

Rapport periodieke meting geneeskundige ggz

***Wat zijn de effecten op de geestelijke gezondheidszorg van de overheveling van
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar Zorgverzekeringswet en de invoering
van diagnosebehandelcombinaties?***

INHOUD

	MANAGEMENTSAMENVATTING RAPPORT 'PERIODIEKE METING GENEESKUNDIGE GGZ' IN 2008	3
HOOFDSTUK 1	INLEIDING	8
HOOFDSTUK 2	ACHTERGROND EN VRAAGSTELLING	10
	2.1 Achtergrond	10
	2.2 Resultaten eerste inventarisatie	10
	2.3 Vraagstelling	11
HOOFDSTUK 3	OPZET VAN DE PERIODIEKE METING GENEESKUNDIGE GGZ	13
	3.1 Opzet periodieke meting geneeskundige ggz	13
	3.2 Dataverzameling: bestaande bronnen en aanvullende enquête	15
	3.3 Methode en respons	15
	3.4 Hoe representatief en betrouwbaar zijn de gegevens?	17
HOOFDSTUK 4	KWALITEIT	19
	4.1 Wat is kwaliteit?	19
	4.2 Algemene beeld over kwaliteit	19
	4.3 Perspectief vanuit de cliënten	20
	4.4 Perspectief vanuit de zorgaanbieders	21
	4.5 Perspectief vanuit de zorgverzekeraars	22
	4.6 Conclusie	23
HOOFDSTUK 5	TOEGANKELIJKHEID	24
	5.1 Wat is toegankelijkheid?	24
	5.2 Algemene beeld toegankelijkheid	24
	5.3 Perspectief vanuit de cliënten	25
	5.4 Perspectief vanuit de zorgaanbieders	31
	5.5 Perspectief vanuit de zorgverzekeraars	35
	5.6 Conclusie	35

HOOFDSTUK 6	BETAALBAARHEID/FINANCIËN	36
6.1	Wat is betaalbaarheid/financiën?	36
6.2	Algemeen beeld betaalbaarheid/financiën	36
6.3	Perspectief vanuit de cliënten	37
6.4	Perspectief vanuit de zorgaanbieders	37
6.5	Perspectief vanuit de zorgverzekeraars	45
6.6	Conclusie	49
HOOFDSTUK 7	EINDCONCLUSIE	50
BIJLAGE 1	TABELLEN EN GRAFIEKEN	56
BIJLAGE 2	BRONNENLIJST	59
BIJLAGE 3	BEGRIPPENLIJST	60
BIJLAGE 4	SAMENSTELLING WERKGROEP PERIODIEKE METING GENEESKUNDIGE GGZ	65

Managementsamenvatting rapport 'Periodieke meting geneeskundige ggz' in 2008

Inleiding

In opdracht van het ministerie van VWS heeft BMC/SGBO in 2008 een onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van enkele ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De vraagstelling van de periodieke meting geneeskundige ggz luidde als volgt:

Wat zijn tot nu toe de gevolgen voor ggz-cliënten, ggz-zorgaanbieders en zorgverzekeraars van de volgende ontwikkelingen:

- De overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- De opname van acht sessies eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet.
- De verdere invoering van de DBC-systematiek, waaronder de digitale declaratie in DBC's.

De ingevoerde veranderingen beogen de zorg klantgerichter en transparanter te maken en die zorg ook op de langere termijn betaalbaar te houden. Om alle geneeskundige zorg, zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg, bij elkaar te brengen en om de AWBZ terug te brengen tot haar oorspronkelijke taak en doelgroep (de zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekeringen vallen) is besloten de geneeskundige ggz per 1 januari 2008 over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. Ook is besloten om de eerstelijnspsychologische zorg onder te brengen in het basispakket van de zorgverzekering en de DBC-systematiek in te voeren. Door de overheveling ontstaat zo een betere aansluiting in de keten, doordat de geneeskundige eerste en tweede lijn beiden onder de Zvw vallen.

Hieronder presenteren we de uitkomsten van de eerste meting, die uitgevoerd is in de periode oktober - november 2008. Ter voorbereiding van de periodieke meting is in mei - juni van dat jaar een eerste inventarisatie uitgevoerd naar de toenmalige stand van zaken.

De onderzoeksbevindingen over de gevolgen voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn representatief en betrouwbaar; die voor de cliënten zijn door een geringe respons en de wijze van benaderen onvoldoende representatief. De bevindingen over de gevolgen voor cliënten zullen daarom met de nodige voorzichtigheid worden verwoord.

Belangrijkste resultaten en conclusies

Financiële gevolgen

- Aanzienlijk deel van zorgaanbieders voorziet inkomstendaling en verwacht financiële problemen

Anders dan verwacht ondervinden niet alleen de vrijgevestigde zorgaanbieders in de ggz, maar ook de ggz-instellingen de financiële gevolgen van de ingevoerde veranderingen, ondanks pogingen om deze te verzachten.

Eenderde van de ggz-instellingen zegt dat de financiële situatie van de instelling er aan het eind van 2008 slecht uit ziet, tegenover 13% die zegt dat de financiële situatie er goed uit ziet. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders zegt 30% dat de financiële situatie er aan het eind van het jaar slecht uit ziet tegenover 29% die zegt dat die goed is.

Binnen de groep vrijgevestigde zorgaanbieders zijn het vooral de psychiaters die verwachten dat het inkomen sterk afneemt, gevolgd door de psychotherapeuten, en de vrijgevestigde klinisch psychologen.

Het merendeel van de ggz-instellingen (71%) en van de vrijgevestigde zorgaanbieders (52%) verwacht dat de inkomsten (opbrengst minus kosten) in 2008 licht of sterk afnemen in vergelijking met 2007. Een aanzienlijk deel van de ggz-instellingen (46%) verwacht dat de omzet in 2008 toeneemt ten opzichte van 2007, terwijl een kwart verwacht dat de omzet afneemt. Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders verwacht de meerderheid (38%) juist dat de omzet in 2008 afneemt ten opzichte van de omzet in 2007, terwijl iets meer dan een kwart verwacht dat de omzet gelijk blijft. Eenderde van de ggz-instellingen zegt geen voorschot te ontvangen van de zorgverzekeraar. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders zegt 80% geen voorschot te krijgen¹.

- Financiële problemen vrijgevestigde zorgaanbieders veroorzaakt door mix van factoren

Financiële problemen aan de kant van de vrijgevestigde zorgaanbieders worden veroorzaakt door een mix van factoren, waarbij sommige factoren specifiek voor de zorgaanbieders in de eerstelijns dan wel tweedelijns-ggz gelden en andere factoren opgaan voor alle vrijgevestigden. Specifiek voor de eerstelijnszorgaanbieders geldt dat het declaratieverkeer in 2008 zeer laat op gang is gekomen, waardoor onderregistratie is ontstaan en dat zij lagere tarieven ontvangen hebben van de verzekeraars en/of onvoldoende vergoeding krijgen voor bepaalde posten (bijvoorbeeld langer durende sessies, overleg).

Specifiek voor de vrijgevestigde tweedelijnszorgaanbieders is dat zij de kosten en behandelingen langdurig hebben moeten voorschieten vanwege de DBC-systematiek.

¹ Inmiddels is er bestuurlijk afgesproken dat alle verzekeraars voorschotten verstrekken (zie ook tekst onder 'Zorgverzekeraars lopen geen financiële risico's').

Voor alle vrijgevestigde zorgaanbieders geldt dat zij te maken hebben gekregen met hogere investeringskosten (computer, software, incassobureau) en administratiekosten.

- Zorgverzekeraars lopen geen financiële risico's maar ervaren dat administratieve en beheerskosten zijn toegenomen

Zorgverzekeraars lopen geen financieel risico door de honderd procent risico-verevening in 2008. Wel signaleren zij een stijging van administratie- en beheerskosten. Aan de kant van zorgaanbieders zijn, ondanks de inspanningen van de zorgverzekeraars, veel klachten over de handelwijze van zorgverzekeraars, zoals het laat op gang komen van het declaratieverkeer, gebrekkige communicatie, het lang op inkomsten moeten wachten en de gebrekkige bereidheid tot het verstrekken van voorschotten.

In het laatste kwartaal van 2008 is bestuurlijk afgesproken dat alle verzekeraars voorschotten verstrekken. Een groot deel van de geleverde geneeskundige ggz in 2008 moet nog gedeclareerd worden en dat brengt met zich mee dat er nog weinig zicht is op de uiteindelijke financiële omvang van de geleverde zorg.

Gevolgen voor toegankelijkheid

Verwachting dat de vraag naar eerstelijnspsychologische zorg toeneemt

De vraag 'of de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de zorgverzekering' heeft geleid tot een toename van het aantal mensen dat hiervan gebruik maakt - wat wel in de lijn der verwachtingen ligt - kan op dit moment nog niet beantwoord worden.

Eenderde van de zorgaanbieders zegt dat dit aantal cliënten in de eerste helft van 2008 is toegenomen en iets meer dan de helft van de zorgaanbieders zegt dat het aantal gelijk is gebleven. Tweederde van de zorgverzekeraars heeft de indruk dat de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket geleid heeft tot een toename van het gebruik (58%) dan wel tot een sterke toename (8%), maar tegelijkertijd zegt de helft van de zorgverzekeraars onvoldoende beeld te hebben van de omvang van de zorgbehoefte aan geneeskundige ggz.

- Deel van de cliënten ervaart financiële en andere drempels in de toegang tot de ggz

Zoals hiervoor al aangegeven is, moeten we voorzichtig omgaan met de bevindingen van cliënten in verband met de representativiteit van de resultaten uit onderliggend onderzoek.

Ruim een kwart van de 189 cliënten zegt te zullen stoppen met de behandeling als zij meer nodig blijken te hebben dan de acht sessies eerstelijnspsychologische zorg die in het basispakket zitten. Eenzelfde deel van de cliënten geeft aan dat zij een aanvullende verzekering hebben die de extra sessies vergoedt en 28% zegt de vervolgsessies zelf te moeten gaan betalen.

Ruim tweederde van de cliënten beschikt over een aanvullende verzekering. Daarvan zegt ruim 70% dat ggz-vergoedingen zijn opgenomen in het aanvullend pakket. Van alle cliënten geeft een klein deel (16%) aan dat ze de polissen van verschillende verzekeraars zullen bekijken en vergelijken op de vergoedingen voor ggz om in 2009 eventueel van zorgverzekeraar te zullen veranderen.

Uit de enquête komt een beeld van overwegend tevreden cliënten naar voren, die in meerderheid terecht konden bij de zorgaanbieder van hun eerste keus, binnen een maand na het intakegesprek konden starten met de behandeling, behoorlijk tevreden zijn over de behandelaar en de instelling/praktijk en ook redelijk tevreden zijn over de vergoeding die de zorgverzekeraars bieden voor de ggz. Maar er zijn ook andere geluiden. Vooral zorgaanbieders wijzen op beperkingen in de keuzevrijheid van cliënten door de wijze van contracteren en het stellen van kwaliteitseisen door verzekeraars en het niet of niet volledig vergoeden van gemaakte kosten in het geval van niet gecontracteerde zorgaanbieders. Nogal wat vrijgevestigde zorgaanbieders wijzen erop dat de ingevoerde DBC-systematiek hen dwingt tot het schenden van het recht op privacy van hun cliënten.

Uit de enquête komt naar voren dat een aanzienlijk deel van de ggz-instellingen en van de vrijgevestigde zorgaanbieders aangeeft wachtlijsten te hebben, overwegend voor tweedelijns-ggz maar toch ook voor de eerstelijnspsychologische zorg. De informatie over de wachttijden van verschillende bronnen loopt te zeer uiteen om deze te kunnen vergelijken. Uit de enquête blijkt dat de gemiddelde wachttijd voor de eerstelijnspsychologische zorg varieert van bijna 6 weken tot 9,5 week, en voor de tweedelijnszorg van bijna 9 tot 10 weken, waarbij de vrijgevestigde zorgaanbieders de kortste wachttijd aangeven.

