

Aan: Leden van de Eerste Kamer der Staten Generaal

Utrecht, 5 december 2014

Kenmerk: NS/lk/2216/14

Betreft: Behandeling wetswijziging 33 362

Geachte Leden van de Eerste Kamer,

Binnenkort buigt uw Kamer zich over wijziging van het wetsvoorstel 33 362. Hierin wordt een aantal wijzigingen voorgesteld, die ten doel hebben de zorgkosten beheersbaar te houden. In deze brief vragen wij u bij uw afwegingen en discussie rekening te houden met de invloed van deze wijzigingen op de toegang en beschikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg. Op twee wijzigingsvoorstellen gaan wij nader in: de aanpassing van artikel 13 en de introductie van een nieuwe polisvariant.

Nog onvoldoende grond voor aanpassing Artikel 13

In het kader van toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg hebben wij grote bezwaren tegen het voorstel voor aanpassing van artikel 13. Het systeem van risico-verevening werkt in de ggz slecht. Er is op dit moment geen enkele financiële prikkel voor zorgverzekeraars om verzekerden met een psychische aandoening te behouden. Op onze patiëntengroepen worden veelal grote verliezen geleden. Ontevreden verzekerden die overstappen naar een andere zorgverzekeraar vormen daardoor feitelijk een financiële bonus voor zorgverzekeraars. Het vergroten van de mogelijkheden om selectief in te kopen, zoals is beoogd met het wijzigen van artikel 13, kan daarom leiden tot verkleining van de keuzemogelijkheden, sterke krimp van het zorgaanbod en op termijn een verminderde toegang tot de zorg.

Wij stellen dat aanpassing wel op termijn mogelijk is, als zorgverzekeraars op kwaliteit en prijs kunnen inkopen. Hiertoe dient echter eerst aan een aantal voorwaarden te worden voldaan. Deze voorwaarden stelden wij reeds in de aanvullingen op het Bestuurlijk Akkoord¹. Wij benadrukken:

Verstevigen rol van de verzekerde door uitwerken van tripartite stelsel.

De tripartite betrokkenheid van zorgverzekeraars, patiënten en professionals bij de vaststelling van de kwaliteit van zorg is nog onvoldoende uitgewerkt. Met name de invulling van de rol van de patiënt is nog niet uitgewerkt. In het Bestuurlijk Akkoord gaven wij als partijen reeds aan dat we binnen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz gezamenlijk werken aan het opstellen van zorgstandaarden, met indicatoren en criteria die de basis moeten gaan vormen voor de inkoop. Een dergelijke ontwikkeling heeft tijd nodig: tenminste de looptijd van het Bestuurlijk Akkoord.

Ook de toezichthoudende rol van de NZa moet nog nader worden ingevuld.

Gereguleerde marktwerking kan alleen maar werken als de spelers doelmatig handelen en daarvoor de juiste prikkels hebben. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) moet monitoren of het introduceren van meer marktprikkels goed verloopt en of de verzekeraars de Zorgverzekeringwet en de AWBZ goed uitvoeren. De NZa moet hier nog meer op anticiperen. Daarvoor is tijd nodig.

¹ Zie brief aan de minister van 1 november 2013 (kenmerk Dir/plrj/ierr/147644/2013) namens GGZ NL, MEER GGZ, LVE, NVVP, NVvP, NIP en V&VN.

Vervallen hinderpaalcriterium en introductie budgetpolis brengt continuïteit zorg voor ggz-patiënten ernstig in gevaar

Het laten vervallen van het hinderpaal criterium en invoering van een budgetpolis, houdt in dat een verzekerde niet-gecontracteerde zorg niet langer vergoed krijgt. Ook niet gedeeltelijk. Indien dit aan de orde is voordat daadwerkelijk op kwaliteit ingekocht kan worden, is de continuïteit van de zorg ernstig in gevaar. Een substantieel deel van de ggz-patiënten zal financieel tot de budgetpolis veroordeeld zijn. Hierdoor kunnen deze patiënten straks helaas niet meer zelf kiezen voor een behandelaar, maar moeten ze dit gedwongen over laten aan hun verzekeraar. De effectiviteit van een behandeling in de ggz valt of staat echter met een goede behandelrelatie tussen zorgaanbieder en patiënt. Voor een goede persoonlijke klik moet de patiënt vrij kunnen kiezen. Als een chronisch patiënt al jaren bij zijn of haar hulpverlener komt, kennen zij elkaar door en door. Die band wordt van de ene op de andere dag door de zorgverzekeraar doorgeknipt als deze geen contract meer sluit met de betreffende hulpverlener.

De budgetpolis biedt dus onvoldoende oplossing voor patiënten en aanbieders, maar verhoogt wél de regeldruk. Wij verwachten dan ook dat het laten vervallen van het hinderpaalcriterium en invoering van de budgetpolis een effectieve concurrentie van aanbieders (en daarmee de marktwerking) in de weg zal staan.

