

Verslag ronde tafelconferentie over de brief Kwaliteit loont.

Blok III: Eerste lijn (13.00 – 14.20 uur)

- 1. De heer W. van den Berg (Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen);**
- 2. Mevrouw E. Kalsbeek (LHV);**
- 3. Mevrouw L. Rentes (KNOV);**
- 4. De heer H. Kamsma (LVVP);**
- 5. De heer H. van Eck (Nederlands Instituut van Psychologen)**
- 6. Mevrouw K. Bouten (KNGF);**
- 7. De heer C. Lemke (GGNet);**
- 8. De heer J. de Wildt (De Eerstelijns).**

De **voorzitter**: Ik heet u allen welkom. Het is fijn dat u de position paper hebt verstuurd. Ik stel u allemaal in de gelegenheid om in drie minuten -- ik probeer de tijd streng te bewaken -- een strakke toelichting te geven op uw position paper of een heel nieuw punt te maken.

Vervolgens kan de Kamer u vragen stellen.

Het woord is als eerste aan de heer Van den Berg van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen.

De heer **Van den Berg**: Voorzitter. Dank voor uw uitnodiging. In de notitie Kwaliteit loont gaat de minister uit van een aantal vooronderstellingen waarvan wij als Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen de juistheid betwijfelen. Om te beginnen wijs ik op de ongenueanceerde wetmatigheid dat meer kwaliteit er automatisch toe leidt dat zorg goedkoper wordt. Dan ben ik meteen bij het belangrijkste uitgangspunt. Natuurlijk zijn er praktijkvoorbeelden te geven waarin een kwaliteitsslag tevens leidt tot afname van de kosten. Die praktijkvoorbeelden zullen de minister hebben geïnspireerd. Maar om dit te bewerkstelligen, moet er wel aan een aantal specifieke randvoorwaarden zijn voldaan. In het algemeen geldt dat het niet anders is dan in de constructieve sector: voor meer kwaliteit moet dieper in de buidel worden getast.

De maatregelen die de minister voorstelt voor het verhogen van de kwaliteit -- dan doel ik met name op bladzijden 5 en 6 -- zijn het stellen van kwaliteitseisen en het verhogen van toezicht en controle, waarbij de focus met name is gericht op de ggz. Naar ons idee betreft dit nu juist geen garantie van kwaliteit, omdat het hier om een sector, een deelgebied van de gezondheidszorg, gaat waarin kwaliteit vooral een ervaringsgegeven is. Dat ervaringsgegeven speelt bovendien een belangrijke rol in het effect van de behandeling. Wel zijn wij van mening dat de maatregel die de minister voorstelt om in de contracten meer

ruimte te geven aan innovatieve afspraken en deze bovendien voor meerdere jaren vast te leggen, kan worden gezien als een bijdrage aan het verbeteren van de kwaliteit. Het geeft immers innovatieve en creatieve professionals de ruimte om vernieuwende concepten te toetsen.

Een andere vooronderstelling van de minister is dat de kwaliteit toeneemt als je zorgverzekeraars meer ruimte geeft om selectief in te kopen. De onrust onder de huisartsen die het manifest Het Roer Moet Om hebben getekend, maakt duidelijk dat het inkoopbeleid van verzekeraars aanleiding geeft tot een demotiverende regeldruk en een enorme administratieve overlast. In de huisartsgeneeskunde, het gebied waar ik mij van nature het beste thuis voel, zien we dat innovaties en kwaliteitsimpulsen vooral voortkomen uit de intrinsieke motivatie van huisartsen en dat die niet geadresseerd kunnen worden aan het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Het lijkt dan ook een logische keuze om in te zetten op de ondersteuning van dit soort processen.

Het reguleren van de zorgmarkt wordt met het jaar ingewikkelder. De zorg is daarmee een moeilijk bestuurbaar vehikel geworden. Ieder jaar worden er nieuwe regulatiemechanismen ingebouwd. We hebben vanmorgen ook weer dingen gehoord over de verevening. Zo zijn er inmiddels honderden knoppen waaraan kan, maar ook moet worden gedraaid om die markt enigszins te laten functioneren. Met de nota Kwaliteit loont worden opnieuw een aantal knoppen aan dat systeem toegevoegd. Wij zijn daar geen voorstander van. Als alternatief stellen wij in onze position paper voor om de bezuiniging te zoeken in het vereenvoudigen van procedures en het beperken van de administratieve overlast. Dit kan met name worden gerealiseerd door de tarieven van veel zorgprestaties te reguleren, waardoor er weinig of geen onderhandelingen meer nodig zijn. Door bovendien de kwaliteitsborging in eerste instantie onder te brengen bij de beroepsgroep -- denk aan intercollegiale toetsing en registratie-eisen -- kan er op enorm worden bezuinigd op de controle. Dat vraagt om vertrouwen, en dat is nu net wat deze nota weinig uitstraalt.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Kalsbeek van de LHV.

Mevrouw **Kalsbeek**: Voorzitter. Ik zal proberen om de turbo niet al te zeer aan te zetten. De brief Kwaliteit loont is een reactie op het sneuvelen van artikel 13 in de Eerste Kamer. Nu moet de minister op een andere manier proberen om haar bezuinigingen te halen of binnen haar kader te blijven. Zij doet daarvoor een aantal voorstellen. Een van die voorstellen komt erop neer dat de minister heel veel verwacht van de naturapolis. Het kleine lelijke broertje daarvan is de budgetpolis. Het wrange is dat die budgetpolis evenzeer de artsenuitkiezing beperkt voor patiënten. Zij kunnen niet zelf een arts uitkiezen, maar moeten het doen met de arts van wie de zorgverzekeraar in de budgetpolis heeft vastgelegd dat die patiënten door

hem kunnen worden behandeld. Het is dus een beetje een mal resultaat. Terwijl het de bedoeling was om de vrije artsenkeuze maximaal open te houden, zet de minister nu een remedie in, namelijk de budgetpolis, die de artsenkeuze beperkt. Dit geldt overigens ook voor de naturapolis, maar voor de budgetpolis geldt het nog sterker.

Ik heb u net een brief gegeven over de budgetpolis. Het volgende is toch een beetje merkwaardig. De minister herhaalt in de brief telkenmale dat bij de naturapolis wordt ingekocht op kwaliteit. We weten echter allemaal dat de restitutiepolis duurder is. Wordt er bij de restitutiepolis dan niet ingekocht op kwaliteit? Dat lijkt mij toch een beetje mal. Hoe duurder je polis, hoe minder zekerheid je dus hebt dat de verzekeraar kijkt naar kwaliteit. Dat is een heel merkwaardige discrepantie. Ik denk dat het de moeite waard is, ook voor de Kamer, al is het een verzekeringsding, om daar heel kritische vragen over te stellen. De minister zegt dat kwaliteit tot meer doelmatigheid zou leiden. De heer Van den Berg wees er ook al op. Kwaliteit kan tot meer doelmatigheid leiden, maar dat hoeft natuurlijk niet, temeer omdat helemaal niet duidelijk is wat kwaliteit is. Dat geldt a fortiori in de huisartsenzorg. Je kunt zeggen dat een operatie in een bepaald ziekenhuis zoveel meer heroperaties vergt en in een ander ziekenhuis zoveel minder. Maar bij de huisartsenzorg, die continu generalistisch en laagdrempelig is, is dat veel moeilijker vast te stellen. Ik denk dat het hierbij enigszins gaat om fictie. We moeten daar eerlijk over zijn. Ik vrees dat de verzekeraars het ook niet goed weten en daarom in hoge mate niet op kwaliteit, maar op prijs inkopen. Een voorbeeld daarvan betreft de Daniel den Hoed kliniek. Uiteraard behoort die niet tot de eerste lijn. Daar kun je veel van zeggen, maar deze kliniek levert wel kwaliteit. Sommige zorgverzekeraars hebben daar echter geen zorg ingekocht.

Ik kom te spreken over de marktmacht. Het is heel positief dat de minister onderkent dat er sprake is van een probleem en dat zij een aantal stappen zet in de goede richting. De vraag is wel of het voldoende is. De meest wezenlijke vraag is natuurlijk of mededinging en marktwerking geen mechanismen met zich meebrengen die ten principale strijdig zijn met huisartsenzorg. Voor een deel van de overige eerstelijnszorg geldt het ook, maar voor huisartsenzorg geldt bij uitstek dat mededinging en marktwerking niet verbinden. Bij marktwerking wil je de klant laten kiezen tussen het aanbod aan bijvoorbeeld televisies of auto's, maar dat is nou net wat je bij huisartsenzorg niet wilt. Je wilt dat mensen een continue relatie aangaan met hun huisarts. Als iemand al verandert van huisarts, doet hij dat niet vanwege het geld, want dat speelt totaal geen rol. Welke polis je ook hebt, een huisarts heb je altijd. Die persoon verandert dus om een andere reden van huisarts. Het is dus totaal indifferent als het gaat om de prijs. Dat zorgt ervoor dat marktwerking en mededinging in de eerste lijn een heel moeizaam punt is. Het staat ook allerlei zaken in de weg. Denk aan samenwerking. Ik heb begrepen dat vanmorgen de zorgverzekeraars ...

De **voorzitter**: Wilt u langzaam gaan afronden, want u bent al ruim over de tijd heen.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik heb nog drie zinnen.

