



RAPPORTAGE VOORLICHTINGSTRAJECT OVERHEVELING GENEESKUNDIGE GGZ NAAR DE ZORGVERZEKERINGSWET

In de periode eind oktober tot en met november 2008 heeft Kwadraad in opdracht van het Landelijk Platform GGz een voorlichtingstraject uitgevoerd over de overheveling van de geneeskundige GGz van de AWBZ naar de zorgverzekeringswet (vanaf nu: "de overheveling"). De doelstelling van dit traject was tweeledig:

- Het informeren van (kader)leden van cliëntenraden GGz en (kader)leden en vrijwilligers van cliënten- en familieorganisaties GGz over de overheveling. Via deze weg kan de informatie worden doorgegeven aan de achterban.
- Het inventariseren van vragen en knelpunten vanuit cliënten- en familieperspectief, als input voor verdere voorlichting en belangenbehartiging.

In dit rapport vindt u:

- Een verslag van het verloop van het voorlichtingstraject.
- De knelpunten omtrent de overheveling die naar voren zijn gekomen tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten.
- De knelpunten omtrent andere financiële verschuivingen die naar voren zijn gekomen met daarbij de vragen voor met name het ministerie van VWS.
- Een aantal conclusies en aanbevelingen

VERLOOP VAN HET VOORLICHTINGSTRAJECT

Tijdens het voorlichtingstraject zijn zeven voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd in samenwerking met regionale cliëntenorganisaties (via VOICE), en drie bijeenkomsten in samenwerking met landelijke cliënten- en familieorganisaties.

De publiciteit voor de voorlichtingsbijeenkomsten is verzorgd door de betreffende organisaties. Daarnaast zijn aankondigingen verspreid via Kwadraad en het Landelijk Platform GGz (zie bijlage).

Vooraf door organisaties in het noorden van het land werd opgemerkt dat het vaak moeilijk is om verschillende regionale cliëntenorganisaties samen te laten werken.

Voorlichtingsbijeenkomsten

De bijeenkomsten hadden twee doelen: het presenteren/informeren over de overheveling aan de hand van de informatie vanuit VWS en het inventariseren van de vragen en knelpunten met betrekking tot de overheveling. Bij de ene helft van de bijeenkomsten kwamen de vragen en knelpunten naar voren tijdens de presentatie en bij de andere helft vond er een aparte discussieronde plaats. Het viel op dat er in de discussies maar weinig aandacht was voor de overheveling en des te meer aandacht voor de toekomstige

veranderingen in de AWBZ. Men maakt zich daar veel meer zorgen over (zie kopje 'Andere verschuivingen in de financiering in de zorg').

De intentie was om ook zorgaanbieders en zorgverzekeraars te laten deelnemen aan de bijeenkomsten, met name aan de discussies. Bij vijf van de tien bijeenkomsten was er een medewerker van een zorgverzekeraars of zorgkantoor aanwezig en bij drie daarvan was er tevens een medewerker van een zorgaanbieder aanwezig (zie bijlage). Met name de aanwezigheid van de zorgverzekeraars leverde vaak een interessante gedachte-uitwisseling en discussie op.

Over het algemeen was de sfeer bij de bijeenkomsten goed en waren de deelnemers rustig, betrokken en geïnteresseerd. Toch ontstond er soms verontwaardiging over de veranderingen in de financiering van de GGz in het algemeen (waarvan de overheveling maar een klein onderdeel uitmaakt). Mensen zijn er vaak niet van overtuigd dat de maatregelen in het voordeel van de cliënt zullen uitpakken en dat leverde soms een opstandige, boze of verdrietige reacties op. De knelpunten leest u verderop.

De opkomst bij de voorlichtingsbijeenkomsten wisselde erg per bijeenkomst. In totaal hebben ongeveer 270 mensen de bijeenkomsten bezocht. De meeste bijeenkomsten hadden een redelijk tot zeer goede opkomst van tussen de 20 en 50 deelnemers. Twee bijeenkomsten hadden een zeer lage opkomst (oa. doordat er tegelijkertijd een andere GGz gerelateerde bijeenkomst plaatsvond). De deelnemers bestonden met name uit leden van cliënten- en familieorganisaties en leden van cliënten- en familieraden. Ook waren er meestal PGB-consulenten aanwezig en een aantal individuele geïnteresseerden.

De voorlichters

De voorlichting tijdens de bijeenkomsten is verzorgd door twee ervaren voorlichters vanuit cliëntenorganisaties en een bureaumedewerker van Kwadraad. Daarbij was op elke bijeenkomst was een medewerker van Kwadraad aanwezig voor de verslaglegging. Voor en tijdens de bijeenkomsten is er uitgebreid contact geweest met het ministerie van VWS over de inhoud van de presentatie. De voorlichters zijn door twee medewerkers van het ministerie van VWS getraind. Daarnaast was er tijdens de training ook een medewerker van Agis aanwezig om meer te vertellen over de overheveling gezien vanuit het oogpunt van de zorgverzekeraars.

Nadat de voorlichters zich verder hadden ingelezen, is een tweede bijeenkomst georganiseerd bij Kwadraad om de presentatie te oefenen en op één lijn te komen, zodat de informatie eenduidig naar buiten werd gebracht. Tussen de voorlichtingen door zijn er vragen en onduidelijkheden in de presentatie teruggekoppeld naar het ministerie van VWS, om bij volgende bijeenkomsten zo volledig mogelijk uitleg te kunnen geven.

Voorlichtingsmateriaal

In het voorlichtingstraject is gebruik gemaakt van het bestaande voorlichtingsmateriaal: de brochure en de powerpoint presentatie van het ministerie van VWS. In de powerpoint presentatie zijn enige aanpassingen gedaan door Kwadraad om het meer toe te spitsen op de doelgroep. Ook was er achtergrondmateriaal aanwezig over PGB, eigen risico en eigen bijdrage en een overzicht van informatiebronnen over de overheveling.

De deelnemers van de bijeenkomsten is beloofd dat het verslag van de nog openstaande vragen en knelpunten met een reactie van het ministerie van VWS uiterlijk begin januari geplaatst zal worden op de website van het LPGGz.

