



Aan de leden van de Vaste Commissie van VWS
Tweede Kamer der Staten-Generaal
T.a.v. de heer Drs. A.J.M. Teunissen, griffier
Postbus 20018
2500 AE DEN HAAG

datum Utrecht, 1 november 2011
ons kenmerk 2011-427/DSB/01.01.01/WW/bh
voor informatie Marijke Hempenius CG-Raad; Winny Toersen
NPCF
uw kenmerk
onderwerp **Begroting VWS**

Geachte dames en heren,

De gezamenlijke patiëntenorganisaties CG-Raad, NPCF, platform GGZ en Platform VG hebben u per brief d.d. 15 september laten weten zich ernstig zorgen te maken over de voorstellen uit de miljoenennota 2012 en de stapeling van deze voorstellen voor mensen met een chronische aandoening, mensen met een beperking, ouderen en mantelzorgers. Wij vinden dat de bezuinigingen leiden tot een onevenredige lastenverzwaring voor een groep die juist in vergelijking met mensen zonder beperking al minder vaak een betaalde baan heeft, vaak een lager inkomen heeft of van een uitkering afhankelijk is. De betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg(verzekerings), en daarmee de solidariteit van het zorgstelsel, staan op het spel. In september riepen wij het kabinet op om de koers te wijzigen en er voor te zorgen dat mensen met een beperking of chronisch aandoening net als ieder ander kunnen blijven meedoen aan de samenleving. De reacties in de samenleving en de politiek hebben intussen laten zien dat onze zorg breed wordt gedeeld.

Wat wij vragen

Aan de vooravond van de begrotingsbehandeling Volksgezondheid Welzijn en Sport, vragen wij u, mede namens PGOsupport de volgende punten te realiseren (zie bijlage 1):

1. Een breed basispakket waar behandelingen die behoren tot passende zorg worden vergoed en waarbinnen 'gepast gebruik' en stepped care het vertrekpunt zijn;
2. Doorontwikkeling van zorgstandaarden met betrokkenheid van PG-organisaties en de aanspraken die hieruit voortvloeien borgen in het basispakket;
3. Toegang tot laagdrempelige GGz-zorg dicht bij huis borgen. Gelet op stigmatisering van de doelgroep, gevaar van uitval zorgvraag en de daarmee samenhangende maatschappelijke kosten, afzien van invoering van de eigen bijdragen voor behandeling in de GGz;
4. Een onderzoek naar de gevolgen van de pakketmaatregelen voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarin willen we ook aandacht voor de mate waarin de pakketmaatregelen leiden tot (indirecte) risicoselectie;
5. Een kwaliteitsinstituut waarin betrokkenheid en zeggenschap van patiënten-clëntenorganisaties nadrukkelijk is geborgd en waarvoor patiëntenorganisaties in staat worden gesteld op continue basis een professionele bijdrage te leveren;
6. Uitstel van de Pgb-maatregelen, zodat in overleg met budgethouders aan verankering van een duurzame regeling gewerkt kan worden;
7. Handhaving van het huidige kilometerbudget Valys in afwachting van een rechtvaardig en landelijk systeem voor bovenregionaal vervoer vanaf 2013;
8. Een integrale aanpak ter vereenvoudiging van aanspraken en eigen betalingen binnen Zvw, Wmo en AWBZ en het waar mogelijk samenvoegen en beter richten van compensatieregelingen zoals de zorgtoeslag, Wtcg en CER;

9. Het voor de begrotingsbehandeling van SZW in kaart brengen van de cumulatie van effecten van het voorgestane beleid voor chronisch zieken en ouderen;
10. Faciliteren van ondersteuning en belangenbehartiging van patiënten en cliënten mede via premiefinanciering, in de wetenschap dat ook de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten en de brancheorganisatie Vereniging Gehandicapten zorg Nederland nu al via premiegelden gefinancierd worden (zie bijlage 2).

Maatregelen AWBZ

In deze brief hebben wij nog geen aandacht besteed aan het voorgenomen beleid op de AWBZ waaronder de thema's scheiden wonen en zorg, kortdurend verblijf, decentralisatie van begeleiding en vereenvoudiging van indicatiestelling. In afwachting van antwoorden op door ons gestelde schriftelijke vragen, zullen wij u later in deze week onze standpunten op deze onderdelen doen toekomen.