De **voorzitter**: Perfect.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik heb gehoord dat vanmorgen zorgverzekeraars hebben gezegd dat er veel meer kan dan huisartsen denken. Ik hoor dat overigens ook van anderen. Maar u moet zich goed realiseren dat de huisartsenbranche een stevig trauma heeft opgelopen door de enorme ACM-boete. Er is een grijs gebied waarvan weleens wordt gezegd dat je er wel in mag, terwijl de artsen denken: ammehoela, ik kan geen dure advocaat betalen en ik ga het risico gewoon niet nemen. Zolang dat grijze gebied bestaat, blijven er dus heel veel samenwerkingsinitiatieven en innovatieve initiatieven steken, nog ver voordat ze überhaupt een zorgverzekeraar bereiken. Ik denk dat het hard nodig is dat de regelgeving op dit punt wordt aangepast.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Rentes van de KNOV.

Mevrouw **Rentes**: Voorzitter. Hartelijk dank voor de uitnodiging om hier over de kwaliteit van leven -- denk aan wat we vanmorgen gehoord hebben van de cliëntenorganisaties -- van gedachten te wisselen. Ik spreek namens ruim 3.000 verloskundigen in Nederland. Zelf ben ik bijna 25 jaar verloskundige. Al 25 jaar maak ik deel uit van de meest emotionele gebeurtenis in een mensenleven, namelijk het krijgen van een kind. De geboorte van een kind is iets natuurlijks. Het is volkomen normaal. Bijna elk mens krijgt ermee te maken. Verloskundigen leveren een essentiële bijdrage aan een gezonde zwangerschap en de start van het leven. Zij staan voor een gezond verloop van de periode rondom de zwangerschap en bevalling, waarbij moeder en kind vanuit het oogpunt van gezondheid benaderd worden in plaats van vanuit het oogpunt van mogelijke risico's. De impact van de verloskundige zorg is groot. Er wordt hoogwaardige zorg op een doelmatige manier geleverd, dicht bij de cliënt en tegen lage kosten. De Nederlandse situatie is daarin uniek. Dankzij de verloskundige zorg in de eerste lijn kunnen moeders kiezen of zij thuis bevallen, in een geboortecentrum of in een ziekenhuis. Technologische ontwikkelingen als echo's maken het nu al mogelijk om de gezondheid van cliënten beter en langer te monitoren, maar er liggen nog veel meer kansen. Daarom vraag ik de Kamerleden om technologie zoals ctg (cardiotocografie) nog meer beschikbaar te stellen voor de eerste lijn.

Vanmorgen bepleitte Diabetesvereniging Nederland ook al thuismonitoring voor patiënten, omdat dat een groot goed is om kwaliteit van leven mogelijk te maken. Ik denk dat het ook in

de eerstelijns verloskundige zorg een grote toevoeging is als met name de gezondheid langer wordt gemonitord. Dat scheelt doorverwijzen en daarmee hoge zorgkosten. Het woordje "doorverwijzen" noemde ik al. Ik zit hier tussen mijn collega's van de eerste lijn. Samenwerking met eerstelijnscollega's zorgt ervoor dat de zwangere dichtbij en tegen lage kosten zorg krijgt.

Zoals u weet, werken wij ook heel goed samen met de tweede lijn. Dat is de unieke positie van de verloskundigen in Nederland. Wij werken heel veel samen met klinisch verloskundigen in de tweede lijn, maar ook met gynaecologen, kinderartsen en kraamverpleegkundigen. Wat dat betreft hebben wij een unieke positie. Zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn is de samenwerking heel sterk. In die samenwerking is het uitgangspunt van de KNOV dat we de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste zorgverlener moeten laten verlenen. Met andere woorden: verloskundige zorg als het kan en specialistische zorg als het moet.

Overigens maken we ons zorgen over de toenemende medicalisering door protocollering, waardoor de kosten onnodig hoog worden en de kwaliteit van zorg niet toeneemt. Er is veel onderzoek dat dit bevestigt. De geboortezorg gaat daarmee in tegen een landelijke trend van verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn. De uitdaging is wat ons betreft de kwaliteit van zorg te verbeteren tegen gelijkblijvende kosten. Een recent onderzoek toont aan dat er kansen voor zijn in de geboortezorg. Wij gaan graag op korte termijn met de Kamer en partners uit de verloskundige keten om de tafel zitten.

De geboorte van een kind ...

De **voorzitter**: Ik moet als voorzitter een beetje streng zijn. Ook u bent al ruim over de tijd heen. Kunt u uw laatste punt kort en krachtig maken? Dan is er ook nog voldoende tijd voor de andere mensen aan tafel.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ja. De geboorte van een kind is een bijzondere en natuurlijke gebeurtenis in het leven. Dat moet het wat ons betreft ook blijven.

De **voorzitter**: Dat is een prachtige afsluiting.
Het woord is aan de heer Kamsma van de LVVP.

De heer **Kamsma**: Voorzitter. Namens de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP) dank ik u voor de uitnodiging.

De minister stelt in haar brief Kwaliteit loont dat contractering door zorgverzekeraars de kwaliteit moet borgen. Zij stelt daarmee feitelijk dat inkoop loont. De minister denkt volgens ons vanuit de financiering, de regulering, de overheid en de zorgverzekeraar. Zij denkt echter

veel minder vanuit de patiënt en al helemaal niet vanuit de zorgaanbieder. De rol van de patiënt wordt geacht versterkt te worden door meer inspraak in het beleid van de zorgverzekeraars, maar de vraag van de verzekerde naar een goede zorgverzekering is echt een andere vraag dan de vraag van een patiënt naar goede zorg.

Vrijgevestigde zorgaanbieders in de ggz bieden gecontracteerd en ongecontracteerd goede zorg. De beroepsgroep pleit ervoor om de kwaliteitsparagraaf aan de beroepsgroep te laten. Terecht worden daar transparantie-eisen aan gesteld. Het is volgens ons echter onterecht dat over de ggz steeds weer wordt beweerd dat de kwaliteit onvoldoende wordt aangetoond. Het is ook onterecht om te denken dat dit opgelost kan worden door strakkere zorgpaden en meer regulering. De vrijgevestigde ggz stelt daar zelf tegenover, door middel van de ontwikkeling van richtlijnen, registratie en herregistratie, visitatie, intervisie, Routine Outcome Monitoring (ROM), e-health en sturing op het functioneren de kwaliteit te bevorderen en inzichtelijk te maken. In onze position paper leggen wij dat verder uit.

Goede zorg is in onze optiek georganiseerd rondom de patiënt en wordt in samenhang en waar nodig in samenwerking geboden, maar dit kan alleen als de drempels, die bijvoorbeeld volgen uit de Mededingingswet, om intra- en interdisciplinair af te stemmen komen te vervallen. Alleen dan kunnen zorgaanbieders in samenhang een zorgaanbod doen. Vooral voor vrijgevestigden, zoals veel huisartsen, fysiotherapeuten en psychologen, is dit van groot belang. Neem daarbij, zeker voor de eerstelijnszorg, lokaal maatwerk als uitgangspunt, en niet een van bovenaf opgelegd organisatie-model.

Voor de ggz geldt dat de minister heeft gezegd dat zij het bestuurlijk akkoord als opgezegd beschouwt. Het is onduidelijk welke maatregelen zij verder wil nemen. Het is al helemaal onduidelijk hoe die moeten worden geïmplementeerd. De zorgaanbieders worden er nauwelijks bij betrokken. Intussen zien we in het veld de problemen opstapelen. De regeldruk neemt dermate toe dat die de kwaliteit van zorg juist gaat bedreigen. Zorg blijft mensenwerk en de hoeveelheid tijd, energie en aandacht kan maar één keer worden uitgegeven. Zorg die de stoornis en niet de patiënt als uitgangspunt neemt, strakke regels over productmixen en de generalistische basis-ggz en rigide omzetplafonds bedreigen de toegankelijkheid en de continuering van zorg. De vrijgevestigde ggz komt meer en meer in een dwangbuis, een handelwijze die binnen de ggz al jaren is afgeschaft.

De **voorzitter**: Fantastisch. Uw inbreng was bijna helemaal binnen de tijd.

Het woord is aan de heer Van Eck van het Nederlands Instituut van Psychologen.

De heer **Van Eck**: Voorzitter. Dank u voor de uitnodiging voor dit rondetafelgesprek. Ik wil binnen de gestelde tijd een korte toelichting geven op onze position paper.

Ik begin met te stellen dat de brief Kwaliteit loont van de minister veel nieuwe kansen en perspectieven biedt. Ik wil echter ook stellen dat de eerstelijnszorg, zoals de huisartsenzorg en de POH-ggz, essentieel is. Wij vinden het goed om deze contacten te versterken en te verbeteren. De drie punten die ik wil maken, betreffen kwaliteit, relatie en regeldruk.

Het eerste punt betreft de kwaliteit. Mijn collega zei het net al en vanmorgen is het ook ter sprake gekomen: de beroepsverenigingen werken hard voor kwaliteit, ook al lijkt het alsof de beroepsverenigingen er helemaal niets aan doen. Ik wijs u erop dat het veld van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen zich sinds deze week verenigd hebben in een federatie waarin wetenschap en praktijk bij elkaar worden gebracht met in totaal zo'n 25.000 collega's. Zij kijken allemaal heel goed naar de kwaliteit van zorg, door ROM te omarmen en verder uit te werken, door intervisie en door nascholing. Daarbij is de beroepscode waaraan alle leden zich verbinden een heel belangrijk punt.

Het tweede punt betreft de relatie. Ook de relatie is vandaag al meerdere keren ter sprake gekomen. De relatie tussen zorgaanbieder en patiënt en cliënt is van essentieel belang. Dat is echter niet altijd meetbaar. Kwaliteit van leven is genoemd. Hoe meten we dat? Ik geef het u te doen. Wij kunnen dat niet een-twee-drie. Wij kunnen de cliënt wel vragen: hoe gaat het met je; wat vind je?