KNELPUNTEN EN AANBEVELINGEN VANUIT CLIËNTEN- EN FAMILIEPERSPECTIEF

Tijdens het voorlichtingstraject over de overheveling van de geneeskundige GGz naar de zorgverzekeringswet zijn vragen en knelpunten naar voren gekomen. Hieronder volgt een selectie van de voornaamste knelpunten en de daaruit voortvloeiende vragen. De vragen zijn, mits anders vermeld, gericht aan het ministerie van VWS.

Algemeen

De voorlichting over de overheveling naar de zorgverzekeringswet werd over het algemeen goed begrepen, maar werd als te beperkt ervaren. De meeste deelnemers hebben met AWBZ, WMO en zorgverzekeraars te maken. De voorlichting voldeed niet aan de behoefte om een beter overzicht te krijgen over alle veranderingen in de financiering van de zorg. De deelnemers maken zich daarbij ernstige zorgen over de toekomstige veranderingen in de AWBZ. Verderop vindt u daarvan een samenvatting. De meeste deelnemers waren verontwaardigd over het feit dat deze voorlichting veel te laat komt: de verandering was 1 januari 2008 ingegaan. Men vindt dat informatie over dit soort wijzigingen vooraf moet worden gegeven. Een enkeling had de informatievoorziening via de media over dit onderwerp opgemerkt.

De volgende vragen kwamen bij elke bijeenkomst naar voren:

- Worden de voorlichtingen over de financiering van de zorg in de toekomst breder getrokken? Dus ook informatie geven over de link met andere veranderingen en de stand van zaken betreffende veranderingen in de toekomst?
Worden volgende voorlichtingen gegeven voorafgaande aan de verandering?

Antwoord vanuit VWS

Om het algemene publiek te informeren over de veranderingen in de zorg 2009 is vanuit VWS in november 2008 een uitgebreide najaarscampagne gestart. Er zijn veranderingen in de preventie, de curatieve zorg en de langdurige zorg. Er zijn verschillende middelen ingezet: website (www.veranderingenindezorg.nl), meerdere pagina's in een landelijke dekkend netwerk van huis-aan-huis-kranten, radiospots en informatie en vraagafhandeling via Postbus 51. Begin januari is er een brochure beschikbaar waarin alle compensatieregelingen 2009 staan toegelicht voor mensen met een chronische ziekte, handicap of hoge leeftijd. Er staat in welke regelingen er zijn, hoe ze werken en waar iemand terecht kan voor een aanvraag of meer informatie. Deze brochure is aangeboden aan een groot aantal cliëntenorganisaties, branche- en uitvoeringsorganisaties.

In deze eindejaarscampagne (2008) is veel aandacht besteed aan de veranderingen in de AWBZ (de pakketmaatregelen). Naast deze eindejaarscampagne hebben we naar aanleiding van de veranderingen in de AWBZ twee communicatiegroepen opgericht met cliëntenorganisaties, branche- en uitvoeringsorganisaties. Doel hiervan was om met één mond te communiceren naar de burger en de inzet van communicatiemiddelen te bepalen. In 2008 zijn er 4 informatiebijeenkomsten georganiseerd voor gemeenten over de pakketmaatregelen. Begin 2009 zullen er ook 4 informatiebijeenkomsten plaatsvinden voor zorgaanbieders. Daarnaast zijn we bezig om een dergelijke bijeenkomst voor cliëntenorganisaties te organiseren.

Vanuit VWS wordt de voorlichting over de financiering van de zorg breder getrokken. Zie bv. de huis-aan-huisbladen.

Cliëntondersteuning

In het algemeen heeft men weinig vertrouwen in een positieve uitwerking van de overheveling. Slechts weinig deelnemers geloven dat cliënten hiermee hun voordeel kunnen doen. De voorlichting was hierin wellicht te weinig stimulerend. De lasten voor cliënten worden hoger, omdat ze het geld voor de zorg bij verschillende instanties moeten halen met ieder andere regels en voorwaarden. De veranderingen leveren veel stress en onzekerheid en juist de meest kwetsbare mensen worden niet bereikt met de standaard voorlichting. Zoals bekend is er een grote behoefte aan onafhankelijke individuele ondersteuning voor GGz cliënten.

Onderstaande vraag speelt al lange tijd en is bijvoorbeeld ook heel duidelijk naar voren gekomen tijdens de voorlichting over zorgzwaartepakketten¹:

- Komt er een plan voor individuele ondersteuning van GGz cliënten? Ondersteuning via de instellingen is niet onafhankelijk en via de MEE-organisaties wordt de GGz-doelgroep niet of alleen maar heel indirect bereikt.

Antwoord vanuit VWS

Het Landelijk Platform GGz (LPGGz) heeft na de zomer van 2008 een projectvoorstel bij het Fonds PGO ingediend voor de instelling van een Landelijk Informatiecentrum ggz (LIC). Fonds PGO heeft in overleg met VWS besloten de projectsubsidie aan het LPGGz te verstrekken, Het LIC wordt ingesteld t.b.v. ggz cliënten en patiënten die vragen hebben m.b.t. de ggz, dus inclusief eerstelijns ggz. Het LIC zal voorlichting geven via de website en per mail en telefoon. Het LIC is daarmee een informatiemakelaar. Naast informatieverbreiding zal het LIC actief en passief monitoren wat er in het veld leeft om vervolgens eventuele knelpunten in beeld te brengen en een oplossing voor te bedenken – zonodig in overleg met partijen.

Marktwerving en kwaliteit

Tijdens elke bijeenkomst waren er grote vraagtekens bij de ideeën over de marktwerving. Het lijkt er op dat de gestegen zorgkosten inderdaad zullen worden geremd. De verwachting is ook dat cliënten (via de verzekeraar) meer keuze zullen hebben en dat de kwaliteit van de zorg omhoog zal gaan. Deze verwachting ontlokte vaak verontwaardigde reacties. De onderstaande vragen werden dan ook veel gesteld.