- Onduidelijkheid en onwetendheid bij cliënten
Cliënten blijken niet altijd goed op de hoogte te zijn van de inhoud van hun zorgverzekering. Een groot deel van de cliënten met alleen een basisverzekering is niet op de hoogte van de inhoud daarvan (56%).

Onwetendheid zorgaanbieders over mogelijkheden ggz binnen de Zvw
Zorgaanbieders blijken niet altijd voldoende bekend te zijn met de huidige vergoedingsmogelijkheden voor bepaalde vormen van zorg. Daarnaast krijgen zorgaanbieders te maken met cliënten die niet meer onder de geneeskundige ggz vallen maar overgeheveld dienen te worden naar de AWBZ-zorg. Aangezien er bij de AWBZ-zorg wachtlijsten kunnen zijn, is doorstroming van cliënten niet altijd (direct) mogelijk. Het bevorderen van doorstroom is een voorwaarde voor een goede aansluiting/ketenzorg tussen geneeskundige en niet-geneeskundige ggz. Doordat zorgaanbieders nog niet volledig op de hoogte zijn van welke zorgvormen wel of niet vergoed worden binnen de DBC-systematiek danwel de DBC-systematiek belemmeringen oplevert ten aanzien van te leveren zorg, kan dit de toegankelijkheid van de ggz voor cliënten belemmeren.

Gevolgen voor de kwaliteit van de geneeskundige ggz

- Zorgverzekeraars sturen bij inkoopbeleid op kwaliteit

Bijna alle zorgverzekeraars zeggen met hun inkoopbeleid te sturen op de kwaliteit van de zorg en dat te doen via het stellen van voorwaarden bij het sluiten van contracten. Daarnaast worden in mindere mate ook andere middelen genoemd, zoals het gebruik van CQ-index, opleidingsmogelijkheden, bijscholingseisen, normering en dergelijke. Ggz-instellingen zijn meer tevreden met de wijze waarop zorgverzekeraars kwaliteitseisen stellen dan de vrijgevestigde zorgaanbieders.

Eindconclusie

Concluderend is er duidelijk sprake van een overgangsjaar. Van de drie groepen ondervinden vooral de zorgaanbieders de meeste gevolgen van de ingevoerde veranderingen en dan met name op het financiële vlak, waarbij nog moet worden uitgekristalliseerd wat tijdelijke en wat blijvende gevolgen zijn. De zorgverzekeraars ervaren vooral problemen met de toegenomen administratieve belasting en de beheerskosten. De cliënten lijken overwegend positief over de ontvangen geneeskundige ggz en signaleren weinig negatieve gevolgen van de overheveling².

De gevolgen voor de zorgverzekeraars liggen naar eigen zeggen vooral op het vlak van de toegenomen administratieve kosten en beheerskosten.

Zorgverzekeraars geven aan systematisch aandacht te hebben voor kwaliteit en geven aan vooral daarop te sturen.

De ontevredenheid van de zorgaanbieders richt zich vooral op de toegenomen administratie, de overgangsprikelen, het lang op inkomsten moeten wachten en de handelwijze van zorgverzekeraars. Het beeld uit de eerste inventarisatie dat de vrijgevestigden afstevenen op een harde landing in de schoot van de Zvw wordt duidelijk bevestigd.

Het beeld van een zachte landing voor de zorginstellingen uit de eerste inventarisatie behoeft echter enige bijstelling. Met eenderde van de ggz-instellingen die zegt dat de financiële positie aan het eind van 2008 er slecht uit ziet is er van de in de eerste inventarisatie voorziene zachte landing geen sprake meer.

² Wellicht kan er enige vertekening in de resultaten van het onderzoek zijn opgetreden door de wijze waarop de cliënten zijn benaderd en bevraagd in onderliggend onderzoek.

Hoofdstuk 1

Inleiding

In de afgelopen jaren hebben er diverse veranderingen plaatsgevonden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) die de zorg klantgerichter en transparanter moeten maken en die de zorg ook op de langere termijn betaalbaar moeten houden. Om alle geneeskundige zorg, zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg, bij elkaar te brengen en om de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) terug te brengen tot haar oorspronkelijke taak en doelgroep (de zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekeringen vallen) is besloten de geneeskundige ggz over te hevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook is besloten om de eerstelijnspsychologische zorg onder te brengen in het basispakket van de zorgverzekering. Door de overheveling ontstaat zo een betere aansluiting in de keten, doordat de eerste en tweede lijn beide onder de Zvw vallen.

Na een intensieve en jarenlange voorbereidingsperiode is per 1 januari 2008 de geneeskundige ggz ondergebracht bij de Zorgverzekeringswet. Bijkomende ontwikkeling van de overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zvw is de invoering van het werken met diagnosebehandelcombinaties (DBC's) voor behandelingen in de tweedelijns-ggz. Deze veranderingen in de ggz-sector moeten bijdragen aan het toekomstperspectief dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) nastreeft voor de geneeskundige gezondheidszorg op de langere termijn. Dit toekomstperspectief bestaat erin dat de cliënt centraler komt te staan, dat er meer transparantie in de zorgvraag komt, dat er prestatiebekostiging wordt ingevoerd en dat er meer aansluiting komt tussen de geneeskundige somatische en geestelijke gezondheidszorg en tussen de verschillende ketens (onder andere eerste en tweede lijn).

De geschetste recente ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidssector zijn niet zonder gevolgen voor de betrokken partijen. Daarbij kunnen er verschillen optreden tussen de ggz-instellingen, die het leeuwendeel van het ggz-zorgaanbod voor hun rekening nemen, en de vrijgevestigde zorgaanbieders alsook tussen de verschillende beroepsgroepen. Voor het ministerie van VWS is dit aanleiding geweest om BMC/SGBO opdracht te geven om een periodieke meting geneeskundige ggz op te zetten waarmee onderzocht wordt wat de gevolgen zijn van de ontwikkelingen voor verschillende partijen binnen de ggz-sector, zoals zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zullen de achtergrond van het onderzoek en de vraagstelling met bijbehorende deelvragen toegelicht worden. De opzet van de periodieke meting geneeskundige ggz komt in hoofdstuk 3 aan bod, waarbij ingegaan wordt op de onderzoeksdoelgroep, de respons op de aanvullende enquêtes en de methodische verantwoording.

De resultaten van de eerste meting worden gepresenteerd in een hoofdstuk over kwaliteit, een hoofdstuk dat gewijd is aan toegankelijkheid en een hoofdstuk over financiën/betaalbaarheid.

Deze hoofdstukken kennen een vergelijkbare opbouw, waarbij eerst wordt ingegaan op de begripsomschrijving, gevolgd door een samenvatting van het totale beeld, waarna de uitkomsten gepresenteerd worden per groep (cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) en de hoofdstukken worden afgesloten met een beknopte conclusie. In de presentatie van de resultaten van de zorgaanbieders worden voornamelijk de verschillen in uitkomsten genoemd tussen de ggz-instellingen en de vrijgevestigde zorgaanbieders. Alleen wanneer zich tussen de verschillende beroepsgroepen (psychologen, kinder- en jeugdpsychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters) binnen de vrijgevestigde zorgaanbieders significante verschillen voordoen, worden deze genoemd. Omwille van de leesbaarheid zijn de percentages in de samenvattingen, de conclusies en de eindconclusie afgerond.

In de bijlage treft u de bronnenlijst, de begrippenlijst en een overzicht van de samenstelling van de werkgroep periodieke meting geneeskundige ggz aan. Indien er geen expliciete vermelding is van een bron zijn de gegevens afkomstig uit de door BMC/SGBO uitgevoerde enquêtes.

Hoofdstuk 2

Achtergrond en vraagstelling

2.1 Achtergrond

De overheveling van de geneeskundige ggz en de invoering van de DBC-systematiek gaan gepaard met wijzigingen die merkbaar zijn voor alle betrokken partijen. Er is behoefte aan informatie over de ingevoerde veranderingen en de gevolgen die deze hebben voor de veldpartijen, de cliënten, de zorgverlening, de administratieve lastendruk, de bekostiging en financiering en toegang tot de zorg. De minister heeft besloten de gevolgen en eventuele knelpunten te zullen monitoren. Met deze periodieke meting geneeskundige ggz wil de minister inzicht geven in de effecten van de genoemde ontwikkelingen in de ggz, waarbij niet alleen aandacht is voor de bedoelde effecten, maar ook voor de onbedoelde neveneffecten. Op basis van deze informatie kan pro-actief ingespeeld worden op de ontwikkelingen.

In mei 2008 is eerst een eerste inventarisatie uitgevoerd voor het in beeld brengen van de actuele stand van zaken. Daarbij is gebruikgemaakt van de bestaande databronnen, die aangevuld zijn met interviews. In juni 2008 is het resultaat van de eerste inventarisatie opgeleverd. Dit wordt in de volgende paragraaf kort samengevat.

2.2 Resultaten eerste inventarisatie

In de eerste inventarisatie staan de huidige stand van zaken en aandachtspunten beschreven op de volgende aspecten:

- Zorginhoudelijk terrein (kwaliteit van zorg, aanbod van zorg, wachtlijsten en dergelijke).
- Toegankelijkheid van de zorg (drempels, keuzevrijheid en dergelijke).
- Financieel terrein (betaalbaarheid van zorg, financiële gevolgen voor de instelling en voor de cliënt en dergelijke).

De bedoelde effecten van de bovengenoemde veranderingen zijn: betere prijs-kwaliteitverhouding van de geleverde zorg, grotere transparantie en meer ruimte voor ondernemerschap. Zorgen bestaan er over een aantal onbedoelde effecten, zoals een grotere administratieve lastendruk voor zorgaanbieders en liquiditeitsproblemen als gevolg van het niet vlottende declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars³.

³ Voortgangsrapportage ggz in de Zvw aan de Tweede Kamer van 21 mei 2008 (CZ/CGG-2850363).

De belangrijke conclusies uit de eerste inventarisatie zijn:

- Het is te vroeg om te concluderen of een zachte landing in de schoot van de Zvw, welke beoogd werd voor cliënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het overgangsjaar 2008, voor alle partijen is gelukt.
- Het beeld tekent zich af dat dit voor de ggz-instellingen redelijk gaat lukken. Bij de vrijgevestigden daarentegen is eerder sprake van een harde landing. Deze laatste groep heeft veel last (gehad) van het moeizaam op gang komen van het elektronisch declaratieverkeer, de introductie van de DBC-systematiek en de samenhangende softwareproblematiek en toenemende administratieve lasten.
- Ook zorgverzekeraars lijken een zachte landing te maken, mede dankzij de 100% risicoverevening.
- In hoeverre cliënten hinder ondervinden van de praktijksluitingen van vrijgevestigden is niet vast te stellen. Wel kan worden gesteld dat verzekerden die een beroep (moeten) doen op de restitutieregelingen van zorgverzekeraars omdat hun behandelaar geen contract heeft, geconfronteerd worden met extra kosten.
- De afgelopen periode hebben veldpartijen de nodige inspanningen gedaan om de problemen die bij de overheveling de kop opstaken het hoofd te bieden. Deze aandacht zal onverminderd nodig zijn om de nog lopende vraagstukken op te lossen.

2.3 Vraagstelling

De vraagstelling van de periodieke meting geneeskundige ggz luidt als volgt:

Wat zijn tot nu toe voor ggz-cliënten, ggz-zorgaanbieders en zorgverzekeraars de gevolgen van de volgende ontwikkelingen:

- De overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet.
- De opname van acht sessies eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de Zorgverzekeringswet.
- De verdere invoering van de DBC-systematiek, waaronder de digitale declaratie in DBC's.

De volgende deelvragen zijn geformuleerd met betrekking tot de gevolgen van de ontwikkelingen

1. Wat zijn de gevolgen van de ingevoerde veranderingen voor de kwaliteit van de ggz, hoofdzakelijk gezien vanuit het cliëntenperspectief?⁴
2. Welke gevolgen hebben de ingevoerde veranderingen voor de toegankelijkheid van de ggz, gezien vanuit het perspectief van cliënten en rekening houdend met eventuele wachtlijsten bij ggz-zorgaanbieders (instellingen en vrijgevestigden) en eventuele sturing via zorgverzekeringspolissen?

