

Update 62

Collega's

Eindejaar consument informatie campagne

Collega's het zit er aan te komen. Het KNGF bestuur heeft de aanbevelingen van de communicatie commissie gevolgd en heeft haar eindejaar budget verdubbelt. Zoals reeds in voorgaande updates vermeld zal het KNGF een directieve campagne voeren waarin de consument gewezen wordt op het belang van een aanvullende verzekering met voldoende fysiotherapeutische dekking . Daarnaast zal het KNGF een selectie van zorgpolissen met naam en toenaam gaan adviseren naar de consument toe. De criteria waarop de selectie plaats vindt staat nog niet helemaal vast maar voldoende te contracteren fysiotherapeutische zorg en het zonder restricties kunnen aangaan van een polis zijn zeker als selectie criterium terug te vinden. Dit lijkt grotendeel op de actie zoals ik die vorig jaar in Oost Nederland gehouden heb . alleen met een positievere insteek en zal de actie landelijk worden ingezet.

Ik krijg bijna dagelijks vragen of ik ook dit jaar weer lay outs voor advertenties en posters tbv de consumenten informatie ga verstrekken. Beste collega's ik heb er het volste vertrouwen in dat het KNGF op zeer korte termijn een volledig informatie pakket heeft klaar liggen. Alles is vol op in voorbereiding en er worden op het hoofdkantoor nu overuren gemaakt om alles tijdig voor U klaar te hebben. (bedenk wel dat we vrijdag en zaterdag ook nog Fysiotherapie Congres hebben in Maastricht). Duidelijk is wel dat het KNGF de leden gaat ondersteunen bij het communiceren van onze boodschap.

Congres Maastricht 2 en 3 November

Ja kloptdat is aanstaande vrijdag en zaterdag.....bent u er ook. Persoonlijk ben ik vereerd om te zijn gevraagd als deelnemer in het "Fysiodebat" welke vrijdag van 17.15 uur tot 18.00 uur in het auditorium van het MECC. Het debat zal gevoerd worden tussen een 20 tal zgn "opinion leaders" uit de zorg en het thema is: " De essentie van ons vak".

Ik hoop jullie allen te zien in het mooie Maastricht .

Het regeerakkoord

Als bijlage vinden jullie het complete regeer akkoord van gisteren. Voor uw gemak heb ik het deel Zorg er uit gehaald en hier afgedrukt. Om het u nog makkelijker te maken heb ik die delen welke voor ons fysiotherapeuten belangrijk zijn in rood afgedrukt en de meest belangrijke zaken zijn ook nog rood en vet afgedrukt.

Ik kan hele bladzijden vol schrijven met vragen die ik mij stel en zeker met twijfels die ik heb bij het uitgestippelde beleid. Mij is duidelijk dat wij als beroeps groep het niet makkelijk gaan krijgen aangezien de regering nog meer gaat inzetten op de marktwerking binnen de zorg en de regierol van de zorgverzekeraar.

Nogmaals ik heb geen bezwaar tegen marktwerking maar dan wel in een echte markt en niet 1 waarin de zorgverzekeraar nog meer macht krijgt. Wordt de balans nog verder verstoord en wordt de patiënt (kiezer) de dupe daar van , dan zal uiteindelijk die kiezer er voor zorgen dat de politieke partijen die verantwoordelijk zijn voor deze keuze, electorale klappen gaan krijgen bij de volgende verkiezingen..

Helaas ben ik bang dat het eerst nog veel erger gaat worden voor de consument en voor ons als fysiotherapeuten. Laat ik hopen dat de machtsongelijkheid met de zorgverzekeraar er toe zal leiden dat wij als beroepsgroep een steeds homogener groep worden. Alleen wanneer wij 1 front zijn hebben we recht van spreken.

Dat het op veel fronten mis gaat met de macht van de zorgverzekeraar kon u zien in de uitzending van RADAR van afgelopen maandagavond, 29 okt, Kijk maar op:
<http://www.uitzendinggemist.nl/afleveringen/1300312>

