



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Aan de vaste Kamercommissie voor VWS
Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den HAAG

Datum: 31 mei 2013
Kenmerk: 13-060
Onderwerp: AO GGZ 5 juni 2013

Dé koepel voor
cliënten- en
familieorganisaties
in de geestelijke
gezondheidszorg

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65
F (030) 231 30 54
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

Postbank 1948735
KvK Utrecht 30213449

Geachte leden van de vaste Kamercommissie voor VWS,

Woensdag 5 juni 2013 heeft u een algemeen overleg over de geestelijke gezondheidszorg. Graag willen we u voor dit overleg de volgende aandachtspunten meegeven.

Algemeen

Er is een grote druk om te bezuinigen in de zorg en dus ook in de geestelijke gezondheidszorg. Belangrijke uitgangspunten voor het Landelijk Platform GGz zijn:

- Met het bestuurlijk akkoord ggz is een belangrijke koers uitgezet van duurzame besparingen in combinatie met versterking van de kwaliteit van zorg. Cliënten en familieleden in de ggz hechten veel waarde aan deze afspraken en vinden het belangrijk dat deze koers wordt voortgezet en dat aanvullende bezuinigingsmaatregelen daarmee niet interfereren.
- Minister Schippers en organen als het CVZ hebben in het verleden vaak verwezen naar cijfers die zouden aantonen dat de kostenstijgingen in de ggz onevenredig hoog zijn in vergelijking met andere sectoren. Deze cijfers zijn echter discutabel. Uit een studie van Heijnen gebaseerd op CBS-cijfers blijkt in het eerste decennium van deze eeuw geen sprake te zijn van een stijging van 145% van de zorgkosten in de ggz, maar van 105 %. In de laatste jaren vlakt de stijging zelfs nog verder af en ligt die onder het niveau van andere sectoren. CBS-cijfers die twee weken geleden bekend werden laten zelfs een daling zien van kosten voor de curatieve ggz en een nullijn voor de totale ggz.
- Kostenstijgingen in de zorg zijn vaak het gevolg van verkeerde prikkels in het systeem. Recent is opnieuw gebleken dat die verkeerde prikkels met name aan de aanbodzijde liggen, waar aanbieders vooral gestimuleerd worden om hun omzet te verhogen. De rekening van bezuinigingen wordt vaak neergelegd bij de cliënt. Dit was letterlijk het geval met de eigen bijdrage ggz, maar het geldt ook wanneer gesneden wordt in het verzekerd pakket of wanneer taken overhaast en met forse kortingen in het budget worden overgeheveld naar gemeenten.
- Er zijn nog steeds vele bezuinigingen in de zorg mogelijk die niet ten koste gaan van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg aan de cliënt. Het LPGGz heeft daarvoor op 28 mei jl. een aantal voorstellen gedaan aan de minister (zie bijlage).



Bestuurlijk Akkoord GGz

In het kader van het bestuurlijk akkoord hebben partijen in de ggz en de overheid ambitieuze afspraken gemaakt om voor de komende jaren de kostengroei in de ggz te beperken en tegelijk de kwaliteit te verbeteren. De partijen hebben zich door ondertekening aan de uitvoering van de afspraken gebonden. Het betreft een majeure operatie: versterking eerste lijn, ontwikkeling basis-ggz, opschaling e-mental health, versterking zelfmanagement; beddenreductie en meer zorg in de wijk.

Met dit bestuurlijk akkoord neemt de sector zijn verantwoordelijkheid in tijden van bezuinigingen. Wij zien echter dat de implementatie van het bestuurlijk akkoord door externe factoren onder druk staat.