De transparantie is in feite mijn derde punt. Het punt van de transparantie, die wij graag willen bieden voor verzekeraars en uiteraard ook voor patiënt en cliënt, baart ons grote zorgen, aangezien wij gebukt gaan onder de informatiehonger van de verzekeraars. Data zijn nog geen informatie. Als je kijkt naar wat behandelaars in hun spreekkamer moeten opleveren, dan moet je constateren dat dit echt ten koste gaat van de relatie met de patiënt. De verhoudingen zijn helemaal scheef. Uiteraard blijft transparantie van groot belang. Wij geloven in het herstel van vertrouwen in aanbieders, in verzekeraars en uiteraard ook in de overheid. Dat kan met duidelijke kaders en met voldoende speelruimte voor verzekeraars en zorgaanbieders.

De richting is goed, maar de weg die we samen moeten gaan voor we ons doel hebben bereikt, is lang. Dat doel is: het bieden van gepaste zorg van goede kwaliteit op de juiste plaats voor een grotere groep mensen met vaak complexere problemen, zonder dat de kosten uit de pas lopen. Dat kan alleen door met elkaar in gesprek te blijven en niet eenzijdig het akkoord op te zeggen. Ik dank u voor uw aandacht.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Bouten van het KNGF.

Mevrouw **Bouten**: Voorzitter. Dank voor uw uitnodiging voor dit rondetafelgesprek. Ik ben hier inderdaad als bestuurslid van het KNGF. De afgelopen 30 jaar had ik zelf een praktijk als fysiotherapeut.

Tot mijn spijt moet ik concluderen dat het plan Kwaliteit loont niet bijdraagt aan een verbetering van de toegankelijkheid, de kwaliteit, de betaalbaarheid en de transparantie van de zorg. Het plan gaat voorbij aan de belemmeringen die voortkomen uit de financiering en de bekostiging van de zorg. Ik noem wat voorbeelden. Substitutie en stepped care komen niet van de grond omdat er op dit punt geen financiële prikkel bestaat voor ziekenhuizen en patiënten, integendeel zelfs. Bij claudicatio, in de volksmond "etalagebenen", kost een operatie in het ziekenhuis ongeveer €7.000, terwijl looptraining begeleid door een fysiotherapeut ongeveer €700 kost. In veel gevallen heeft looptraining hetzelfde resultaat als een operatie. Voor de patiënt is er echter geen prikkel om voor fysiotherapie te kiezen, integendeel. De behandeling door de fysiotherapeut wordt niet vergoed maar de operatie wel. Voor de chirurg is het ook aantrekkelijker om te opereren. Het vraagt meer tijd om een patiënt te motiveren eerst een paar maanden te oefenen dan om hem direct op een operatielijst te zetten. Een operatie is financieel ook nog eens aantrekkelijker voor de chirurg.

Van samenwerking in multidisciplinaire teams verwachten alle partijen een verbetering van de kwaliteit, en terecht. Dat vraagt echter om een andere wijze van bekostiging. Ook dit licht ik toe. Samenwerking in multidisciplinaire teams vraagt overleg en dus tijd. Een fysiotherapeut kan echter alleen behandelingen declareren bij een verzekeraar, en dan ook nog alleen wanneer iemand aanvullend verzekerd is. Als je een multidisciplinair team hebt van alle partijen die je belangrijk vindt in de eerste lijn -- daar is de fysiotherapeut er zeker een van -- is er voor al die hulpverleners een betaaltitel, met uitzondering van de fysiotherapeut.

Over de verzekeraar en zijn rol bij de kwaliteit heeft het KNGF de afgelopen jaren al heel veel gezegd. Het oerwoud aan polissen dat het voor de consument onmogelijk maakt om een echte keuze te maken, is vandaag al een aantal keren genoemd. Er is geen level playing field in de onderhandelingen, er vindt geen inkoop op kwaliteit plaats en er is geen verantwoorde vergoeding voor fysiotherapie. Dat betekent dat de beoogde positieve effecten van marktwerking geheel afwezig zijn.

De verzekeraars bezorgen ons wel wat anders, namelijk een enorme bureaucratie. Om dat voor u duidelijk te maken, heb ik de stapel contracten meegenomen die één fysiotherapeut elk jaar voorgelegd krijgt. Voor de duidelijkheid: de bovenste map is één contract. Het dikste contract is van de grootste verzekeraar. Misschien hangt dat met elkaar samen. Deze contracten zijn niet onderhandelbaar. Dat is op zich prettig; dan hoef je ze niet te lezen. Je moet toch tekenen bij het kruisje of je moet ze niet accepteren. Werken zonder contract is voor de meeste zorgverleners echter niet haalbaar. Als KNGF begrijpen we echt wel dat verzekeraars niet met individuele zorgverleners kunnen onderhandelen. De enige oplossing die wij als KNGF zien, is dat de eerste lijn wordt vrijgesteld van de beperkingen van de

Mededingingswet, zoals mevrouw Kalsbeek ook al aangaf, zodat wij als KNGF namens de beroepsbeoefenaars kunnen optreden. Dan kunnen er zinvolle onderhandelingen ontstaan tussen gelijkwaardige gesprekspartners over kwaliteit en innovatie en over de voorwaarden die daarvoor nodig zijn.

De **voorzitter**: Dank u wel.

Mevrouw **Bouten**: Ik ben bijna klaar.

De **voorzitter**: Sorry, ik dacht dat u al klaar was.

Mevrouw **Bouten**: Nee. Ter geruststelling: het KNGF is inmiddels zelf aan het werk met kwaliteit en transparantie. Wij werken met ons Masterplan Kwaliteit in Beweging aan transparantie, het borgen van kwaliteit en het terugdringen van administratieve lasten voor de fysiotherapeut. Op dit plan hebben we positieve reacties gekregen van zorgverzekeraars, Patiëntenfederatie NPCF en de SKMZ.

Tot slot: het kabinet hecht belang aan vitale burgers, participatie, langer werken en thuis blijven wonen. Bewegen en in beweging blijven is hierbij van groot belang. De fysiotherapeut kan bij uitstek ...

De **voorzitter**: Nee, mevrouw Bouten. Ik moet een beetje streng zijn, want de rest moet het ook allemaal in drie minuten doen. U zit al op vierenhalve minuut.

Mevrouw **Bouten**: Sorry. Het enige punt dat ik nog wil maken, is: als wij onze rol in de eerste lijn moeten nemen dan moeten we een basisvoorziening worden zonder eigen risico, en dat zijn we nu niet.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik doe niets af aan uw betoog, maar ik probeer de tijd in de gaten te houden.

Mevrouw **Bouten**: Ik snap het.

De **voorzitter**: Oké. Het woord is aan de heer Lemke van GGNet.

De heer **Lemke**: Voorzitter. De titel van de position paper die ik u heb toegestuurd, luidt: Dring chroniciteit in de ggz terug door een nieuwe visie op de eerste lijn. De onderliggende gedachte daarvan is: hoe het stelsel er ook uitziet, welke tekortkomingen het ook heeft en

hoe het systeem ook is, als er geen duidelijke richting en focus is in wat daarbinnen gebeurt, mag je er ook nooit veel van verwachten. Ik zeg niet dat er niets van dit stelsel mag worden verwacht. Ik zeg alleen dat het nodig is om op een aantal punten een krachtige visie te ontwikkelen.

De afgelopen jaren is de POH (praktijkondersteuner huisarts) in de praktijk opgebouwd. Dat heeft een enorme dekkingsgraad. Bij zo'n 70% van de huisartsen in Nederland is er inmiddels een POH. Daarnaast is in de afgelopen twee jaar de basis-ggz ontwikkeld. Dat bij elkaar opgeteld, maakt dat voor mensen met lichte en matig ernstige klachten de toegankelijkheid enorm is verhoogd. Er is ook een heel groot volume ontstaan voor deze doelgroep. Tegelijkertijd is via een kruip-door-sluip-doorroute de preventie afgebouwd. Die is ongeveer gehalveerd ten opzichte van een paar jaar geleden. De eerste lijn op zich heeft misschien als doel om bereikbare zorg dichtbij, rondom de huisarts, te organiseren voor mensen met wat lichtere klachten. De grote kwestie als het gaat over Kwaliteit loont is echter: wat kost nou wat in de ggz? Er is een kleinere groep patiënten in de ggz met een ernstige psychische aandoening (EPA). Dat zijn zo'n 280.000 mensen in Nederland met blijvende klachten. Deze mensen veroorzaken zo'n 60% van de kosten in de ggz. Als er niet een heel duidelijke focus komt in de eerste lijn op deze doelgroep, waarbij het gaat om de vraag wat je moet doen om al heel vroeg te signaleren wie er risico loopt op een toekomstige chronische "carrière" en wat je daaraan kunt doen, dan zal er de komende jaren ook weinig aan veranderen.

Om een beetje gevoel daarbij te krijgen, wil ik een paar belangrijke determinanten noemen als het gaat om de vraag: wat zorgt er nou voor dat mensen chronisch patiënt worden? Het is geen complete lijst. Ik leg deze bal op de stip en ik vraag de vaste Kamercommissie of zij wil helpen om een voorzet te maken voor de minister van VWS om werk te maken van een krachtige visie op het terugdringen van chroniciteit in de ggz, te beginnen in de eerste lijn. Ik noem een paar determinanten en aan het einde van mijn betoog zal ik zeggen dat dit ze niet zijn, maar dat het een kwestie is van de rest op een rij zetten. Dat kan in korte tijd. Een van de determinanten is de transgenerationale overdracht. Het is bekend dat 50% van de kinderen van patiënten in de psychiatrie, als je daar niets aan doet, de kans lopen om later patiënt te worden. Zij kunnen ook chronisch patiënt worden. Het beste preventietraject daarvoor in Nederland, KOPP (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen) wordt in de eerste lijn nauwelijks tot niet ingezet. Dat is een enorme misser.

