de huisartsen dan ook uitdagen om op korte termijn met goed onderbouwde plannen te komen voor gedifferentieerde vergoedingen voor zowel de avond-, nacht- en weekenddiensten als voor de praktijkkosten. Deze voorstellen moeten zodanig worden vormgegeven dat ex ante aantoonbaar is dat op macro-niveau sprake is van budgettaire neutraliteit. ZN zal bovendien twee maal per jaar over de uitkomsten rapporteren op basis van lokale afspraken. Zoals ik hiervoor al heb aangegeven, zal het totaal van de te maken afspraken echter *voor de verzekeraars* budgettair neutraal moeten zijn. M.a.w. dit zal in ieder geval moeten vallen binnen het budget waarvoor hij risico draagt. Voor het onderdeel van de huisartsenzorg-sec behoeft dat dus *niet het geval te zijn*.

3. Facilitering van infrastructuur

Het realiseren van lokale differentiatie is een maatregel met effect op de korte termijn. Op den duur wordt het vraagstuk van een adequate en flexibele financiering van de infrastructuur opgelost door de verzekeraars in staat te stellen, de gewenste samenwerkingsverbanden buiten het ziekenhuis en de toerusting daarvan financieel te ondersteunen. Zo geven zij inhoud aan hun regierol.

De ervaring leert dat gestructureerde samenwerkingsvormen zonder dergelijke ondersteuning moeizaam ontstaan. Voor huisartsen kunnen samenwerkingsvormen juist een belangrijke werklastverlichting betekenen door de beheersfuncties van de huisarts over te nemen (automatisering, administratie, management, inkoop, huisvesting, werkgeverschap, etc.). De bestaande financiering van de eerstelijnszorg is, behoudens de subsidieregeling gezondheidscentra, gericht op het financieren en contracteren van zorgverleners als solisten. Om onderlinge samenwerking – zowel monodisciplinair als multidisciplinair – te stimuleren, wil ik een structurele financiering voor de infrastructuur voor alle gewenste samenwerkingsvormen in de eerste lijn realiseren (met inachtneming van de mededingingswetgeving). Zoals ik ook reeds in de Zorgnota 2001 heb opgemerkt, voldoet de huidige regeling daarvoor onvoldoende en zal deze door een nieuwe regeling op grond van de WTG worden vervangen. Daartoe heb ik op 20 november 2001 bij brief (kenmerk CSZ/EZ-2184087) het CTG gevraagd op de kortst mogelijke termijn aan te geven op welke wijze aan een dergelijke structurele regeling vorm gegeven kan worden. Ik heb daarbij aangegeven uit te gaan van een scheiding van inkomen en praktijkkosten. Het totaal van de door de deelnemers aan het samenwerkingsverband ingebrachte praktijkkosten geldt als basis voor de bekostiging van de infrastructurele kosten. Dit vindt uitsluitend plaats op basis van een praktijkplan waarin met het oog op de bevordering van doelmatigheid ook afspraken zijn opgenomen over het behandel-, voorschrijf- en verwijsgedrag. Met die regeling kunnen verzekeraars met in achtneming van hun totale financiële mogelijkheden samenwerkingsverbanden financieren en zo inhoud geven aan hun regierol. Ik verwacht dat hiermee partijen binnen de regio op maat en naar behoefte het zorgaanbod kunnen vormgeven. Het opstellen van deze praktijkplannen zal naar verwachting nog wel enige tijd in beslag nemen. Dat betekent in feite dat de effectuering in de loop van 2002 haar beslag zal krijgen. Ook voor dit onderdeel geldt de eerder genoemde eis van budgettaire neutraliteit.

Met betrekking tot door partijen aan te gane verplichtingen in de sfeer van kapitaallasten wil ik hen de mogelijkheid bieden gebruik te maken van de kennis van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) voor consultatie en advisering.

4. Producttypering

De commissie Tabaksblat heeft voorgesteld om binnen het inkomen een scheiding aan te brengen tussen een vaste component (als vergoeding voor de beschikbaarheid) en een variabele component. Ook de LHV heeft een dergelijke tariefopbouw bepleit en wel in de vorm van een gemengde uniforme structuur (gelijk voor ziekenfonds- en particulier verzekerden).

Het kabinet acht het thans nog te vroeg een definitieve keuze te maken voor een nieuw honoreringssysteem. Het is bovendien niet mogelijk om in de huidige particuliere ziektekostenverzekering een gemengde tariefstructuur op te leggen. In het toekomstige verzekeringsstelsel, zoals door het kabinet ontworpen, zal dit wel mogelijk zijn. Bovendien moet een nieuw honoreringssysteem volgens de Commissie Tabaksblat gebaseerd zijn op een nieuwe omschrijving van het takenpakket van de huisarts. Ik

verwijs hier naar hetgeen ik daarover in mijn brief van 29 juni jl. heb opgemerkt. Met de commissie ben ik van mening dat er op dit moment onvoldoende duidelijkheid bestaat over het takenpakket van de huisarts. Daarmee is ook de basis voor de tarifiering en financiering van het inkomen van de huisarts nog onhelder. Ook de beroepsgroep zelf is zich van deze onduidelijkheid rond het takenpakket bewust, getuige het project dat LHV en NHG momenteel uitvoeren om tot een geactualiseerde functie- en taakomschrijving van de huisarts te komen. Dit project kan een goede basis vormen voor de gewenste producttypering van de huisarts.