⁴ Alle, onder het hoofdje 'kwaliteit' opgenomen indicatoren van de voorgestelde periodieke meting geneeskundige ggz werden onvoldoende bevonden door de werkgroep periodieke meting geneeskundige ggz. Partijen zijn nog in overleg over de invulling van het begrip 'kwaliteit' en achten het veel te vroeg om daar in de periodieke meting geneeskundige ggz op in te gaan. (bron: vervolgvoorstel periodieke meting geneeskundige ggz, 28 augustus 2008).

3. Welke gevolgen hebben de ingevoerde veranderingen op financieel gebied voor zowel cliënten, zorgaanbieders als zorgverzekeraars en wat betekent het voor het totaal aan lasten ggz?
4. Welke gevolgen zijn er voor het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg zoals gemeten met een aantal algemene indicatoren?
5. In hoeverre wordt het zorgvolume beïnvloed door de ontwikkelingen in de ggz?

Operationalisering vraagstelling

Periode:	Van januari 2008 (invoering ontwikkelingen) tot en met half oktober/half november 2008 (het moment waarop het onderzoek is uitgevoerd).
Ggz-cliënten:	Degenen die zijn ingeschreven bij een ggz-aanbieder en minimaal een face-to-face-contact in het kader van de hulpverlening hebben gehad. Deze hulp kan gericht zijn op eigen problematiek van de cliënt, of op de als problematisch ervaren problematiek van een persoon uit zijn directe omgeving. (Bron: Nza.)
Ggz-zorgaanbieders:	Zorginstellingen en vrijgevestigden (beroepsbeoefenaren) die geestelijke gezondheidszorg verlenen. (Bron: GGZ Nederland.)
Geneeskundige ggz:	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg die is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis en geneeskundige eerstelijns-ggz, geneeskundige tweedelijns-ggz, ggz zonder verblijf en geneeskundige tweedelijns-ggz met verblijf (tot 365 dagen) omvat. (Bron: GGZ-kompas, CVZ, juli 2008.)
Eerstelijns psychologische zorg:	Diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van een cliënt met lichte tot matig ernstige, niet-complexe psychische problematiek. (Bron: Nza.)
Basispakket:	De zorgverzekering wordt door zorgverzekeraars vaak 'basisverzekering' genoemd. De overheid stelt het verzekerde pakket van de basisverzekering vast. Voor behandelingen die buiten de zorgverzekering vallen, kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Dat is niet verplicht. (Bron: GGZ Nederland)
DBC:	Een DBC typeert het geheel van activiteiten (bijvoorbeeld vormen van therapie, activiteitenbegeleiding, et cetera) en verrichtingen (bijvoorbeeld vormen van lichamelijk onderzoek, medicatie, et cetera) van de instelling en de (medisch) specialist voortvloeiend uit de zorgvraag van de patiënt/cliënt. Aan concrete activiteiten en verrichtingen kunnen kosten worden toegerekend. Door de zorgvragen te typeren met DBC's wordt de relatie tussen de verschillende typen zorgvragen en de (in)directe patiënt/cliënt-gebonden kosten geëxpliciteerd c.q. transparant. Daarmee wordt de DBC een belangrijk stuurmiddel in het kader van de bekostiging van ggz-instellingen (Bron: www.dbcggz.nl).

Hoofdstuk 3

Opzet van de periodieke meting geneeskundige ggz

3.1 Opzet periodieke meting geneeskundige ggz

In samenwerking met de leden van de werkgroep periodieke meting geneeskundige ggz (voor samenstelling van de werkgroep zie bijlage 4) is een inventarisatie gemaakt van bestaande databronnen en is er een lijst van hoofdthema's en indicatoren opgesteld voor de te ontwikkelen periodieke meting geneeskundige ggz.

Na het vaststellen van de hoofdindicatoren is per hoofdindicator bepaald wat de subindicatoren zijn. Per subindicator zijn deelvragen geformuleerd waar de enquêtes of bestaande gegevensbestanden antwoord op moeten geven.

Hoofd- en subindicatoren ggz periodieke meting geneeskundige ggz

Hoofdindicator	Subindicator	Wel/niet de beschikking over gegevens uit bestaande databronnen	Wel, deels of niet bruikbaar	Wel/niet in aanvullende enquête gevraagd
Kwaliteit	Veilige zorg	Niet		Niet
	Effectiviteit van de zorg	Niet		Niet
	Cliëntgerichtheid	Niet		Niet
	Transparantie	Wel	Wel	Wel
	Rechten en plichten	Niet		Wel
	Tevredenheid cliënt over geboden zorg	Wel	Wel	Wel
	Kwaliteit dienstverlening door zorgaanbieders vanuit perspectief zorgverzekeraars	Niet		Wel
	Stellen van kwaliteitseisen door zorgverzekeraars	Niet		Wel
	Aantal fusies instellingen (marktwerking)	Niet		Niet
	Contractering Praktijkondersteuner Huisarts ggz	Niet		Wel
Toegankelijkheid	Aantal zorgaanbieders (geneeskundige ggz) naar type	Niet	Niet	Niet
	Informatie voor cliënten	Niet		Wel
	Financiële drempels voor cliënt	Wel	Deels	Wel

Hoofdindicator	Subindicator	Wel/niet de beschikking over gegevens uit bestaande databronnen	Wel, deels of niet bruikbaar	Wel/niet in aanvullende enquête gevraagd	
Toegankelijkheid	Onduidelijkheid polissen	Wel	Wel	Wel	
	Wachlijsten bij instellingen	Niet		Wel	
	Wachlijsten bij vrijevestigden	Wel	Deels	Wel	
	Wachttijden	Wel	Deels	Wel	
	Zorg tussen wal en schip	Wel	Wel	Wel	
	Beperking opgelegd in polissen	Wel	Wel	Wel	
	ELP: initiatief hulpvraag	Wel	Wel	Niet	
	Inst: Aantal verwijzingen door huisartsen	Niet		Niet	
	Gemiddeld aantal zittingen eerste lijn per cliënt	Wel	Wel	Niet	
	Aantal doorverwijzingen eerste > tweede lijn	Wel	Deels	Niet	
	Toe- en uittrading zorgaanbiedersmarkt	Deels	Deels	Niet	
	Betaalbaarheid/ financiën	Kosten voor cliënt	Wel	Deels	Wel
		Kosten voor aanbieders	Wel	Deels	Wel
Inkomenseffecten voor zorgaanbieders		Wel	Deels	Wel	
Voorschotten		Wel	Deels	Wel	
Kosten voor zorgverzekeraars		Niet		Wel	
Verrekenpercentages		Wel		Niet	
Totale lasten ggz		Deels	Deels	Niet	
Administratieve lasten		Wel	Wel	Wel	
Gebruik DBC door zorgaanbieders		Niet		Wel	
Productieafspraken in de tweedelij		Niet		Wel	
Inkoop en contractering eerste lijn/tweede lijn		Niet		Wel	
Realisatie/gebruik eerstelijns- psychologische zorg/ tweedelijns toegenomen	Niet		Wel		

3.2 Dataverzameling: bestaande bronnen en aanvullende enquête

In de oorspronkelijk bedachte opzet voor de periodieke meting geneeskundige ggz zou de meting voor een groot deel gevuld worden met gegevens uit bestaande databronnen (zie de bronnenlijst in bijlage 2 van dit rapport), onder andere afkomstig van de leden van de werkgroep periodieke meting geneeskundige ggz. Bij het nader bestuderen van de beschikbare bestaande gegevens over de veranderingen in de ggz-sector bleek dat deze onvoldoende toegesneden waren op het geven van de beoogde antwoorden op de vragen rond de kwaliteit, toegankelijkheid en financiële situatie in de sector. Daarom zijn op verzoek van de leden van de werkgroep periodieke meting geneeskundige ggz en met instemming van het ministerie van VWS aanvullende enquêtes ontwikkeld om de ervaringen met de veranderingen in de ggz-sector te bevragen bij cliënten, zorgaanbieders (instellingen en vrijgevestigde psychologen, psychotherapeuten en psychiaters) en zorgverzekeraars.

In de periodieke meting geneeskundige ggz worden voornamelijk gegevens gebruikt uit de aanvullende enquêtes die uitgezet zijn door BMC/SGBO. Waar de gegevens zijn gebaseerd op andere bronnen wordt dit expliciet vermeld.

3.3 Methode en respons

3.3.1 Cliënten

Bij een onderzoek als dit dient de privacy van de cliënten maximaal te worden gewaarborgd. Een directe steekproeftrekking is daarom niet mogelijk. Om de anonimiteit te waarborgen is er daarom voor gekozen om de zorgaanbieders om hun medewerking te vragen bij het benaderen van cliënten. Het verzoek was of zij alle cliënten die zij zouden zien op de eerstvolgende werkdag na ontvangst van de e-mail, de brief wilden overhandigen waarin hun gevraagd werd mee te werken aan de enquête, hetgeen zowel via de website kon als door opvraag van een schriftelijk enquêteformulier.

Daarnaast is de enquête ook uitgezet via het Landelijk Platform GGz. Zij hebben de link naar de online-enquête op hun website geplaatst en hebben aan hun leden gevraagd of zij ook de link op hun website wilden plaatsen. Bij het Landelijk Platform GGz en haar leden zijn cliënten aangesloten die gebruikmaken van geestelijke gezondheidszorg.

Van de cliënten hebben wij 189 ingevulde en bruikbare enquêtes ontvangen. De bruto respons lag op 268. Er zijn ook cliënten die gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om een schriftelijke enquête op te vragen en deze in te vullen en terug te sturen.

De cliënten zijn redelijk gespreid over de verschillende vormen van geestelijke gezondheidszorg waarvan ze gebruik maken. Van de cliënten gaf 32,3% aan eerstelijnspsychologische zorg te ontvangen, 48,7% psychotherapie en 24,9% psychiatrische zorg⁵.

⁵ Doordat cliënten op deze vraag meerdere antwoorden konden geven komt het totaal opgeteld tot meer dan 100%.

Door de manier van benaderen - via de zorgaanbieders - weten wij niet hoeveel cliënten gevraagd zijn om mee te werken aan de enquête en hoe groot de respons onder die groep is.

3.3.2 Zorgaanbieders

Vanwege de beperkte beschikbare tijd is gekozen voor een internetenquête en een benadering van de respondenten via de landelijke koepels. Van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), de Nederlandse Vereniging van Psychiaters (NVvP), de Nederlandse Vereniging Van Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en GGZ Nederland hebben wij de e-mailadressenbestanden mogen gebruiken.

Aantal uitgezette vragenlijsten onder zorgaanbieders op 9 en 12 oktober 2008 en op 17 november 2008:

- | | | |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|
| • Ggz-instellingen: | 78 ⁶ | (respons 34,6%) |
| • Vrijgevestigde zorgaanbieders: | 5.145 | (respons 18,2%) |

De vrijgevestigde zorgaanbieders zijn als volgt verdeeld over de onderstaande beroepsverenigingen:

- | | |
|--|-------|
| • Eerstelijnspsychologen LVE: | 1.100 |
| • Psychologen en psychotherapeuten NVVP: | 1.135 |
| • Psychiaters NVvP: | 600 |
| • Psychologen NIP: | 2.230 |

Vanwege mogelijke overlap tussen de adresbestanden van LVE, NVVP en NIP is de geadresseerden verzocht de enquête slechts eenmaal in te vullen. In totaal zijn 5.145⁷ e-mailadressen van zorgaanbieders gebruikt, waarvan 987 hebben deelgenomen aan het onderzoek. In deze bruto respons zaten 25 personen die noch tot de groep vrijgevestigden noch tot de groep instellingen behoorden, omdat zij werkzaam zijn als franchisenemer. De netto respons van vrijgevestigde zorgaanbieders in de ggz komt uit op 935⁸ personen (18,2%). De vrijgevestigde zorgaanbieders die hebben deelgenomen aan de enquête vormen een afspiegeling van de verschillende beroepsgroepen. Helaas is het totaal aantal vrijgevestigde zorgaanbieders in de ggz in Nederland niet bekend, waardoor niet te achterhalen valt welk deel daarvan heeft deelgenomen aan dit onderzoek.