Keuze zorgverzekeraar

Wat betreft het eerste: de meeste deelnemers ervaren weinig keuze wat betreft hun zorgverzekeraar. Wisselen van zorgverzekeraar is moeilijk omdat cliënten vaak aanvullend verzekerd moeten zijn en daarvoor geldt meestal een selectie. Daarbij komt dat veel GGz cliënten financieel gezien vaak aangewezen zijn op een bepaalde goedkopere (collectieve) verzekering en zich een duurdere niet kunnen veroorloven.

- Als GGz cliënten te weinig mogelijkheden zien om van verzekeraar te wisselen, hoe worden de verzekeraars dat gemotiveerd om voor deze doelgroep op te komen?

Antwoord vanuit VWS

Voor iedereen geldt dat eens per jaar kan worden overstapt naar een andere verzekeraar. Dat is voor ggz-clieuten niet anders dan voor anderen. Overstappen naar een andere verzekeraar voor de basisverzekering betekent niet dat de oude verzekeraar om die enkele reden een bestaande aanvullende verzekering mag opzeggen. Dat staat in de Zvw. Je kunt dus je basisverzekering bij een andere verzekeraar hebben dan je aanvullende verzekering. Daarbij hebben verzekeraars een wettelijke zorgplicht. Dat betekent dat ze ervoor moeten zorgen dat verzekerden de hulp krijgen die ze nodig hebben.

Kwaliteit van de zorg

Wat betreft de kwaliteit van de zorg: deelnemers zien momenteel vooral dat de zorgaanbieders moeten bezuinigen en zijn bang dat de zorg daardoor verschaalt. Deelnemers noemen bijvoorbeeld de steeds langere wachtlijsten en steeds minder personeel bij de instellingen.

¹ http://www.platformggz.nl/lpggz/projecten/zorgzwaartepakketten/voorlichting_zorgzwaartepakketten

- Als blijkt dat GGz instellingen (onder druk van de verzekeraars) veel moeten bezuinigen, hoe kan dan de kwaliteit van de zorg verbeteren? Draait het niet vooral om geld?

Antwoord vanuit VWS

Instellingen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet daarop toe. De verzekeraar maakt met de instelling niet alleen afspraken over prijs en volume, maar ook over kwaliteit of andere elementen van de zorg aan patiënten. Bij de inkoop van zorg draait het om kwalitatief goede zorg voor een goede prijs. Belangenorganisaties van patiënten kunnen samen met patiënten als sterke 'derde partij' naast zorgaanbieders en zorgverzekeraars invloed uitoefenen op de inkoop van zorg en/of de kwaliteit.

Keuze zorgaanbieder

De cliënt wil uiteindelijk een goede zorgaanbieder en behandeling kunnen kiezen (door middel van de keuze voor een passende verzekeraar). Toch zijn cliënten meestal aangewezen op de grote GGz-aanbieder in de regio (waar men ook niet zelf een behandelaar mag kiezen). Daarbij komt momenteel dat alle verzekeraars zich aansluiten bij de afspraken die de grootste verzekeraars in een bepaalde regio hebben gemaakt met GGz zorgaanbieders in de betreffende regio.

- Waarom zou een GGz-cliënt een andere verzekeraar nemen, als alle verzekeraars (momenteel) dezelfde zorg vergoeden?

Antwoord vanuit VWS

Misschien vanwege een andere aanvullende verzekering, betere service en bejegening, vlottere declaratieafhandeling, grotere klantvriendelijkheid, speciale projecten zoals bijvoorbeeld preventie-activiteiten, en natuurlijk een lagere nominale premie. Die mogen de verzekeraars namelijk vaststellen. Ook deelname aan een collectieve verzekering bij een andere verzekeraar kan de reden van de overstap zijn.

Individuele keuzes

Er bestaat bij sommige mensen de angst dat de verzekeraar vooral naar 'het gros van de cliënten', de efficiëntie en de kosten van de zorg zal gaan kijken en bijvoorbeeld niet naar individuele voorkeuren of het 'subjectieve' welbevinden van cliënten. Mensen zijn bang dat ze (om financiële redenen) moeten stoppen met hun behandeling, omdat verzekeraars geen contracten sluiten met de behandelaar of de instelling.

- Hoe gaan de verzekeraars en VWS waarborgen dat cliënten individuele keuzes kunnen maken? (Denk aan de mogelijkheden van het Persoongebonden Budget, zie verderop in de tekst)

Antwoord vanuit VWS

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. Dat betekent met zoveel woorden dat ze ervoor moeten zorgen dat verzekerden de hulp krijgen die ze nodig hebben. De verzekerde aanspraken (van de basisverzekering) staan in de wet. Die kan de verzekeraar niet beperken. Een verzekerde kan altijd (dat staat ook in de wet) naar een andere zorgverlener dan de zorgverlener waar de verzekeraar een contract mee heeft. Alleen kan het dan zijn dat hij een deel van de behandeling zelf moet betalen. Dat moet in de polisvoorwaarden zijn opgenomen.

Nieuwe rol cliënten(organisaties)

Bij de nieuwe rolverdeling zijn hoge verwachtingen gesteld aan de cliënten(organisaties). Cliënten moeten kritisch en mondig zijn en als adviseur, onderzoeker en voorlichter optreden. Het is dus belangrijk dat cliënten een sterkere partij worden. Hier kleven een aantal problemen aan volgens de meeste mensen.

Ten eerste gaat het om een bijzonder kwetsbare groep mensen. De meeste GGz cliënten zijn geen kritische consumenten, omdat ze hele andere zaken aan hun hoofd hebben. Om de stem van zoveel mogelijk cliënten te horen is het volgens veel deelnemers noodzakelijk dat de regionale cliëntenorganisaties hierin beter financieel en organisatorisch ondersteund worden.

