



Aan: Tweede Kamercommissie voor VWS
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG
E cie.vws@tweedekamer.nl

Datum: 13 juni 2023
Kenmerk: 23-026
Onderwerp: Commissiedebat VWS op 21 juni, inzake Zorgverzekeringsstelsel
Contact: Mirjam Drost E: mirjam.drost@wijzijnmind.nl ; M 06 19973092

Geachte leden van de Vaste Kamercommissie voor VWS,

Op 21 juni spreekt u met de minister over het Zorgverzekeringsstelsel. MIND maakt zich ernstig zorgen over de vraag of het stelsel nog steeds doet waarvoor het is bedoeld. Hebben we voldoende scherp waar het mis gaat? Doen we wat nodig is om problemen aan te pakken? In deze brief gaan we nader op onze zorgen in.

Stilstand

Dat te veel patiënten in de ggz te lang moeten wachten op hun zorg of dat ze van passende zorg zijn verstoken, is helaas geen nieuws meer. Sinds 2018 neemt MIND actief deel aan het programma 'Toegankelijkheid en wachttijden ggz'. Vijf jaar verder moeten we constateren dat er geen vooruitgang is geboekt. Sterker nog, het probleem is hardnekkiger dan ooit. Momenteel staan 80.000 mensen op de wachtlijst, met een [gemiddelde wachttijd van ongeveer 20 weken en voor sommige aandoeningen aanzienlijk langer](#) (bron: NZa), oplopend van een half jaar tot een jaar of zelfs anderhalf jaar.

Ggz-patiënt de dupe

Stelselmechanismen hebben als uitwerking dat een verzekerde er niet op kan rekenen dat zijn zorgverzekeraar ervoor zorgt dat ggz-zorg beschikbaar is op het moment dat het nodig is. We betalen met z'n allen steeds meer zorgpremie, maar een verzekerde die ggz-zorg nodig heeft, heeft steeds minder toegang tot die zorg. De ggz-patiënt is dus de dupe van dit zorgstelsel.

De Zorgverzekeringswet biedt ruimte voor gereguleerde marktwerking, waarbij de overheid nadrukkelijk eindverantwoordelijke blijft voor de invulling van deze publieke taak en toeziet op het naleven van letter en geest van de wet. Niet alleen MIND maar ook de Consumentenbond neemt waar dat dit onvoldoende gebeurt.



Zorgverzekeraars kopen scherp in. Met als oorspronkelijke gedachte dat de zorg daar goedkoper en beter van zou worden. Niets is minder waar. De financiële prikkel die voortvloeit uit ons zorgstelsel werkt de kaasschaafmethode (bezuinigen op zorgkosten per verzekerde) in de hand. De inkoopkaasschaaf die zorgverzekeraars hanteren, wordt in de loop der jaren meer en meer zichtbaar en leidt uiteindelijk tot een schijnbaar onoplosbaar probleem. Als je maar lang genoeg de kaasschaaf hanteert, is het niet verwonderlijk dat de kaas een keer op is. Met als gevolg: verschraving van zorg in zowel beschikbaarheid als kwaliteit. Dat punt hebben we nu bereikt. Voor een deel van de ggz-patiënten is de kaas op.

We horen van zorgaanbieders dat de combinatie van contractafspraken over budgetplafonds, gemiddelde kosten per patiënt, gemiddelde kosten per verzekerde, volumeafspraken, staffelafspraken boven budgetplafonds en administratieve verantwoording in de loop der jaren in de ggz tot allerlei bezuinigingsmaatregelen heeft geleid. Indirecte tijd is een verliespost voor zorgaanbieders. Allerlei vormen van administratieve en secretariële ondersteuning worden daarom geschrapt. Zorgaanbieders sluiten relatief dure en arbeidsintensieve afdelingen. Dit soort afdelingen zijn echter geen luxe. Het zijn noodzakelijke voorzieningen om passende zorg te kunnen bieden aan mensen die al lang lijden en vaak al meerdere niet-passende ggz-behandelingen achter de rug hebben. We constateren op dit moment dat de beschikbaarheid van zorg zodanig te wensen overlaat, dat verzekeraars niet meer voldoen aan hun zorgplicht. Dat het stelsel (en met name de vereveningssystematiek) niet werkt, zegt ook de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie professor Niels Mulder in [een recent artikel in Zorgvisie](#). Hij geeft daarbij aan dat een stelseldiscussie wat hem betreft voor de ggz onvermijdelijk is. De [Raad voor Volksgezondheid en Samenleving](#) riep hier vorig jaar ook al toe op.