⁶ Het totaal aantal ggz-instellingen dat in 2008 is aangemeld bij ggz Nederland bedraagt 100. Instellingen die niet in aanmerking kwamen voor deze enquête hebben wij niet benaderd. Dat kon zijn omdat ze chronische ggz bieden zoals RIBW of een bijzondere positie innemen zoals PAAZ. Daardoor lag het totaal aantal benaderde ggz-instellingen op 78.

⁷ Aangezien er tussen de leden van de LVE en het NIP overlap bestaat, mogen wij ervan uitgaan dat het totaal aantal benaderde zorgaanbieders lager ligt dan 5.145, namelijk ongeveer: 4.925. Dit omdat er voor 80% overlap bestaat tussen de leden van de LVE en het NIP.

⁸ Ggz-aanbieders hebben aangegeven of zij een ggz-instelling zijn of een vrijgevestigde. In het aantal 935 zit geen overlap. Indien respondenten aangaven dat zij een vrijgevestigde zorgaanbieder waren konden zij *meerdere antwoorden* geven op de vraag wat voor soort vrijgevestigde zij zijn, omdat zij meerdere beroepsfuncties kunnen uitoefenen. Daardoor zal het totaal (wanneer de verschillende typen vrijgevestigden worden opgeteld) uitkomen boven de 935 en de percentages boven de 100%. Uit een analyse kan worden opgemaakt dat er 49 keer een combinatie is tussen vrijgevestigde psychotherapeut en vrijgevestigde klinisch psycholoog. In 72 gevallen is een vrijgevestigde psycholoog tevens kinder- en jeugdpsycholoog.

Tabel 1 Respons enquête: uitsplitsing aanbod ggz naar type zorgaanbieder

Aanbod in ...	ggz-instelling	Vrijgevestigde zorgaanbieders	Anders	Totaal
Eerste lijn	0	390 (41,7%)	2 (8%)	392 (39,7%)
Eerste en tweede lijn	13 (48,1%)	197 (21,1%)	10 (40%)	220 (22,3%)
Tweede lijn	14 (51,9%)	348 (37,27%)	13(52%)	375 (38%)
Totaal	27	935	25	987 (100%)

In bijlage 1 is een tabel opgenomen waarin de respons op de aanvullende enquête is weergegeven naar type zorgaanbieder en een tabel met daarin de respons op de aanvullende enquête aanbod ggz (eerste lijn, eerste en tweede lijn en tweede lijn) uitgesplitst naar type vrijgevestigde zorgaanbieder.

3.3.3 Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn benaderd via Zorgverzekeraars Nederland, die zelf de vragenlijst hebben verspreid onder de twaalf zorgverzekeraars die lid zijn van een speciale ggz-begeleidingscommissie.

Twaalf zorgverzekeraars hebben deelgenomen aan het onderzoek. Tien van de twaalf zorgverzekeraars hebben antwoord gegeven op de vraag hoeveel het aantal verzekerde personen bedraagt bij hun maatschappij. Het totale aantal verzekerde personen bij deze tien verzekeraars bedraagt 13.119.000. Gezien dit hoge cijfer kunnen wij ervan uitgaan dat een aantal van de grootste zorgverzekeraars in Nederland hebben meegedaan aan het onderzoek door online de enquête in te vullen.

3.4 Hoe representatief en betrouwbaar zijn de gegevens?

Voor wat betreft de cliënten zijn er twee factoren aan te wijzen die mogelijk tot een vertekening van de uitkomsten hebben geleid. Het meetinstrument - een internetenquête of een schriftelijke enquête op aanvraag - leent zich minder goed voor cliënten die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, zoals allochtone cliënten, of voor cliënten die door hun psychische problemen moeite hebben met het invullen van vragenlijsten. Wij denken dat de gevolgde benaderingswijze heeft geleid tot een ondervertegenwoordiging van allochtone en oudere cliënten, alsook van cliënten die in een instelling zijn opgenomen voor hun behandeling (klinische cliënten). De tweede factor is de responstijd. Door de indirecte benadering van de cliënten via de hulpverlener was de tijd die men had om te reageren op het enquêteverzoek aan de korte kant.

In hoeverre is de periodieke meting vrij van de invloed van toevallige factoren en is de meting in die zin statistisch betrouwbaar? Alle bij de koepels aangesloten zorgaanbieders en alle zorgverzekeraars zijn benaderd voor deelname aan de enquête en gezien de hoogte van de respons van ggz-instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders alsook van zorgverzekeraars kunnen wij voor deze groepen aannemen dat de gegevens betrouwbaar zijn. Weliswaar was het herfstvakantie toen de enquête uitstond, maar dat heeft een goede respons van deze groepen niet in de weg gestaan.

Ondanks deze beperkingen hebben wij toch van 189 cliënten een (bruikbare) ingevulde enquête ontvangen, waarbij het zowel ging om cliënten uit de eerstelijns-ggz als uit de tweedelijns-ggz.

De gekozen benaderingswijze van de cliënten, indirect via de hulpverlener, had wel als voordeel dat de anonimiteit van de cliënt is gewaarborgd. Het gebruikte meetinstrument had als voordelen dat deelname laagdrempelig, snel en anoniem was.

In hoeverre hebben wij met de enquêtes onder zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars gemeten wat wij wilden meten en zijn de uitkomsten in die zin valide? Daarvoor hebben wij twee toetsstenen:

1. Voorzover die beschikbaar zijn, hebben wij andere gegevensbronnen waar de enquête-uitkomsten tegen afgezet kunnen worden.
2. De reacties van de respondenten bij de open vragen. Met name door de reacties van respondenten zijn wij gewezen op een paar vragen die onduidelijk waren (twee vragen in een vraag) of die moeilijk te beantwoorden waren omdat men een antwoordcategorie miste (bijvoorbeeld '0' of 'niet van toepassing'). Bij de presentatie en de interpretatie van die gegevens in dit rapport is hiermee rekening gehouden.

Hoofdstuk 4

Kwaliteit

4.1 Wat is kwaliteit?

Over het begrip 'kwaliteit van zorg' bestaan veel verschillende visies. Bij de periodieke meting geneeskundige ggz is ervoor gekozen om kwaliteit van zorg vooral te belichten vanuit de aspecten: veiligheid, cliëntgerichtheid en doelmatigheid.

- Veiligheid staat voor de mate waarin de zorg onnodige schade aan cliënten voorkomt.
- Cliëntgerichtheid staat voor de mate waarin de zorg naar inhoud, service en bejegening aansluit bij de reële noden en preferenties van de cliënt.
- Doelmatigheid staat voor de mate waarin de zorg aan zorginhoudelijke standaarden voldoet, goed georganiseerd en kosteneffectief wordt aangeboden en optimale gezondheidswinst/kwaliteit van leven realiseert.⁹

Zoals uiteengezet bij de opzet van de periodieke meting geneeskundige ggz en de aanvullende enquêtes (zie deelvraag 1) vonden de veldpartijen het niet het goede moment om invulling te geven aan het begrip 'kwaliteit' omdat ze daarover in overleg zijn met de zorgverzekeraars. Ook wordt momenteel op landelijk niveau overleg gevoerd over het koppelen van beroepseisen aan DBC's. Daarom is er hier voor gekozen vooral in te zoomen op cliënttevredenheid en de wijze waarop zorgverzekeraars aandacht besteden aan kwaliteit van de geneeskundige ggz via de inkoop en contractering.

4.2 Algemene beeld over kwaliteit

Het onderdeel kwaliteit is nog niet volledig opgenomen in de periodieke meting geneeskundige ggz, omdat er nog onderhandelingen plaatsvinden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de invulling van het begrip 'kwaliteit'. Voor diverse respondenten uit de groep 'zorgaanbieders' was dit reden om bij de open vragen in te vullen dat wij een belangrijk aspect van de veranderingen, namelijk kwaliteit van de zorg, ten onrechte niet (voldoende) meegenomen hebben in de enquête. Het thema kwaliteit is wel meegenomen in de enquête voor cliënten en die voor zorgverzekeraars.

Uit de antwoorden die cliënten hebben gegeven op vragen over hun tevredenheid over hun behandelaar en over de praktijk/instelling waar zij hun behandeling ontvangen, is af te leiden dat zij behoorlijk tevreden zijn; ze geven gemiddeld een 8. Dit wordt bevestigd doordat veel cliënten aangeven dat hun behandeling aan hun verwachtingen voldoet en dat zij weinig klachten hebben gehad over hun behandelaar of praktijk/instelling waar ze hun behandeling ontvangen.

⁹ Zie verder <http://www.minvws.nl/kamerstukken/mc/2006/kwaliteit-van-de-zorg-op-de-agenda.asp>.

Als zorgaanbieders wordt gevraagd in welke mate zij tevreden dan wel ontevreden zijn met de handelwijze van zorgverzekeraars met betrekking tot de kwaliteitseisen, geven vooral de vrijgevestigden aan hier in grotere mate ontevreden over te zijn in vergelijking met de ggz-instellingen. Uit de open antwoorden van vrijgevestigde zorgaanbieders valt op te maken dat zij het vooral zeer kwalijk vinden dat zorgverzekeraars zich met de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg bemoeien. Ten dele richten de bezwaren zich op de wijze waarop zorgverzekeraars met kwaliteit omgaan. Ten dele vindt men het niet een taak voor zorgverzekeraars maar voor de beroepsverenigingen. Zorgverzekeraars vinden het stellen van kwaliteitseisen aan zorgaanbieders belangrijk. Bij de inkoop van zorg bij zorgaanbieders is dit voor zorgverzekeraars een aspect waar zij op letten en waaraan zij ook eisen stellen als voorwaarde voor contractering.

4.3 Perspectief vanuit de cliënten

Effectiviteit van de zorg

Een manier om aan te geven of behandelingen voor ggz-cliënten effect hebben gehad, is met behulp van gaf-scores. Gaf-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100¹⁰.

Voor de periodieke meting geneeskundige ggz waren enkel de gegevens van de LVE beschikbaar over de door hen gemeten en gepubliceerde gaf-scores van cliënten die in 2007 behandeld zijn door de aangesloten eerstelijnspsychologen bij de LVE¹¹. Daaruit blijkt dat driekwart van de cliënten duidelijk baat heeft bij de hulp van de LVE eerstelijnspsycholoog; bij 60% is er sprake van een verbetering van de situatie in vergelijking met de situatie bij de aanmelding en bij 13% van de cliënten was er een sterke verbetering.

Tevredenheid cliënt

Om de tevredenheid van cliënten te achterhalen is in de enquête onder andere gevraagd naar de mate waarin de behandeling die de cliënt ontvangt, voldoet aan de verwachtingen van de cliënt. Voor bijna 40% van de cliënten voldoet de behandeling helemaal aan de verwachtingen en voor 52,2% voldoet deze grotendeels aan de verwachtingen.

Iets minder dan 4% van de cliënten is minder tevreden omdat de behandeling die zij ontvangen anders is dan zij van te voren hadden gedacht.