Een andere determinant betreft mensen met een licht verstandelijke beperking. Er zijn mensen met verstandelijke beperkingen, maar uit onderzoek blijkt -- u ziet het ook op tv zo langzamerhand duidelijk worden -- dat in de ggz, de forensische zorg en verslavingszorg de incidentie enorm veel hoger is. Het huidige onderzoek laat zien dat ongeveer de helft van de chronische ggz-patiënten een IQ tussen de 55 en 85 heeft. Aan het einde van het jaar

worden de definitieve cijfers van dat onderzoek gepubliceerd. Met een IQ tussen de 55 en 85 functioneer je als iemand van 10 jaar.

Daarnaast is zichtbaar geworden dat er in diezelfde chronische groep enorm veel getraumatiseerde mensen zijn. Daar zijn behandelingen voor, waardoor voor 70% tot 80% van de mensen in de langdurige zorg in de psychiatrie wel degelijk nog mogelijkheden voor verbetering zijn. Deze determinanten komen ook vaak samen voor en er zijn er nog meer. Ik vraag om niet door te gaan met de volumeopbouw in de eerste lijn, maar om eerst eens een krachtige visie te geven op de vraag hoe je het ontstaan van chroniciteit in de psychiatrie voorkomt.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer De Wildt van De Eerstelijns.

De heer **De Wildt**: Voorzitter. Dank dat ik hier aanwezig kan zijn. Uit de brief Kwaliteit loont blijkt dat een en ander moet functioneren binnen het stelsel. Daarbij spelen twee belangrijke problemen. Allereerst schiet de substitutie niet op. In het eerstelijnsakkoord van 2013 is afgesproken dat er een substitiemonitor zou komen. Die is recentelijk verschenen. Uit die monitor blijkt dat er twee jaar na het afsluiten van het eerstelijnsakkoord een promillage van verschuiving heeft plaatsgevonden van de tweede naar de eerste lijn. Als we de substitiemonitor volgen, hebben we over twee jaar en een kwartaal de vervolgsresultaten, omdat het elke keer meer dan twee jaar duurt voordat we zeker weten wat er is gebeurd. Als we daar niet mee aan de slag gaan, stagneert het hele systeem. Vooral bij de huisartsen en de wijkverpleegkundigen leidt dat tot zeer ernstige problemen. Je ziet nu een voorbode van wat er gaat komen. Op deze manier gaat het niet. Dat is het eerste probleem.

Het tweede probleem is dat er een driedubbele ondernemersklem bij huisartsen is. Ik kan mij voorstellen dat het heel lastig is om vanuit inkomenspolitiek daarnaar te kijken, maar ik zal u uitleggen waar het probleem zit. De huisarts heeft te maken met een macrobudget. Als hij het macrobudget in zijn totaliteit overschrijdt, kan hij gekort worden, ook als hij meer activiteiten onderneemt. Vervolgens heeft de huisarts ook nog een norminkomen. Het norminkomen is vastgesteld op €125.000. Als hij meer gaat doen als ondernemer, wordt hij gestraft en krijgt hij eigenlijk lagere tarieven. Als hij als ondernemer aan de slag gaat en mensen in dienst neemt, is er geen risico-opslag in zijn tarieven en wordt hij vervolgens als huisarts gestraft voor het feit dat hij ondernemer is, vooral als er voor die mensen bijvoorbeeld na acht jaar -- dat is ongeveer de maximale periode waarmee hij geconfronteerd kan worden -- nog een ziekengelduitkering betaald moet worden. Op drie manieren wordt de huisarts dus gestraft voor het feit dat hij meer gaat doen dan dat er op dit moment aan de orde is.

Die twee zaken bij elkaar maken het onmogelijk om allerlei zaken die in de brief genoemd zijn, op een goede manier vorm en inhoud te geven. Deze twee problemen zullen dus moeten worden opgelost. Anders voorspel ik u dat het de komende jaren nog behoorlijk heet gaat worden.

Daar wil ik het bij laten.

De **voorzitter**: Dat is fantastisch. U hebt nog tijd over voor de tweede ronde, zou ik bijna zeggen.

Ik dank u allemaal voor uw betogen. De Kamerleden mogen nu ieder één vraag stellen. Als er nog tijd over is, houden we een tweede ronde.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik zit natuurlijk te popelen om door te vragen over de goede suggesties over de Mededingingswet, maar daar hebben de collega's van de SP en de ChristenUnie al een mooie motie over ingediend. Het CDA heeft die motie ook gesteund. Ik laat het aan de collega's van de SP en de ChristenUnie om op dit punt door te vragen. Ik heb een andere vraag. Ik heb al rechtstreeks aan de minister gevraagd of zij met het plan Kwaliteit loont de restitutiepolis in een ondergeschikte positie wil brengen. Zij zegt daar steeds nee op, terwijl ik in het plan wel een aantal maatregelen zie staan die het risico met zich brengen dat de volledige keuzevrijheid in de restitutiepolis wel onder druk komt te staan. Mijn vraag aan u is: welke maatregelen moeten wij als Kamer nemen om ervoor te zorgen dat de "volledigekeuzevrijheidspolis", de restitutiepolis, voor iedereen bereikbaar blijft? Ik vraag mevrouw Kalsbeek om daar iets over te zeggen. Ik zag dat mevrouw Bouten in haar position paper ook een opmerking maakte over de restitutiepolis en de marginalisering daarvan. Ook vraag ik de heer De Wildt of hij hier een opvatting over heeft.

Mevrouw **Kalsbeek**: Het zit hem, denk ik, niet zozeer in de restitutiepolis maar in de andere polissen, die je dus op een of andere manier moet zien te beperken. Bij naturapolissen en vooral bij budgetpolissen wordt de keuzevrijheid beperkt. Dan kom je aan diezelfde vrijheid van artsenkeuze, en dat is een groot probleem. Het is een beetje een sleuteloplossing achteraf, maar de oplossing zou kunnen zijn dat je mensen de mogelijkheid biedt om bij nader inzien van een budgetpolis over te stappen naar een restitutiepolis. Dat moet dan natuurlijk niet gratis zijn. Je moet het vergelijken met een hypotheek. Als nadat je een hypotheek hebt afgesloten, opeens de rente zakt, kun je een nieuwe hypotheek afsluiten, maar natuurlijk moet je dan wel een boete of het verschil betalen. Een dergelijke mogelijkheid kan helpen als mensen zich niet hebben gerealiseerd wat er aan de hand is en ze alsnog een restitutiepolis willen.

Behalve de vrije artsenkeuze, is er nog een ander gigantisch bezwaar aan de budgetpolis. Jonge en arme mensen, bijvoorbeeld een bijstandsmoeder, zullen denken: ik neem een budgetpolis, want ik kan die twee tientjes extra niet missen. Stel dat haar jongste kind uit een boom valt en een gebroken been heeft. Dan is er een verhoogd eigen risico en de hele handel daarbij. Hierbij is sprake van een scheiding in de zorg. Ik zou het dus meer zoeken in het bekritisieren van de budgetpolis en de naturapolis dan in de restitutiepolis. De restitutiepolis is op zichzelf prima. Laat die maar gewoon bestaan.

Mevrouw **Bouten**: De aanwezigheid van een restitutiepolis vind ik belangrijk. Ik vind dat je verzekeraars ook moet verplichten om die zichtbaar aan te bieden, want op het moment wordt de restitutiepolis vooral heel onzichtbaar aangeboden. Mogelijk is het ook goed om een standpunt in te nemen over een reëel prijsverschil tussen een restitutiepolis en een naturapolis. Waarom vind ik dit belangrijk? Ik vind de keuzevrijheid van de patiënt enorm belangrijk als stimulans voor de verzekeraar om zijn werk goed te doen. Het is ook van belang voor de zorgverlener. Op het moment dat er geen restitutiepolis meer bestaat, kan de zorgverlener nog maar één ding doen, namelijk al die contracten tekenen. U ziet deze stapel contracten. De verzekeraar kan dan in het contract zetten wat hij wil. Er is immers maar één keuze: tekenen. Dat is een gevaar voor de kwaliteit van de zorg. Dan gaat het alleen nog maar over inkoop op prijs. Ik denk dat u dat zou moeten willen voorkomen.

De heer **De Wildt**: Ik denk dat een van de belangrijkste problemen de koppeling aan het macrobeheersingsinstrument voor de niet-gecontracteerde zorg is. Op het moment dat je de niet-gecontracteerde zorg onderdeel maakt van het macrobeheersingsinstrument en de gecontracteerde zorg niet, is het risico van het niet sluiten van een contract onmogelijk te overzien. Dat dwingt de zorgverlener om zo'n contract te sluiten. Dat moet je dus niet willen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Mijn vraag sluit aan bij het laatste punt van de heer De Wildt. Ik heb gehoord dat de huisartsen van het Het Roer Moet Om zeggen dat ze geen contracten meer zullen afsluiten, althans dat is een van de middelen die ze overwegen. Hoe kijken de andere partners in de eerste lijn daartegenaan? Is dat een machtsmiddel dat je zou kunnen gebruiken of is het irreëel? Een van de dingen die ik hier hoor, is namelijk dat er in het machtssevenwicht een enorme disbalans wordt ervaren. Je kunt overwegen om niet meer mee te doen met het spel. Dat is wat de huisartsen opperen: we sluiten geen contracten meer. Maar hoe kijken bijvoorbeeld de mensen uit de ggz, de fysiotherapeuten en de verloskundigen daartegenaan? Zouden zij dan samen optrekken?

