

## Verslag verdiepingssessie 30 september

Hieronder volgt een verslag van een verdiepingssessie over de overheveling van de ggz naar de Zorgverzekeringswet die het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op dinsdagmiddag 30 september in Etten Leur organiseerde bij GGZ Breburg. De verdiepingssessie vond plaats als vervolg op een sectorbreed veldgesprek op 27 mei 2008. Doel van de verdiepingssessie was om dieper in te gaan op de specifieke relatie tussen ggz instellingen en zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel. Aan het gesprek namen ruim 30 personen deel, onder wie zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van het ministerie en van de NZa. De uitkomsten van de verdiepingssessie worden betrokken bij een sectorbreed veldgesprek dat op 15 oktober 2008 plaatsvindt.

Zorginkoper Stijn van Geleuken (CZ) start de middag met een beschrijving van de ontwikkelingen die hij in de markt waarneemt. 'Ik constateer dat de prevalentie van ggz-aandoeningen toeneemt. Het zou verstandig zijn om eens dieper te onderzoeken hoe de groei van de psychische klachten onder jeugdigen, onder meer rond ADHD, te duiden is. Waar liggen bijvoorbeeld de grenzen tussen gezondheidszorg en lifestyle. Ik zie dat nieuwe aanbieders uit de ouderenzorg of het onderwijs eigenlijk ook ggz-zorg leveren.' Met betrekking tot kwaliteit en de kosten van de zorg, stelt Van Geleuken dat de toegenomen aandacht voor kwaliteit bij de zorginkoop het mogelijk maakt om voor hetzelfde geld meer zorg in te kopen. 'De oprichting van KZN is in dit verband een belangrijke stap om inzicht te krijgen in de ROM-gegevens van zorgaanbieders. Als verzekeraars zouden we heel graag de koppeling willen maken tussen input en output. Vooral om met behandelaars het gesprek over de gewenste ontwikkeling te kunnen voeren. Ik zie marktwerking in dat verband dan ook vooral als een instrument en niet als een doel op zich. En transparantie kan daarbij een enorme aanjager zijn.' Van Geleuken besluit zijn korte inleiding met de constatering dat de concurrentie tussen verzekeraars nog echt van de grond moet komen. 'Er is concurrentie, maar nog wel heel beperkt. Het representatiemodel blijft daarbij lastig. We hebben nog heel weinig inzicht in de kosten en de schadelast. Alle grote verzekeraars willen hier zo snel mogelijk van af. Pas dan krijg je meer marktwerking.'

### Noodkrediet

Na de aftrap van Van Geleuken neemt bestuursvoorzitter Wubbo Petersen van GGZ Westelijk Noord Brabant het woord om zijn zorgen uit te spreken over de acute financiële problemen waarin zijn instelling verkeert als gevolg van de crisis op de financiële markten. Petersen: 'De voor ons belangrijke verzekeraar UVIT weigert voorschotten uit te keren. Tegelijkertijd draait onze bank Fortis de geldkraan dicht. Het water staat ons nu tot aan de lippen. De uitbetaling van 4.500 salarissen zijn hiervan afhankelijk.' Goof van Gemert, plaatsvervangend directeur bij GGZ Nederland herkent het beeld: 'De combinatie van Fortis en UVIT is op dit moment rampzalig.' Beleidcoördinator Jaap de Boer van UVIT is echter van mening dat bevoorschotting niet past in het marktwerkingsmodel zoals dat door het ministerie van VWS is neergezet. De Boer: 'UVIT wil principieel geen rol spelen in de financiering van instellingen door bevoorschotting. Maar als uw huisbank geen krediet wil verlenen vanwege de crisis in de financiële sector, kunt u best met ons komen praten. De argumentatie dat instellingen bankkrediet moeten aantrekken voor onderhanden werk en dat zij daarom een voorschot willen ontvangen, accepteren wij echter niet. Wij zijn meegaan met de regeling voor noodkrediet voor vrijevestigden. Deze is tijdelijk van aard en er zijn duidelijke afspraken gemaakt over de terugbetaling. Een dergelijke regeling willen wij best voor GGZ Westelijk Noord Brabant overwegen.'