VII. Zorg dichtbij

Goede zorg en, nog belangrijker, goede gezondheid is niet alleen een zaak van de overheid. Natuurlijk zijn mensen hiervoor in de eerste plaats zelf verantwoordelijk, maar wij willen dit ondersteunen. Daarnaast kiezen wij de komende kabinetsperiode voor een drietal andere prioriteiten. Allereerst willen wij de kwaliteit van de geleverde zorg verder verbeteren. We doen dit door het inzicht in de geleverde kwaliteit te verbeteren, praktisch. Succes boeken we alleen door samen te werken. Dat begint bij preventie en een gezonde levensstijl variatie te verminderen en zinloos medisch handelen tegen te gaan. Kwaliteitsverhoging gaat in de zorg gelukkig vaak samen met kostenverlaging; daar ligt een tweede prioriteit. Wij drukken de stijging van de kosten door de hoeveelheid geleverde zorg beter te beheersen, overbehandeling tegen te gaan, stringent pakketbeheer

in te voeren, overcapaciteit te verminderen en verspilling te bestrijden. **Een derde prioriteit betreft het bevorderen van (regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders.**

Dure, complexe en acute zorg willen we concentreren; minder complexe zorg organiseren

we dichterbij de mensen. Beide is goed voor kwaliteit én kosten.

Binnen het stelsel van curatieve zorg gaan we nieuwe accenten leggen op meer samenwerken in plaats van enkel concurreren, op het wegnemen van perverse volumeprikkels en de introductie van inkomensafhankelijke financiering. **De sleutelrol**

van verzekeraars blijft in stand. In 2015 zijn zij volgens plan volledig risicodragend.

- Financiering van zorg wordt in hoofdzaak inkomensafhankelijk. De zorgtoeslag verdwijnt. Voor 2017 gaan we uit van een nominale premie van 400, daarna blijft de verhouding tussen de nominale en inkomensafhankelijke premie constant. Het bestaande eigen risico wordt budgettair neutraal omgezet in een inkomensafhankelijk eigen risico. De zorgkosten blijven gelijk verdeeld tussen werkgevers en werknemers.
- Met behulp van convenanten houden we het zorgstelsel binnen maatschappelijk en politiek wenselijke bandbreedtes. **Met verzekeraars sluiten we een convenant over preventie en het bevorderen van een gezonde levensstijl.** Na 2014 zetten we het hoofdlijnenakkoord voort met instellingen voor medisch specialistische zorg, vrijgevestigde medisch specialisten, huisartsen en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt de kostenstijging verder gedrukt van 2,5 naar 2 procent (huisartsen naar 2,5 procent). We willen de kans op inzet van het macro beheersingsinstrument zo klein mogelijk maken en bekijken daarom of het mogelijk is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vooraf te laten toetsen of het door de verzekeraars gecontracteerde volume past binnen het begrotingskader zorg.

- **Concentratie van voorzieningen zorgt vaak voor een hogere kwaliteit tegen lagere**

kosten. Verzekeraars zijn er verantwoordelijk voor dat dit doel bereikt wordt, door

selectiever te contracteren op basis van heldere kwaliteitscriteria. Daarom wordt de

basisverzekering beperkt tot naturapolissen; de restitutiepolis gaat naar de aanvullende verzekering.

29/10/2012 22

- Het naast elkaar bestaan van verschillend gefinancierde spoedeisende hulpdiensten (SEH's) en huisartsenposten (HAP's) zorgt voor volumeprikkels die bijdragen aan overbehandeling en verspilling. Om dit tegen te gaan wordt de ingezette beweging richting concentratie en specialisatie van SEH's voortgezet en zullen deze worden geïntegreerd met de HAP's. Huisartsenzorg moet altijd bereikbaar zijn. Mensen die zich zonder verwijzing van een huisarts melden bij de SEH, betalen een eigen bijdrage van 50 euro. Uiteindelijk zullen deze voorzieningen onder regie van de verzekeraars in één bekostigingssysteem met de huisartsen worden ondergebracht. Dit

systeem gaat uit van populatiegebonden bekostiging en biedt ruimte voor aanvullende

beloningsafspraken met verzekeraars. Die afspraken zijn gericht op het vervangen van

tweedelijnszorg door de eerste lijn, het ontmoedigen van onnodige doorverwijzingen en het bevorderen van chronische zorg in de eerste lijn. Voor nieuwe aanbieders blijft ruimte. Dit pakket van maatregelen legt het fundament voor een structuur van sterke eerste- en anderhalvelijnszorg, dicht bij de mensen en met de huisarts in een sleutelrol. Ook wordt op deze manier onnodig gebruik van dure ziekenhuiszorg ontmoedigd.

- Met verzekeraars sluiten we een convenant af gericht op concentratie van acute zorg,

omdat dit leidt tot hogere kwaliteit van zorg. Ook de top-referente zorg die op dit moment door academische ziekenhuizen wordt verleend, wordt geconcentreerd.