De heer **Lemke**: Voor de praktijkondersteuner ggz bij de huisarts geldt dat zeker. Eigenlijk wordt die ondersteuning ook ingekocht via de huisartsenzorg. Ik denk dat bijna niemand erover na hoeft te denken om op dit punt solidair te zijn. Ik weet niet hoe de branche van GGZ Nederland hierover denkt, want die vertegenwoordig ik hier niet, maar het is een integraal onderdeel van de huisartsenzorg. De eerste lijn is een andere kwestie. Die vind ik lastig te beoordelen.

Mevrouw **Bouten**: Er wordt hier gesproken van geen contracten sluiten en samen optrekken. Ik heb net voorgesteld om de eerste lijn vrij te stellen van de Mededingingswet. Dat is noodzakelijk, want anders mogen wij niet samen optrekken en mogen wij niet zeggen: het lijkt ons verstandig om geen contract te tekenen. Volgens mij hebben we die mogelijkheid nu niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter ...

De **voorzitter**: Ik stel voor om eerst het rondje af te maken. Misschien wordt uw vraag dadelijk nog beantwoord. Het woord is nu aan mevrouw Rentes.

Mevrouw **Rentes**: Ik denk dat marktwerking in de zorg voor verloskundigen een utopie is. Wij hebben namelijk een bereikbaarheidsnorm. Binnen vijftien minuten moeten we bij iedere klant kunnen zijn. Dus hoezo marktwerking en keuzevrijheid? De keuzevrijheid voor vrouwen is zeer beperkt, aangezien we in een regio werken. Als ik bij calamiteiten in korte tijd bij mijn klanten moet zijn, is er weinig keuzevrijheid, zowel voor klanten als voor verloskundigen.

De **voorzitter**: Mevrouw Leijten, hebt u een dringende vervolgvraag?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat onderzoek naar de uitzondering op de Mededingingswet voor de eerste lijn, ligt er al. Er wordt dus in principe al onderzoek gedaan naar datgene waar mevrouw Bouten toe oproept. Daar heeft de Kamer in meerderheid naar geluisterd. Maar de vraag is eigenlijk een andere. De huisartsen zeggen nu met het manifest Het Roer Moet Om en hun actie dat ze overwegen geen contracten meer te sluiten. Zij roepen daar ook hun collega's toe op. Zou het iets zijn voor andere collega's in de eerste lijn zijn om dat te volgen?

Mevrouw **Bouten**: Dat denk ik zeker. Hiermee geef je een signaal af. Ik denk dat je dan ook je vrijheid kunt terugkrijgen. Maar het is wel lastig, want het betekent dat patiënten hun rekeningen eerst zelf moeten betalen en dat verzekeraars de vrijheid hebben om maar een

zeer beperkt gedeelte van het tarief te betalen. Er is immers geen duidelijke bepaling over het hinderpaalcriterium. Maar voor fysiotherapie geldt in het bijzonder dat deze in de aanvullende verzekering zit. De verzekeraar kan daarbij zelfs zeggen: ik vergoed niets. Als je dan in een achterstandswijk zit, kun je wel zeggen dat je die contracten niet tekent, maar dan hoef je ook geen rekeningen te versturen. Dan kun je je de brief en de postzegel uitsparen, want die rekening kan niet worden betaald.

De **voorzitter**: Ik zag dat de heer Van Eck hier ook nog op wilde reageren.

De heer **Van Eck**: Wij hebben Het Roer Moet Om met grote sympathie bekeken. Wij hebben onze leden ook ertoe opgeroepen hun sympathie te betuigen. Wij zijn nog niet zover gegaan dat we het voorbeeld volgen, aangezien de categorie psychologen, pedagogen en psychotherapeuten behoorlijk verdeeld is over de hele markt, van POH tot en met gespecialiseerde zorg. Mijn antwoord op de vraag van mevrouw Leijten is dat het ertegenaan zit. Bijna overwogen wij om het voorbeeld te volgen.

De heer **Arno Rutte** (VVD): Ik dank u allen voor uw komst. Hier is een heel divers palet aan zorgaanbieders uit voornamelijk de eerste lijn aanwezig. Behoort psychotherapie ook tot de eerste lijn? Ik hoor dat dit het geval is. U bent dus allemaal eerstelijnsaanbieders. Welkom. Het is dus een heel divers palet. Voor een deel doet u een gemeenschappelijke oproep, die ik overigens niet integraal steun. Ik denk dat het niet zozeer een doel moet zijn om de eerstelijnszorg onder de Mededingingswet weg te halen, als wel dat we moeten regelen dat je in de eerste lijn een fatsoenlijk gesprek kunt hebben met de zorgverzekeraar. Laten we dat met elkaar regelen. Dat kan tot hetzelfde doel leiden, maar het houdt het nadeel tegen dat kan ontstaan op het moment dat de eerstelijnszorg onder de Mededingingswet wordt weggehaald, namelijk dat concurrenten uit de markt kunnen worden gehouden. Datgene waar ik mij zorgen over maak, wordt dan tegengehouden. Maar we worden het hier vandaag niet over eens. Mijn vraag gaat hier ook niet over, maar ik wil wel benadrukken dat we op zich het doel met elkaar delen.

Meerdere sprekers hebben iets gezegd over substitutie van zorg en dat die slecht van de grond van komt. Dat is ook een grote ergernis van mijzelf. De heer De Wildt zei daar een aantal dingen over. Hij zei weinig, maar hij zei toch wel heel nadrukkelijk dat een paar dingen niet goed gaan. Ook mevrouw Rentes en mevrouw Bouten zeiden hier een paar dingen over. Mevrouw Kalsbeek wilde hier ook wat over zeggen. Ik vraag aan een aantal van u: wat kunnen we doen om substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn echt een stap vooruit te brengen? Ik doe een duit in het zakje. Zouden we niet over de lijnen heen richtlijnen moeten

ontwikkelen en er op die manier voor moeten zorgen dat zorg integraal over de lijnen heen wordt bekeken en niet per lijn?

De **voorzitter**: Ik begin bij mevrouw Bouten.

Mevrouw **Bouten**: Een van de mogelijkheden om substitutie te bevorderen, is stepped care. Dat wil zeggen dat je tegen een patiënt zegt: als er voor een aandoening een behandeling in de eerste lijn is, moet u die eerst geprobeerd hebben voordat behandeling in de tweede lijn vergoed wordt. Zorg over de eerste lijn verbinden zou heel goed zijn. In de sector fysiotherapie is er echter het probleem dat we grotendeels in de aanvullende verzekering zitten. Dat betekent dat het heel lastig is qua financiering. Dat speelt bij substitutie, bij ketenzorg en bij multidisciplinaire samenwerking. Ik hoorde net van de gesprekspartner rechts van mij dat hij heel actief is in multidisciplinaire zorgverlening en multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Fysiotherapie werkt daar wel aan mee. Dat vinden de huisartsen heel belangrijk. Maar fysiotherapie past niet in de financieringsstructuur. Hetzelfde geldt voor substitutie: als je de kosten uit de eerste lijn haalt, haal je ze uit de basisverzekering maar breng je ze in de aanvullende verzekering. Wie wordt daardoor geprikkeld? Fysiotherapie zou wat mij betreft voor een heel groot deel terug moeten in de basisvoorziening. Ik begrijp dat je dit in deze tijd bijna niet kunt zeggen en bijna niet kunt vragen, maar volgens mij moet je accepteren dat de kosten voor fysiotherapie omhooggaan om de totale kosten voor de gezondheidszorg omlaag te brengen.

Mevrouw **Rentes**: Ik denk dat er op het gebied van de verloskunde een aantal positieve impulsen gegeven kunnen worden. Ten eerste zou je de technologie in de eerste lijn kunnen bevorderen. Alhoewel het geen voorbehouden handelingen zijn, zoals een hartfilmpje maken van een baby als iemand zwanger is -- dat kan ook heel goed in de eerste lijn -- zou het in samenwerking met bijvoorbeeld een meekijkconsult heel goed in de eerste lijn kunnen op een aantal gebieden. Daarmee kun je als verloskundige vrouwen langer begeleiden en voorkom je verwijzing van de eerste naar de tweede lijn. Daar zullen wel bepaalde maatregelen en financiën tegenover moeten staan, en dat is nog steeds heel lastig. Zolang het nog wordt beloond als je iemand doorverwijst en zolang er in de tweede lijn wel een tarief voor is en in de eerste lijn niet, krijgen we dit niet van de grond. Er loopt een aantal pilots voor deze vorm van zorg. In integrale zorgprojecten gebeurt dit ook, maar die integrale zorgprojecten zouden ook financieel ondersteund moeten worden, willen we daadwerkelijk de effecten daarvan kunnen meten.

We moeten ons ervan bewust zijn dat wat in de eerste lijn kan, ook in de eerste lijn moet gebeuren. Binnen het integrale concept zou ook dat op de voorgrond moeten staan. Door de

toename van protocollering rond de hele discussie over integrale zorg lijkt het erop dat alles in gezamenlijkheid moet en dat er sprake moet zijn van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Daardoor komt substitutie helemaal niet tot stand, maar zal er juist steeds meer intramurale zorg plaatsvinden.