## Vertrouwen

Een ander knelpunt wordt naar voren gebracht door Marco Essed, financieel manager bij psychologenpraktijk Lionarons. 'Een onevenredig deel van het financiële risico ligt bij de instellingen en niet bij de verzekeraar,' stelt Essed. 'Terwijl er ook aan de zijde van de verzekeraars fouten zijn gemaakt bij de overgang naar het nieuwe stelsel.' Jaap de Boer (UVIT) erkent dit. 'Je kunt rustig zeggen dat risico bij aanbieders ligt. Dit speelt overigens in nog veel sterkere mate bij de vrijevestigden. Maar dat is een bewuste keuze geweest bij het ontwerp van het nieuwe stelsel. Als we dat niet willen, moeten we de Zorgverzekeringswet anders gaan inrichten.' Voor Essed is dit antwoord echter onvoldoende: 'Vangnetten zijn er niet echt. Het merendeel van onze cliënten is verzekerd bij CZ. En die verzekeraar werkt heel constructief met ons mee. Het is een ook een kwestie van vertrouwen. Je zult altijd medewerkers houden die fouten maken met de administratie. Als een DBC bijvoorbeeld niet afgesloten wordt, betekent dat direct dat er niet gedeclareerd wordt, terwijl er wel zorg wordt geleverd. De vraag is dan hoe principieel je in je benadering moet zijn.'

## Administratieve lastendruk

Zo komt het gesprek op de toegenomen administratieve lastendruk die veel instellingen ervaren. Roel Hermanides, bestuurder bij Novadic-Kentron, vertelt uit eigen ervaring dat het aantal fouten hoog blijft, ook maanden na de overheveling. 'Je denkt het op orde te hebben en dan is er toch weer fout. De ene maand lopen de facturaties goed en de andere maand niet. Soms is niet eens duidelijk bij welke partij de fout ligt. Dat zoekwerk kost ons veel tijd.' Ook in de ziekenhuizen wordt een forse administratieve last ervaren. Astrid van Jongerden, PAAZ-manager bij het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwe Gasthuis: 'Ziekenhuizen werken met twee declaratiesystemen tegelijk, namelijk de DBC Zorg en de DBC GGZ. Dit is belastend én ingewikkeld.' Voor Jaap van der Rijst, zorginkoper voor Agis, is dit nog eens reden stil te staan bij het achterliggende doel van de overheveling. 'Het ging ons er toch om de zorg voor onze patiënten te verbeteren? Verzekeraars moeten er daarom voor waken een administratief doolhof te scheppen en goed toelichten waarom wij bepaalde informatie vragen van zorgaanbieders. Wij vragen transparantie om aanbieders te helpen goede zorg te bieden. Op dit moment is voor mij als verzekeraar eenvoudigweg nog niet transparant welke zorg een hogere prijs zou mogen krijgen. Zwaardere zorg mag best een hogere prijs krijgen, maar dat vereist wel inzicht.'

Gespreksleider Walter Etty oppert hierop dat verzekeraars dus ook informatie vragen die zij uiteindelijk niet perse nodig hebben. Van der Rijst erkent dit. 'Het is een zoektocht. Ook voor ons. Een zoektocht die ertoe moet leiden dat wij scherper de informatie kunnen vragen die echt nodig is. In toenemende mate zal duidelijk worden welke informatie wel en welke niet nodig is.'

## Outputmetingen

Bestuursvoorzitter Victor Vladár Rivero van de Parnassia Bavo-groep plaatst hierop een kritische kanttekening bij de eis die meerdere verzekeraars aanbieders opleggen om verplicht deel te nemen aan de outputmetingen van KZN. Vladár: 'We zijn absoluut voor het doorvoeren van outputmetingen. Maar nu gaan verzekeraars voorschrijven welke meetinstrumenten gebruikt moeten worden. Ik denk dat er los van de eisen van de verzekeraars een beweging is in ggz gaande is om aan transparantie te voldoen. Niets is echter zo moeilijk om de data goed te interpreteren. Je moet het daarom niet als een wurgcontract opleggen.' Roel Hermanides (Novadic-Kentron) valt hem bij: 'We hebben toch al prestatie-indicatoren. Alles wat een verzekeraar meer vraagt, vergt een zorgvuldig gesprek over wat de input, output en outcome is. Hier zie ik een rol weggelegd voor GGZ Nederland.'