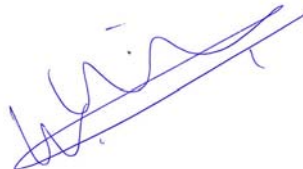
Slot

Op nagenoeg alle terreinen in de zorg is sprake van ingrijpende veranderingen. Mensen lezen dat ze straks misschien niet meer bij het ziekenhuis in de buurt terecht kunnen, dat huisartsen veel meer zorg op andere wijze moeten leveren maar daar niet zomaar aan mee willen werken, dat gemeenten op veel meer terreinen gaan bepalen wie welke zorg en ondersteuning krijgt, dat zorgaanbieders verschillend werken met verschillende uitkomsten waar we nog weinig van weten, etc. Tegelijkertijd wordt de zorg voor iedereen duurder en worden vergoedingen, compensatiemaatregelen en toeslagen minder. Deze ontwikkelingen brengen onzekerheid, onduidelijkheid bezorgdheid en gevoelens van onveiligheid. Om dit te doorbreken is een heldere visie op de organisatie en financiering van de zorg noodzakelijk, met als ankerwaarden vraaggestuurde resultaatgerichte zorg, vereenvoudiging van regelgeving, transparantie in de markt. Om tot betere en duurzame zorg te komen is de ervaring en beleving van de verzekerde patiënt/cliënt onmisbaar. Ontdek en gebruik de kracht van de patiënt/cliënt: in kwaliteit, in controle, in innovatie en in vraaggestuurde zorg. Betekenisvolle betrokkenheid is de schakel voor het bereiken van een goede balans tussen zorgverzekeraars, aanbieders en patiënten/cliënten en daarmee voor het slagen van het zorgstelsel als geheel.

Hoogachtend,



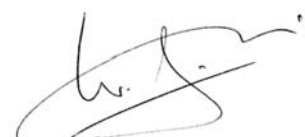
A. van Dam,
Directeur CG-Raad



W. Wind
Directeur NPCF



J. de Boer
Directeur Mezzo



W. van Minnen
Directeur CSO



Mr. A.W.D. Saers-Molenaar,
Directeur Per Saldo



W. Drooger
Directeur Platform VG



Drs. M.J. ter Avest
Directeur LPGGz

CC: Ministerie VWS, mw. E. Schippers (minister)
Ministerie VWS, mw. drs. M.L.L.E. van Veldhuijzen van Zanten- Hyllner (staatssecretaris)

Bijlage 1: Toelichting op wat wij vragen

Pakketmaatregelen

De kernvraag rondom de diverse pakketmaatregelen die worden voorgesteld luidt 'dragen de maatregelen voldoende bij aan een toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg voor iedereen? Wij denken van niet. Het schrappen van de vergoeding van maagzuurremmers bijvoorbeeld, wordt inmiddels serieus betwist door meerdere veldpartijen. Dat geldt ook beperken van het aantal behandelingen eerstelijnspsychologie en het schrappen van de behandeling van aanpassingsstoornissen. Het is de vraag of deze maatregelen niet juist zal leiden tot (maatschappelijke) kostenstijgingen. Langdurige fysiotherapie voor bepaalde groepen patiënten mag dan (nog) niet bewezen effectief zijn, maar draagt bij aan mogelijkheden tot participatie. Niet kiezen voor geïntegreerde leefstijl interventie en het schrappen van de stoppen-met-roken interventie, ontnemt mensen juist de stimulans om voor gezond gedrag te kiezen. Dieetadvisering zit straks niet meer in het basispakket. Verheugend is het dat een uitzondering wordt gemaakt voor de dieetadvisering die samenhangt met een zorgstandaard. Als partijen in het veld zorgstandaarden vaststellen, dan is het belangrijk dat de patiënt op de zorg uit de standaard kan rekenen en dus ook op vergoeding vanuit de basisverzekering.

Het vergoeden van laagdrempelige zorg biedt ruimte voor 'gepast gebruik' en een stepped care benadering van de zorg. Een breed basispakket voorkomt risicoselectie en is voor de mensen die op zorg aangewezen zijn, ook de meest betaalbare wijze om zorg (vergoed) te krijgen. Het ingezette beleid met stringent pakketbeheer en in de toekomst mogelijk pakketopschoning op grond van lage ziektelast, zien wij als een bedreiging voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Wij vragen de minister een monitor op te zetten over de wijze waarop de aanspraken die nu uit het basispakket gaan al dan niet terugkomen in de aanvullende verzekeringen, tegen welke voorwaarden en welke rol collectiviteiten daarbij spelen. Tevens verzoeken wij in dit onderzoek in te gaan op de wijze waarop het acceptatiebeleid voor de aanvullende verzekering van invloed is op overstapgedrag van mensen.