Ten tweede is de samenwerking tussen met name cliënten(raden) maar ook de regionale cliëntenorganisaties en de verzekeraars nog niet voldoende om te kunnen spreken van een duidelijke invloed van cliënten in "het spel" met de verzekeraars en de aanbieders. Het is nog lang niet de norm dat cliënten(raden en organisaties) aanwezig zijn bij overleg over de kwaliteit van zorg. Cliënten zijn het niet gewend om de kwaliteit van de zorg aan de kaak te stellen via verzekeraars. Verzekeraars geven aan dat ze graag cliënten willen betrekken bij de zorginkoop, maar het erg moeilijk vinden om cliënten te bereiken. Afgezien van dit gebrek aan contact, maken cliëntenraden en organisaties zich zorgen over de financiering van een dergelijke rol als adviseur en onderzoeker.

Kortom, alle vertegenwoordigde cliëntenorganisaties maken zich zorgen over de nieuwe rol van de cliënt, vandaar dat de onderstaande vraag regelmatig werd gesteld:

- Cliëntenraden en organisaties hebben financiële en organisatorische ondersteuning nodig om de invloed van cliënten te kunnen laten gelden: enerzijds om hun achterban te kunnen benaderen en horen en anderzijds om een sterke speler te worden in "het spel" met de verzekeraars en aanbieders. Welke plannen hebben het ministerie en de verzekeraars wat betreft het versterken van cliëntenraden en organisaties?

Antwoord vanuit VWS

Op 25 november 2008 heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen die onder andere gaat over het budget van cliëntenraden. De Tweede Kamer roept de regering op in de Wet cliëntenrechten zorg (WCZ) te waarborgen dat cliëntenraden een onafhankelijk budget krijgen en de zorgaanbieders aan te sporen om, vooruitlopend op de WCZ, alvast te zorgen dat cliëntenraden een onafhankelijk budget krijgen. De minister en de staatssecretaris van VWS zijn voornemens om in de WCZ te regelen dat cliëntenraden een budget krijgen dat is gebaseerd op een werkplan en een begroting die de cliëntenraad zelf opstelt. Daarmee wordt het budget onafhankelijk van de wensen van het bestuur ten aanzien van de middelen voor de cliëntenraad. De minister en de staatssecretaris achten het wenselijk dat partijen per sector richtlijnen opstellen op basis waarvan cliëntenraden een werkplan en begroting kunnen maken en afspraken maken om de naleving van die richtlijnen te bevorderen. Betrokken brancheorganisaties hebben inmiddels laten weten bereid te zijn - vooruitlopend op de nieuwe wet - tot overleg over de financiering van cliëntenraden. Dit zal binnenkort starten.

Rol familieleden?

Door de leden van familieorganisaties wordt opgemerkt dat cliënten meestal niet alleen (kunnen) staan in hun rol als kritische consument. Dit wordt zoals hierboven genoemd ook door cliënten zelf aangegeven. Vaak spelen familieleden een belangrijke rol in de belangenbehartiging voor cliënten. Familieleden worden hierin nog te weinig erkend.

- Heeft het ministerie van VWS ideeën over de rol van familieleden van GGz cliënten? Welke plannen hebben zorgverzekeraars en het ministerie wat betreft het versterken van familieorganisaties?
-

Antwoord vanuit VWS

Met de recente vernieuwingen van de stelsels van zorg en ondersteuning wordt aan patiënten, gehandicapten en ouderen en hun vertegenwoordigende organisaties een belangrijke rol toegedicht. De minister en staatssecretaris van VWS, vinden het belangrijk dat patiënten, gehandicapten en ouderen zo veel mogelijk zelf kunnen bepalen welke zorg en ondersteuning bij hen past. Dit wordt niet alleen bereikt door het versterken van de positie van de individuele cliënt, maar ook door het versterken van de positie van de organisaties die hem of haar vertegenwoordigen .

Vanuit de erkenning van de maatschappelijke rol van organisaties van patiënten, ouderen en gehandicapten (pgo) zijn subsidiemiddelen beschikbaar voor het versterken van de positie, invloed en medezeggenschap van patiënten, gehandicapten en ouderen op individueel en collectief niveau ten behoeve van de gezondheidszorg, -bescherming en -bevordering en de maatschappelijke zorg.

Onder pgo-organisaties worden ook familie- en ouderorganisaties verstaan. Ook organisaties van familieleden van patiënten of gehandicapten die de belangen van die patiënten of gehandicapten behartigen kunnen voor subsidie in aanmerking komen.

Kwaliteitsonderzoek

Om de rol van kritische consument te laten gelden, zal er onafhankelijk onderzoek gedaan moeten worden naar de mening van cliënten over de kwaliteit van de zorg. Men maakt zich zorgen over de huidige onderzoeksmethoden. Vaak wordt bijvoorbeeld de CQ-index (vragenlijst gemaakt voor benchmarks) verplicht gesteld door de verzekeraars, maar de CQ-index bestaat ten eerste alleen nog maar voor de ambulante GGz. Ten tweede worden veel vraagtekens gezet bij deze vragenlijst: de vragenlijst is veel te lang en is te veel gericht op cijfers en te weinig op kwalitatieve verbeterpunten. In het algemeen vinden de deelnemers dat er naast vragenlijstenonderzoek, kwalitatief onderzoek moet worden gedaan naar de diepere lagen van het cliëntenperspectief: hoe komen cliënten tot hun mening?, waarom hebben ze een bepaalde mening?, hoe zouden ze het graag anders zien?

Met name een aantal mensen met ervaring op het gebied van onderzoek vanuit cliëntenperspectief stellen de volgende vraag:

- Alleen met kwalitatief onderzoek zal de kritische consument gedegen aanbevelingen kunnen doen voor verbetering van de kwaliteit van de zorg. Wat gaan met name de verzekeraars maar ook het ministerie doen om kwalitatief onderzoek een plek te geven?

Antwoord vanuit VWS

Verzekeraars hanteren eigen methoden en technieken om tot bepaalde voor hen relevante inzichten te komen. In de wijze waarop kwalitatief onderzoek onder cliënten en patiënten verricht wordt naar de beleving van behandelingen en hun mening hierover, speelt het ministerie van VWS geen. Het LPGGz heeft in het projectplan dat zal leiden tot het Landelijk Informatiecentrum ggz (LIC) eveneens een functie beschreven die in zekere mate tegemoet komt aan bovengenoemde behoefte.

