

Aan de informateurs
H.G.J. Kamp en drs. W.J. Bos
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Utrecht, 10 oktober 2012
Onderwerp: aanbeveling NVVP voor Regeerakkoord Rutte-Samsom

Geachte heren Kamp en Bos,

De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP) is medeondertekenaar van het Bestuurlijk Akkoord GGZ en committeert zich daardoor aan de afspraken zoals in het akkoord vastgelegd. De komende maanden wordt er door alle partijen hard gewerkt aan de uitvoering van de maatregelen. Hierbij is het voor de leden van de NVVP van cruciaal belang dat er een gelijkwaardig speelveld wordt gecreëerd tussen instellingen en vrijgevestigden, zowel op het gebied van het ondernemerschap alsook de toegankelijkheid. De NVVP verzoekt u dan ook om de positie van de BIG-geregistreerde zorgaanbieders met een eigen praktijk in de eerste lijn alsook in de tweede lijn in het krachtenveld van de GGZ voor de komende jaren te stimuleren met maatregelen die een gelijk speelveld garanderen.

De NVVP vindt schrappen van de tweedelijns eigen bijdrage in de GGZ een goed besluit, maar is teleurgesteld over het feit dat de eigen bijdrage in de eerste lijn niet is geschrapt. Juist nu de sector een akkoord heeft gesloten om te ambulantiseren - meer zorg naar de eerste lijn - zou het verstandiger zijn om de drempels naar de eerste lijn weg te halen en ook daar de eigen bijdrage te schrappen.

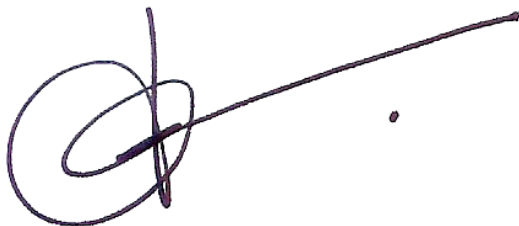
De overheveling van de jeugd-GGZ uit de Zorgverzekeringswet naar de gemeenten, is naar de mening van de NVVP zeer ongewenst. De vereniging pleit voor behoud van de jeugd-GGZ in de Zvw zodat het recht op jeugd-GGZ wettelijk verankerd blijft in plaats van dat het via de gemeenten een regionale verstrekking wordt.

Ten aanzien van de maatschappelijke en politieke discussie over het pakket van verzekerde zorg, maakt de NVVP zich grote zorgen over een te strikt en eenzijdig medisch model, dat gehanteerd wordt bij de beoordeling van wel / niet verzekerde zorg. Het beoordelen van effectieve behandelvormen is een preciaire aangelegenheid en dient uiterst zorgvuldig plaats te vinden.

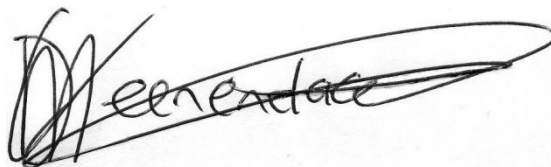
Bijgevoegd bieden wij u ons 4-punten plan aan. We verzoeken u vriendelijk om zorgvuldig te kijken naar deze punten voor verbetering van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg.

De NVVP hoopt dat u bovenstaande pleidooien betreft in uw Regeerakkoord.
We wensen u veel succes!

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized circular flourish followed by a long horizontal stroke extending to the right.

Arnoud van Buuren, voorzitter NVVP
arts, psychotherapeut

A handwritten signature in dark ink, featuring a complex, overlapping circular flourish on the left that transitions into a long, sweeping horizontal stroke.

drs. Judith M. Veenendaal, directeur

Bijlage: 4-puntenplan NVVP

1. De vrijgevestigde als kleine ondernemer in het krachtenveld van marktwerking

Vrijgevestigden zijn naast zorgaanbieder ook zelfstandig ondernemer, weliswaar gaat het om kleine ondernemers, echter het is voor een divers aanbod van zorg aan cliënten cruciaal dat ook de kleine ondernemer positie houdt in het veld van zorgaanbieders. Vrijgevestigde zorgaanbieders (ruim 1400 leden), de leden van de NVVP, zijn allen BIG-geregistreerd en leveren:

1. *kortdurende of langdurende psychologische zorg in de buurt (NVVP-leden zijn werkzaam in een eigen praktijk, veelal aan huis of in woonwijken) en dragen continu bij aan reïntegratie van cliënten in de maatschappij;*
2. *effectieve en relatief goedkope zorg (in vergelijking met instellingen weinig tot geen overheadkosten);*
3. *continuïteit: eenzelfde zorgaanbieder voor het gehele behandeltraject: what you see is what you get;*
4. *de cliënt staat centraal;*
5. *aanzienlijk kortere wachttijden dan instellingen (bij wachttijden verwijst men door binnen een collegiaal netwerk);*
6. *flexibele werk- en openingstijden;*
7. *continuïteit in hooggekwalificeerde zorg, door te voldoen aan de verplichte herregistratie, de verplichte NVVP-visitatie m.b.t. de praktijkvoering, de verplichting tot deelname aan intervisie, de mogelijkheid om via de NVVP ROM-portal Routine Outcome Monitoring (ROM) toe te passen in de behandeling;*
8. *vergoeding via de Zorgverzekeringswet;*
9. *samenwerking met huisarts en andere hulpverleners;*
10. *laagdrempelige werkwijze.*

Vrijgevestigden maken onderdeel uit van het gehele GGZ-aanbod en draaien dus volop mee in de marktwerking. Zij concurreren met de gevestigde instellingen en ook de nieuwe instellingen. Vrijgevestigden dienen ook binnen het verzezicht van het Bestuurlijk Akkoord GGZ een positie te houden, zodat voorkomen wordt dat zij uit de markt gedrukt worden door de instellingen. Daarom pleit de NVVP voor een gelijk speelveld tussen instellingen en vrijgevestigden. Dit dient naar de mening van de NVVP gerealiseerd te worden door maatregelen te treffen waardoor het beleid gelijk wordt getrokken tussen instellingen en vrijgevestigden, zodat het recht voor cliënten op vrije artsen- (en of behandelaren-) keuze gecreëerd wordt. Daarbij dienen ook de drempels, die het gelijke speelveld belemmeren te worden geschrapt.

De NVVP noemt als voorbeeld voor een adequaat gelijk speelveld: adequate bevoorschotting voor bestaande en nieuwe toetreders, voldoende toereikende omzetplafonds zodat cliënten de behandeling kunnen krijgen van de door hen geprefereerde zorgaanbieder, of dat de behandeling – dit geldt voor behandelingen langer dan een jaar – voortgezet kunnen worden bij dezelfde zorgaanbieder. Op dit moment worden vrijgevestigden geconfronteerd met te strakke omzetplafonds waardoor het hen onmogelijk wordt gemaakt de zorg te leveren dan wel te continueren. Dit mag zo niet doorgaan. Zorgverzekeraars kunnen en mogen hun risico niet afwentelen op de zorgaanbieders. Verdergaande transparantie is mooi, maar het dreigt in een bureaucratisch monstrem te verzanden, wat tot toename van de administratieve lasten zal leiden.

Een ander voorbeeld waarbij een gelijk speelveld tussen instellingen en vrijgevestigden van essentieel belang is, is het hoofdbehandelaarschap. De NVVP is van mening –en heeft dit ook als zodanig aangekaart bij het ministerie van VWS, de NZa en zorgverzekeraars- dat het merendeel van de DBC uitgevoerd dient te worden door de BIG-geregistreerde hoofdbehandelaar. Met ingang van 1

januari 2012 hanteren zorgverzekeraars een verscherpt beleid ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap van vrijgevestigden. Zo kunnen zij nog gemiddeld maximaal 20% van de behandeling laten uitvoeren door niet BIG-geregistreerd hulppersoneel in de tweedelijns GGZ. Deze wijziging geldt echter niet voor instellingen; daar geldt géén maximum aan inzet van hulppersoneel, waardoor zij hiervan onbeperkt gebruik kunnen maken. De NVVP vindt dit een ongewenste situatie en pleit dan ook voor het gelijktrekken van het beleid ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap tussen vrijgevestigden en instellingen. Op die manier ontstaat er op dit onderdeel dan ook een gelijk speelveld.