Mevrouw **Kalsbeek**: De nieuwe initiatieven voor substitutie moeten plaatsvinden in S3, zeg ik in het bekostigingsjargon van de huisarts. Daar zit het innovatieve deel in. Er zijn echter bijna geen projecten in S3 gerealiseerd. Dat heeft verschillende redenen. Een daarvan is dat de samenwerking, die altijd nodig is, enorm wordt bemoeilijkt door de Mededingingswet. Een andere reden is dat een zorgverzekeraar heel vaak een businesscase vraagt aan huisartsen. De huisartsen kunnen die businesscase natuurlijk helemaal niet geven, want de financiën van het ziekenhuis zijn voor hen ondoorgrondelijk. Die zijn overigens ook vaak ondoorgrondelijk voor het ziekenhuis zelf en voor verzekeraars. Er is sprake van kruisbekostiging et cetera. Het is dus gewoon een showstopper. Op het moment dat een verzekeraar tegen een groep huisartsen die een goed substitutie-initiatief heeft, zegt "maak maar een businesscase", weet je gewoon dat dit het niet gaat worden. Ik heb nu dus twee belangrijke redenen genoemd. Een derde reden is dat zorgverzekeraars zeggen dat ze hier geen geld voor hebben. S2, waar de ketenzorg in zit, is een enorm succes. Die groeit heel hard. Ze zeggen dan: we hebben geen geld meer voor S3, en S1 moet ook overeind blijven. Dat zul je volgens mij moeten oplossen door gewoon tegen zorgverzekeraars te zeggen: room de tweede lijn met pakweg 2% af en investeer een deel, 1% of 1,5%, daarvan in de eerste lijn. Dan is er een besparing die de verzekerden ten goede kan komen. Tegelijkertijd kun je de eerste lijn een boost geven. De Friesland heeft dat gedaan. Daar is substitutie een enorm succes gebleken. Daar is heel veel anderhalvelijns ontstaan. Men heeft bijvoorbeeld de ellende met het Dokkumer ziekenhuis kunnen opvangen door heel goed samen te werken met andere ziekenhuizen. Daar is het dus een succes. Het kan, maar er moet door de zorgverzekeraars echt een hardere ingreep worden gepleegd in de tweede lijn. Tot slot heb ik nog één punt. Waarom zouden zorgverzekeraars niet voorfinancieren? Als zij op de achterkant van een sigarendoosje kunnen uitrekenen dat iets op termijn geld gaat opleveren, waarom zouden zij dan niet, gelet op hun grote vermogens, kunnen zeggen: de eerste twee jaar nemen we het voor onze kap, want we weten dat we het op den duur terugverdienen. Deze suggesties zijn volgens mij zeer relevant om de substitutie van de grond te krijgen.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik het woord aan de heer De Wildt.

De heer **De Wildt**: Allereerst moet de transparantie tussen de verzekeraars duidelijk worden gemaakt. De substitutiemonitor wordt door de verzekeraars zelf opgesteld en vervolgens is niet duidelijk wie het wel doet en wie het niet doet. Dat gaat niet werken. Er moet dus toezicht komen op de transparantiemonitor en duidelijkheid over de vraag welke verzekeraar wel werk maakt van substitutie en welke niet. Name it and shame it.

Geld volgt zorg. Als de zorg naar de eerste lijn gaat, moet het macrobudget worden verhangen. Mevrouw Kalsbeek zei het al. Over de vraag of het -1,5% of -2% moet zijn, kun je discussiëren. Er moet een taakstelling worden neergelegd en tegelijkertijd moet ervoor worden gezorgd dat de eerste lijn dat kan doen. Daar hoort een derde voorwaarde bij, namelijk het investeren in de eerstelijnsinfrastructuur. Nu wordt er in de substitutiemonitor geconstateerd dat er geen verschuiving kan plaatsvinden omdat de initiatieven geen schaalgroottes hebben. Tegelijkertijd ligt er een advies om 400 miljoen te investeren in de infrastructuur van de eerste lijn, waarvan de verzekeraars nu zeggen dat zij niet weten of zij dat wel willen bekostigen. Als je niet gaat investeren in de eerste lijn, gaat het er ook niet komen. Het is dus een kip-eiverhaal. Zorg dat er een investeringsbudget komt voor de infrastructuur in de eerste lijn.

De doorzettingmacht moet bij zorgverzekeraars worden neergelegd, niet bij de eerstelijnszorgaanbieders. Nu wordt er niet alleen een businesscase gevraagd, al is die op zich nog wel op te stellen. Bij het weghalen van de zorg uit het ziekenhuis wordt ook geëist dat er regionale transmurale afspraken liggen met medisch specialisten, die daar vervolgens inkomensnadeel van ondervinden. Dat gaat natuurlijk niet gebeuren. De doorzettingmacht moet dus komen van de verzekeraars en niet van de zorgaanbieders. Die moeten zorgen voor goede zorginhoudelijke afspraken.

Dat zijn de maatregelen die noodzakelijk zijn om de substitutie op gang te krijgen.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik heb nog één dingetje over die businesscase. Ik begrijp heel goed dat u zegt dat die businesscase wel op te hoesten is. Ja, door zorggroepen die vrijgestelde managers en anderen daarvoor hebben. Een groep praktijkhoudende huisartsen die gewoon alleen hun eigen werk hebben, kan dat echt gewoon niet voor elkaar krijgen.

De **voorzitter**: Dank u wel voor deze aanvulling. Dan geef ik het woord aan mevrouw Pia Dijkstra van D66.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dank u wel, voorzitter. Eigenlijk is mijn vraag voor een deel al beantwoord. Er zijn grote verschillen van opvatting over de rol van de zorgverzekeraars. De verzekeraars hebben daar zelf natuurlijk een ander beeld van. Ik vroeg me af wat de verzekeraars nu moeten doen om wel op een goede manier, in uw ogen, met u om te gaan.

Er zijn al enkele zaken genoemd. Ik weet niet of anderen daar nog een aanvulling op hebben. Ik wil er nog één vraag bij stellen. De heer De Wildt zegt dat huisartsen worden gestraft voor ondernemerschap. Ik zou graag van hem horen hoe je een en ander zo kan regelen dat het niet gebeurt.

De **voorzitter**: Dank u wel. Ik geef eerst het woord aan de heer Van den Berg en daarna aan de heer De Wildt.

De heer **Van den Berg**: De eerste vraag was hoe je kunt regelen dat er meer vertrouwen komt tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Wat de huisartsen betreft moet u zich realiseren dat het deel waarin onderhandeld moet worden eigenlijk maar betrekkelijk klein is. In de huisartsenzorg gaat 2,5 miljard om, waarvan bijna 2 miljard gereguleerd tarief is en een deel ketenzorg is. Wat betreft die ketenzorg hebben wij als huisartsen, overigens net als de zorgverzekeraars, gezegd dat we daar ook liever gereguleerde tarieven voor zouden hebben. Dat is door de NZa anders afgesproken. Als dat zo gebeurd zou zijn, zou er nog maar een bedrag van 200 miljoen zijn waarover eigenlijk onderhandeld zou moeten worden. Als dat zo'n betrekkelijk klein budget is en je dat ook nog eens regionaal gaat verdelen, ontstaat er veel meer ruimte om binnen de mogelijkheden die de ACM biedt innovatieve afspraken te maken.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik wil daar een aanvulling op geven. De heer Van den Berg heeft natuurlijk gelijk waar het gaat om dat geld, dat het in geld uitgedrukt maar om een klein deel gaat. In het S1, waarin de bulk van de contractering zit, gaat het echter over meer dan geld. Wat huisartsen juist het meeste stoort, is al die nittygritty van die vinkjeslijstjes en het verantwoorden. Dat zit ook allemaal in het S1. Daarover moet je dus ook kunnen onderhandelen.

De heer **Van den Berg**: Daar hoeft je eigenlijk helemaal geen contract over op te stellen, want dat is jaar voor jaar gelijk. Je zou het kunnen vastleggen voor vier of vijf jaar tegelijk.

Mevrouw **Kalsbeek**: Het wordt steeds erger.

De **voorzitter**: Dat is een duidelijke boodschap. Dan geef ik eerst de heer De Wildt het woord en als laatste de heer Kamsma.

De heer **De Wildt**: Er zijn in mijn optiek twee mogelijkheden waarop je dat zou kunnen doen. Ik denk dat het verstandig zou zijn om de normpraktijk van de huisarts nog wat te verlagen,

omdat je daarmee meer ruimte krijgt om de complexere patiënten te kunnen behandelen. Als je het inkomen dan niet substantieel verlaagt, ga je in elk geval onder die ondernemersklem uit. Dat is één van de opties.

Er is nog een tweede optie, die je redelijk snel zou kunnen toepassen, namelijk het norminkomen berekenen op S1. Dan geef je een zekerheid over S1, waar het leeuwendeel van de zorg in vast zit. Wat je in S2 en S3 wilt, is eigenlijk meer modernisering van zorg. Ik ben het wel eens met mevrouw Kalsbeek dat het voor kleine groepjes huisartsen lastig is om substitutieprojecten uit te voeren. De vraag is echter of dat veel zoden aan de dijk zet. Ik denk dat het verstandig zou zijn om daar de schaalvergroting voor te gebruiken. Dan kan de huisarts in zijn S1-praktijk zijn eenvoudige zorg blijven verlenen en kan men in de S2- en S3-praktijk extra groeien. Dan zul je ook bereid moeten zijn om dat voor een deel te bekostigen. Als je dat niet gaat doen, haal je de geest uit de fles.

Ik wil hier overigens nog één ding bij opmerken. We hebben het erg veel over de huisartsenzorg, maar ik zou minstens evenveel aandacht willen vragen voor de wijkverpleegkundigen. Volgens mij gaan daar minstens net zulke grote problemen ontstaan. Daar hebben we het tot nu toe bijna niet over gehad. Ik wil u uitnodigen om de V&V-instellingen en met name de organisaties van wijkverpleegkundigen nauwlettend te volgen. Daar gaan dit jaar behoorlijke problemen ontstaan, denk ik.