Negatief effect extra bezuinigingsmaatregelen

Extra bezuinigingsmaatregelen dreigen te interfereren met de afspraken in het bestuurlijk akkoord. In het verzekerd pakket staan behandelingen voor bijvoorbeeld depressie, angststoornissen, ADHD of verslavingsproblematiek regelmatig ter discussie. Wij verwijzen daarbij ook naar de commotie rond het eerste concept van het CVZ-rapport GGZ deel 2, dat bij veel cliënten grote onrust heeft gezaaid. (Inmiddels is een tweede concept verschenen. Het LPGGz zal de Tweede Kamer een standpunt doen toekomen, wanneer het rapport definitief is.)

Extra bezuinigingen en pakketmaatregelen zullen de aandacht afleiden van afspraken in het bestuurlijk akkoord die op meer duurzame wijze gericht zijn op het terugdringen van onnodige specialistische zorg, zoals versterking positie huisarts, POH ggz, basis-ggz en zelfmanagement.

Verantwoorde zorg in de wijk en de rol van gemeenten

Het bestuurlijk akkoord gaat uit van een beddenafbouw van 30 procent in combinatie met versterking van ambulante zorg in de wijk. Door het (te) hoge tempo van decentralisaties in combinatie met bezuinigingen bij gemeenten dreigen de voorwaarden voor verantwoorde overdracht naar zorg in de wijk niet gerealiseerd te worden. Het LPGGz is verder van mening dat VNG en gemeenten beter betrokken moeten worden bij de implementatie van het bestuurlijk akkoord ggz vanwege hun rol bij huisvesting en ambulante zorg voor cliënten die straks niet meer binnen de instelling geholpen worden. Het uitgangspunt moet blijven dat goede zorg in de wijk beschikbaar moet zijn, voordat tot afbouw van bedden wordt overgegaan.

POH-ggz en Generalistische Basis-GGz (verder: GB GGz)

Een belangrijk onderdeel van het bestuurlijk akkoord ggz is de invoering van de GB GGz en de versterking van de positie van de huisarts en de POH-ggz. Het LPGGz steunt deze ontwikkeling van harte. Een succesvolle implementatie van het bestuurlijk akkoord valt of staat met een sterke poortwachtersfunctie van de huisarts. Het LPGGz maakt zich zorgen over de realisatie van deze plannen in de praktijk. Signalen uit onze laatste meldactie geven weer dat patiënten de toegang en deskundigheid van huisartsen met betrekking tot psychische problemen onvoldoende vinden.

Wij verwachten van de minister dat zij de implementatie van de POH-ggz en de GB GGz actief monitort en waar nodig bijstuurt. Naar aanleiding van de voorhangbrief aan uw Kamer (d.d. 17 mei 2013, kenmerk: 117090-103676-CZ) vragen wij concreet:

- Dat de minister aangeeft hoe het zorginkooptraject wordt geregeld zodat per 1 januari 2014 een landelijk dekkend aanbod van huisarts, POH-ggz en GB GGz operationeel is. Gezien de krappe tijd tussen het tot stand komen van de beleidsregels, de tarieven en de zorginkoopcontracten lijkt het ons van belang dat daar niet alleen 'de vinger aan de pols' wordt gehouden maar tevens dat de minister aangeeft wat haar implementatieplan is en welke instrumenten zij inzet indien dit systeem op 1 januari 2014 nog niet volledig operationeel is.
- Dat de minister verheldert wie verantwoordelijk is om burgers, huidige patiënten en familie te informeren over de veranderingen en over het overgangstraject. De veranderingen gelden namelijk niet alleen voor nieuwe cliënten, maar óók voor huidige patiënten met een chronische aandoening die langdurige zorg krijgen, maar die vanuit een stabiele situatie 'over kunnen gaan' naar de GB GGz.
- Dat de minister aangeeft wanneer de uitkomsten van de monitor bekend worden en welke partijen verantwoordelijk zijn om op grond van de uitkomsten stappen te zetten en actie te ondernemen als



LPGGz

Landelijk Platform GGz

dat nodig is. Het informeren van de Kamer, ook als dit 'tussentijds' is, lijkt ons onvoldoende. Een punt dat volgens ons expliciet in de monitor opgenomen moet worden is of de huisartsen(praktijken) beschikken over voldoende kennis van psychische aandoeningen om deze tijdig te duiden en of zij tijdig de nodige expertise inroepen of ggz-specialisten consulteren.