- Zorgverzekeraars worden in 2017 financieel verantwoordelijk voor de Geestelijke GezondheidsZorg (GGZ). Dit vergt vervanging van de kostenverevening achteraf door een goede vereveningssystematiek vooraf, een deugdelijke productstructuur en goede kwaliteitsmeting. Langdurige geestelijke gezondheidszorg kan dan ook overgeheveld worden naar de zorgverzekeringswet. Om afwenteling te voorkomen wordt de bestaande eigen bijdrage in de eerste lijn budgettair neutraal omgezet in een

procentuele eigen bijdrage voor alle GGZ-kosten in eerste en tweede lijn gezamenlijk.

Dit resulteert in een lagere eigen bijdrage in de eerste lijns GGZ.

- Vanaf 2015 gaan we investeren in extra wijkverpleegkundigen met een bedrag dat oploopt tot minimaal 250 miljoen in 2017. Dit financieren we met middelen die we vrijspelen bij medische zorg in de tweede lijn (substitutie). Zo bevorderen we dat meer zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd.

- De mogelijkheid om winst uit te keren in de zorg zal zo ingeperkt worden dat het alleen interessant is voor investeerders met een langetermijnperspectief.

Winstuitkering is alleen mogelijk bij surpluswinst boven 20 procent solvabiliteit en alleen bij winst uit reguliere exploitatie. **Zorgverzekeraars krijgen de mogelijkheid een minderheidsbelang bij zorgaanbieders te verwerven.**

- Het rapport van de commissie-Meurs is leidraad bij het inkomensbeleid gericht op medisch specialisten. Het fiscale ondernemersvoordeel voor medisch specialisten vervalt in 2015, als het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het ziekenhuisbudget en het beheersmodel medisch specialisten verdwijnt. De vorming

van mega- of regiomaatschappen wordt ontmoedigd.

29/10/2012 23

- Publiek toegankelijke informatie over kwaliteit is van groot belang voor verzekeraars,

patiënten, patiëntenverenigingen, de Nederlandse Mededingingsautoriteit en de Nederlandse Zorgautoriteit. Lopende initiatieven worden met kracht doorgezet, eventueel ondersteund door convenanten. Het Kwaliteitsinstituut krijgt

doorzettingsmacht als de voortgang stopt. **We verplichten aanbieders van zorg om bij**

de declaratie ook informatie te geven die nodig is om vast te kunnen stellen dat

kwaliteit geleverd is. Het gros van deze informatie, bijvoorbeeld voortkomend uit

klinische registraties, bestaat reeds maar moet nog ontsloten worden.

Vanzelfsprekend

wordt hierbij recht gedaan aan de bestaande privacy regelingen.

In de langdurige en welzijnszorg willen we de komende periode een omslag maken naar

meer maatwerk, meer zorg in de buurt, meer samenwerking tussen de verschillende aanbieders maar ook naar houdbaar gefinancierde voorzieningen, zodat ook latere generaties er nog gebruik van kunnen maken. Dit betekent dat maximaal aansluiting gezocht zal worden bij wat mensen nodig hebben en wat gemeenten in staat zijn te doen.

Ook richten wij de voorzieningen scherper op beschikbaarheid voor mensen, die zich uit

eigen middelen geen alternatief kunnen veroorloven. Daarbij geven wij prioriteit aan zorg

met een medisch karakter boven zorg met een niet-medisch karakter, omdat mensen bij

die laatste vorm van zorg vaker (maar niet altijd) op alternatieven in eigen kring kunnen

terugvallen.