Premie Zorgverzekeraars

Veel mensen zijn bang dat binnenkort de premie van de basisverzekering (fors) omhoog gaat, om de zorgkosten voor de verzekeraars betaalbaar te houden. Ook denkt men dat de polisvoorwaarden steeds strenger zullen worden en dat verzekeraars steeds meer op risico zullen gaan selecteren. Hierdoor zouden vooral de meest kwetsbare (GGz) cliënten benadeeld worden.

- Is de verwachting dat de premies van de zorgverzekeraars sterk gaan stijgen?
- Wat doen VWS en de zorgverzekeraars om een nadelige marktpositie van de 'risicovolle' en dus kwetsbare (GGz) cliënten te voorkomen?

Antwoord vanuit VWS

De verzekeraars hebben hun premies inmiddels bekend gemaakt. Gemiddeld genomen zijn de nominale premies voor de zorgverzekering iets gestegen. Verzekeraars mogen in de basisverzekering niet op risico selecteren. Iedereen moet zonder meer als verzekerde worden geaccepteerd en de verzekeraar moet er op grond van de zorgplicht voor zorgen dat iedereen de hulp krijgt die hij nodig heeft. Voor risicovolle groepen mag de verzekeraar geen hogere premie vragen dan voor zijn andere verzekerden met een gelijksoortige polis. Selectie is wel in de aanvullende verzekeringen mogelijk, maar daar gaat de overheid niet over. Een aanvullende verzekering dekt zorg die niet in het basispakket is opgenomen, zoals tandartshulp voor verzekerden ouder dan 18 jaar.

Daarbij vragen sommigen zich af:

- Gaat de AWBZ belasting omlaag, nu er veel zorg uit de AWBZ gaat? (ter compensatie)

Informatievoorziening zorgverzekeraars

In een aantal bijeenkomsten wordt genoemd dat men de informatievoorziening vanuit de zorgverzekeraars als weinig toegankelijk ervaart. Men vindt bijvoorbeeld dat de invoering van het eigen risico niet goed is gecommuniceerd. De omschrijving van de polisvoorwaarden vindt men veel te ingewikkeld. En in de gevallen dat mensen een PGB proberen aan te vragen bij een zorgverzekeraar, worden zij hierover vaak slecht geïnformeerd.

- In hoeverre stelt het ministerie voorwaarden aan de informatievoorziening door zorgverzekeraars?

Antwoord vanuit VWS

De invoering van het eigen risico (en het gelijktijdig afschaffen van de no claimregeling) is uitvoerig gecommuniceerd in de najaarscampagne. Ook alle verzekeraars hebben daarover informatie verschaft. Zorgverzekeraars zijn gebonden aan een richtsnoer van de Nza (Nationale zorg autoriteit) als het gaat om informatievoorziening. Kort gezegd moet de informatie objectief, transparant en dus toegankelijk zijn voor iedereen die die informatie nodig heeft.

- Zijn zorgverzekeraars bereid om in samenwerking met cliënten(organisaties) te werken aan een meer cliëntgerichte informatievoorziening?

Persoonsgebonden budget (PGB)

Het PGB biedt cliënten de uitgelezen mogelijkheid om hun eigen individuele zorgwensen te vervullen. Uit de onderzoeken die Per Saldo en het LPGGz² en de Nza³ hebben gedaan naar PGB in de zorgverzekeringswet bleek dat de zorgverzekeraars niet voldoende voordelen zien in het verstrekken van een PGB en derhalve geen goede informatievoorziening hierover geven en geen gunstige voorwaarden stellen aan het PGB. Concreet: vaak hebben cliënten met een PGB bij de zorgverzekeraar nog steeds niet de vrijheid om zelf hun behandelaar kiezen. Hoewel de meeste mensen niet bekend zijn met het PGB in de zorgverzekeringswet, horen wij dergelijke geluiden ook tijdens onze bijeenkomsten. De enkeling die heeft geprobeerd een PGB aan te vragen bij een zorgverzekeraar heeft het idee slecht geholpen of zelfs tegengewerkt te worden.

Kwadraad en het LPGGz willen graag antwoord op onderstaande vraag:

- Wat gaat het Ministerie VWS doen met de aanbevelingen van Per Saldo en LPGGz om het PGB-GGz experiment een nieuwe impuls te geven?

Antwoord vanuit VWS

In overleg met Per Saldo en zorgverzekeraars onderzoekt het ministerie van VWS op welke manier een zinnige functie kan worden gegeven aan het PGB in de Zvw.

Wat zit er wel en niet in zvw?

Tijdens de presentatie verkondigen wij dat de individuele preventie uit de AWBZ nu vergoed wordt uit de zorgverzekeringswet. Daarbij wordt door VWS verwezen naar de pakketadviezen het College Voor Zorgverzekeringen.⁴ Het CVZ gaf in juli 2007 alleen algemene voorwaarden waaraan de verzekerde preventieve zorg moet voldoen. Ook geeft het CVZ daarin aan dat informatievoorziening en verder onderzoek nodig is over preventie in de zorgverzekeringswet. Voor depressie is in september 2008 een rapport uitgekomen⁵ dat dit meer concreet maakt.

Bij elke bijeenkomst ontstond er onduidelijkheid over het onderdeel preventie, daarom vanuit Kwadraad en het LPGGz de vraag:

- Hoe en wanneer gaat het ministerie of het CVZ de cliënten concrete informatie bieden over de preventieve GGz zorg in de zorgverzekeringswet (anders dan depressiepreventie)?

Antwoord vanuit VWS

Er zijn op dit moment geen concrete plannen voor extra voorlichtingsactiviteiten hierover. Wel bestaat het Landelijk Steunpunt Preventie van het Trimbos Instituut, www.trimbospreventie.nl

Dit is een goede start om een overzicht te krijgen over wat er het gebied van GGZ preventie allemaal speelt. Op dit moment is verder het onderdeel depressiepreventie in het meest vergevorderde stadium voor wat betreft omschrijvingen over welke vormen van depressiepreventie al dan niet onder de zorgverzekeringswet vallen.