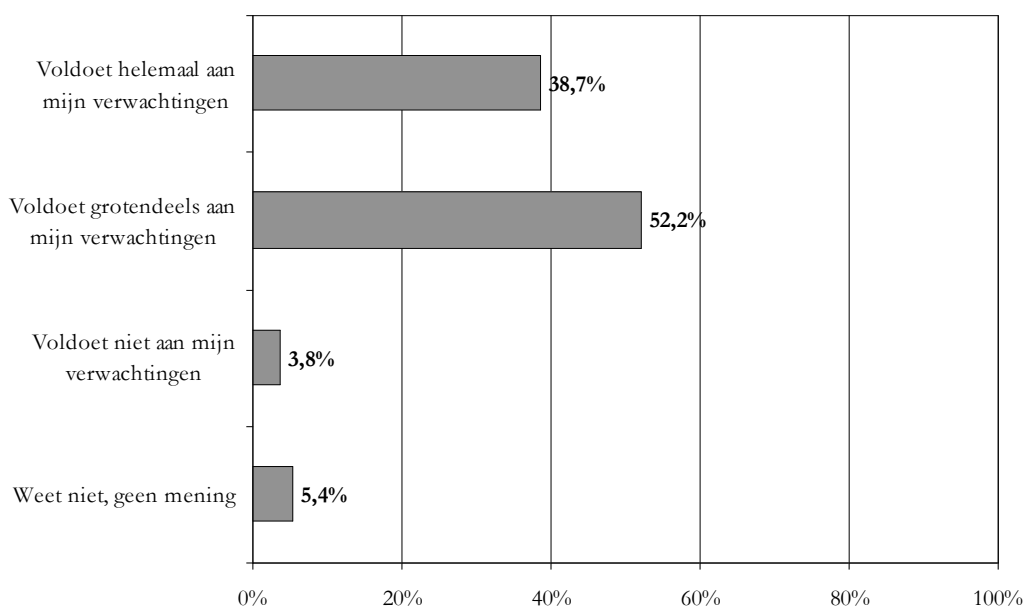
Uit de rapportcijfers die cliënten geven aan hun behandelaar (gemiddeld een 8) en aan de praktijk/instelling waar zij de behandeling ontvangen (gemiddeld een 8,2), blijkt dat cliënten zeker niet ontevreden zijn over de behandeling die zij op dit moment ontvangen.

¹⁰ Bron: DSM-IV.

¹¹ Bron: jaarbericht 2007, LVE.

Het rapportcijfer dat respondenten hebben gegeven aan hun behandelaar en aan de praktijk/instelling komt overeen met het tevredenheidscijfer dat de LVE onder de cliënten van haar leden heeft gemeten in haar cliënttevredenheidsonderzoek¹². Uit dat cliënttevredenheidsonderzoek blijkt dat cliënten gemiddeld een 8,3 geven voor de totale hulpverlening door een eerstelijnspsycholoog die is aangesloten bij de LVE.

Figuur 1. In hoeverre voldoet de behandeling die de cliënt op dit moment ontvangt aan de verwachtingen?



De tevredenheid van cliënten blijkt ook uit het lage percentage (3,3%) cliënten dat tot nu toe in 2008 klachten heeft gehad over hun behandelaar of over de praktijkinstelling waar zij hun behandeling ontvangen.

4.4 Perspectief vanuit de zorgaanbieders

In de enquête onder zorgaanbieders is gevraagd in welke mate men tevreden dan wel ontevreden is met de handelwijze van zorgverzekeraars, onder andere op de punten 'kwaliteitseisen' en 'bewaking zorgvolume'. De meeste ggz-instellingen scoren neutraal op de handelwijze van zorgverzekeraars inzake kwaliteitseisen, namelijk 42,3%; 26,9% geeft aan tevreden te zijn en 26,9% (zeer) ontevreden. Het merendeel van de vrijgevestigde zorgaanbieders scoort ontevreden (26,1%) of zeer ontevreden (30,1%). Daarbij lijkt de mate van ontevredenheid bij de vrijgevestigde zorgaanbieders in de tweedelijns-ggz groter dan in de eerstelijns-ggz.

Van de vrijgevestigde respondenten hebben er 453 de moeite genomen om bij de open vragen hun verhaal te doen. Deze opmerkingen hebben vooral betrekking op hoe zij de kwaliteit van de geboden zorg ervaren.

¹² Bron: cliënttevredenheidsonderzoek 2007, LVE.

Deze groep respondenten is duidelijk ontstemd over de gevolgen die de overheveling heeft voor de zorg, voor de door hen te maken kosten als gevolg van de toename in de administratieve lasten en voor hun inkomsten.

Samengevat is deze groep (vrijgevestigde) respondenten ontstemd over:

- De kort gevonden invoeringstijd.
- De schending van de privacy van cliënten (vooral gekoppeld aan DBC-problematiek).
- De verschraling van de mogelijkheden om zorg te bieden.
- De lange duur dat zij zonder inkomsten zitten (4 - 6 maanden) en de hoogte van de vergoedingen.
- De toegenomen macht van de zorgverzekeraars en de wijze van handelen van de zorgverzekeraars ('tariefdictaten', onvoldoende communicatie, onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars, bevoordeling van gecontracteerde aanbieders).
- De DBC-systematiek die administratieve lasten met zich meebrengt en zich niet leent voor de ggz-sector.
- De liquiditeitsproblemen die veroorzaakt worden door de lagere tarieven in combinatie met de hogere kosten en de late incassering van de opbrengsten.

4.5 Perspectief vanuit de zorgverzekeraars

Op de vraag op welke wijze de zorgverzekeraars aandacht schenken aan de kwaliteit van de geleverde dienstverlening geeft 91,7% van de respondenten aan dat dit vooral gebeurt via de contracteervoorwaarden en door gebruikmaking van CQ-index (83,3%)¹³ en door middel van protocollering (58,3%). Dit wil niet zeggen dat de overige mogelijkheden, zoals opleidingsmogelijkheden (25%), bijscholings-eisen (33,3%), normering (41,7%) en de vrij in te vullen mogelijkheden (41,7%), zoals wachttijdbeheersing en het meten van de effectiviteit van de behandeling, niet genoemd worden.

Dat de kwaliteit van de geleverde dienstverlening de aandacht heeft van de verzekeraars wordt bevestigd door het feit dat 91,7% aangeeft dat bij het inkoopbeleid gestuurd wordt op kwaliteit. Bovendien zegt hetzelfde percentage respondenten dat zij kwaliteit het belangrijkste stuuritem vinden bij het inkoopbeleid. De prijs komt hierbij op een goede tweede plaats (75%). Concluderend kan gesteld worden dat sturing op kwaliteit door de zorgverzekeraars als zeer belangrijk wordt beschouwd. De inkoop van zorg wordt voor een belangrijk deel bepaald door de kwaliteit van de geleverde dienstverlening. Bovendien stelt de verzekeraar voorwaarden ten aanzien van de te leveren kwaliteit via de contracteervoorwaarden.

Daarnaast wordt wisselend per zorgverzekeraar er gebruikgemaakt van een breed scala aan mogelijkheden om de aandacht voor kwaliteit nader in te vullen. De CQ-index lijkt hierbij een centrale rol te spelen.

¹³ Aan de CQ-index voor de ggz-sector wordt op dit moment gewerkt, maar deze is nog niet officieel in gebruik. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars wel met pilots.

Contractering POH ggz

De functie praktijkondersteuner huisartsenpraktijk (POH) ggz is een nieuwe functie, die zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2008 kunnen contracteren. Deze functie wordt vervuld binnen een huisartsenpraktijk en richt zich op: vraagverduidelijking, consultatie, triage/doorverwijzing, begeleiding en casemanagement. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers) voeren (onder andere) deze taken ook uit en kunnen deze taken ook blijven uitvoeren indien er tussen de verzekeraar en de huisartsenpraktijk afspraken over worden gemaakt. Een van de vragen in de periodieke meting geneeskundige ggz is of zorgverzekeraars de functie POH ggz ook contracteren.

Uit de enquête onder zorgverzekeraars blijkt dat de helft van hen aangeeft dit 'product' wel te contracteren, terwijl de andere helft zegt dit niet te doen. Met de praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk wordt een verdere professionalisering binnen de huisartsenpraktijk beoogd, onder andere door het verbeteren van de verwijfsfunctie. De invoering van de POH ggz kan dan ook gezien worden als een vorm van kwaliteitsontwikkeling binnen de ggz. Het belang van de POH wordt in ieder geval door de helft van de zorgverzekeraars onderkend.

4.6 Conclusie

Met een slag om de arm vanwege het kleine aantal respondenten en de ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen daarbinnen, kan worden geconstateerd dat het erop lijkt dat cliënten behoorlijk tevreden zijn over hun behandelaar en de praktijk dan wel instelling waar zij die behandeling ontvangen. Het onderwerp 'kwaliteit' is slechts beperkt meegenomen in de enquêtes onder de zorgaanbieders, omdat het nog onderwerp van onderhandelingen is. De ggz-instellingen zijn overwegend positiever dan de vrijgevestigden in hun oordeel over het handelen van de zorgverzekeraars als het gaat om kwaliteit. Daarbij lijkt de mate van ontevredenheid bij de vrijgevestigde zorgaanbieders in de tweedelijns-ggz groter dan in de eerstelijns-ggz. De kwaliteit van de geleverde dienstverlening wordt door de zorgverzekeraars het belangrijkste stuuritem geacht bij de zorginkoop en komt nog vóór de prijs, die als tweede belangrijk geacht stuuritem wordt genoemd.

Hoofdstuk 5

Toegankelijkheid

5.1 Wat is toegankelijkheid?

Toegankelijke zorg betekent dat 'personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening'¹⁴. In de literatuur komt een aantal aspecten steeds terug, die samen de toegankelijkheid bepalen. Meestal gebeurt dat in de vorm van factoren die de toegankelijkheid van de zorg kunnen beperken, zoals kosten, reisafstand, wachttijden en de mate waarin het aanbod tegemoet komt aan de behoefte en vraag van burgers.

In de periodieke meting geneeskundige ggz ligt het accent op drie aspecten. Ten eerste of de cliënt drempels ervaart, bijvoorbeeld door het niet kunnen vinden van informatie of door eventuele financiële drempels, en ten tweede of cliënten op tijd toegang hebben tot de benodigde zorg zoals uitgedrukt in wachtlijsten en wachttijden. Ten slotte gaat het ook om de vraag of het aanbod tegemoet komt aan de vraag. Deze veelomvattende vraag hebben wij in de periodieke meting geneeskundige ggz teruggebracht tot twee aspecten, te weten 'verdwenen zorg die tussen wal en schip is gevallen' en 'beperkingen neergelegd in polissen'.

5.2 Algemene beeld toegankelijkheid

Voor informatie over het zorgaanbod laat de cliënt zich veelal leiden door de huisarts en familieleden en vrienden. Bij het zoeken van informatie door cliënten werd vooral gezocht naar informatie over kwaliteit en kosten. Het overgrote gedeelte van de cliënten heeft deze informatie gevonden en vond deze ook bruikbaar.

Per 1 januari 2008 zijn de eerste acht sessies eerstelijnspsychologische zorg opgenomen in het basispakket. Voor bijna 28% van de cliënten betekent dit dat zij na acht sessies zullen stoppen met de behandeling op financiële gronden, 28% zal de vervolgsessies zelf moeten gaan betalen en 27% heeft een aanvullende verzekering die meer sessies vergoedt. Van de cliënten heeft 70% een aanvullende verzekering afgesloten bij een zorgverzekeraar, waarvan voor circa 72% vergoedingen voor ggz zijn opgenomen in het aanvullend pakket. Over de toegekende vergoedingen van de zorgverzekeraars voor de behandelingen is ruim 48% (zeer) tevreden. Cliënten met een aanvullende verzekering zijn het beste geïnformeerd over de inhoud van de pakketten. De helft van de cliënten heeft bij het kiezen van een polis van een zorgverzekeraar rekening gehouden met de vergoedingen die geboden worden voor ggz-behandelingen.

Van de cliënten kan 43% binnen twee weken terecht voor een intake; ongeveer tweederde van de cliënten is binnen twee weken na de intake begonnen met de behandeling.

¹⁴ Bron: Smits et al. (2002), Zorgblans 2008, RIVM, mei 2008.

Op het punt van de toegankelijkheid van de geneeskundige ggz lijken zich op dit moment nog geen grote problemen voor te doen. Het grootste deel van de cliënten (ruim 84%) kon terecht bij de zorgaanbieder van de eerste keus. De afgegeven signalen door de cliënten dat bepaalde vormen van zorg tussen wal en schip dreigen te vallen, zijn veelal niet in relatie te brengen met de overheveling.