## **De rol van de huisarts**

Na de pauze brengt gesprekleider Etty het gesprek op de aansluiting van de verschillende zorgaanbieders in de keten. Consultatie en doorverwijzen vanuit de eerste lijn komt direct naar voren als bespreekpunt. Bestuursvoorzitter Ernst Hoette van GGZ Breburg vertelt dat de consultatiefunctie via de instellingen is gestopt. Hoette: 'De POH-regeling ggz zou hier uitkomst moeten bieden. Wij zijn druk geweest om die service via een nieuwe regeling aan de huisartsen aan te bieden. Maar huisartsen zijn buitengewoon terughoudend, omdat ze niet kunnen overzien wat het inhoudt en wat het gaat kosten. Ik heb niet veel huisartsen gesproken die zich uit de positie van verwijzer hebben laten halen. Het omgekeerde is juist het geval. Nu de SPV-ers wegvallen, verwijst de huisarts rechtstreeks door naar tweede lijn.'

Agis heeft vanwege de opstartproblemen met de POH besloten om de huidige consultatiefunctie vanuit de tweede lijn te handhaven tot de financiering van de POH goed geregeld is. Jaap van der Rijst: 'In het nieuwe stelsel vindt indicatiestelling plaats door de huisarts. Die moet daar sterker door ondersteund worden. De beleidsregel POH blijkt in de praktijk toch wel te knellen, zowel waar het geld betreft als de ervaren flexibiliteit. Maar zelfs als de vergoedingsmogelijkheid wordt verruimd, kijken huisartsen op tegen het werkgeverschap en de organisatie. Daar zou iets aan moeten veranderen.'

Hellen Lionarons, directeur van Psychologenpraktijk Lionarons beschrijft hoe huisartsen in de uitvoering tegen organisatorische knelpunten aanlopen. 'Wij zijn gevestigd in Limburg. De meeste huisartsen werken op zichzelf en niet in het verband van een groepspraktijk. Het management is dan vaak minder sterk ontwikkeld. De huisarts blijkt dan in de praktijk de handen nog vol te hebben om de praktijkondersteuners op het gebied van de somatiek een plaats te geven. En vergeet niet dat huisartsen sterk gericht zijn op de somatiek. De huisarts komt wel in aanraking met de ggz, maar is voor de complexe zaken onvoldoende onderlegd. Ook de SPV-ers boden geen uitkomst. Zij hebben niet de consultatiefunctie opgepakt, maar zijn zelf zaken gaan oppakken en behandelen. Wat zij niet aan konden hebben zij doorverwezen. De introductie van de POH-ggz is goed omdat het ondersteuning biedt aan de eerste lijn.'

Stijn van Geleuken van CZ heeft een wat minder somber beeld. 'De financiering van de POH is onvoldoende. ZN heeft daarom een brief geschreven naar de NZa om de betaling op te trekken. Als we dat aanpassen, heb ik het idee dat huisartsen het dan wel willen overwegen. En als je kijkt naar de wachttijden in de regio's komt dat ook doordat huisartsen nieuwe instellingen nog niet altijd kennen. Het is dus niet zonder meer zo dat zij meer doorverwijzen naar de tweede lijn waardoor de wachttijsten toenemen.'

## **Marktwerking**

'Merk je nu dat de nieuwe aanbieders een stuk van de markt van de oude aanbieders overnemen?', informeert Walter Etty. Volgens Victor Vladár weten patiënten de nieuwe aanbieders goed te vinden via internet. 'Vervolgens vragen zij hun huisarts gericht om een doorverwijzing. En Kies Beter gaat verder helpen om de transparantie op de markt te vergroten.'

Ernst Hoette van GGZ Breburg merkt de toegenomen concurrentie vooral in het korter worden van de wachttijsten. 'Wij zijn in productie niet teruggedaan. Maar PsyQ heeft de wachttijsten helpen bekorten. Zo brengt de competitie processen op gang die goed zijn. Daar vind ik dat het nieuwe stelsel zijn werk doet.'

Astrid van Jongerden van het OLVG brengt de specifieke situatie van de PAAZ-ziekenhuizen ter sprake: 'Ik denk dat je heel erg moet oppassen dat de zorg niet verschaalt voor de patiënt. We zijn de 'simpele gevallen' kwijt geraakt aan nieuwe aanbieders. Als ziekenhuizen geen garantiebudget meer krijgen, dan is er een probleem. Terwijl ziekenhuizen bij

verslavingsproblematiek zowel kwaliteit kunnen toevoegen als een kostenverlaging kunnen bieden. Wij spreken echt met twee verschillende partijen bij de verzekeraars, namelijk met de inkopers voor de somatische zorg en voor de ggz. Die twee moet je koppelen. In de praktijk zie je nu dat wij toch een deel van onze zorg gefinancierd krijgen vanuit de beschikking van middelen. We leveren ook zorg die we helemaal niet gefinancierd krijgen. Was de beschikking er niet, dan hadden we zorg niet meer geleverd.'