De NZa moet goed bereikbaar worden voor ggz-patiënten die langer dan de treeknorm moeten wachten op zorg. Denk bijvoorbeeld aan een meldpunt, goed zichtbaar op de website. Op die manier krijgt de NZa ook de signalen binnen die ze nu zeggen te missen, en kunnen ze hun handhavingstaak mogelijk beter gaan vervullen en zorgverzekeraars zo nodig boetes opleggen als zij zich niet aan de zorgplicht houden. Tevens betekent dit dat duidelijk gecommuniceerd moet worden naar alle verzekerden in Nederland dat zij terecht kunnen bij de NZa als de zorgverzekeraar niet aan haar zorgplicht voldoet of de verzekerde niet naar tevredenheid helpt bij zorgbemiddeling.

Wilt u met de minister overleggen of hij bereid is om dit 'meldpunt bij de NZa in te richten'?

Dweilen met de kraan open

Behalve de tekortschietende zorgplicht zien wij nog iets dat niet goed werkt. In een gereguleerde markt zijn toezicht en handhaving essentieel om te voorkomen dat marktwerking doorschiet. Het toezicht op en de handhaving van de zorgplicht is belegd bij de NZa. Wat merkt de burger, verzekerde of patiënt daarvan? Het leidt er in ieder geval niet toe, dat zorgverzekeraars hun zaakjes beter op orde hebben. Het lijkt steeds meer door de NZa te worden geaccepteerd, dat zorgverzekeraars weggomen met argumenten van 'overmacht' of 'arbeidsmarktomstandigheden'. Boetes worden niet uitgedeeld.

Onterecht, onzes inziens. Toezicht- en handhavingsmechanismen zijn er niet voor niets. Als er echter niet of onvoldoende gebruik van wordt gemaakt, blijven we problemen in stand houden. Het heeft dan weinig zin om slechts te monitoren en met elkaar te praten over oplossingen aan IZA-tafels en in andere overlegstructuren wanneer de onderliggende oorzaken blijven bestaan. We dweilen met de kraan open. Op 27 mei jl. stond hierover een groot artikel in de Telegraaf: de NZa die niet optreedt maar verwijst naar de SKGZ.¹

Kunt u de minister vragen welke mogelijkheden en bevoegdheden (bijvoorbeeld een ministeriële aanwijzing) hij heeft om de NZa ertoe te bewegen het toezicht op en de handhaving van de zorgplicht verder aan te scherpen, zodat voorkomen kan worden dat uiteindelijk individuele kwetsbare verzekerden hun recht op zorg via een gang naar de rechter moeten afdwingen?

Niet-gecontracteerde zorg

Telkens worden pogingen gedaan om het ‘hinderpaalcriterium’ in de Zorgverzekeringswet (i.e. Zvw artikel 13) aan te scherpen. Een voornemen hiertoe is een onderdeel van het regeerakkoord en helaas constateren we dat in het IZA is afgesproken om de vergoeding voor ongecontracteerde zorg verder omlaag te brengen.² Voor MIND is een passende artskeuze geen luxe waar we vanaf moeten. Integendeel; een passende behandelaar is de basisvoorwaarde voor een succesvolle behandeling.³ Ook zegt wel of niet gecontracteerd zijn door een zorgverzekeraar, niets over de kwaliteit van de zorgaanbieder. Simpelweg omdat zorgverzekeraars (nauwelijks) kunnen inkopen op kwaliteit. Wanneer zorgverzekeraars hun zorgplicht niet nakomen, de passende behandelaar geen contract heeft of krijgt van de zorgverzekeraar of wanneer het gecontracteerde zorgaanbod eenvoudigweg tekortschiet, hebben we het wettelijk zo geregeld dat een verzekerde zelf zijn zorgverlener kan regelen. Op papier dan. Want in werkelijkheid hebben verzekerden die deze route kiezen helaas toch te maken met financiële, praktische of administratieve hinderpalen. Wanneer de vergoeding voor ongecontracteerde zorg verder omlaag wordt gebracht, verdwijnen goede en passende behandeloplossingen voor een deel van de ggz-patiënten nog verder uit beeld. Dat verkleint de huidige problemen niet, maar maakt deze juist groter.

Er is veel kritiek geweest op dit contracteerbeleid: de inperking van de vrije artskeuze, verlaging van de vergoedingen en het (zo lijkt) verdwijnen van restitutiepolissen: er zijn twee moties ingediend die door de gehele oppositie is gesteund. De oppositie organiseerde een Rondetafelgesprek over de Vrije Artsen Keuze, eind vorig jaar. De Hoge Raad heeft eind vorig jaar een uitspraak gedaan over het hinderpaalcriterium. Ook is er in februari jl. nog een lange lijst met Kamervragen gesteld die niet zijn beantwoord: [Herziening Zorgstelsel | Tweede Kamer der Staten-Generaal](#). We concluderen dat de coalitie dit allemaal niet zo serieus lijkt te nemen ondanks de zeer zorgelijke signalen.