Bij het merendeel van de ggz-instellingen (bijna 89%) bestaan wachtlijsten voor de geneeskundige ggz en dat geldt met name voor psychotherapie en psychiatrie. Ook bij ruim 45% van de vrijgevestigde zorgaanbieders zijn er wachtlijsten voor cliënten voordat zij behandeld kunnen worden. De wachttijd tot de start van de behandeling bedraagt voor de eerstelijnspsychologische zorg bij een ggz-instelling gemiddeld tien weken en bij een vrijgevestigde zorgaanbieder gemiddeld zes weken, voor psychotherapie gemiddeld tien weken bij een ggz-instelling en negen weken bij een vrijgevestigde zorgaanbieder en voor psychiatrie bedraagt de wachttijd tien weken bij een ggz-instelling en acht weken bij een vrijgevestigde psychiater.

Van de zorgverzekeraars geeft ruim 83% aan dat zij aan wachtlijstbemiddeling doen en de helft geeft aan dat zij voldoende in beeld hebben wat de omvang van de behoefte aan geneeskundige ggz is.

5.3 Perspectief vanuit de cliënten

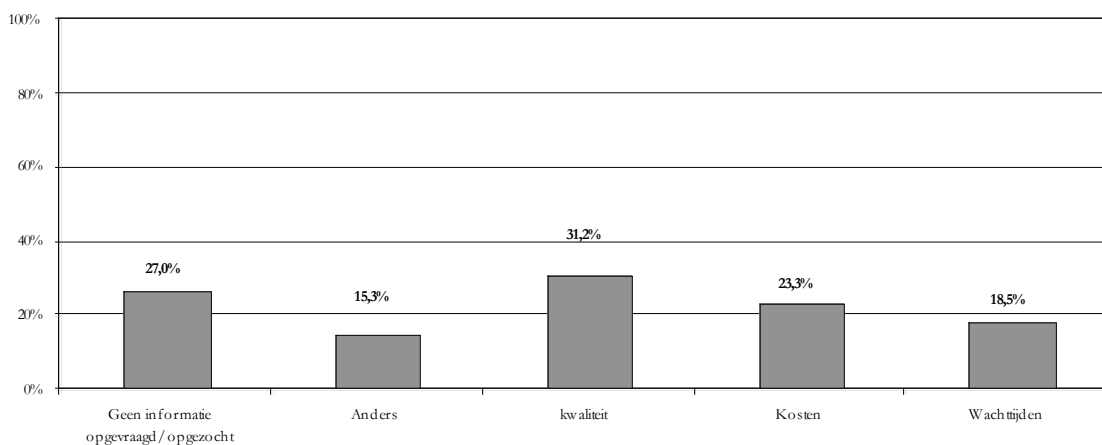
Informatie voor cliënten

In de aanvullende enquête is aan cliënten gevraagd hoe zij zich hebben geïnformeerd over de mogelijkheden die er zijn qua aanbieders. Het merendeel (59,3%) van de cliënten gaf daarbij als antwoord 'via de huisarts'. Daarnaast blijken familie en/of vrienden ook een belangrijke informatiebron te zijn wanneer cliënten informatie over de potentiële zorgaanbieder(s) zoeken. Ook bleek uit de resultaten van deze enquête dat 19% van de cliënten zelf op zoek gaat naar informatie, bijvoorbeeld via internetsites als Kies Beter.

Aan cliënten is gevraagd welke informatie zij hebben opgevraagd/opgezocht. De meeste cliënten geven aan informatie over de kwaliteit en de kosten te hebben opgezocht of opgevraagd over de zorgaanbieder. Cliënten gaven ook aan dat zij andere informatie over zorgaanbieders opvroegen/opzochten, het ging dan om informatie over een specifieke therapie of specialisatie, over de persoonlijkheid van de behandelaar of over de locatie van de instelling/praktijk.

Van de cliënten die informatie over de 'kwaliteit' van de zorgaanbieder hebben opgevraagd/opgezocht gaf bijna 80% aan die informatie ook gevonden te hebben en die ook bruikbaar te vinden, en 18,5% heeft informatie over de 'kwaliteit' van de zorgaanbieder niet gevonden.

Figuur 2. Welke informatie heeft de cliënt opgevraagd/opgezocht? (Meerdere antwoorden mogelijk)



Voor de informatie over de 'kosten' van de zorgaanbieder geldt dat ongeveer 90% informatie daarover vond en deze ook bruikbaar achtte. Slechts 4,9% vond geen informatie over de kosten en 7,3% vond wel informatie over de kosten maar vond deze niet bruikbaar.

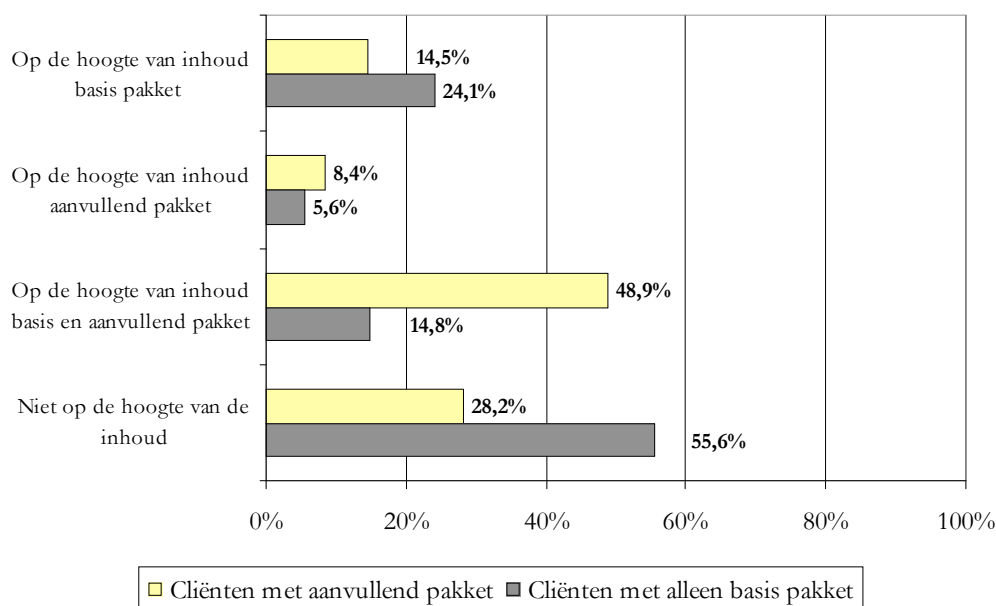
Duidelijke en correcte informatie voor cliënten leidt tot meer transparantie binnen de ggz-sector. Een belangrijk aspect daarvan is dat voor cliënten duidelijk is wat er wel en niet vergoed wordt aan ggz door hun zorgverzekeraar. Voor 26,2% van de cliënten is het niet duidelijk uitgelegd (en 15,5% gaf als antwoord 'weet niet, geen mening') in hun polis wat er wel en niet vergoed wordt. De zorg over onduidelijkheid voor cliënten wordt uitgesproken in het onderzoek 'Op je tellen passen' van het Landelijk Platform GGz¹⁵ (LPGGz). Tijdens de consensusbijeenkomsten die het LPGGz voor haar achterban organiseert wordt gesproken over de verkokering van de ggz en dat cliënten daardoor niet meer weten waar ze terecht kunnen (AWBZ, Wmo, Zvw) en dat ze zich daardoor telkens opnieuw moeten aanmelden.

Onduidelijkheid polissen

Relatief veel cliënten (29,1%) geven aan dat zij niet weten of zij een restitutiepolis of zorg in natura polis bij hun zorgverzekeraar hebben afgesloten. Wel blijkt uit onderstaande grafiek dat cliënten met een aanvullend pakket het meest op de hoogte zijn van de inhoud van basispakket en aanvullend pakket van hun verzekeraar. In vergelijking met de aanvullend verzekerde cliënten verdiepen niet-aanvullend verzekerde cliënten zich minder in de inhoud van hun basispakket.

¹⁵ 'Op je tellen passen', project in het kader van het programma 'Ontwikkeling van cliënten- en consumentenorganisaties tot marktpartij, Landelijk Platform ggz, februari 2007.

Figuur 3. In hoeverre zijn cliënten op de hoogte van de inhoud van de basisverzekering en de aanvullende verzekering?



Van de ondervraagde cliënten heeft 70,6% een aanvullend pakket bij de zorgverzekeraar afgesloten. Aan de cliënten die aanvullend verzekerd zijn is gevraagd of hun zorgverzekeraar in hun aanvullend pakket vergoedingen opgenomen heeft voor ggz. Ruim 70% (71,8%) geeft aan dat hun zorgverzekeraar ggz-vergoedingen heeft opgenomen in het aanvullend pakket. Uit de enquête¹⁶ die GGZ Nederland heeft gehouden onder haar leden is gebleken dat tussen de aanvullende polissen van verzekeraars enige verschillen zijn te onderkennen. Algemeen werd geconcludeerd door GGZ Nederland dat er weinig essentieel onderscheid is tussen de zorgverzekeraars.

Beperking opgelegd in polissen

Bij het kiezen van een polis in 2008 bij een zorgverzekeraar heeft de helft van de cliënten rekening gehouden met wat de zorgverzekeraar biedt aan ggz, de andere helft heeft daar geen rekening mee gehouden. Voor het kiezen van een zorgverzekeraar voor 2009 denkt 15,6% van de cliënten wel bewust bezig te zijn met wat de zorgverzekeraar biedt, door te gaan kijken naar de polissen van andere verzekeraars en de vergoedingen voor ggz om deze te vergelijken en eventueel over te stappen. Ongeveer 30% (29,6%) denkt dat misschien te doen en 50,5% zegt dat niet te doen. Eenderde van hen omdat zij collectief verzekerd zijn.

¹⁶ Notitie 'Zorgverzekeraar en de geneeskundige ggz, ggz Nederland, versie 2 april 2008.

Keuzevrijheid

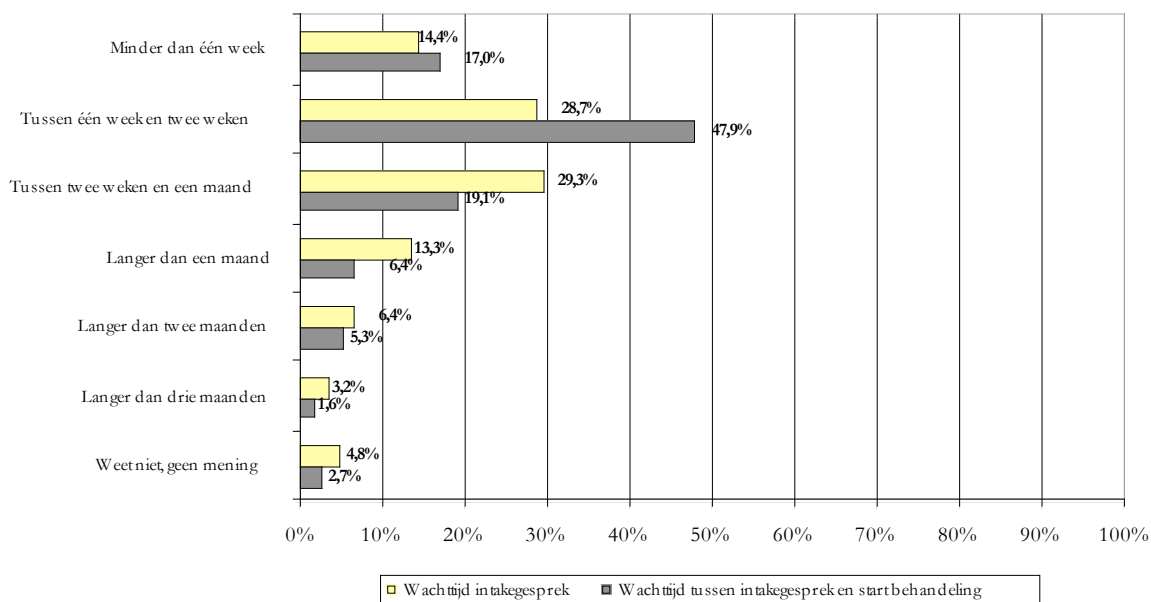
Een belangrijk aspect van toegankelijkheid van de zorg is of cliënten snel terecht kunnen voor een behandeling of dat zij moeten wachten of moeten aankloppen bij meerdere aanbieders omdat er wachtlijsten zijn. Cliënten gaven door middel van de enquête aan dat 84,2% van hen terecht kon bij de aanbieder van hun eerste keus, 7,9% bij de tweede keus. Maar er waren ook cliënten (3,4%) die meer dan twee zorgaanbieders moesten benaderen.