De heer **Kamsma**: In de jaren voorafgaand aan de stelselwijziging van de ggz kenden we al de eerstelijns psychologische zorg in de basisverzekering. Die jaren hebben laten zien dat er met het vergoeden van de eerstelijns psychologische zorg geen wildgroei optrad, maar dat er wel een behoorlijk deel van de casus in de ggz, tot 30%, tegen een gering deel van de kosten, ongeveer 3%, werd gedaan. Dat zijn overigens cijfers van zorgverzekeraars. Op dit moment denk ik dat we in de ggz substitutie beginnen te bereiken. Door de poort naar de gespecialiseerde ggz behoorlijk dicht te houden, lijkt het erop alsof er vorig jaar geen beperkte groei, maar zelfs een krimp is geweest in de totale ggz-kosten en in elk geval een afname van het gebruik van de gespecialiseerde ggz.

Het probleem waar we wel mee zitten in het huidige stelsel, is dat we in de ggz eigenlijk drie financieringssystemen kennen: huisartsenzorg POH, generalistische basis-ggz in de producten en de gespecialiseerde ggz in de dbc's. Er zit in elk geval een prikkel in die niet alleen op indicatie gaat. De huisartsenzorg POH is vrijgesteld van eigen risico. Met alle respect voor de huisartsen: de huisarts heeft er baat bij om de agenda van de POH te vullen. Die POH moet zichzelf namelijk voor een deel terugverdienen.

Er werd zojuist gezegd dat eerstelijns psychologische zorg toegankelijker is. Het tegendeel is waar. Die is minder toegankelijk. De drempel naar de eerstelijns psychologische zorg is verhoogd, omdat wij alleen nog de door het Zorginstituut Nederland toegestane stoornissen

mogen behandelen in de verzekerde zorg. Er wordt niet meer gekeken naar waar een patiënt om vraagt en waar een patiënt baat bij heeft. Er wordt gekeken naar waar hij op de DSM-IV-categorie aan voldoet. Als ik dat kan afvinken dan mag ik hem in verzekerde zorg nemen en als ik dat niet kan, kan dat niet. Bovendien klopt de toegankelijkheid niet. Ik word namelijk enerzijds geacht om vooral heel veel producten kort te doen, om en nabij de vijf consulten. Anderzijds word ik geacht -- dat is een stuk terechter, in mijn ogen -- om die stoornissen wel conform richtlijnen te behandelen. Er is echter geen enkele richtlijn met een tijdsinvestering onder de twaalf consulten. Ons product is intensief, om het maar even zo te vertalen. Als u het me kunt uitleggen, graag. Ik snap het namelijk niet meer. Voor de goede orde: ik ben zelf praktiserend eerstelijnspsycholoog.

Dat is eigenlijk wat ik wilde zeggen. Ik wil er nog iets aan toevoegen, over die zorgverzekeraars. In de afgelopen jaren, zowel toen wij nog in de aanvullende verzekeringen zaten als in de eerste jaren van de basisverzekering, hadden wij het idee dat wij een goede relatie hadden met de zorgverzekeraars. Er werd vaak op inhoud overlegd en er werd ook vaak gestoeid, maar de uitkomst was vaak voor beide partijen bevredigend. Wij hebben het idee dat er nu een kentering is gekomen en een sfeer van wederzijds wantrouwen is ontstaan. Wij worden nu steeds meer geconfronteerd met het bekende "teken maar bij het kruisje", wat ik ook van de huisartsen en het fysiotherapeuten hoor.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan geef ik het woord aan mevrouw Dik-Faber van de fractie van de ChristenUnie.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik weersta de verleiding om in te gaan op het mededingingsrecht. Ik denk dat daar veel over is gezegd. De motie op dit punt is mede ingediend door de ChristenUnie. Ik vind het mededingingsrecht raar opereren in de zorg. Als je zorg nodig hebt dan ben je geen consument en zorg is ook geen markt, dus ik zou graag zien dat de Autoriteit Consument & Markt de eerste lijn erbuiten plaatst.

Mijn vraag gaat over regeldruk. Ik hoorde een van u zeggen dat de zorgverzekeraars een ongelooflijke informatiehonger hebben, dat data nog geen informatie zijn en dat dit allemaal ten koste gaat van de tijd die aan patiënten kan worden besteed. Ik denk dat het in de politiek, welke kleur we ook hebben, een breed gevoelde wens is om die regeldruk terug te dringen. Dat hoorde ik een aantal van u ook zeggen. Mijn vraag is wat u verwacht van zorgverzekeraars. Wat zouden zorgverzekeraars moeten doen om die regeldruk en die bureaucratie terug te dringen? Wat kan de eerste lijn daar zelf in bieden? Als ik met zorgverzekeraars spreek, verwijzen zij naar de eerste lijn. Ik hoorde u zeggen dat de zorgverzekeraars zo veel vragen. Er wordt erg naar elkaar gewezen. Ik zou graag een paar

mensen aan het woord willen laten die daar wat over willen zeggen: mevrouw Kalsbeek, de heer Kamsma en misschien nog anderen.

Mevrouw **Kalsbeek**: Ik wil daar heel graag iets over zeggen. Wat je nu ziet gebeuren, is dat zorgverzekeraars de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap, die gewoon gericht zijn op de professional, nemen. Daar zitten altijd indicatoren in. Dat zijn indicatoren die voor artsen zelf relevant zijn, zoals hoe de bloeddruk fluctueert, hoe het zit met de nagels van een diabeet en dergelijke. Die indicatoren halen zij er dan uit en die gebruiken ze vervolgens om te kijken of er kwaliteit wordt geleverd en of er dus bekostigd moet worden. Zo werkt het echter natuurlijk weer net niet. Het is een richtlijn die je kunt volgen als arts, zodat je kunt zien dat je aan een bepaalde patiënt om een bepaalde reden extra aandacht moet schenken of dat je van strategie moet veranderen. Die kun je er niet uitlichten om vervolgens daarop de kwaliteit te gaan beoordelen en zelfs te gaan belonen.

Wat je zou moeten doen, is kijken welke instrumenten, welke checks-and-balances, er nu binnen de beroepsgroep zelf zijn op grond waarvan je kunt bekijken of of iemand kwalitatief goed werk aflevert. Ik noem zaken als accreditatie en visitatie. Daar is heus niet iedereen dol op hoor, in huisartsenland. Dat zijn echter wel instrumenten aan de hand waarvan je kunt zien of een praktijk goed is, of de assistenten en de arts goed opgeleid zijn. Doet hij de goede dingen, heeft hij het in de hand, is het ordelijk ingericht en is hij op de hoogte van de vakliteratuur? Dan kun je daar een soort keurmerk aan geven, zeg maar, in plaats van dat je op al die incidentele dingetjes gaat zitten toetsen.

Huisartsen worden er echt knettergek van. Dan heb je iemand die je al jaren kent. Altijd een toberig type geweest. Op een gegeven moment denk je: jeetje, nu zakt hij toch echt in een depressie. Dat doe je niet voor niets, want je probeert het jaren zelf te doen. Vervolgens gaat het over de grens en moet je verdorie weer zo'n ggz-screening zitten invullen. Dat is dus iets waar je echt ontzettend boos over wordt. Je moet kijken of ze erg afwijken, of er spiegelinformatie is en of er intercollegiale toetsing is. Laat het binnen de beroepsgroep zelf zo goed mogelijk tot uitdrukking komen. Daar mag je wel echt op toetsen, vind ik. Het moet wel transparant zijn -- dat is het punt helemaal niet -- maar niet op die betrekkelijk willekeurige indicatoren die eruit worden gelicht.

De heer **Kamsma**: Ik sluit daar eigenlijk gewoon op aan. Wij zien dat ons steeds meer wordt gevraagd om te voldoen aan voorwaarden die wij niet meer herkennen als de ggz zoals die zich in de werkelijkheid van de spreekkamer afspeelt. De cliënt-therapeutrelatie -- het is al een paar keer eerder genoemd -- is in de ggz niet alleen fundamenteel van belang, maar is ook een fundamenteel instrument, als ik het oneerbiedig mag zeggen, in de therapie. Het is misschien wel het meest fundamentele instrument. Waar word ik echter op afgerekend? Op

mijn cijfers in de Routine Outcome Monitoring, op mijn productmix en op de vraag of ik wel de juiste zorgpaden volg. Dit leidt -- ik heb dat overigens ook van huisartsen begrepen -- gemakkelijk tot een vorm van windowdressing. Als u van mij wil zien dat ik de kruisjes op de juiste plek zet, krijgt u dat van mij te zien. Als u tegen mij zegt dat u wil dat ik bloemen ga tellen, maar dat er alleen maar rode bloemen geteld mogen worden en ik alleen de mogelijkheid krijg om rode bloemen in te vullen, krijgt u van mij rode bloemen te zien. Dan prop ik er een oranje bij en een roze, akkoord, maar uiteindelijk krijgt u die rode bloemen te zien. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er alleen maar rode bloemen bestaan.

Het probleem daarbij is dat we een schijnwerkelijkheid aan het creëren zijn, maar dat die schijnwerkelijkheid wel immens veel tijd en energie kost. Ik vroeg het gisteren nog aan een huisarts bij mij in de praktijk -- ik werk samen met huisartsen -- die met accreditatie bezig was. Ze was vijf dagen in de weer geweest met vinkjes zetten. Ik vroeg: komt dat nu de kwaliteit ten goede? Nee, zei ze, wat de kwaliteit ten goede komt is onze samenwerking en mijn vakontwikkeling; dit komt mijn kwaliteit niet ten goede. Nee, zegt ze, eigenlijk gaat het af van mijn kwaliteit. Ik vroeg: hoezo dat dan? Nou, zegt ze, ik krijg klachten van mijn patiënten dat ik minder bereikbaar ben. Een belangrijk kwaliteitscriterium voor een huisarts is de bereikbaarheid. Daar wil ik het bij laten.