- De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt omgevormd tot een nieuwe landelijke voorziening waarin de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg (vanaf ZZP 5) landelijk wordt georganiseerd met een budgetgrens middels de contracteerruimte. De voorziening krijgt daarbij een centraal beleidskader, zowel zorg in natura als pgb's maken deel uit van de voorziening. Zowel inkoop als indicatiestelling komt hier terecht. De bestaande regionale structuur van zorginkoop met budgetplafond wordt vooralsnog gehandhaafd, terwijl de indicatie wordt beperkt tot degenen die het echt nodig hebben. De besparing ontstaat door het terugdringen van regionale variatie en spreiding in tariefstelling. Het gebruik van persoonsgebonden budgetten heeft juist bij deze zorg overigens geleid tot zorg op maat en institutionele innovaties. Dat willen we verder bevorderen.
- Voor verbetering van verpleegkundige zorg buiten instellingen zijn al veel goede ideeën ontwikkeld, onder meer door de Sociaal Economische Raad en in de Agenda voor de Zorg. Wij sluiten daarbij aan. Extramurale verpleging wordt in 2017 van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) en valt daar onder het zelfde systeem van populatiegebonden bekostiging als de huisartsenzorg. De indicatiestelling vervalst. Zo verdwijnen schotten, bevorderen we wijkverpleging, ontmoedigen we overbehandeling en stimuleren we een sterke eerste lijn waar de huisarts integraal deel van uitmaakt.
- Gemeenten worden geheel verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging. De aanspraken worden beperkt, dienstverlening wordt versoberd en meer gericht op waar ze het hardste nodig is en gaat vallen onder de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). De aanspraken op huishoudelijke hulp worden vervangen door een maatwerkvoorziening voor degenen die het echt nodig hebben en het niet uit eigen middelen kunnen betalen.

29/10/2012 24

- De combinatie van de introductie van inkomensafhankelijke zorgfinanciering en het organiseren van zorg dicht bij mensen maakt beperking, vereenvoudiging en decentralisatie mogelijk van regelingen als compensatie eigen risico, de aftrek specifieke zorgkosten en de wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

Hieruit wordt een nieuwe gemeentelijke voorziening gefinancierd met een omvang van ruim 750 miljoen.

- De gemeenten wordt een zeer ruime beleidsvrijheid gegeven met betrekking tot de concrete invulling van deze gedecentraliseerde voorzieningen.

De afgelopen jaren hebben grote groepen medewerkers in de (semi-)collectieve sector

hun bijdrage aan het herstel van de overheidsfinanciën geleverd, doordat de groei in hun

arbeidsvoorwaarden afgeremd werd met de zogeheten "nullijn". De medewerkers in de

zorg zijn hier tot nu toe uitgezonderd van geweest. Het is dus redelijk van hen een

bijdrage te vragen. Voorts nemen de stijgende collectieve zorguitgaven een steeds groter

aandeel in de collectieve uitgaven in; binnen de collectieve zorguitgaven nemen de

personele uitgaven een dominante positie in. Het beheersen van deze uitgaven is dan ook

van toenemend belang om adequaat te kunnen reageren op verslechtingen van het

EMU-saldo. Het vigerende convenant voor de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling

in de zorg (OVA), waarin geregeld is hoe de overheid de jaarlijkse bijdrage

voor de arbeidskosten voor de zorg vaststelt, heeft momenteel geen mogelijkheid om af te

wijken. Dat is wel mogelijk in de overige delen van de collectieve sector. In het recente

verleden zijn werkgevers bereid geweest om afspraken te maken over de incidentele

loonontwikkeling. Het kabinet zal nu in gesprek gaan met de zorgsector, met als

uitgangspunt een meer gelijke behandeling tussen de verschillende onderdelen van de

collectieve sector. In dit overleg zal het kabinet er tevens op aandringen om, binnen de

beschikbare middelen, ruimte vrij te maken (100 miljoen) voor het verbeteren van de

arbeidsmarktpositie van specifieke groepen zorgmedewerkers. Eind 2013 beoordeelt het

kabinet de voortgang op beide punten. Om ervan verzekerd te zijn dat per 1 januari 2016

daadwerkelijk stappen gezet kunnen worden, zet het kabinet per onmiddellijk de

procedure in gang om het OVA-convenant met ingang van die datum op te schorten.

Voortschrijdende mogelijkheden, toenemend zelfbewustzijn bij burgers en definiëring

van nieuwe ziekten leiden tot nieuwe medisch-ethische vragen. Om deze vragen op

zorgvuldige wijze te beantwoorden is een brede maatschappelijke discussie nodig.

Leidend is het beginsel van zelfbeschikking, altijd in samenhang met menselijke

waardigheid, goede zorg en beschermwaardigheid van het leven.

- Er is geen aanleiding om de grens voor het uitvoeren van abortus aan te passen.

- De maatschappelijke discussie over het vrijwillige levenseinde zal worden

voortgezet en kan leiden tot aanpassing van wet- en regelgeving.

- Embryoselectie is toegestaan op medische gronden.

- Het oordeel over een actief donorregistratiesysteem wordt aan de Kamer

overgelaten.

Ouders zijn er voor verantwoordelijk hun kinderen veilig en gezond te laten opgroeien.

