

Ronde Tafel Gesprek / bijzondere procedure - 19 januari 2015 – Tweede Kamer

Dames en heren,

Kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg – dat is de inzet van de overheid, de verzekeraars en de aanbieders. Daar is, vanuit patiëntenperspectief, niets op af te dingen.

Sterker nog: dat is ook de inzet van het Landelijk Platform GGz namens de 1 miljoen mensen, die jaarlijks gebruik maakt van de geestelijke gezondheidszorg.

Voor het LPGGz staan hierbij de volgende vragen centraal:

- Is er vanuit het perspectief van de patiënt voldoende sturing op kwaliteit?
- Is de zorg toegankelijk voor alle patiëntengroepen?
- Is er sprake van keuzevrijheid?
- Kan de patiënt de rol van kiezende en meebeslissende consument oppakken?
- Is er binnen het stelsel ruimte voor de innovatie die ons voor ogen staat?

Het Landelijk Platform GGz maakt zich zorgen over de positie van patiënten in het zorgstelsel.

Ernstig zorgen.

Ik wil u in dit gesprek een aantal zaken meegeven die die zorgen weerspiegelen. Maar niet voordat ik mijn waardering uitspreek voor uw initiatief voor dit ronde tafel gesprek en de uitnodiging op deze manier met u in gesprek te gaan.

(1) Kiezen tussen verzekeraars

De burger, verzekerde, patiënt heeft slechts dat ENE moment per jaar voor het maken van een **keuze voor een zorgverzekeraar**.

Op dat ENE moment moet je zien te kiezen.. en dit gaat niet over het kiezen tussen een tiental concerns. Nee, we worden geconfronteerd met een scala van labels en een nog grotere waaier aan polissen.

Voor een verzekerde is het onmogelijk om de verschillende polissen en producten te vergelijken. Het vergt een studie van 'de kleine lettertjes' en vervolgens afwegingen en keuzes die met de eigen portemonnee en het te verwachten zorggebruik te maken hebben.

Het beoordelen bij welke verzekeraar het passende antwoord te vinden is op een zorgvraag en welke zorgaanbieder daarvoor het meest te bieden heeft is schier onmogelijk.

Een individuele inschatting van een verwachte zorgvraag is gebaseerd op de illusie van de maakbaarheid en voorspelbaarheid van het leven. Het kiezen van de juiste verzekeraar en zorgaanbieders vraagt om een glazen bol.

Kiezen tussen een budgetpolis of een restitutiepolis? Het grootste deel van onze achterban heeft een laag inkomen. Voor hen rest alleen de keuze van en budgetpolis. Hoezo keuzevrijheid?

Vergelijkingsites kunnen de burger misschien iets op weg helpen – voor zover het poliskeuzes betreft. Echter, onafhankelijke vergelijkingswebsites bestaan op dit moment nog niet.

De praktijk wijst uit dat chronisch zieken en ggz-patiënten veelal bij de verzekeraar blijven waar ze al zitten omdat ze het risico niet aandurven om over te stappen.

(2) Vrijeartsenkeuze

Het LPGGz heeft stelling genomen in de discussie over vrijeartsenkeuze en de aanpassing van artikel 13 van de ZVW.

Keuzevrijheid van de patiënt voor zijn behandelaar en behandeling is uitgangspunt voor de patiëntenbeweging – en daar worden we door onze achterban dagelijks op scherp gehouden.

Een persoonlijke vertrouwensband tussen patiënt en behandelaar is immers bepalend voor het behandelresultaat, de therapietrouw en de continuïteit van de behandeling.

Op dit moment kunnen verzekeraars ons niet uitleggen waarom de ene zorgaanbieder wel gecontracteerd wordt en de andere niet.

De zorgverzekeraar moet wat ons betreft de zorginkoop moeten baseren op de multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden die zijn vastgesteld door beroepsgroepen en patiëntenverenigingen. In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt om meer multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen. Dit traject is volop in ontwikkeling en loopt gedurende de looptijd van het bestuurlijk akkoord

Verder ontbreekt het patiënten aan keuzeondersteunende informatie: Welke ggz-aanbieders zijn er in de buurt en welke zijn van goede kwaliteit? Welke behandelaar is gespecialiseerd in de behandeling van bepaalde aandoeningen?