De **voorzitter**: Ik wil nog even het woord geven aan de heer Lemke en daarna aan mevrouw Bouten.

De heer **Lemke**: U vroeg hoe het zou kunnen met minder bureaucratie en regeldruk in de eerste lijn. Het grappige is dat het al lang gebeurt, en niet zo'n beetje ook. Laten we teruggaan naar de POH. In de regio waar wij werken, wonen zo'n 700.000 mensen. Er zijn 15.000 mensen in de zorg bij de specialistische ggz en 15.000 bij de POH. Dat is dus evenveel. Die POH heeft geen wachttijd, zet in drie zinnen de voortgang in het huisartsenadministratiesysteem, er zijn lichte kwaliteitseisen en er wordt geen ROM gedaan. Er is helemaal niets van dien aard. Het aparte is dus dat we in Nederland een enorme oase hebben waarin dit gewoon gebeurt en waar geen verzekeraar of wie dan ook zich druk over maakt. Als het vervolgens een stapje daarbuiten gaat, slaat er echter ineens een massieve verantwoordingskwestie toe. Buitengewoon interessant.

Mevrouw **Bouten**: Ik sluit graag aan op wat mijn voorgangers zeiden. Verzekeraars zijn in principe administratieve organisaties en zo organiseren ze kwaliteitssystemen ook. Voor de fysiotherapie hebben verzekeraars het systeem van pluspraktijken ontwikkeld, dat heel erg sterk gericht is op wat zij kunnen controleren: dossiervorming. Het gevolg was en is nog steeds dat in die praktijken, waar ontzettend hard wordt gewerkt om aan die eisen te

voldoen, het behandelgemiddelde omhoog gaat, de kosten dus ook, en de patiënttevredenheid omlaag. Dat afficheert de zorgverzekeraar vervolgens nog steeds als kwalitatief betere praktijken. De vraag is over welke kwaliteit we het dan hebben. Hoe het wat mij betreft zou moeten, is dat je vertrouwen zou moeten hebben in het kwaliteitssysteem dat de beroepsgroep zelf ontwikkelt. Wij zijn daarmee bezig. Het gaat dan over patiëntervaringen en over uitkomst, maar ook over procesindicatoren, intervisie en visitatie. Volgens mij zou je in een samenwerking moeten uitgaan van vertrouwen en niet van wantrouwen. Je zou de criteria van een beroepsgroep moeten accepteren en overnemen.

De heer **De Wildt**: U hebt al iets van een aanvliegroute. Ik zou aansluiting willen vinden bij uw motie met betrekking tot de mededingingswet.

Als de zorgverzekeraars elkaar zouden volgen, krijgen we in elk geval te maken met één set data die we moeten invullen. We hebben het eigenlijk maar over een heel klein gedeelte van de zorg, waarbij het onderscheid eigenlijk helemaal niet te maken is in de praktijk. Als ik te maken heb met twee of drie verzekeraars in een bepaalde regio en ook nog met vier of vijf gemeenten, is het onmogelijk om daar elke keer een gedifferentieerd beleid voor te maken. We proberen dus eenheid te krijgen aan de kant van de gemeenten. Dat lukt redelijk goed. Die proberen interregionaal afspraken te maken. Bij de verzekeraars lukt het echter veel minder, want die hebben allemaal hun eigen prioriteiten. Die komen met eigen lijstjes en een eigen invulling. We doen dus alles dubbelop. Als je die twee dingen aan elkaar koppelt, ga je volgens mij al een heel groot gedeelte van de bureaucratie te lijf.

De **voorzitter**: Ik heb tot slot zelf nog een vraag. Mijn collega's hebben het al over de Mededingingswet gehad. Volgens ons is het heel goed om te onderzoeken of de eerste lijn uitgezonderd kan worden van de Mededingingswet. Je zou dan echter naar de gehele zorg moeten kijken. De vraag is uiteindelijk immers of die wet nu doet wat we beogen. Iedereen is tegen prijsafspraken en iedereen is tegen kartels, maar iedereen is ook voor samenwerking. We zien dat de huidige wet en de huidige wijze waarop daar toezicht op moet worden gehouden, niet bijdraagt aan samenwerken voor goede zorg en de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt. Dat is de kern. Dat hoor ik u ook allemaal heel terecht zeggen. Mijn collega's hebben al gezegd dat daar nu onderzoek naar wordt gedaan. Mijn vraag is de volgende. De heer Lemke van GGNet zei net heel terecht dat hij graag een visie wil voor het voorkomen van chronische ggz en dat we toe moeten naar stepped care. Dat zegt u eigenlijk allemaal: ga liever naar de fysiotherapeut in plaats van meteen naar de dure tweede lijn. Is het mogelijk dat de eerste en de tweede lijn samen komen tot een werkwijze? Woorden als "richtlijn" en "protocol" vind ik heel eng. Kunnen er afspraken worden gemaakt over wat er moet worden gedaan als iemand iets heeft? Wanneer schaal je

op, wanneer gaat iemand terug? Als dat mogelijk is, zou dat dan een instrument zijn als u dat met elkaar als krachtige werkwijze kunt neerzetten? Biedt dat u tegenkracht tegen de zorgverzekeraars? Kunnen wij dan als politiek zeggen: de hele sector heeft met elkaar deze werkwijze bedacht, de zorgverzekeraar moet dat faciliteren in plaats van tegenwerken? Ik wil dat vragen aan mevrouw Bouten, omdat zij zei dat ze min of meer werd tegengewerkt als het over substitutie gaat. Daarnaast vraag ik het aan de heer De Wildt en aan mevrouw Rentes.

Mevrouw **Bouten**: Ik zou dat een heel goed plan vinden, maar dan moet je wel een raamwerk creëren waarbinnen dat kan. Dat is wat de heer De Wildt ook al zei. Je moet randvoorwaarden creëren waarbinnen die samenwerking kan ontstaan. Een fysiotherapeut zit nu in de aanvullende verzekering en kan alleen behandelingen declareren. Een systeem opzetten zoals u dat nu schetst, zou volgens mij heel mooi zijn. Het zou iedereen heel veel opleveren. Dan moet daar echter wel een kader voor gemaakt worden waarbinnen mensen elkaar kunnen vinden en samen die afspraken kunnen maken. Op dit moment staat de fysiotherapeut acht tot tien uur per dag in zijn praktijk. Daarnaast is er geen ruimte om die afspraken te maken, terwijl die inhoudelijk heel zinvol zijn en iedereen er ook absoluut voor gemotiveerd is.

De heer **Lemke**: Ik denk wel degelijk dat het zinvol is om dat te doen. De inhoudelijke basis van de ontwikkelingen in de ggz op dit moment, zijn zorgprogramma's en zorgpaden. Dat kan bureaucratisch uitpakken, maar het kan ook inhoudelijk uitlijnen wat goede zorg is in de verschillende echelons in de ggz. Ik denk dat het buitengewoon nuttig is om dat samen met de huisartsen te doen, en samen met wie dan ook in de eerste lijn. Stepped care is prima. Dat betekent dat je licht begint, het wat zwaarder doet en dan kijkt wie het doet als er meer nodig is. Het gaat echter om de vraag welke visie daaronder ligt. Wat beoog je eigenlijk? Wil je veel mensen met lichte klachten snel behandelen of wil je voorkomen dat mensen straks langdurig ziek worden en heel veel middelen van de gezondheidszorg opsouperen? Dat is precies waar de wegen zich scheiden.

Mevrouw **Rentes**: In aansluiting daarop merk ik op dat het natuurlijk gaat om de kwaliteit van zorg. Je moet de beste zorg op de juiste plek geven. Als je dat kunt in de eerste lijn, moet je dat doen en moet je dat ook stimuleren. Binnen de verloskunde zijn er nu verschillende transmurale afspraken die stimuleren om die zorg in de eerste lijn te houden als dat kan. Binnen het integrale zorgconcept van de geboortezorg zou dat wel betekenen dat de regie veel meer in de eerste lijn moet komen te liggen en niet meer in de tweede lijn. Als dat het geval is, gaan we namelijk niet de goede beweging maken. Dan gaan we de beweging

andersom maken, omdat er toch steeds perverse prikkels zijn om behandelingen te doen in de tweede lijn.

De heer **De Wildt**: De zorgverzekeraars constateren in de substitutiemonitor dat de exploitatiebelangen van de tweede lijn de substitutie verhinderen. De zorg zo laag mogelijk in de keten organiseren, gaat volgens mij op vrijwillige basis niet lukken. Ik moet zeggen dat het in de ggz veel beter lukt, omdat in het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat er substitutie gaat plaatsvinden. Daar zijn de partijen het gewoon over eens. Ik merk dat daar goede voorbeelden zijn waarbij dat wel lukt. Dat lukt in de ziekenhuissfeer denk ik niet. Ik denk dat het interessant zou zijn om te kijken of de Mededingingswet, die in de tweede lijn volgens mij wel zou kunnen werken omdat de concurrentie op electieve zorg beter in te voeren zou kunnen zijn, in de eerste lijn afgeremd zou kunnen worden.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan is het tijd, dus er is geen ruimte meer voor een vervolgvraag. Ik wil u hartelijk danken voor uw inbreng en voor de position paper die we allemaal hebben, die we nog aandachtig kunnen bestuderen. We gaan nu even een wissel maken voor het volgende blok.

De vergadering wordt van 14.18 uur tot 14.25 uur geschorst.