



Aan: Vaste Kamercommissie voor VWS
Postbus
2500 EZ DEN HAAG
E cie.vws@tweedekamer.nl
I.a.a. Minister Kuipers en minister Helder

Datum: 6 oktober 2022
Kenmerk: 22-051
Onderwerp: Commissiedebat Integraal Zorgakkoord (IZA) 12 oktober 2022
Contact: Mirjam Drost; E Mirjam.drost@wijzijnmind.nl ; M 06 19973092

Geachte Kamerleden,

Op 12 oktober a.s. vindt het commissiedebat plaats van de Vaste Kamercommissie voor VWS, over het Integraal Zorgakkoord (IZA).

Met deze brief leveren wij, koepelvereniging MIND, onze inbreng voor dit debat namens jongvolwassenen en volwassenen met een psychische aandoening of mentale problemen.

1. Het IZA: geen integraal akkoord

1.1. IZA akkoord zonder complete ggz-sector

MIND was een van de partijen die meepraatte over het Integraal Zorgakkoord, maar we hebben het IZA niet ondertekend. Onze leden hebben fundamentele bezwaren geuit tegen enkele onderdelen van het akkoord, waaronder de verlaging van de vergoeding voor ongecontracteerde zorg en de passages over het gebruik van cliëntgegevens.

Ggz professionals (de psychiaters uitgezonderd) waren bovendien niet vertegenwoordigd in de onderhandelingen en hadden geen (ondertekenings-)bevoegdheid. Wij vinden het gebrek aan input vanuit de ggz-professionals een weeffout in de werkwijze van het IZA. Uiteindelijk vindt een ggz-behandeling immers plaats tussen zorgverlener en patiënt.

Het akkoord is vanuit de ggz-sector dus alleen ondertekend door de brancheorganisatie van Ggz-aanbieders, de Nederlandse ggz. Dit vinden wij niet representatief voor de gehele ggz-sector.

1.2. IZA gaat alleen over Zvw; sluit onvoldoende aan bij leefwereld ggz-patiënt

MIND heeft reeds in april van dit jaar, bij aanvang van de gesprekken over het IZA, nadrukkelijk uitgedragen dat het zorgakkoord niet alleen over de Zvw mag gaan maar moet worden verbreed naar de andere zorg- en welzijns-wetten: de Wlz, Wmo, de Jeugdwet en de Wpg. Pas dan is sprake van een integraal akkoord. Maar deze vallen nu buiten de scope van dit IZA.

Vanuit het oogpunt van de burger (de patiënt en naaste) vinden wij het een gemiste kans dat de marktwerking in zorg en welzijn niet tegen het licht is gehouden. De opgave voor zorg en welzijn vraagt om “out of the box” denken, maar het akkoord blijft binnen de lijntjes kleuren. Een publiek en politiek debat over noodzakelijke fundamentele keuzes in zorg en welzijn ten behoeve van de houdbaarheid van het stelsel, zoals gestart met de nota’s ‘Zorg voor de toekomst’ en ‘Zorglandschap ggz’, is niet gearrangeerd door het ministerie van VWS. Deze visie-documenten uit 2021 van het ministerie van VWS zijn uitgebreid met het veld besproken en getoetst; middels gesprekken en uitgebreide consultatierondes. De vraagstukken die zijn opgeworpen in deze discussienota’s en de consultatiereacties daarop zien wij nauwelijks terug in dit akkoord. Terwijl het democratisch debat daarover wat ons betreft noodzakelijk is voor het maatschappelijk draagvlak voor besluitvorming en beleid. Het gaat immers om keuzes die moeten worden gemaakt om zorg en welzijn voor de burger beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar te houden, nu en in de toekomst.

2. Preventie: noodzakelijk, maar nog veel onduidelijk

2.1. Onzeker of preventie leidt tot vermindering van zorgvraag

Het adagium “voorkomen is beter dan genezen” is natuurlijk een waarheid als een koe. Helaas vormt preventie in de zin van het voorkómen van een zorgvraag geen onderdeel van het akkoord, terwijl dit een grote opgave voor de toekomst vormt. Er wordt ingezet op het ontwikkelen van een preventie-infrastructuur en een professionele netwerkstructuur zonder een duidelijk beeld over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de betrokken instanties.