Er zijn een aantal keuzewebsites, maar deze zijn onvolledig en onvoldoende doorontwikkeld. Objectieve kwaliteitscriteria- en beoordelingen ontbreken, evenals patiëntenreviews.

We roepen de zorgverzekeraars op, om samen met professionals, zorgaanbieders en patiëntenverenigingen, een breed gedragen kwaliteitskader te ontwikkelen voor zorginkoop en de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod transparanter en klantvriendelijker te maken.

(3) Toegankelijkheid van de zorg

Valt er wat te kiezen als er te weinig zorg gecontracteerd wordt?

Uit onze meldacties in 2014 blijkt dat er lange wachtlijsten zijn in de gespecialistische ggz en dat de veldnormen voor wachttijden ruimschoots worden overschreden.

21% van de respondenten moet langer dan 8 weken wachten op een intakegesprek bij de psychiater of psychotherapeut; 21% wacht zelfs langer dan 4 maanden. Dit is een zorgelijk percentage met risico's op verergering van de stoornis en ongewenste escalatie zoals psychoses, crisissituaties en suïcidaliteit.

Het rapport van de NZA bevestigt de lange wachttijden in de ggz. Echter de NZA spreekt in haar rapport gemiddelde wachttijden, waardoor onvoldoende inzichtelijk is bij welke instellingen de langste wachttijden zijn.

Lange wachtlijsten belemmeren de toegang tot zorg. Wachttijden hangen samen met het volume van de zorginkoop en met de budgetplafonds van aanbieders. Wij krijgen als patiëntenorganisatie signalen dat er te krap ingekocht en te laat wordt extra wordt gecontracteerd als er wachtlijsten zijn.

Wij verwijzen patiënten naar de zorgverzekeraar. De verzekeraar heeft een zorgplicht en moet aan wachtlijstbemiddeling doen. Maar de enige keus die een patient rest is het zoeken van een andere zorgaanbieder. Is dit keuzevrijheid?

(4) Solidariteit en risico-selectie

Zieke en gezonde mensen hebben evenveel recht op een goede zorgverzekering.

Mensen met een goed inkomen en mensen op een minimum inkomen hebben evenveel recht op goede, toegankelijke en betaalbare zorg.

Wij maken ons als LPGGz ernstig zorgen over de signalen van risicoselectie door verzekeraars. Promovendum, een verzekering voor hoogopgeleiden. Digitale drempels die worden opgeworpen voor ouderen bij het kiezen van een polis.

Solidariteit in de zorg is een groot goed in onze samenleving. Dit soort selectiepraktijken druisen in tegen het solidariteitsprincipe en geven de risico's weer als de positie van verzekeraars nog meer wordt versterkt. Verzekeraars moeten elkaar hierop aanspreken en dit soort praktijken collectief voorkomen.

(5) Machtsverhoudingen in het stelsel

Ons stelsel moet de randvoorwaarden scheppen voor een goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Binnen het goed functionerend stelsel is evenwicht tussen de verschillende spelers cruciaal. De overheid, de zorgverzekeraar, de aanbieder en de patiënt: ieder heeft zijn eigen rol.

Uit mijn betoog blijkt dat binnen de driehoeksverhouding verzekeraar-aanbieder-patiënt, de positie van de patiënt in verhouding te zwak is en de positie van de zorgverzekeraar in verhouding te sterk.

Op dit moment is de zorginkoop vooral een onderhandelingsproces tussen aanbieder en verzekeraar dat op het scherpst van de snede gevoerd wordt en dat gaat over volume en prijs... de patiëntenbeweging heeft er weinig zicht en invloed op.

Met andere woorden: de verhoudingen in het stelsel zijn scheef. Een wijziging van artikel 13 van de ZVW zal de positie van zorgverzekeraars alleen nog maar meer versterken en de onderlinge verhoudingen in het stelsel nog schever maken.

Laten we even een pas op de plaats maken. Laten we de komende jaren investeren in belangrijke voorwaarden voor een evenwichtig samenspel van de verschillende actoren in de zorg. Alleen zo wordt de belofte van een duurzaam stelsel en een goede, toegankelijke en betaalbare zorg waargemaakt.

Ik dank u voor uw aandacht.