- Dat de minister helderheid geeft hoe de verwijzingen voor jeugdigen naar jeugd-ggz moeten lopen vanaf 2014 (moment van invoering van GB GGz) en vanaf 2015 (invoering jeugdwet). De voorhangbrief is hierover onduidelijk. In de brief staat: 'De GB GGz is alleen via de huisarts of andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts) toegankelijk.' Maar bij de ontwikkeling van een verwijsmodel voor de huisarts staat in de voetnoot: 'Het betreft verwijzingen binnen de curatieve ggz. Domeinen zoals jeugdzorg, Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en dergelijke zijn hierbij buiten beschouwing gelaten.'

Zware verblijfszorg ggz hoort in de kern-AWBZ

In het bestuurlijk akkoord ggz is de afspraak gemaakt dat eerst onderzoek zou plaatsvinden naar een mogelijke overgang van de verblijfszorg ggz van AWBZ naar ZVW. Het kabinet heeft nu eenzijdig besloten om alle verblijfszorg uit de AWBZ over te dragen naar zorgverzekeringswet en centrumgemeenten. Het Landelijk Platform GGz maakt zich vooral zorgen over de waarborg van kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg voor de zwaarste groep van circa 6000 cliënten die zeer langdurig of levenslang aangewezen is op verblijf binnen een zorginstelling. Deze groep dient toegang te krijgen tot de kern-AWBZ en past niet binnen centrumgemeenten of binnen een zorgverzekeringswet die risicodragend wordt uitgevoerd. Deze groep is qua zwaarte (chroniciteit) van de problematiek ook zeer vergelijkbaar met groepen ouderen of VG-cliënten die wel aanspraak kunnen blijven maken op de kern AWBZ. Voor het notaoverleg van 10 juni a.s. zal het LPGGz hierover nog een aparte position paper uitbrengen.

Afspraken continueren voor jeugd-ggz

Het LPGGz is van mening dat de afspraken in het bestuurlijk akkoord ggz ook dienen te blijven gelden voor de jeugd-ggz. Het bestuurlijk akkoord dient dan ook een van de uitgangspunten te zijn bij de stelselherziening jeugdzorg. Mocht de overheveling van de jeugd-ggz naar gemeenten per 2015 doorgang vinden, is het van wezenlijk belang dat gemeenten afspraken maken hoe zij de sectorbrede ontwikkelingen die zijn vastgelegd in het bestuurlijk akkoord voortzetten. In de visie en de doelen van de concept Jeugdwet herkent het LPGGz namelijk de beweging die, met het bestuurlijk akkoord ggz, in de ggz sector reeds in gang is gezet. Mede daarom heeft het LPGGz gepleit om de jeugd-ggz alleen over te hevelen naar gemeenten indien er harde voorwaarden zijn gecreëerd om verantwoorde zorg voor kinderen en jongeren met psychische problemen te garanderen. Vooralsnog zien wij dat die voorwaarden niet zijn gerealiseerd. Er mag niet worden getornd aan het verzekerd recht op zorg van kinderen en jongeren. Wij pleiten daarom de geneeskundige jeugd-ggz in het zorgdomein te houden. Gemeenten kunnen dan verantwoordelijk gemaakt worden voor de overige jeugdhulp en de regie krijgen wanneer sprake is van gemengde problematiek. Dan is het recht op zorg gewaarborgd, blijven de sectorbrede ontwikkelingen behouden, ontstaan er geen nieuwe schotten (bv. tussen ggz problemen van kinderen-jongeren en volwassenen of tussen somatische zorg en ggz) en besparen we veel tijd en kosten die nu met de stelselwijziging gemoeid zijn.