Als het hoofdbehandelaarschap in de gehele GGZ voor het merendeel uitgevoerd wordt door BIG-geregistreerde zorgaanbieders, zal dit leiden tot een kwaliteitsimpuls in de GGZ. Immers, alleen de BIG-beroepsbeoefenaren zijn wettelijk gezien geëquipeerd om tweedelijns GGZ te verlenen. Dat geldt niet voor hulppersoneel zoals bijvoorbeeld basispsychologen en of HBO-psychologen die nu ook tweedelijns GGZ verlenen, weliswaar onder de supervisie van een BIG-geregistreerde therapeut. De NVVP stelt voor om een percentage van de totale behandeling aan het hoofdbehandelaarschap te koppelen. De NVVP denkt hierbij aan 60% van de behandeling die uitgevoerd dient te worden door de hoofdbehandelaar. Het huidige maximum dat geldt voor vrijgevestigden (20% hulppersoneel) is te laag, dit blijkt uit ervaringen van vooral kinder- & jeugdtherapeuten onder de NVVP-leden, waarbij gespecialiseerde speltherapie wordt betrokken door een derde.

Daarnaast zal een gelijk speelveld tussen instellingen en vrijgevestigden ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap ook leiden tot een afname in het aantal DBC's en dus een afname van de zorgkosten.

2. Eigen bijdrage GGZ, geen onderscheid tussen eerste en tweede lijn

Het schrappen van de tweedelijns eigen bijdrage in de GGZ, vindt de NVVP een heel goed initiatief. Echter, wij wijzen u op het feit dat het besluit de eigen bijdrage enkel in de tweedelijns GGZ te schrappen, zal leiden tot ongewenste prikkels in de GGZ. Zo zal de duurdere, specialistische GGZ voor de cliënt het goedkoopst worden en zal de gewenste substitutie van de tweede- naar de eerstelijns GGZ niet plaats gaan vinden. Wij vermoeden dan ook dat het schrappen van de eigen bijdrage voor enkel de tweedelijns, specialistische GGZ de generalistische eerstelijns psychologische zorgverlening uit de markt wordt geprijsd. Dit sluit niet aan op de beoogde ambulantisering, zoals vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord GGZ. De NVVP pleit dan ook voor het gelijktrekken van de eigen bijdrage in de GGZ door ook de eigen bijdrage voor de eerstelijns GGZ met ingang van 1 januari 2013 te schrappen. De NVVP realiseert zich dat dit gevolgen heeft voor de begroting van 2013. Ter compensatie van deze gelden denkt de NVVP aan aanscherping van de DBC-spelregels en de NZa-beleidsregels ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap, zie hiervoor de passage over het hoofdbehandelaarschap onder punt 1.

3. Jeugd-GGZ behouden in Zvw

De overheveling van de jeugd-GGZ naar de gemeenten betekent, dat er niet langer sprake is van een verzekerd recht op geestelijke gezondheidszorg voor kinderen. Een kind dat wel degelijk zorg nodig heeft, wordt afhankelijk van de beschikbare middelen bij de gemeenten. Geestelijke gezondheidszorg wordt door de overheveling als minder fundamenteel gezien dan somatische zorg. Daarmee is het alsof geestelijke gezondheidszorg een luxegoed is waar je voor kunt kiezen. Dit is onaanvaardbaar. Toegang tot de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren is en moet een verzekerd recht blijven. Als een jeugdige een psychische aandoening heeft, moet hij of zij kunnen rekenen op een behandeling, net zoals met somatische klachten. Het recht om een psychotherapeut te consulteren is hetzelfde als het recht om een KNO-arts of neuroloog te consulteren. Dit moet niet ongedaan gemaakt worden door de jeugd-GGZ uit de Zorgverzekeringswet te halen en over te hevelen naar gemeenten, wat zou betekenen dat het wettelijke recht op geestelijke gezondheidszorg

vervalt en daarmee ook de borging van dit recht in de bestaande kwaliteits-, veiligheids- en toezichtsgaranties die de Zorgverzekeringswet stelt aan bijvoorbeeld zorgaanbieders. Hiermee valt de GGZ tientallen jaren terug in de tijd waar het gaat om kwaliteitsbeleid.