² *Experimenteren met de hakken in het zand*, Per Saldo en het LPGGz, september 2008. Zie www.persaldo.nl

³ *Evaluatierapport Het PGB in de Zorgverzekeringswet*, Nederlandse Zorgautoriteit, oktober 2008.

⁴ www.cvz.nl >> pakketadvisering >> preventie

⁵ preventie van depressie: verzekerde zorg? www.cvz.nl

Van VWS begrijpen we dat alles dat binnen het kader van behandeling valt, dus ook psycho-educatie (van familieleden) en individuele preventie, wordt betaald uit de zorgverzekeringswet. De behandelaar bepaalt of de zorg onder behandeling valt en binnen de DBC past. De vraag die een aantal keer wordt gesteld is:

- Werkt dit 'creatief boekhouden' in de hand? Lopen we het risico dat straks steeds meer onder de naam 'behandeling' wordt uitgevoerd, waardoor behandeling steeds minder betaalbaar wordt?

Antwoord vanuit VWS

In beginsel behoort alle geneeskundige GGZ tot het Zvw-pakket. Psychosociale hulp valt hier niet onder. Geneeskundige GGZ is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis. Daarbij gaat het om zorg zoals psychiaters en klinisch-psychologen die plegen te bieden. In uitzonderingssituaties is het mogelijk dat activiteiten die normaal gesproken onder ondersteunende begeleiding vallen, onder geneeskundige zorg vallen. Dergelijke activiteiten moeten dan onlosmakelijk onderdeel van de behandeling (geneeskundige zorg) zijn. Dit is het geval als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er terugkoppeling plaats vindt naar de behandelaar. Het GGZ Kompas van het College voor zorgverzekeringen (te vinden op www.cvz.nl) geeft voorbeelden van zorg die onderdeel is van de Zorgverzekeringswet. De rechten en plichten op grond van de Zorgverzekeringswet vloeien voort uit de tussen de zorgverzekeraar en verzekerde afgesloten zorgverzekering. Deze rechten in plichten staan in de desbetreffende modelovereenkomst (polis). Voor het antwoord op de vraag of de behandeling voor rekening van de zorgverzekering is dus de modelovereenkomst relevant. Daarin staan ook de procedurele voorwaarden (zoals of er voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar of een verwijzing van de huisarts nodig is) waaraan voldaan moet worden, wil de verzekerde zijn aanspraak tot gelding kunnen brengen. Of zorgverzekeraars hier actief op controleren en zo ja hoe dan, is een vraag die aan ZN gesteld kan worden

Daarnaast kan verwezen worden naar het CVZ rapport over depressiepreventie. Overigens wordt in dat geval niet over individuele preventie, maar over geïndiceerde of zorggerelateerde preventie. Alleen deze laatste vormen van preventie komen in aanmerkingen voor vergoeding onder de Zvw. Hiervoor kan weer het beste de definitie uit het CVZ rapport worden gebruikt. Binnen de kaders van de Zvw is het louter hebben van een kwetsbaarheidfactor voor het ontwikkelen van een depressie echter onvoldoende. Er moet sprake zijn van (dreigende) gezondheidsschade veroorzaakt door depressieve klachten. Wanneer een cliënt slechts een of meer kwetsbaarheidfactoren heeft voor het ontwikkelen van een depressie, kan het risico op een depressie wel hoog zijn, maar in dat geval is er nog geen sprake van aantoonbare dreigende schade door ervaren depressieve klachten. Het behandelen van deze risicogroepen, gebaseerd op kwetsbaarheidfactoren valt daarmee onder selectieve preventie en ligt dus buiten het bereik van de Zvw. Hiervoor zijn andere preventieve programma's beschikbaar die onder meer op grond van de Wmo kunnen worden vergoed.

Wat verder nog gezegd kan worden is dat psycho-educatie gezien kan worden als een vorm van behandeling. Maar om misverstanden te voorkomen is het wel belangrijk om het volgende te zeggen. Als ik een ziek, bijvoorbeeld depressief, familielid heb, dan is het niet zo dat ik voor het volgen van psycho-educatie vergoeding krijg uit de Zvw. Dat kan alleen op 2 manieren: 1) ikzelf moet ook al last hebben van een depressie of 2) van een sub-klinische depressie

(zie voor wat dat is ook het rapport van het CVZ). Als ik zelf een depressie heb, dan kan ik het volgen van psycho-educatie vergoed krijgen. Dat is dan in het kader van *mijn* behandeling en kan plaatsvinden in zowel de 2e als de 1e lijn. En als ik een subklinische depressie heb, dan kan het in het kader van preventie die wél onder de Zvw valt, het ook vergoed krijgen, als die behandeling voldoet aan wat het CVZ daarover in het rapport zegt. Het is dan eerste lijns psychologische zorg (daar gelden geen DBC's voor) waarvan 8 zittingen in het basispakket zitten. Ikzelf moet dus al klachten hebben.

Verder zou psycho-educatie vergoed kunnen worden als het noodzakelijk is in het kader van de behandeling van het zieke familie-lid (het systeem). Dan valt het als het ware onder de behandeling van het zieke familielid en dus onder de DBC van het zieke familielid. Maar dit ligt wel lastig. En het gaat er dan dus niet om dat IK klachten heb, maar dat mijn zieke familielid alleen maar behandeld of genezen kan worden als IK die psycho-educatie volg.

Andere, veelal individuele vragen, vragen die naar voren kwamen:

- In het zorgzwaartepakket (AWBZ) zat ook behandeling. Komt dit nu weer in de zvw?

Antwoord vanuit VWS

In de B-reeks van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) voor de GGZ (de ZZP's die betrekking hebben op 'voortgezet verblijf') zit behandeling opgenomen in het pakket en komt daarmee ten laste van de AWBZ. Dit zijn cliënten die eerst ten laste van de ZVW een jaar zorg met verblijf hebben genoten, omdat dat i.v.m. hun behandeling noodzakelijk is. Indien na dat eerste jaar nog steeds verblijf i.v.m. behandeling noodzakelijk is (voortgezet verblijf) komt dit ten laste van de AWBZ.