Met deze typering wil ik de lijn doortrekken die vorige jaar bij de medisch specialisten is ingezet. Een goede producttypering voor de huisarts is een goed uitgangspunt voor de vormgeving van het principe «loon naar werken» en kan een basis vormen voor de toekomstige wijze van inkomensverwerving door de huisarts. Ze vormt eveneens een goed uitgangspunt voor de contractering door de verzekeraar en voor taakdelegatie en specialisatie binnen samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. De samenhang met de producttypering van de ziekenhuiszorg (DBC) vormt een belangrijk punt van aandacht vanwege de groeiende samenhang en integratie van het werk van de huisarts en de specialist en, meer algemeen, van extramurale en intramurale zorg. Gelet op de discussie binnen de beroepsgroep over de inkomenspositie zullen met voorrang de producten die door de dienstenstructuren worden geleverd, worden getypeerd.

Vanwege deze samenhang zal ik, vooruitlopend op de omschrijving van het takenpakket, de mogelijkheid van een normatief uurloon voor de huisarts door het CTG laten onderzoeken. Zodra aan de voorwaarden van een goede producttypering en een normatief uurtarief is voldaan, kan vervolgens een hernieuwd honoreringssysteem voor de huisarts vorm krijgen. Verzekeraars behouden daarbij de mogelijkheid om de huisarts te contracteren voor het bieden van huisartsenhulp aan een omschreven populatie voor een afgesproken honorarium. De opvattingen die de Commissie Tabaksblad daarover in haar advies heeft neergelegd, neem ik daarbij als uitgangspunt.

Binnen het programma Modernisering Curatieve Zorg (MCZ) wordt onder andere een systematische typering van alle producten en diensten van de zorgaanbieders in de eerste lijn uitgevoerd. Daarbij wil ik voorrang geven aan die voor huisartsen. Over de aanpak wil ik op korte termijn met LHV en ZN tot bestuurlijke afspraken komen ten einde zo spoedig mogelijk hiermee te kunnen starten. Ook het NHG en de NPCF zal ik bij de producttypering betrekken.

5. Avond-, nacht- en weekenddiensten

Inmiddels is met terugwerkende kracht tot 1 juli 2001 de eerder aangekondigde algemene maatregel van bestuur van kracht geworden die de huisartsendiensten aanwijst als aparte organen op grond van de WTG. Deze amvb maakt het mogelijk tarieven vast te stellen voor de praktijkkosten die door de avond-, nacht- en weekenddiensten kunnen worden gedeclareerd. Het betreft tarieven die tot stand komen in onderhandeling tussen de zorgverzekeraar en de dienstenstructuur, zodat met individuele verschillen in regionaal gemaakte afspraken rekening kan worden gehouden. Het CTG stelt deze tarieven – uiteraard rekening houdend met wat redelijk is – vast. Omdat deze systematiek vooruitloopt op de regierol van de verzekeraars, zal het kabinet de gang van zaken en de uitkomst volgen.

6. Rol van gemeenten

Ook voor de gemeenten is een belangrijke rol weggelegd bij het realiseren van een goede infrastructuur voor de eerstelijnszorg. Zij hebben diverse instrumenten om de lokale partijen te ondersteunen bij het oplossen van de problemen die er in deze zorg, waaronder de huisartsenzorg, op dit moment zijn. Ik denk hier aan instrumenten op het gebied van ruimtelijke ordening, grondbeleid, huisvesting, parkeerbeleid, vergunningenbeleid, coördinatie en op het gebied van subsidiëring. De gemeenten zijn zich steeds meer bewust van de problematiek in de eerstelijnszorg. Binnen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) is hierover op dit moment volop discussie gaande, teneinde de gemeenten bij hun beleid te kunnen adviseren. Dit zal binnenkort uitmonden in adviezen en suggesties van die zijde aan de gemeenten om de beoogde ontwikkelingen te faciliteren.

7. Urgentie

Ik wil zo snel mogelijk resultaten boeken bij het concreet oplossen van de urgente problemen waarmee de huisartsen zich geconfronteerd zien. Ook wil ik voorkomen dat in elke regio partijen ieder voor zich proberen «het wiel opnieuw uit te vinden», waardoor nodeloos tijd verloren gaat. Dit vraagt om uitwisseling van opgedane ervaringen van regio's. In mijn opdracht gaat daarom een «Taskforce knelpunten huisartsenzorg» aan de slag om in gebieden waar zich concrete knelpunten voordoen de betrokken partijen bij te staan in het vinden van oplossingen en het uitwisselen van ervaringen. Allereerst denk ik hierbij aan de grote steden. Bij de werkzaamheden van de Taskforce zal ik uiteraard de andere partijen betrekken.

Het kabinet vertrouwt erop dat met dit samenstel van concrete maatregelen een deugdelijke grondslag wordt gelegd voor het behoud en de versterking van de huisarts als gezonde spil in de zorg.

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