Betaalbaarheid van de zorgverzekering

Signalen van zorgverzekeraars, bevindingen van meldpunten en klachtinstituten en de evaluatie van de wanbetalersregeling hebben onze eerder geuite zorg over betaalbaarheid van de zorg alleen maar bevestigd. De eerste premie-informatie bevestigt ons vermoeden dat zorgpremies ook in 2012 verder zullen stijgen. De gemiddelde bijdrage aan de zorg mag dan beperkt stijgen van 4.703 naar 4.826 euro. Het probleem is echter de stapeling van zorguitgaven bij mensen met chronische aandoeningen of (psychische) beperkingen en ouderen. De ongelijkheid die hierdoor ontstaat, wordt niet adequaat gecompenseerd door de daarvoor bestemde compensatieregelingen. Deze maken het zorgstelsel complex en vragen om vereenvoudiging en een betere aansluiting op de doelgroepen waarvoor de regelingen bedoeld zijn. Het wachten is nog op de toezegging van de minister om dit jaar met een voorstel voor vereenvoudiging te komen.

Kortingen en eigen bijdragen GGz

De GGz wordt ten opzichte van andere sectoren onevenredig gekort. Dit leidt tot ontslagen in instellingen, langere wachttijden en kwaliteitsverlies op de werkvloer. Daarnaast zijn de eigen bijdragen voor behandeling in de GGz voor cliënten onnodig stigmatiserend en discriminerend en wordt de stapeling van lasten voor cliënten te hoog. In de somatische zorg gezondheidszorg geldt geen eigen bijdrage en veel mensen met psychische ziekte/psychiatrische stoornissen hebben geen werk/inkomen. Dit leidt tot uitval van zorgvraag en toename van andere problematiek op termijn, maatschappelijke problemen, crisis etc. Wij zijn van mening dat van de eigen bijdragen voor behandeling in de GGz moet worden afgezien.

Wtcg

Dat recent een wetsvoorstel voor wijziging van de Wtcg naar de Tweede Kamer is gestuurd, heeft ons verbaasd. Voorgesteld wordt het recht op een tegemoetkoming afhankelijk te maken van de draagkracht. De ondertekenaars van deze brief zijn van mening dat het beter richten van de regeling niet hand in hand gaat met het schrappen van een tegemoetkoming voor 38% van de huidige rechthebbenden. Wij bepleiten een zorgvuldiger besluitvormingsproces waarbij integraal gekeken wordt naar de mogelijkheden van het slimmer inrichten van aanspraken en eigen betalingen binnen Zvw, Wmo en AWBZ en het vereenvoudigen, waar mogelijk samenvoegen en beter richten van compensatieregelingen zoals de zorgtoeslag, Wtcg en CER Graag wachten wij eerst op de toegezegde visie van de minister in het laatste AO over de Wtcg om met een bredere visie te komen op de toekomst van de Wtcg in samenhang met andere compensatieregelingen. Zolang geen duidelijkheid bestaat over deze visie lijkt terughoudendheid ten aanzien van ingrijpende systeemaanpassingen op zijn plaats. Temeer daar de voorgestelde wijziging voor ruim 800.000 mensen een forse inkomensachteruitgang van 150 tot 1000 euro op jaarbasis kan betekenen.

Bezuiniging op vervoerskilometer

De staatssecretaris van VWS wil het kilometerbudget voor Valys verlagen van 750 naar 450 kilometer. Door deze bezuiniging op vervoersvoorzieningen dreigen mensen met een beperking steeds meer aan huis gekluisterd te raken. Het openbaar vervoer is nog lang niet toegankelijk. Door het voorstel van de staatssecretaris wordt de mobiliteit van mensen met een beperking ernstig beperkt. Bovendien staat deze bezuiniging niet op zichzelf. Veel mensen met een beperking hebben daarnaast ook nog te maken met gemeenten die op regionale vervoersvoorzieningen bezuinigen. De voorgestelde verlaging van het kilometerbudget is bovendien in strijd met de verplichtingen die Nederland is aangegaan door ondertekening van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (Trb. 2007, 169). Het verdrag vraagt de (zelfstandige) mobiliteit van mensen met een handicap te waarborgen tegen een betaalbare prijs.

De ondertekenaars betreuren het feit dat de ratificatie van het verdrag nog op zich laat wachten en constateren tegelijkertijd dat deze achteruitgang in vervoersmogelijkheden zich niet verdraagt met de ondertekening van het verdrag.

Ondertekenaars van deze brief vragen u om voor 2012 het huidige kilometerbudget te handhaven, in afwachting van een rechtvaardig en landelijk systeem voor bovenregionaal vervoer vanaf 2013. Zie brief van CG-Raad, CSO, ANBO, Platform VG en Viziris aan de staatssecretaris van VWS, d.d. 10 oktober 2011.