Vasthouden aan koers bestuurlijk akkoord

De minister heeft in de visiebrief *Van Systemen naar mensen* aangekondigd eind dit jaar onderhandelingen met het veld te willen starten over een nieuw bestuurlijk akkoord ggz. Onduidelijk is of zij vooral streeft naar aanpassingen op het bestaande akkoord of juist naar voortzetting van het huidige akkoord voor langere termijn. De voorkeur van het LPGGz gaat uit naar het laatste.

Het LPGGz wil graag van de minister horen:

- Of zij ook na 2014 vasthoudt aan de koers en afspraken van het bestuurlijk akkoord ggz?
- Hoe zij de positie van de jeugd-ggz ziet in relatie tot het bestuurlijk akkoord ggz?
- Wat haar inzet zal zijn voor een eventueel vervolg op het bestuurlijk akkoord ggz?
- Hoe zij de relatie ziet tussen het bestuurlijk akkoord ggz en andere bezuinigingsmaatregelen, zoals ingrepen in het verzekerd pakket?



- Hoe zij de kostenontwikkeling in de ggz ziet en of zij nog steeds vasthoudt aan het standpunt dat de kosten in de ggz onevenredig snel stijgen?
- Hoe zij zorgt voor betrokkenheid gemeenten en VNG bij de ambulantisering en verdere implementatie van het bestuurlijk akkoord?

Eigen bijdrage ggz

De eigen bijdrage voor de tweedelijns ggz is per 2013 afgeschaft. Het LPGGz heeft daar hard voor gevochten en waren blij met uw politieke steun. Juist omdat deze specifieke eigen bijdrage discriminerend is en in strijd met het recht op zorg. Cliënten ondervinden echter nog steeds de gevolgen van de eigen bijdrage ggz 2012. Het meldpunt van het LPGGz wordt regelmatig benaderd door cliënten die hun eigen bijdrage over 2012 moeten betalen. Daarbij is een extra onrechtvaardigheid dat sommigen die eigen bijdrage via hun zorgaanbieder, verzekeraar of gemeente vergoed krijgen, anderen niet. Het LPGGz staat nog steeds op het standpunt dat de eigen bijdrage discriminerend is en dat iedere cliënt een gelijke behandeling verdient. Het LPGGz pleit daarom voor een regeling waarbij zorgverzekeraars alle eigen bijdragen ggz 2012 met terugwerkende kracht vergoeden (voor zover dat nog niet is gebeurd). Gezien de grote winsten van sommige zorgverzekeraars, is dit volgens ons eenvoudig te realiseren.

PGB: de 10-uursmaatregel begeleiding

De staatssecretaris heeft in de kabinetsbrief over hervorming van langdurige zorg (d.d. 25 april jl.) laten weten dat hij de 10-uursmaatregel handhaaft. Dit betekent dat jongeren en volwassenen met een psychiatrische problematiek, die alleen een indicatie hebben voor de functie begeleiding, niet langer kunnen kiezen voor een pgb. Uit de meldactie *10 uursgrens pgb, ik zeg nee* van Per Saldo, Balans en de NVA blijkt dat dit problematische gevolgen kan hebben voor mensen met psychiatrische problematiek. Aangezien er onvoldoende zorg in natura aanwezig is voor deze doelgroep, zijn of raken zij verstoken van zorg. Bovendien kan lichte zorg in dit stadium voorkómen dat zwaardere zorg nodig wordt.

Het LPGGz verzoekt de 10- uursmaatregel snel te verzachten.

Wij hopen u hiermee van voldoende informatie te hebben voorzien. We wensen u veel succes met het voorbereiden van het AO GGZ. Mocht u nog vragen hebben dan zijn wij te alle tijde bereid u te woord te staan of uw vragen per mail te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

Marjan ter Avest
Directeur LPGGz