Andere ongewenste consequentie van de beoogde overheveling is: rechtsongelijkheid tussen inwoners van verschillende gemeenten, omdat ouders zich moeten wenden tot gecontracteerde zorgaanbieders. Hiermee vervalt ook de vrijheid van artsenkeuze.

Bovendien is het de vraag of gemeenten voldoende geëquipeerd zijn om lichte, complexe en zeer complexe GGZ-problematiek in te kopen. Immers zorgverzekeraars hebben veel tijd en geld geïnvesteerd in kennis van de GGZ bij hun zorginkopers om deze zorg adequaat en op maat in te kunnen kopen. Deze kennis is niet zomaar over te dragen. De financiële taakstelling waar gemeenten mee te kampen hebben bij deze overheveling, draagt hier niet aan bij.

Met betrekking tot het onderzoek van de Commissie Samson naar seksueel misbruik van kinderen die door de overheid in instellingen of in pleeggezinnen zijn geplaatst, sluit de NVVP zich aan bij de conclusie van de Commissie en ook de conclusie van de Kinderombudsman, de heer Dullaert. Beiden raden de Kamer dwingend aan de overheveling van de Jeugdzorg naar de gemeenten voor onbepaalde tijd uit te stellen. De gemeenten zijn immers niet in staat om de veiligheid van kinderen te waarborgen, zo concluderen de Commissie en de heer Dullaert. Gemeenten hebben geen of nauwelijks ervaring met de jeugdzorg. Totdat deze veiligheid gewaarborgd is, dient de overheveling - waaronder ook de jeugd-GGZ- niet plaats te vinden. De NVVP onderschrijft deze standpunten. Kinderen met psychische problematiek hebben recht op een veilige omgeving waarin zij hulp of ondersteuning krijgen aangeboden, zoals ook verwoord in het Verdrag voor de Rechten van het Kind.

Kortom, de NVVP acht geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren een verzekerd recht; het is geen regionale gemeentetaak. Daarom moet de GGZ verankerd blijven in de Zorgverzekeringswet, zoals geldt en blijft gelden voor de somatische zorg voor kinderen en jongeren.

4. Verzekerd pakket

De NVVP vindt dat snijden in het basispakket op zeer zorgvuldige wijze dient plaats te vinden. De werkwijze van het schrappen van de aanpassingsstoornissen uit de Zvw vond plaats op basis van populistische denkbeelden over de GGZ en zonder enige vorm van wetenschappelijk onderzoek. Het lijkt daarmee dat DSM-classificaties verwijderd worden onder het mom van lage ziektelast. Dit is ongehoord, past niet in een beschaafde samenleving en kan geen uitgangspunt zijn voor toekomstige beleidswijzigingen om onderdelen uit de Zvw te schrappen. De NVVP voorziet door de huidige ontwikkelingen en de huidige teneur een te robuust, te onderdoordacht, verzekerd GGZ-pakket. Het onzorgvuldig snijden in het verzekerde pakket levert op korte termijn wel besparingen op, maar zal leiden tot een toename aan ernstige psychologische problematiek en dus meerkosten op langere termijn. De NVVP maakt zich grote zorgen om een te strikt en eenzijdig medisch model, dat gehanteerd wordt bij de beoordeling van wel / niet verzekerde zorg. Het beoordelen van effectieve behandelvormen is een precare aangelegenheid en dient uiterst zorgvuldig plaats te vinden. De NVVP is van mening dat alle beschreven classificaties in de DSM niet ter discussie dienen te staan voor wel / niet verzekerde zorg. Shoppen in de DSM leidt tot perverse prikkels en die zijn ongewenst.