Stop de stapeling

De deelname voor mensen met een beperking aan de samenleving wordt bemoeilijkt door de 'stapeling' aan bezuinigingsmaatregelen op verschillende beleidsterreinen. Zoals de bezuinigingen op het PGB, de sociale werkvoorziening, de Wajong, het onderwijs, het schrappen van aanspraken uit het basispakket, het uitbreiden van eigen risico en eigen bijdragen, en de veranderingen als gevolg van de decentralisatie. Uit recent Nibud-onderzoek blijkt dat een stapeling van inkomenseffecten terecht komt bij de groepen mensen rondom en boven het modaal inkomen. Dit betekent voor deze groep een verdere verslechtering in positie ten opzichte van mensen zonder beperking, terwijl de zorg en/of participatiekosten door hun beperking binnen Zvw, Wmo en AWBZ alleen maar toenemen. Ondertekenaars van de brief doen een dringend beroep op de regering om ervoor te zorgen dat mensen met een beperking er in deze kabinetsperiode niet meer in inkomen op achteruit gaan dan mensen zonder beperking. Dat is nu wel het geval. Wij doen een dringend appel op dit kabinet om de cumulatie van effecten voor chronisch zieken en ouderen in kaart te brengen om bij de begrotingsbehandeling van SZW te bezien welke compenserende maatregelen toereikend en passend zijn.

Zelfredzaamheid

De Coalitie Eigen Regie heeft onlangs gepleit voor opschorting van de voorgenomen maatregelen. De beoogde bezuiniging zal niet worden gehaald. De voorstellen van Per Saldo bieden goede kansen om het pgb toekomstbestendig te maken. De korte termijn waarop de veranderingen van kracht worden, brengt veel onzekerheid voor pgb-houders. Tegelijkertijd is min of meer zeker dat zorgaanbieders op de korte termijn niet klaar zijn om adequaat in te spelen op zorgvragen van pgb-houders. De wil om gezamenlijk op een verantwoorde wijze tot verandering komen verdient vertrouwen.

Het komende jaar start de verdere voorbereiding van de decentralisatie van begeleiding en overheveling van hulpmiddelen van AWBZ naar Zvw en Wmo. Veelomvattende veranderingen, vooral voor degenen die daar op aangewezen zijn. Voor het slagen van deze transitie is het van groot belang dat de ervaring en zienswijze van gebruikers voldoende in beeld is en in de nieuwe vormgeving door gemeenten wordt betrokken.

Wij achten een intensivering van de samenwerking in de eerste lijn van groot belang. Daarbij moet ook betrokken worden de mogelijkheden van e-health en zelfmanagement. Dit jaar zijn meerdere veelbelovende resultaten gepresenteerd over wijkgerichte zorg. Wij vinden het een gemiste kans dat de beperkt beschikbare investeringsgelden ten goede komen aan alleen de zorg in intramurale setting. Het zou de uitgesproken decentralisatiewens onzes inziens ondersteunen als ook geïnvesteerd wordt in een wijkgerichte aanpak van zorg.

Over zelfredzaamheid tot slot het volgende. Zelfredzaam zijn is voor veel patiënten en cliënten een groot goed. Het is een ernstige misvatting in het huidige beleid om te veronderstellen dat zelfredzaamheid betekent dat ondersteuning en belangenbehartiging van patiënten/cliënten niet meer nodig is of met veel minder toe kan. Bij andere partijen in het veld wordt belangenbehartiging en professionalisering indirect gefinancierd uit de zorgpremie. Ook voor de overkoepelende belangenbehartiging en patiënten- en cliëntenorganisaties zou de mogelijkheid voor premiefinanciering open moeten staan.

Kwaliteit

De minister werkt aan de totstandkoming van een nationaal kwaliteitsinstituut. Dit instituut moet een normgevend kader voor kwaliteit, in zowel curatieve sector als in de langdurige zorg, gaan ondersteunen. Nogmaals willen wij benadrukken dat patiëntenorganisaties in staat zijn om professionele inbreng vanuit patiëntenperspectief te leveren, zowel bij het vaststellen wat goede zorg is (ontwikkeling van zorgstandaarden, richtlijnen en indicatoren) als de implementatie en evaluatie daarvan. Het ontsluiten van keuze- en kwaliteitsinformatie zijn wij als een kerntaak voor patiëntenorganisaties. Voldoende borging van het patiëntenperspectief zowel in de organisatie en als in de werkwijze van het kwaliteitsinstituut vraagt uw aandacht. Dat geldt ook voor het in staat stellen van patiëntenorganisaties om professionele inbreng en betrokkenheid te blijven leveren, nu en in de toekomst.