Indien het correct is dat er, zoals Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangeeft, in de praktijk geen budgetpolis komt, maar artikel 13 wel aangepast wordt, betekent dit een scheiding in de Nederlandse bevolking tussen zij die wel én zij niet kunnen betalen. Hiermee wordt het solidariteitsbeginsel, als basisbegrip voor verzekeren, teniet gedaan.

Met deze brief geven wij aan dat wij, patiëntenverenigingen, beroepsverenigingen en brancheorganisaties, ons grote zorgen maken of de voorwaarden wel worden gehonoreerd. Huidige signalen geven ons geen vertrouwen in het proces. Wij vragen de Eerste Kamer bij de behandeling van het wetsvoorstel 33 362 bovenstaande punten in overweging te nemen en aanpassing van artikel 13 op te schorten, zodat deze goed geregeld kunnen worden en de veranderingen voldoende tijd krijgen.

Hierna treft u een toelichting op bovengenoemde standpunten.

Nieuwe polis verhoogt de regeldruk én geeft voor omvangrijk deel ggz-patiënten geen garantie voor keuzevrijheid.

Een essentiële voorwaarde voor effectieve concurrentie is dat iedere burger periodiek (bijvoorbeeld jaarlijks) ongeacht gezondheidsrisico en inkomen, vrij en onbelemmerd moet kunnen kiezen uit zorgverzekeraars en zorgpolissen, zonder door de verzekeraar te worden geweigerd, zonder veel administratieve rompslomp en zonder hoge zoekkosten vanwege slecht vergelijkbare verzekeringsproducten. Als deze voorwaarde niet is vervuld, zullen zorgverzekeraars niet geprikkeld worden om scherp in te kopen op de zorginkoopmarkt. Naast voldoende keuzevrijheid is het ook van belang dat voldoende verzekerden bereid en in staat zijn tot het maken van een kritische keuze. Deze voorwaarde is vooral relevant voor specifieke subgroepen van verzekerden, bijvoorbeeld gebruikers van langdurige ggz. Pas op 1 april 2015, het moment dat het zorgbeleid voor de inkoop 2016 gereed moet zijn, zal blijken of bovenstaande realistisch is. Tot nu toe lijkt men de goedkopere zorgpolissen met minder keuzevrijheid echter vooral te mijden (Trouw, 29 januari). Bovendien blijkt dat over de band van de aanvullende polissen op dit moment wel degelijk sprake is van risicoselectie bij zorgverzekeraars (Volkskrant, 30 november).

Ggz-patiënten hebben (helaas) gemiddeld 30% minder inkomen dan de rest van Nederland. Een groot deel van hen leeft op of onder het bestaansminimum. Voor 33% van de ggz-patiënten geldt zelfs dat hun besteedbaar inkomen lager ligt dan € 50,- per maand. Zij zullen gezien hun inkomen niet anders kunnen dan kiezen voor een goedkopere budgetpolis. Hoewel minister Schippers stelt dat er geen vrees hoeft te zijn voor een te beperkte keuze in polissen voor de lagere inkomens omdat deze inkomens recht hebben op een zorgtoeslag, werd onlangs duidelijk dat deze toeslag in 2015 naar beneden gaat en de premies zullen stijgen. Het uitgangspunt van de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, dat mensen zelf kunnen blijven kiezen voor hun eigen

behandelaar als ze dat willen, doordat gekozen kan worden uit verschillende polissen, is daarmee voor een groot deel van de ggz-patiënten geen haalbare kaart.

De budgetpolis is daarmee dus geen oplossing voor een substantieel deel van de ggz-patiënten en aanbieders. Ook verzekeraars maken bezwaar, zij richten zich daarbij vooral op de uitvoeringsvragen. ZN verwacht een toename van de regeldruk door de amendementen bij het wetsvoorstel. Afspraak in het Bestuurlijk Akkoord is juist dat de administratieve lasten en toezichtsdruk met de voorgestelde aanpassingen teruggebracht worden. ZN schreef bovendien dat de komst van een goedkope zorgpolis met korting – wanneer een verzekerde vrijwillig kiest voor geen vergoeding bij ongecontracteerde zorgaanbieders – allerm minst zeker is. Het staat voor zorgverzekeraars geenszins vast dat de wijziging van artikel 13, zal leiden tot een derde soort polis naast de bestaande restitutie- en naturapolissen.

In dat geval betekent aanpassing van artikel 13 een scheiding in de bevolking, tussen degenen die zorg kunnen betalen en degenen die dit niet kunnen. Hiermee wordt het solidariteitsbeginsel, waar de Nederlandse samenleving én het verzekeringsstelsel op geschoeid is, onderuit gehaald.

Geen gelijk speelveld: de rol van verzekerden is niet tijdig genoeg en onvoldoende uitgewerkt.