Wanneer de ontwikkeling van kinderen ernstig in gevaar komt, moet de overheid tijdig

ingrijpen. Dat is in het verleden ondanks toenemende budgetten niet altijd gebeurd. De

jeugdzorg zal daarom de komende jaren sterk worden verbeterd. Tegelijkertijd zullen de

fors gestegen uitgaven voor jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd worden teruggebracht.

De jeugdzorg wordt in 2015 gedecentraliseerd naar gemeenten. De decentralisatie omvat

alle onderdelen: de jeugdzorg die nu een verantwoordelijkheid is van de provincie, de gesloten jeugdzorg onder regie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, de jeugd-GGZ

die onder de ZVW valt, de zorg voor lichtverstandelijk gehandicapten jongeren op basis

van de AWBZ en de jeugdbescherming en jeugdreclassering van Veiligheid en Justitie.

Deze decentralisatie wordt gecoördineerd op het ministerie van VWS.

- “Eén gezin, één plan, één regisseur” is het uitgangspunt bij de decentralisaties in het

sociale domein: bij de wet werken naar vermogen, de algemene wet bijzondere ziektekosten, de wet maatschappelijke ondersteuning en de jeugdhulpverlening. Dit vergt ook één budget en één verantwoordelijke van overheidszijde. Er komt een einde

aan de praktijk waarbij vele hulpverleners langs elkaar heen werken bij de ondersteuning van één gezin.

- Consultatiebureaus worden verplicht kinderen voor wie taalachterstand dreigt, door te

verwijzen naar vroeg- en voorschoolse educatie. Sluitende samenwerking tussen

gemeenten en scholen moet waarborgen dat achterstanden spoedig mogelijk en in ieder geval voor het eind van de basisschoolperiode zijn weggewerkt.

- Om de effecten van Jeugdzorg te kunnen beoordelen worden prestatiegegevens aangeleverd en openbaar.

- De decentralisatie moet ertoe bijdragen dat de eigen kracht, het sociale netwerk en de

voorzieningen in een gemeente beter worden benut. Het accent zal steeds liggen op participatie in de samenleving.

- We versnellen de professionalisering van de jeugdzorg, inclusief opleidingseisen, beroepscode en tuchtrecht.

- De nieuwe Jeugdwet waarborgt de gemeentelijke beleidsvrijheid. Elementaire kwaliteitswaarborgen voor cliënten blijven wettelijk verankerd.

- De voorgenomen eigen bijdrage in de jeugdzorg wordt niet ingevoerd.

Sport brengt mensen bij elkaar en is van groot maatschappelijk belang. Kinderen verwerven belangrijke sociale vaardigheden. Voldoende en veilig sporten houdt jonge en

oude mensen fitter en gezonder. We willen dat meer mensen kunnen sporten en bewegen

in hun eigen omgeving. Er zijn nog veel mogelijkheden om de openbare ruimte beter te

benutten.

- We bevorderen samenwerking van gemeenten, bedrijven, scholen en sportverenigingen.

- Met gemeenten willen we bevorderen dat er bij de aanleg van nieuwe wijken voldoende ruimte voor sport en bewegen is.

- Het kabinet streeft naar meer gymlessen per week in het primair onderwijs.

- Topsportevenementen kunnen waardevol zijn voor de Nederlandse economie en

hebben een positieve uitstraling naar de breedtesport. Het binnenhalen en organiseren

29/10/2012 26

van de Olympische Spelen brengt echter veel financiële risico's met zich mee.

Hiervoor is weinig draagvlak in de samenleving in een tijd van crisis en

bezuinigingen. We onderschrijven de ambitie om de Nederlandse sport op Olympisch niveau te brengen, zonder de Olympische Spelen naar Nederland te willen halen.

- Sporten en als toeschouwer aanwezig zijn bij wedstrijden moeten veilig zijn. Helaas zijn er nog altijd te veel mensen die sport voor anderen verpesten. Voetbalhooligans worden daarom hard aangepakt.

- Verbaal en fysiek geweld op of om het sportveld verdient een strenge straf. Ook sportbonden en sportverenigingen hebben hier een taak.

- Mochten de loterijen de komende jaren meer omzet maken, dan zal de extra afdracht

ten goede komen aan de sport.

Tot vrijdag in Maastricht

Mvg

Henk Jansen

Meld u aan voor de update op:

info@fysiotherapieinnood.nl

of

info@curtain-hardware.com