### **Markt- en ketendenken**

Roel Hermanides van Novadic-Kentron merkt wel dat het marktdenken en het ketendenken met elkaar op gespannen voet staan. 'Vanuit de verslavingszorg waren en zijn we bezig de zorg als keten te organiseren. We gingen naar eerste lijn, omdat er eerder gedetecteerd moet worden. Dat heeft geleid tot beter verwijsgedrag. En naar jezelf verwijzen was dan niet verkeerd. Nu merk ik dat daar kritischer naar gekeken wordt. Ik merk dat er vergaderingen zijn waar ik niet notuleer. Je gaat tussen instellingen afstemmen. Het ministerie van VWS moet meer eenheid brengen in het redeneren in marktdenken en ketendenken.' Agis-inkoper Jaap van der Rijst vindt het markt- en ketendenken niet vanzelfsprekend tegengesteld. 'Je kunt je ook afvragen welke keten het beste werkt en ketens benchmarken. Bij dementie werkt dit prima en doen we zaken met consortia van alle betrokken aanbieders.'

Victor Vladár van Parnassia-Bavo voert nog een ander vraagstuk op: 'Op aanwijzing van de inspectie voeren wij de crisisdienst voor Rivierduinen. Dat staat op gespannen voet met de marktregels. Waar producten elkaar kruisen blijken de verschillende financieringsvormen in de praktijk soms lastig te combineren. Dat staat het werken met doelgroepen in de weg. De regie ligt hier bij gemeenten, die kunnen verschillende partijen bij elkaar brengen. Maar op het moment dat trajecten per jaar aanbesteed worden, loopt het vast. Er moet de bereidheid zijn te kiezen voor trajecten die langer duren.' Jaap van der Rijst van Agis voegt hieraan toe dat het hier om een specifiek vraagstuk gaat. 'Ik had de NMa aan de lijn met de vraag of de OGGZ een markt is. Ze zijn uiteindelijk tot de conclusie gekomen dat dat dus niet het geval is.'

### **Nieuwkomers**

Platform MEER GGZ-directeur Roelf van Run brengt het gesprek op het perspectief van de nieuwe aanbieders. 'We willen af van de budgetgaranties. We willen van de NZa horen of er sprake is van marktafscherming door deze budgetgaranties. Ook bij ketenzorg plaats ik mijn vraagtekens, omdat dit de marktruimte beperkt. Ik ben er voorstander van om dit soort effecten, die de speelruimte voor nieuwe aanbieders beperken, in te dammen.' CZ-inkoper Stijn van Geleuken constateert hierop dat MEER GGZ die instellingen vertegenwoordigt die al voor de overheveling op de markt zijn gekomen. 'De echte nieuwkomers zijn per 1 januari 2008 begonnen. En die vallen buiten het representatiemodel.' Jaap de Boer van UVIT legt uit hoe hij in de praktijk ruimte geeft aan nieuwe spelers: 'Bij de zorginkoop let een verzekeraar op een groot aantal aspecten. Het gaat om prijs, kwaliteit, maar ook om continuïteit. De nieuwe zorgaanbieders krijgen van ons een beperkt startbudget, van zeker niet meer dan een half miljoen. Dan kunnen ze eerst eens laten zien wat ze van hun mooie plannen waar kunnen maken.' Jaap van der Rijst vertelt aan het slot van de discussie hoe in de regio Utrecht het aantal kleine aanbieders is verdrievoudigd. 'Het systeem lijkt misschien star, maar er is dus wel degelijk ruimte voor nieuwe aanbieders. Dat is een eerste stap. Het is nu tijd om met elkaar het gesprek te voeren over de vervolgstappen die we willen zetten in 2010.'

Walter Etty sluit hierop de discussie af. Hij benadrukt dat de groei in de sector als een kans gezien moet worden. Terugblikkend op het verloop van de discussie vat Etty samen dat de nodige knelpunten benoemd en besproken zijn en als input zullen dienen voor het veldgesprek dat het ministerie op 15 oktober organiseert. Dat is ook het moment waarop de vraag die Jaap van der Rijst aan het einde van de discussie opwierp centraal zal staan: welk vervolg de spelers met elkaar willen zetten in 2009 en 2010 nu de eerste stappen zijn gezet.