Wij ondersteunen het uitgangspunt dat de zorginkoop meer moet plaatsvinden op basis van kwaliteit. Het is daarbij echter van belang dat zowel zorgverzekeraars, patiënten als professionals betrokken zijn bij de vaststelling van deze kwaliteit. Op 1 november 2013 schreven we reeds een brief aan de minister waarin wij een dramatisch beeld schetsten van de zorginkoop, met mogelijk grote consequenties voor de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van de zorg. Ook dit jaar ontvangen we dergelijke signalen, die negatieve gevolgen hebben voor patiënten: een behandeling als mindfulness bij Autisme Spectrum Stoornissen wordt bijvoorbeeld niet langer vergoed, terwijl daar relatief gezien wel voldoende evidence voor is. Een ander voorbeeld is het gegeven dat de afgelopen maanden 21% van de verzekerden met psychische klachten langer dan vier maanden wacht op een behandeling. De NZa meldde dat 70% van de verzekeraars werkt met strikte omzetplafonds. Ook het Landelijk Platform GGz ontving met haar meldactie 'Meld je zorg' veel signalen. Zo constateerde zij een toename van het aantal patiënten met suicidale gedachten, psychose en ander leed.

Zorgverzekeraars contracteren op dit moment nog maar zeer deels op kwaliteit. De NZa en Zorginstituut Nederland vinden dat de informatie over de kwaliteit van ziekenhuiszorg beter kan en moet. De sterftecijfers alleen zeggen onvoldoende. Er zijn veel cijfers die iets zeggen over een bepaald aspect van kwaliteit van zorg bij één aandoening, maar nog nauwelijks indicatoren die bruikbaar zijn voor patiënten en zorginkopers om een algemeen beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg. Voorlopig hanteert iedere verzekeraar zijn eigen kwaliteitsnormen. Voor de patiënt is een beoordeling van het contracteerbeleid daardoor ondoenlijk. De producten van de zorgverzekeraars zijn verre van transparant om de volgende redenen:

Als een verzekerde goed wil vergelijken moeten zij dat kunnen doen op basis van onder meer

- a) de namen van de aanbieders en het aantal gecontracteerde aanbieders
- b) prijs en prijsverschil tussen de natura-, restitutie- en een zogeheten budgetpolis
- c) actieve wachtlijstbemiddeling
- d) de kwaliteitscriteria waarop zorgverzekeraars zich baseren.

Het Landelijk Platform GGz heeft zorginkoopcriteria opgesteld. Het is echter onduidelijk of deze in de praktijk ook worden toegepast. Op dit moment hebben de verschillende zorgverzekeraars ondanks ons verzoek om helderheid te verschaffen over bovengenoemde punten, geen reactie gegeven. Bovengenoemde aspecten moeten transparant zijn en vergelijkbaar voor de consument/verzekerde. Het zal u niet ontgaan zijn dat de bekende websites als "Independer" niet geheel objectief en onafhankelijk zijn omdat deze medegefinancierd worden door grote verzekeraars.

De afgelopen maanden zijn deze aspecten van de zorginkoop meerdere malen onderwerp geweest in de media, zoals Tros RADAR, Volkskrant, Trouw. Voor verzekerden zullen de wijzigingen pas vanaf 1 januari 2016 effect hebben. Het zorgbeleid voor 2016 moet echter voor 1 april 2015 gereed zijn. Dit betekent dat alle wijzigingen in 4 maanden tijd ingevoerd moeten zijn. De rol van inspraak voor verzekerden is echter op dit moment nog geheel onduidelijk en moet nog worden uitgewerkt door het ministerie en ZN naar aanleiding van amendement 35 Bruins Slot.

In het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz bewaken patiënten, zorgprofessionals en ZN gezamenlijk de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg via implementatieraad en agendaraad. Door de gezamenlijke besluitvorming kunnen voldoende waarborgen ingebouwd worden voor de meest kwetsbare groepen.

Om inkoop op kwaliteit voor zorgverzekeraars mogelijk te kunnen maken is het van belang dat het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz de tijd krijgt om kwaliteitsafspraken zorgvuldig vast te leggen, op tripartite wijze (patiënten, aanbieders en verzekeraars gezamenlijk). Het Netwerk is eind 2013 opgericht en heeft onlangs haar eerste call voor projecten uitgezet. Binnen deze call zijn ruim veertig projecten voor zorgstandaarden gestart. De komende drie jaren wordt de aandacht niet alleen op doorontwikkeling, maar tevens op implementatie van de zorgstandaarden en aanverwante producten gericht. Dit biedt de mogelijkheid om gezamenlijk afspraken rondom kwaliteitselementen als transparantie, kosteneffectiviteit, veiligheid, zelfmanagement en dergelijke op te stellen. Criteria en normen waarmee onderbouwd kan worden ingekocht en zorg kan worden geleverd.

Hoogachtend,

Mede namens GGZ NL, LVVP, MEERGGz, NIP, NVvP



Marjan ter Avest

Directeur Landelijk Platform GGz



Landelijk Platform GGz

LPGGz



LANDELIJKE VERENIGING VAN
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN
& PSYCHOTHERAPEUTEN