Daarnaast zijn er cliënten die op verblijf zijn aangewezen, maar waarbij de reden van het verblijf is gelegen in de benodigde ondersteuning en begeleiding. Dit zijn de zogenoemde C-clieñten. In de pakketten voor de C-clieñten is geen geneeskundige zorg opgenomen. Eventuele geneeskundige zorg komt ten laste van de ZVW (aanvullend op het ZZP dat ten laste komt van de AWBZ)

- In hoeverre valt de verslavingszorg onder de geneeskundige GGZ?

Antwoord vanuit VWS

Individuele geneeskundige verslavingszorg aan verslaafden is Zvw-zorg. Het begeleiden (maatschappelijke zorg/maatschappelijke ondersteuning) van verslaafden is Wmo en valt onder de gemeenten. Ook valt onder de Wmo preventie van verslavingsproblemen, met inbegrip van activiteiten in het kader van bestijding van overlast door verslavingszorg.

- Hoe zit het met de vergoeding van vrijgevestigde behandelaren die weigeren mee te werken aan de DBC systematiek?

Antwoord vanuit VWS

Belangrijk is dat cliënten en patiënten voorafgaande geïnformeerd worden door de behandelaar in geval hij/ zij niet in DBC's registreert en declareert. Worden ze dat niet en na de behandeling pas geïnformeerd en verzocht de factuur te voldoen, dan kan de cliënt dit bij de NZa melden. Deze zal vervolgens actie ondernemen naar de betreffende behandelaar. Betreffende behandelaar pleegt in zo'n geval een economisch delict (hoe zit dat vervolgens met het verhalen van de kosten? Kunnen wij de cliënt/patiënt adviseren dat het belangrijk is dat zij de rekening niet betaald, want de vraag is of ze het dan terug krijgen?)

- Hoe strikt is de vergoeding 365 dagen onafgebroken opname in de zorgverzekeringswet? Als je een maand thuis bent geweest en je wordt weer opgenomen, is het dan weer een nieuw jaar?

Antwoord vanuit VWS

Voor de bepaling van de 365 dagen tellen de dagen mee die zijn doorgebracht in bv. een algemeen ziekenhuis en in een psychiatrisch ziekenhuis. Als er tussen twee opnames minder dan 31 dagen ligt, dan worden de opnameperiodes samengeteld voor het bepalen van de 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen worden niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Wel tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

- Wat moet een cliënt doen wanneer de zorgverzekeraar weigert zorg te betalen waar een cliënt wel recht op denkt te hebben?

Antwoord vanuit VWS

Iedere verzekerde kan dan een klacht indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen (zie www.skgz.nl)

Er zijn altijd mensen die niet in het plaatje passen. Daar kwamen de volgende vragen over:

- Hoe kunnen onverzekerden geneeskundige zorg krijgen? (bijvoorbeeld dak- en thuislozen die daar geen geld voor hebben)

Antwoord vanuit VWS

Iedereen die onder de verzekeringsplicht valt, moet een verzekering hebben. Ook dak- en thuislozen. Is er desondanks toch geen verzekering dan loopt men de kans op een boete en de kosten voor medische behandelingen komen voor eigen rekening. Is medische hulp nodig terwijl er toch geen verzekering is, dan is het goed om gelijk een verzekering af te sluiten (kan bij elke verzekeraar en verzekeraar is verplicht iedereen te accepteren zonder nadere voorwaarden). De verzekering (vergoeding van kosten medische behandeling) gaat gelijk in.

Momenteel is er een wet in voorbereiding waarmee mensen die wel verzekerd zijn en zorg genieten, maar niet hun premie betalen aangepakt kunnen worden. Naar verwachting wordt het wetsvoorstel rond maart 2009 aangenomen. Kort daarna gaan verzekeraars verzekerde wanbetalers doorgeven aan het CVZ die gemachtigd is om een ca. 30% hogere premie te verrekenen met/ in te houden op bijvoorbeeld uitkering, salaris ed.

- Gaat de verzekeraar iets kunnen betekenen voor de groep mensen die volgens hun behandelaar "onbehandelbaar" zijn, maar toch een behandeling, psycho-educatie of preventieve zorg willen?

Antwoord vanuit VWS

Overgangsregeling

Tijdens de voorlichtingen kwamen twee vragen naar voren over de overgangsregeling. Ten eerste of de overgangsregeling ook geldt voor de eerstelijns psychologische zorg? Dit blijkt niet het geval: de overgangsregel geldt alleen voor de overgehevelde AWBZ zorg.

Tijdens de voorlichting verkondigden wij dat de overgangsregeling stopt op 31 december 2008 en dat daarna de voorwaarden van de verzekeraar gaan gelden.

Volgens een aanwezige verzekeraar loopt de overgangsbepaling ook door na 31 december 2008, vandaar de vraag:

- Lopen behandelingen die voor 1 januari 2008 zijn begonnen ongewijzigd door in 2009? (volgens de overgangsbepaling?)

Antwoord vanuit VWS

Behandelingen die vóór 2008 gestart zijn, lopen door onder de voorwaarden die golden onder de AWBZ. In het bestuurlijke overleg van 17 december jl. is bepaald dat de overgangsbepaling met ingang van 2011 wordt beëindigd. Concreet betekent dit dat cliënten die vóór 2008 in behandeling zijn gegaan die voortduurt tot uiterlijk 31 december 2010 onder dezelfde voorwaarden als onder de AWBZ golden deze zorg kunnen blijven genieten.

ANDERE VERSCHUIVINGEN IN DE FINANCIERING VAN DE ZORG

Zoals bij het kopje 'voorlichtingsbijeenkomsten' al is genoemd: bij elke bijeenkomst over de overheveling komt naar voren dat de deelnemers deze verschuiving niet los kunnen zien van de andere verschuivingen in de financiering van de zorg. Mensen maken zich ernstige zorgen over de toekomst van de AWBZ. Ondanks dat andere verschuivingen geen onderdeel waren van dit project, noemen we hier toch de zorgen/aandachtspunten die naar voren zijn gekomen. Dit als aanzet voor toekomstige voorlichting.