Als we mentale problematiek in de toekomst daadwerkelijk willen voorkomen en de zorgvraag in de (ggz)zorg willen beperken, moeten we fors investeren in de jeugd door mensen en middelen beschikbaar te stellen. Het ideaal van een gezonde samenleving met een gezonde leefomgeving, werkomgeving en leeromgeving vraagt om activiteiten in de leefwereld van de burgers in plaats van structuren in de systeemwereld van de professionals. Dit is echter geen onderdeel van het IZA. De preventie-aanpak zoals deze is beschreven in dit akkoord, zal daarom vanuit ons perspectief onvoldoende impact hebben op het verminderen van de zorgvraag.

2.2. Versnippering van beleid en financiering

Een preventieve aanpak vereist van de Rijksoverheid dat mentale gezondheid stevig is ingebed in het beleid bij verschillende ministeries (VWS, SZW, OCW, JenV), en dus ook in de departementale begrotingen. De reikwijdte van het IZA (de Zvw) is te beperkt om tot een integraal preventiebeleid in de ggz te komen. Het Gezond en Aktief Leven Akkoord (GALA) wordt als stip op de horizon gezet, maar de inhoud daarvan is vooralsnog onduidelijk.

Naast de Rijksoverheid spelen gemeenten een belangrijke rol. Veel preventiebeleid wordt immers ontwikkeld door de publieke gezondheidszorg en het gemeentelijk domein. Dit maakt geen deel uit van de afspraken in het IZA. Het is voor ons nu niet duidelijk welke overheidslaag waarvoor aan de lat staat en welke financiering daarbij hoort. Een dergelijke gefragmenteerde aanpak op het gebied van preventie in de ggz achten we onwenselijk; het is daarom belangrijk dat het kabinet op dit gebied stevig de regie naar zich toe trekt en spoedig duidelijkheid verschaft over de samenhang tussen verschillende programma’s en budgetten.

3. Zorgcontractering: impact op kwaliteit en keuzevrijheid in de ggz

3.1. Onjuist beeld dat contractering prijs en kwaliteit bevordert

Het uitgangspunt van de Zvw is *concurrentieel inkopen* en *individueel contracteren* om de prijs en de kwaliteit van de zorg te reguleren. Tegelijkertijd introduceert het akkoord de term “gelijkgerichtheid” in contractering om impactvolle transformaties naar passende zorg mogelijk te maken. Dat houdt kort gezegd in dat partijen samen beslissen wat nodig is op dit terrein. Dit oogt paradoxaal.

De aannames die het IZA doet over contracteren als het instrument om prijs en kwaliteit van de zorg te bewaken, stroken bovendien niet met de werkelijkheid. Een recente Vektis onderzoeksrapport naar ggz-zorg suggereert dat ongecontracteerde zorg dikwijls minder tijd vergt en minder geld kost dan gecontracteerde zorg.¹ Een vervolgonderzoek van Significant concludeert dat de invloed van de verzekeraars op de kwaliteit beperkt lijkt te zijn en dat budgetplafonds en inkoopvoorwaarden veelal de reden zijn om geen contract af te sluiten.² De effecten van het contracteerproces op de prijs en kwaliteit van de ggz zijn dus niet eenduidig; tegelijkertijd verhoogt het wel de regeldruk onder aanbieders en professionals. Het lijkt ons daarom noodzakelijk voor de ggz om de effecten van contracteren op prijs en kwaliteit van de zorg in kaart te brengen, alsook de regeldruk voor zorgaanbieders en zorgverleners. Zodat we werken met *evidence based policy* op dit onderwerp.

3.2. Vrije artskenkeuze verdwijnt, sociale ongelijkheid neemt toe

Het recht van burgers met een naturapolis om een ongecontracteerde aanbieder te kiezen tegen een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten, is een pijler van het zorgstelsel. De omvang van de vergoeding moet dusdanig zijn dat er geen feitelijke hinderpaal voor de burgers ontstaat. Dit is in de Zvw vastgelegd; MIND vindt dat hieraan niet getornd mag worden, en zeker niet zonder dat hier parlementaire besluitvorming aan vooraf is gegaan (d.w.z. een wetswijziging). De reden waarom wij tegenstander zijn van de wijzigingen zoals het IZA die voorstelt op dit punt, lichten we hieronder toe.