Uit de enquête¹⁷ die GGZ Nederland heeft gehouden wordt geconcludeerd dat de zorgverzekeraarsmarkt zich stabiliseert (3,5% stapt over) en collectiviseert (70% via collectieve zorgverzekering). De zorg wordt uitgesproken dat de keuzevrijheid voor cliënten steeds verder wordt ingeperkt, doordat zorgverzekeraars de cliënten willen sturen naar de door hen gecontracteerde zorgaanbieder.

Wachlijsten en wachttijden

Een groot aantal cliënten moet een aantal weken wachten voordat zij terecht kunnen voor hun eerste intakegesprek. Dat varieert van minder dan een week wachten (14,4%), tussen één week en twee weken wachten (28,7%), tussen twee weken en een maand wachten (29,3%) tot langer dan een maand wachten (22,9%).

Figuur 4. Hoe lang heeft de cliënt gewacht op het intakegesprek bij zijn/haar huidige behandelaar en hoeveel tijd zat er tussen het intakegesprek en de start van de behandeling bij de huidige behandelaar?



¹⁷ Notitie 'Zorgverzekeraar en de geneeskundige ggz', GGZ Nederland, versie 2 april 2008.

De Treeknorm¹⁸ (de maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsector) voor de aanmeldingstijd binnen de geestelijke gezondheidszorg is vier weken; voor bijna 23% van de cliënten is de normtijd overschreden, omdat zij langer dan vier weken hebben gewacht. Na het intakegesprek moeten cliënten vaak ook nog wachten voordat zij starten met hun behandeling.

Bijna de helft van de cliënten (47,9%) wacht tussen één week en twee weken na een intakegesprek voordat zij met hun behandeling kunnen starten en 32,4% van de cliënten wacht langer dan twee weken. De Treeknorm voor de beoordelingstijd is vier weken en voor extramurale behandeling is de wachttijd na beoordeling nogmaals zes weken; in totaal is het dus tien weken dat een cliënt na aanmelding maximaal wacht op een behandeling. Uit de antwoorden van de cliënten op de enquêtevraag over de wachttijd na intake blijkt dat 5,3% langer dan twee maanden heeft gewacht en 1,6% langer dan drie maanden.

Initiatief hulpvraag

Uit het jaarbericht van de LVE¹⁹ blijkt dat in 2007 de meeste cliënten (60%) door hun huisarts worden doorverwezen naar de eerstelijnspsycholoog. Van de cliënten komt 30% op eigen initiatief bij de eerstelijnspsycholoog terecht en slechts een klein deel door zijn/haar bedrijf of een collega-eerstelijnspsycholoog. Van de contacten die de eerstelijnspsychologen in 2007 hebben gehad, werd 14% doorverwezen naar de tweede- of derdelijns-ggz. De helft van de doorverwezen cliënten kwam terecht bij een tweedelijns-ggz of Algemene Gezondheidszorg (AGZ). Slechts een klein deel werd doorverwezen naar de derdelijns-ggz. Cliënten hadden in 2007 gemiddeld 6,9 sessies bij een eerstelijnspsycholoog die aangesloten is bij de LVE. Dit aantal is gedaald ten opzichte van 2006: toen was het gemiddeld 7,2 sessies.

Financiële drempels voor cliënt

In het onderzoek²⁰ van de NVvP onder zelfstandig gevestigde psychiaters (stand medio 2008) geeft 64,8% van de psychiaters (147 psychiaters) aan dat de cliënten de declaraties niet (geheel) vergoed krijgen van de zorgverzekeraar. Dit kan komen doordat de vrijgevestigde zorgaanbieder geen contract heeft afgesloten met de verzekeringsmaatschappij van de cliënt, waardoor de cliënt de declaraties niet (geheel) vergoed krijgt. Problemen met declaraties bestaan bij de cliënten van 112 psychiaters, tegenover 115 psychiaters bij wie de cliënten geen problemen hebben met declareren. De problemen zijn dat verzekeraars weigeren te betalen (16,7%), verzekeraars te laat betalen (15,9%) en dat verzekeraars te weinig betalen (17,6%)

¹⁸ Bron: NZA beleidsregel CA-270.

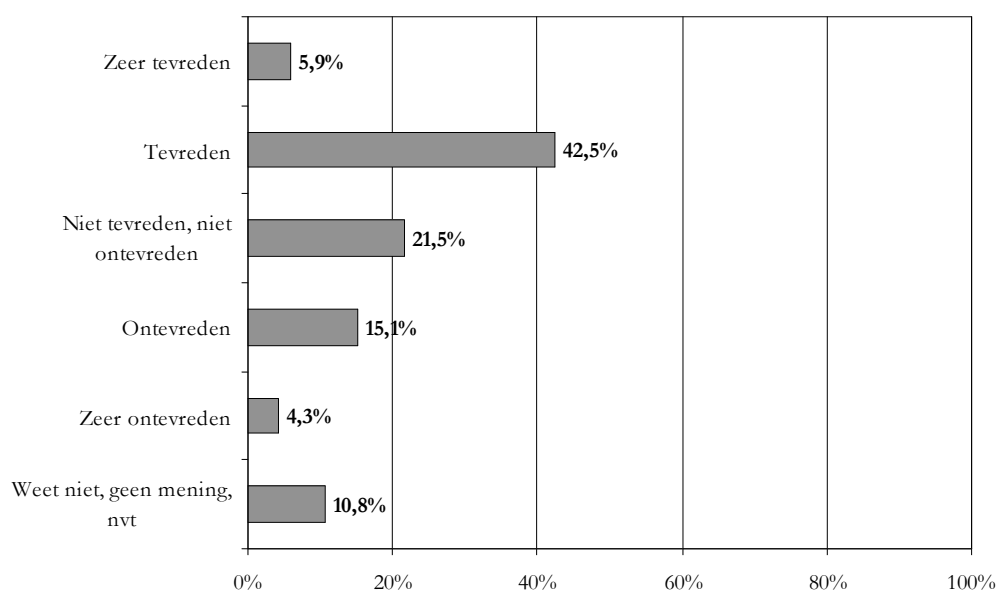
¹⁹ Bron: jaarbericht 2007, LVE.

²⁰ Bron: uitslag enquête ZGP en DBC, NVvP, juni 2008.

Voor sommige cliënten zijn er financiële drempels met betrekking tot het aantal sessies geneeskundige ggz die zij kunnen en/of willen betalen. Omdat per 1 januari 2008 acht sessies eerstelijnspsychologische zorg zijn opgenomen in het basispakket, heeft dat als gevolg dat cliënten of aanvullend verzekerd moeten zijn of de sessies zelf moeten betalen indien zij meer dan acht sessies volgen bij een behandelaar. Ruim 27% (27,6%) van de cliënten geeft aan te stoppen na acht sessies omdat zij niet aanvullend verzekerd zijn en de extra behandelkosten niet kunnen of willen betalen. Bijna 30% (28,1%) van de cliënten geeft aan de behandelingen zelf te gaan betalen en 27% is aanvullend verzekerd, waardoor er door de verzekeraar meer dan acht sessies worden vergoed.

Financiële drempels zullen voornamelijk bestaan bij cliënten die geen aanvullende verzekering hebben afgesloten bij hun verzekeraar. In de enquête geeft 21,9% van de cliënten aan enkel een basisverzekering te hebben. Maar ook voor cliënten die wel aanvullend verzekerd zijn kan de tegemoetkoming in aanvullende pakketten niet de volledige kosten dekken die cliënten maken voor hun behandelingen.

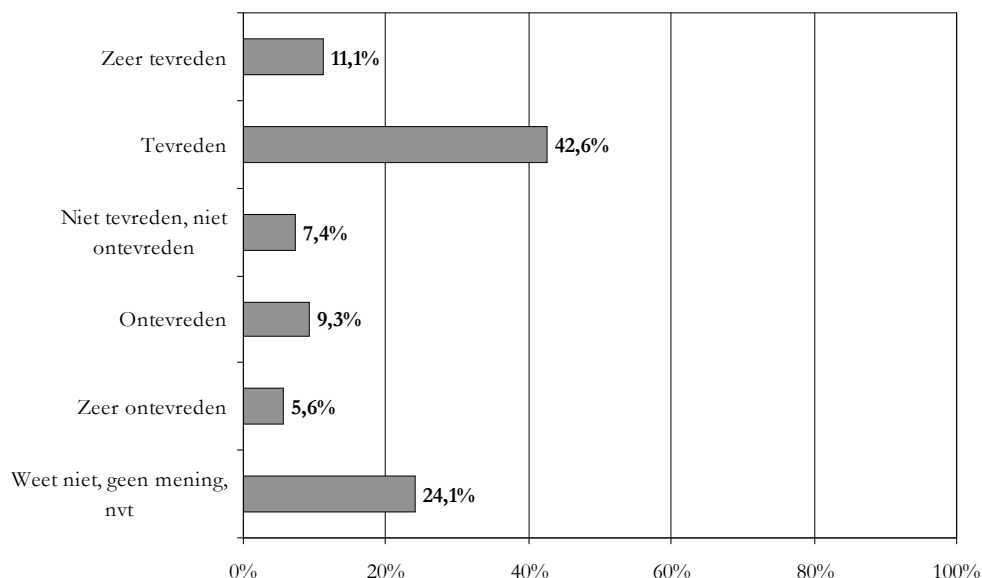
Figuur 5. In hoeverre zijn cliënten tevreden met de vergoeding die hun zorgverzekeraar biedt voor ggz?



Cliënten geven aan dat zij redelijk tevreden zijn over de vergoeding die de zorgverzekeraar biedt voor ggz aan hun verzekerden. Een deel van de cliënten (21,5%) geeft aan 'neutraal' te zijn, terwijl bijna 20% van de cliënten (zeer) ontevreden is over de vergoedingen van de zorgverzekeraar.

Meer dan de helft van de cliënten (53,7%) is (zeer) tevreden over de manier waarop de verzekeraar de declaraties afhandelt. En 24,1% geeft als antwoord 'weet niet, geen mening, niet van toepassing' wat erop duidt dat een deel van de cliënten nog geen ervaring heeft met het declareren bij zorgverzekeraars.

Figuur 6. In welke mate zijn cliënten tevreden over hoe de zorgverzekeraar de declaraties afhandelt?