Organisatie van de zorg

In recente publicaties zoals het rapport van de IGZ 'De staat van gezondheidszorg 2011' en dat van de RVZ 'Medisch specialistische zorg 20/20' wordt opgeroepen tot een organisatie van zorg die beter aansluit bij de leefwereld van de patiënt/cliënt. Essentieel voor het slagen hiervan is:

- snelle, volledige en betrouwbare overdracht van informatie rondom de patiënt/cliënt;
- het delen van informatie over de zorg(aanbieders) met patiënten/cliënten. Dat geldt zowel voor informatie over kwaliteit als over kosten;
- een financiële structuur waarin goede uitkomsten van zorg worden beloond;
- beloning en investeringen in de zorg die ten goede komt aan iedereen die daaraan bijdraagt zodat werken in deze sector waardevol en aantrekkelijk blijft.

Om tot stappen in de gewenste richting te komen, heeft de minister deze zomer met zorgverzekeraars een akkoord op hoofdlijnen gesloten. Voor de ontwikkeling van de zorg in de eerste lijn, is onlangs de brief Zorg en ondersteuning in de buurt verschenen. Over onze zienswijze op deze en hieraan gerelateerde ontwikkelingen zullen wij u de komende tijd regelmatig informeren. Wij

hebben in deze brief ten behoeve van de begrotingsbehandeling er voor gekozen aandacht te vragen voor maatregelen die patiënten en cliënten op korte termijn zullen treffen en in onze ogen tot schrijnende situaties leiden.

Bijlage 2: Premiefinanciering voor organisaties van patiënten, gehandicapten en GGz-cliënten

Organisaties van patiënten, gehandicapten en GGz-cliënten hebben behoefte aan voldoende, structurele en onafhankelijke financiering. De nieuwe subsidieregeling is op dit punt inadequaat. Er is slechts € 20 mln beschikbaar, waarvan meer dan de helft in de vorm van door de overheid aangestuurde projectsubsidies.

Premiefinanciering voor PG organisaties (dezelfde bron waaruit zorgaanbieders en zorgverzekeraars putten) kan hier verandering brengen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een fonds te vormen waarin een vast bedrag per verzekerde per maand gestort wordt. Genoemd is weleens € 1 per verzekerde per maand. Een eerder dit jaar door bureau Synovate uitgevoerde peiling onder de Nederlandse bevolking toont aan dat hiervoor voldoende draagvlak bestaat.

De voordelen van premiefinanciering zijn legio.

- Gelijkwaardige positie ten opzichte van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, (maatschappelijke organisaties) en overheden
- Gelijkwaardig speelveld
- PG organisaties zijn geen instrument meer van grillig overheidsbeleid en kunnen zich systematisch richten in het invullen van hun rol

De minister stelt dat premiefinanciering voor PG organisaties niet geëigend is, omdat premiemiddelen bestemd zijn voor directe zorg. Dit argument is evenwel niet valide.

- In de eerste plaats omdat er binnen het zorgstelsel honderden intermediaire organisaties actief zijn die voor een belangrijk deel uit de premiemiddelen worden gefinancierd. Het gaat hier om organisaties die zich niet met directe zorg bezig houden maar met zaken als belangenbehartiging, advisering, deskundigheidsbevordering en onderzoek. Naar schatting gaat hierin meer dan € 1 miljard om (zie ook brief minister 19 januari 2011 over Intermediaire organisaties in het zorgstelsel).
- In de tweede plaats zijn er één of meerdere precedentes voor het Fonds Cliëntenbeweging. De Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) is een fonds dat door medisch specialisten en verzekeraars is opgericht en waarin direct vanuit de premiemiddelen € 0,50 per medisch specialistisch behandeluur wordt gestort. In totaal gaat in dit fonds € 10 mln om.

De minister van VWS heeft tijdens het overleg met de Tweede Kamer over het op te richten kwaliteitsinstituut duidelijk aangegeven de invloed van de patiënt en cliënt bij het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumentarium te willen waarborgen. Het PG-veld pakt die handschoen graag op, maar wil zich dan ook op een structurele manier en in afdoende mate gefinancierd weten. De koepels en de platforms zijn samenwerkend en in onderlinge afstemming in beeld aan het brengen hoe de invloed op de terreinen cure en care aangewend kan worden. Wil deze doelstelling haalbaar blijken, dan zal de derde partij een structurele financiering moeten kennen. Premiefinanciering leent zich daartoe het beste.