¹ [Kritiek op toezichthouder NZa zwelt aan, alleen al 84.000 wachtenden op psychische zorg | Financieel | Telegraaf.nl](#)

² Integraal Zorgakkoord 2022, pagina 103

³ <https://www.ggznieuws.nl/relatie-tussen-behandelaar-en-patient-bepaalt-succes-behandeling/>

Overstapseizoen

Naast de zorgplicht wil MIND erop wijzen dat verzekeraars zich ook aan de informatieplicht moeten houden in het kader van het overstapseizoen. Het kan niet zo zijn dat verzekerden in december nog steeds niet op de hoogte zijn met welke zorgaanbieders een verzekeraar een contract heeft. Daarbij vinden we het ook zorgelijk dat voor GGZ-zorg steeds minder restitutiepolissen beschikbaar zijn. Dan is het extra belangrijk om de juiste informatie te hebben of jouw zorgaanbieder is gecontracteerd. Het gaat hier vaak om mensen, cliënten in de ggz, met een kleine beurs. De NZa start een verkenning om vast te stellen wat nodig is om dit inkoopproces transparanter te maken en hoe de regelgeving hiervoor aangepast moet worden.

Kunt u de minister bevragen dat:

- ***hij hierop zal toezien***
- ***hij de NZa hiervoor de middelen zal geven zodat alle verzekeraars met het bekend maken van de premie in november ook de contracten rond hebben en zich aan de informatieplicht houden***
- ***de NZa hierop gaat toezien en handhaven***
- ***de minister anders maatregelen zal nemen opdat verzekerden/consumenten alsnog op een later moment dan 1 januari voor een andere zorgverzekering kunnen kiezen.***

Eigen bijdragen en betalingen

MIND steunt het feit dat de minister de stapeling van eigen bijdragen gaat monitoren en dat in het coalitieakkoord is afgesproken om stapeling van eigen bijdragen tegen te gaan. Naar aanleiding van de brief van 23 december 2022 hierover (Tweede Kamer, vergaderjaar 2022–2023, 29 689, nr. 1176) zijn schriftelijke Kamervragen gesteld (2023D06273). Graag zouden we die nog beantwoord zien om beter inzicht te krijgen voor welke bijdragen en voor wie de minister deze gaat onderzoeken en of alle groepen wel goed worden meegenomen. Met name (jonge) ggz-cliënten betalen steeds meer zelf doordat het eigen risico nu jaarlijks wordt berekend door verandering van het bekostigingsmodel in de ggz. We zijn samen met VWS hierover nog met de ggz-partijen in overleg hoe deze aanpassing het beste voor de ggz-verzekerden berekend kan worden om de kosten beter te verspreiden. Dit is anders dan bij de MSZ waar het voorstel is om max €150,- per verrichting te gaan rekenen tot aan het verplicht eigen risico.

Wilt u de minister vragen hierop goed toe te zien? Ook met name doordat ongecontracteerde zorg voor ggz-cliënten daar bovenop steeds duurder wordt door de afname van restitutiepolissen. Onder andere door de lange wachtlijsten zijn ze daar wel steeds voor een groot deel op aangewezen. En kunt u de minister vragen wanneer de monitor beschikbaar is?



Pakketbeheer

MIND vindt het belangrijk dat voor ggz-cliënten een evenwichtig pakket is samengesteld waarmee waardegedreven passende zorg kan worden geboden. Dat deze aansluit op de publieke kwaliteitsstandaarden die het veld gezamenlijk heeft vastgelegd bij Akwa ([GGZ Standaarden](#)) en die ook door het Zorginstituut (ZiNL) zijn geregistreerd. Daarnaast is het belangrijk dat de zorg vanuit de Zvw aansluit op het sociaal domein en andersom. Dat in de Zvw naast het professioneel oordeel en de wetenschap óók de ervaringskennis van cliënten, de klinische relevantie en effectiviteit van interventies vanuit cliëntperspectief gelijkwaardig worden meegenomen als maatstaf voor bewezen effectieve zorg.

Kunt u de minister vragen of hij voor de ggz deze laatste zeer belangrijke toevoeging wil meenemen in de beoordeling van bewezen passende zorg?

We wensen u een constructief commissiedebat toe. Als u vragen heeft naar aanleiding van deze brief neemt u dan gerust contact met ons op.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "S.M.W.H. Melis", with a long horizontal flourish extending to the right.

Drs. S.M.W.H. Melis MA
Adjunct-directeur - manager beleid/ belangenbehartiging