Opmerkingen en aandachtspunten betreffende de toekomst van de AWBZ:

- Er moet tijdig voorlichting komen over de veranderingen met betrekking tot de psychosociale grondslag, de mensen met een minder ernstige beperking in de AWBZ en de WMO.
- Het is voor veel mensen niet duidelijk wat de veranderingen met betrekking tot de eigen bijdragen in de AWBZ zullen.
- De informatievoorziening bij gemeentes over de over te hevelen GGz zorg van de AWBZ naar de WMO is erg onduidelijk. Men denkt dat de medewerkers van de WMO loketten in het algemeen zelf nog veel te weinig weten over hoe de WMO ingevuld gaat worden.
- Nu de WMO niet landelijk maar op lokaal niveau ingevuld wordt, krijgen cliënten in iedere gemeente te maken met andere beleidsontwikkelingen, regels en voorwaarden. Het wordt dus voor cliënten ingewikkelder om deze ontwikkelingen bij te houden en daar op in te spelen, terwijl cliënten nu al moeite hebben zich goed te organiseren.
- De WMO-gelden voor zorg zijn niet geormerkt. Veel mensen maken zich zorgen of het WMO geld door gemeenten voor de juiste doeleinden zal worden gebruikt.
- Door de verschillende regelingen per gemeente is men bang dat chronisch zieken noodgedwongen moeten verhuizen naar een andere gemeente omdat de WMO zorg elders beter is geregeld.

Wat men nu al merkt van de veranderingen:

- Als men het mantelzorgcompliment aanvraagt, krijgt men vaak bij herindicatie een lagere indicatie. Het is dan namelijk geregistreerd dat familie reeds voorziet in bepaalde mate van zorg. In totaal is dit een teruggang in de hoeveelheid zorg per cliënt, die deze mantelzorg ook al ontving voordat het compliment werd aangevraagd.
- Volgens sommigen wordt er door het CIZ nu al geanticipeerd op de komende veranderingen in de AWBZ met betrekking tot de mensen met een minder ernstige beperking: men krijgt nu al een lagere of geen indicatie. Ook zegt men dat er momenteel (oktober/november 2008) nog maar heel weinig en heel

langzaam geïndiceerd wordt door het CIZ. Men vermoedt dat het CIZ wacht op het nieuwe, voor cliënten minder gunstige, systeem in 2009.

- Er wordt opgemerkt dat cliënten die zijn opgenomen in een kliniek het risico lopen onderverzekerd te raken. Het schijnt dat instellingen cliënten in de afgelopen jaren hebben aangeraden geen aanvullende verzekeringen af te sluiten omdat veel zorg zoals tandarts en fysiotherapie op het terrein werd betaald uit de AWBZ. Nu dit verandert, hebben onderverzekerde cliënten een probleem om zich alsnog aanvullend te verzekeren, vanwege de aanvullende voorwaarden bij verzekeraars of een gebrek aan kennis over de veranderingen.
- Wat betreft de zorgzwaartepakketten: wooninstellingen proberen vanwege de zorgzwaartebekostiging hun zorgaanbod steeds meer aan te passen op bepaalde pakketten. Dit betekent soms dat mensen gedwongen worden te verhuizen, omdat ze vanwege hun (afwijkende) pakket niet meer in het zorgaanbod passen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Conclusies

- Het bereiken en informeren van cliënten (en familie) organisaties is gelukt. Hoewel 'de boodschap' is overgebracht, was er weinig aandacht voor de overheveling. Des te meer aandacht was er tijdens alle bijeenkomsten voor de (toekomstige) veranderingen in de AWBZ.
- Het verzamelen van 'knelpunten' met betrekking tot de overheveling is ook geslaagd te noemen. Het beantwoorden van vragen volgt nog in januari via de website van het LPGGz. Dat er op vele vragen (nog) geen antwoord kon worden gegeven (meestal in relatie tot de veranderingen binnen de AWBZ) werd wel als onbevredigend ervaren.
- GGz cliënten (en de organisaties; zowel landelijk als regionaal) maken zich vooral zorgen over de toekomst van de AWBZ. De overheveling is hier slechts een klein onderdeel van en kun je niet los zien van alle wijzigingen rondom de AWBZ
- Over die nieuwe sterkere rol voor cliënten/familieleden zijn veel vraagtekens. De veranderingen leveren veel stress en onzekerheid op binnen deze juist kwetsbare doelgroep. Er is een grote behoefte aan onafhankelijke individuele cliëntondersteuning.
- Het directe contact tussen de (regionale) cliënten(organisaties), de zorgaanbieders en vooral de zorgverzekeraars werd als bijzonder nuttig ervaren. Dit zou meer structureel moeten plaatsvinden.
- Vooral de Regionale cliëntenorganisaties vragen zich af wat er gebeurt met de vragen en vooral de knelpunten vanuit het veld. Men heeft het gevoel niet serieus genomen te worden. Men verneemt nooit wat er bij de overheid gebeurt met die stem van de cliënt.

Aanbevelingen

- Zorg voor een breed voorlichtingstraject rondom de verschuivingen van de financiering in de zorg (AWBZ en ZvW breed) en maak duidelijk wat hierbij de gevolgen en de eventuele mogelijkheden zijn voor de cliënten. Voor een volgende voorlichting: check vooraf bij een groep cliënten hoe de informatie overkomt. Doe bijvoorbeeld eerst een pilot-voorlichting.
- Maak duidelijk wat de overheid doet met de geconstateerde knelpunten vanuit het 'veld'. Communiceer dit duidelijk naar de regionale en landelijke cliënten/familieorganisaties (via het LPGGz/LIC)?
- Naast een plan vanuit de overheid voor onafhankelijke Cliëntondersteuning, zouden de Regionale Cliënten Organisaties beter gefaciliteert moeten worden om een rol te kunnen spelen, vanuit cliëntenperspectief, bij al deze verschuivingen in de zorg. De overheid (en ook de zorgverzekeraars) willen de ggz cliënt graag zien als (gespreks)partner binnen dit hele proces.