Volgens de verzekeraars zou een vergoeding van 75-80 procent van het markttarief als een *breed gedragen veldnorm* gelden. Het percentage zou door de Hoge Raad zijn vastgesteld, hetgeen de Hoge Raad in een arrest uit 2019 bestrijdt (ECLI:NL:HR:2019:853). Voorts is het opmerkelijk dat in 2022 ruim de helft van de naturapolissen lagere percentages bevatten en derhalve in de ogen van de verzekeraars reeds een hinderpaal zouden vormen.³

Er zijn vier manieren waarop burgers en aanbieders met de korting op de vergoeding kunnen omgaan, namelijk bijbetalen door de burger, kwijtschelden door de aanbieder, wachten tot een restitutiepolis of terug naar gecontracteerde zorg. De laatste optie is dus feitelijk de hinderpaal in de praktijk: een burger kan niet naar de zorgaanbieder/verlener van zijn/haar voorkeur vanwege financiële barrières. De verlaging van de vergoeding heeft daarom negatieve gevolgen voor de vrije artskenkeuze: aanbieders kunnen de korting niet kwijtschelden en burgers kunnen de korting niet bijbetalen.

¹ Vektis (2022), *Ontwikkeling (niet)gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg 2016-2019*, Zeist.

² Significant (2022), *Onderzoek naar (niet) gecontracteerde ggz in drie diagnosecategorieën*, Utrecht.

³ <https://contractvrijepsycholoog.nl/vergoedingen-2022/>



Een ander mogelijk effect van deze maatregel is de toename van de sociale ongelijkheid. De vrije artskenkeuze, een belangrijk element van de toegang tot zorg, is straks alleen nog betaalbaar voor de mensen die een restitutiepolis hebben (momenteel ongeveer 15 procent van de volwassenen)⁴. Overigens blijkt dat een flink aantal zorgverzekeraars geen restitutiepolis meer aanbiedt voor de ggz en wijkverpleging, maar alleen een combinatiepolis⁵. Verzekerden die een combinatiepolis hebben, krijgen maximaal 75% vergoed voor de ggz-aanbieder. In feite is hier dus nu al geen sprake meer van keuzevrijheid. De grote groep mensen met een naturapolis kan dan alleen nog kiezen voor een paar aanbieders (soms met lange wachtlijsten), die soms te ver weg zijn om naar toe te reizen voor mensen die de OV of bus niet kunnen betalen. Wij vinden dit onderscheid ontoelaatbaar, juist vanwege het belang van een goede werkrelatie tussen professional en cliënt voor het behandelresultaat.

In de bijlage “Bram: In de knel door beperking vrije artskenkeuze” ziet u hoe dit akkoord voor ggz-patiënten uitwerkt in de praktijk.

4. Digitalisering in de ggz: investeren in kwaliteit, toegankelijkheid en privacy

4.1. Digitale zorg leidt niet per se tot arbeidsbesparing.

Volgens de “werkagenda arbeidsmarkt” in het IZA moet (passende) digitale/hybride zorg prevaleren boven (arbeidsintensieve) fysieke zorg met het oog op de balans tussen zorgvraag en zorgaanbod. Tegelijkertijd bepleit de “werkagenda digitalisering” uit dit akkoord het principe *digitaal als het kan* door middel van maatwerk in digitale en fysieke zorg, toegesneden op de specifieke situatie van de patiënt/cliënt. Onderzoek laat zien dat digitale zorg kan leiden tot kwaliteitsverbetering⁶ terwijl arbeidsbesparing nauwelijks is onderzocht. Het is dus niet duidelijk of die arbeidsbesparing gerealiseerd zal worden.

Digitale zorg gaat bovendien verder dan de focus in het akkoord op teleconsultant: de diversiteit van eHealth applicaties in de zorg strekt zich uit tot digitale dagboeken, virtual reality en serious games, gezondheidsapps en eHealth zelfhulpmodules. MIND vindt dan ook dat er meer onderzoek moet komen naar de kwaliteit, toegankelijkheid/inclusiviteit en privacyaspecten van al deze instrumenten. En naar de factoren en condities die van invloed zijn op het effect van de verschillende eHealth toepassingen, vooral op de lange termijn.

4.2. Samen beslissen, ook bij eHealth trajecten

Sowieso moet het toepassen van eHealth in de zorg wat MIND betreft expliciet onderwerp blijven van “samen beslissen in de spreekkamer” (*digitaal als we het willen* in plaats van *digitaal als het kan*). Recent onderzoek onderschrijft het belang daarvan, niet alleen voor cliënten maar ook voor behandelaren. Zij gaven aan dat zij bij digitale en hybride zorg de diepgang van het face to face contact in de spreekkamer missen.⁷

5. Stelselverantwoordelijkheid blijft bij VWS

⁴ www.vektis.nl “Verzekerden in Beeld 2021”.

⁵ ([Combinatiepolis: wat is het, welke zijn er? | Consumentenbond](#)).

⁶ Thewissen en Gunther (2021), *Therapie op afstand, dichterbij dan ooit*, PsychoSociaal Digitaal.

⁷ De Beurs et al (2021), *Zorgverlening in tijden van corona*, Tijdschrift voor psychiatrie.



Het IZA bevat een aantal verschuivingen en overhevelingen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen het ministerie en de verzekeraars, zoals het financieren van kwaliteitsregistraties en het (mede)bepalen van cruciale zorg. Bij ons ontstaat de indruk dat de invloed van de verzekeraars op het zorgstelsel toeneemt ten koste van de aanbieders en patiënten/cliënten. Wanneer de zorgverzekeraar steeds meer als stelselregisseur op gaat treden, raakt de balans in de driehoek zorggebruiker, zorgaanbieder en zorgfinancier echter verstoord. Wat MIND betreft blijft de stelselverantwoordelijkheid dan ook liggen waar deze thuishoort, namelijk bij de bewindspersonen van VWS.

In dit kader willen we ook opmerken dat het wetsvoorstel 34.445 om reguleringstaken van NZa naar VWS over te dragen, reeds zes jaar bij het parlement ligt en dat de afgelopen drie jaar geen vooruitgang is geboekt.⁸ Het gaat hier over de 'governance' van de gezondheidszorg, de rolverdeling tussen ministerie en NZa, en de scheiding tussen beleid en uitvoering. Als deze zaken niet goed bij wet geregeld zijn, wordt de burger hiervan uiteindelijk de dupe. Dit kan niet de bedoeling zijn van de wetgever. We doen dan ook een oproep aan de Kamer en de bewindslieden om daadwerkelijk de regie over het stelsel te voeren en de politieke verantwoordelijkheid voor de toekomst van zorg en welzijn te nemen.

Hoe verder

MIND betwijfelt of de voorstellen in het IZA voldoende zijn om de zorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar te houden.⁹ We willen graag meehelpen met initiatieven om het stelsel toekomstbestendig te maken, en denken daarbij graag buiten de gebaande paden. Tijdens het traject van de contourennota hebben we bijvoorbeeld een aantal voorstellen gedaan om de zorg te (de)reguleren, namelijk een accreditatiestelsel voor zorgaanbieders, een set landelijke voorwaarden en integrale tarieven en een regiostructuur met echelons (eerstelijns-lokaal, tweedelijns-regionaal, derdelijns-nationaal).¹⁰ Het zou de moeite waard zijn om deze voorstellen op de punten toegankelijkheid, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid te vergelijken met het huidige stelsel.

Mocht u vragen hebben naar aanleiding van deze brief, dan zijn we uiteraard graag bereid om een nadere toelichting te geven.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'M.J. ter Avest', written over a horizontal line.

Drs. M.J. ter Avest
Directeur / bestuurder MIND

⁸ Kst. 34445, 2016. Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg.

⁹ Zie ook bijlage 2 bij deze brief.

¹⁰ <https://mindplatform.nl/media/5121/download/20-042%20MIND%20Visie%20zorgstelsel%2019juni2020.pdf?v=1>