Zorg tussen wal en schip

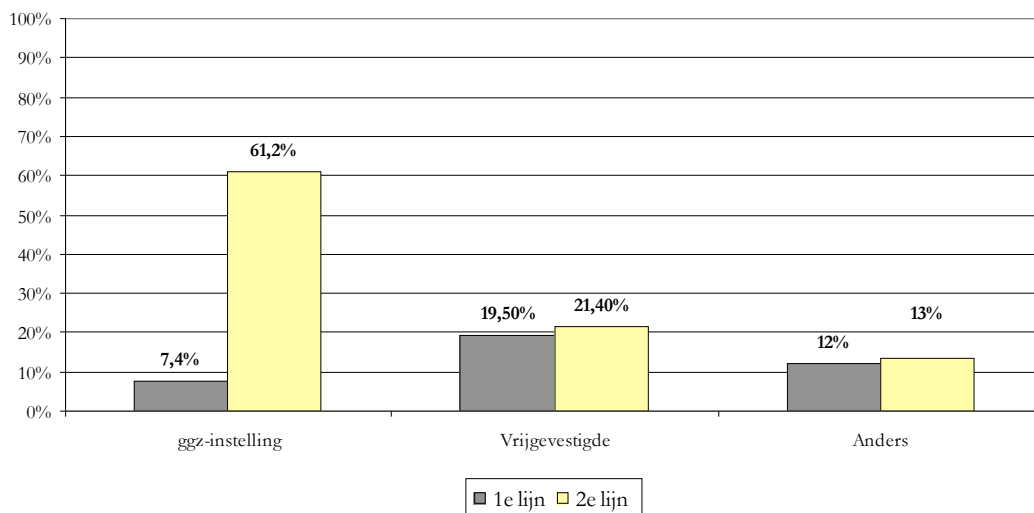
Aan cliënten is gevraagd of er vormen van ggz zijn die de zorgverzekeraar op dit moment niet vergoedt, maar waarvan de cliënt vindt dat deze dat wel zou moeten doen. Van de cliënten geeft 20% aan dat er volgens hen zorg is die op dit moment tussen wal en schip valt; ze noemen onder andere alternatieve behandelingen, zoals bijvoorbeeld neurofeedback, tekentherapie en spirituele therapie. Uit de gegeven open antwoorden blijkt dat dit veelal behandelingen betreft die voorheen ook niet vergoed werden door de AWBZ. Hieruit valt op te maken dat cliënten wellicht te weinig zicht hebben op welke behandelingen nu wel en niet vergoed worden en wat de consequentie is van de overheveling van de geneeskundige ggz van de AWBZ naar de Zvw.

5.4 Perspectief vanuit de zorgaanbieders

Wachlijsten bij ggz-instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders

Bij het merendeel van de ggz-instellingen (88,5%) bestaan wachlijsten voor de geneeskundige ggz en dat geldt met name voor psychotherapie en psychiatrie. Bij 45,2% van de vrijgevestigde zorgaanbieders bestaan ook wachlijsten voor cliënten die een behandeling willen ontvangen. Dit antwoord wordt het meest gegeven door vrijgevestigde psychotherapeuten (52,2%); bij de vrijgevestigde psychologen en psychiaters geeft ongeveer 42% aan dat er wachlijsten zijn voor cliënten; bij de vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychologen heeft 48,4% cliënten op de wachtlijst en dit geldt ook voor 48,4% van de klinisch psychologen. Een klein aantal ggz-instellingen (twee; 7,4%) en 19,5% van de vrijgevestigden (182) zegt voor de eerstelijnspsychologische zorg cliënten op de wachtlijst te hebben staan.

Figuur 7. Hoeveel procent van de zorgaanbieders heeft wachtlijsten? (Waarbij zorgaanbieders zelf aangeven of dat in eerste of tweede lijn is)

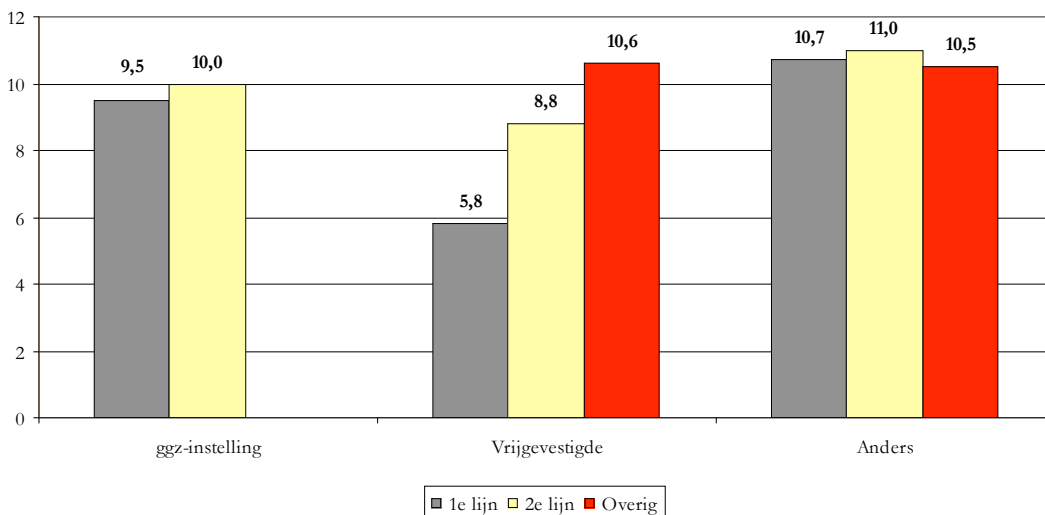


Uit de enquête²¹ van de NVvP komt naar voren dat 40,8% van de psychiaters een stijging van de wachtlijst constateert ten opzichte van de wachtlijst in 2007.

Wachttijden bij ggz-instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders

In de aanvullende enquête voor de eerste meting is ook aan zorgaanbieders gevraagd hoe lang cliënten gemiddeld moeten wachten voordat zij kunnen starten met hun behandeling. Onderstaande grafiek geeft het gemiddelde aantal weken wachten aan voor cliënten voordat zij kunnen starten met hun behandeling.

Figuur 8. Gemiddeld aantal weken wachten voor start behandeling



²¹ Bron: uitslag enquête ZGP en DBC, NVvP, juni 2008.

In de enquête geven ggz-instellingen aan dat cliënten gemiddeld 9,5 weken wachten voordat zij kunnen starten met een eerstelijnsbehandeling en tien weken voor een tweedelijnsbehandeling. Bij vrijgevestigde zorgaanbieders wachten cliënten gemiddeld 5,8 weken voor een eerstelijnsbehandeling en 8,8 weken voor een tweedelijnsbehandeling. De Treeknorm²² voor de aanmeldingstijd binnen de geestelijke gezondheidszorg is vier weken en voor de beoordelingstijd nogmaals vier weken. De wachttijd voor extramurale behandeling is na beoordeling nogmaals zes weken; in totaal duurt het dus tien weken dat een cliënt na aanmelding maximaal wacht op een behandeling.

Het Trimbos-instituut heeft in haar rapportage 'Ggz in tabellen 2007'²³ ook gekeken naar de wachttijden van ggz-instellingen, waarbij het als bron de wachtlijstregistratie van GGZ Nederland (2007) heeft gebruikt. Uit die gegevens blijkt dat cliënten in de aanmeldingsfase (de tijd tussen aanmelding en het eerste gesprek met een hulpverlener) zeven weken moeten wachten, in de beoordelingsfase (de tijd tussen het eerste gesprek en de datum waarop de indicatie wordt gesteld) vijftien weken en in de behandelingsfase (de tijd tussen de indicatiestelling en het eerste behandelcontact) eenentwintig weken. De LVE heeft in haar jaarbericht 2007²⁴ genoemd dat de wachttijd voor cliënten in 2007 voor zorg van bij de LVE aangesloten eerstelijnspsychologen gemiddeld 14,4 dagen bedraagt (ten opzichte van 13,2 dagen in 2006).

De gegevens over de gemiddelde wachttijden uit de drie bronnen (Trimbos/wachtlijstregistratie van GGZ Nederland, LVE en de metingen van BMC/SGBO bij zowel cliënten als zorgaanbieders) komen niet met elkaar overeen. Dit kan worden verklaard door het feit dat de definities voor wachttijden op verschillende manieren geïnterpreteerd kunnen worden. Daarnaast zijn de gegevens uit de drie bronnen op verschillende momenten gemeten (Trimbos: begin 2007, LVE: hele jaar 2007, periodieke meting geneeskundige ggz: eind 2008). Het was helaas niet mogelijk om recentere gegevens van de wachttijden voor cliënten in de ggz-sector te achterhalen, zodat er een goede vergelijking zou kunnen worden gemaakt.

²² Bron: NZA beleidsregel CA-270.

²³ Bron: Hilderink, I. en Land, van 't H., ggz in tabellen 2007, Trimbos-instituut, Utrecht, 2008.

²⁴ Bron: jaarbericht 2007, LVE.

Zorg tussen wal en schip

Op de vraag of er bepaalde producten zijn die niet meer gecontracteerd worden of waarvoor geen budgetafspraken meer worden gemaakt, hebben 194 respondenten antwoord gegeven. Genoemde vormen van zorg zijn: diagnostiek, overleg met familie, bedrijfsarts en dergelijke, huisbezoeken (worden vergoed als normaal consult), mensen die hun afspraak niet nakomen (no-show-cliënten), EMDR²⁵, dienstverlening aan andere instellingen zoals verpleeghuizen en laagdrempelige opvang, ouderoverleg bij kindertherapie, dubbele sessies, begeleiding uitbehandelde chronische cliënten, cotherapie in de systeemtherapie voor complexe gezins- en relatietherapie met comorbiditeit bij een of meerdere gezinsleden, groepstraining met andere discipline, verlengde zittingen, overbrugging (wachttijd)behandeling tweede/derde lijn ego-supportief. Het merendeel van de genoemde vormen van zorg blijkt wel in de DBC gedeclareerd te kunnen worden, maar het lijkt het erop dat nog niet alle aanbieders van tweedelijns-ggz hiervan op de hoogte zijn.

Uit de gegeven antwoorden door de zorgaanbieders komt het beeld naar voren dat de vrijgevestigde aanbieders van tweedelijns-ggz nog onvoldoende op de hoogte zijn van wat sinds de overheveling gecontracteerd kan worden door zorgverzekeraars. Dit kan duiden op onvolledige of onduidelijk communicatie over de te contracteren producten vanuit het rijk en zorgverzekeraars of de beroepsgroep is niet (meer) in staat om alle wijzigingen rondom de te contracteren producten bij te houden.

De eerstelijnspsychologische zorg kan worden gedeclareerd op basis van de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen eerstelijnspsychologische zorg'. Een aantal van de genoemde punten is hier wel degelijk een probleem. Dit hangt met name samen met de bepaling dat er per dag maar één prestatie per cliënt kan worden gedeclareerd.

Ook kan de zorg aan uitbehandelde chronische cliënten in de praktijk knelpunten opleveren, omdat deze zorgvorm door ggz-zorgaanbieders overgeheveld moet worden naar de AWBZ, wat niet altijd mogelijk is omdat er voor de AWBZ-zorg wachtlijsten kunnen zijn, waardoor er geen doorstroom plaatsvindt van cliënten van de geneeskundige zorg naar AWBZ-zorg.

Toe- en uittreding zorgaanbiedersmarkt

Gegevens over toe- en uittreding op de ggz-zorgaanbiedersmarkt heeft de Nza enkel over bestaande gebudgetteerde ggz-instellingen en niet over de nieuwe zorgaanbieders ggz. Ggz-instellingen die vóór 2008 zijn toegelaten konden worden gebudgetteerd; vanaf 2008 konden er geen nieuwe ggz-instellingen meer gebudgetteerd worden.

²⁵ EMDR staat voor 'Eye Movement Desensitization and Reprocessing'. Dat is een kortdurende behandelmethode om akelige ervaringen te verwerken. Het is een relatief nieuwe therapie, bedoeld voor mensen die klachten houden na het meegemaakt hebben van ingrijpende gebeurtenissen (Bron: Vereniging EMDR Nederland, www.emdr.nl).

Gegevens over toe- en uittreding op de zorgaanbiedersmarkt zijn voor de periodieke meting geneeskundige ggz niet te kwantificeren. Wel kan uit de open antwoorden van de enquête worden opgemerkt dat redelijk wat vrijgevestigden aangeven dat zij als vrijgevestigde ggz-zorgaanbieder willen stoppen of een DBC-vrije praktijk willen starten zonder contracten met zorgverzekeraars af te sluiten. Binnen het kader van deze periodieke meting geneeskundige ggz is het niet mogelijk om deze gegevens verder te onderzoeken. Wel zou het voor een volgende meting interessant zijn om na te gaan of er een verband is tussen toe- en uittreding ggz-zorgaanbieders en stijging van de ggz-zorgvraag en hoe de toe- en uittreding ggz-zorgaanbieders verspreid is over de verschillende provincies van Nederland.

5.5 Perspectief vanuit de zorgverzekeraars

Wachtlijsten kunnen het verkrijgen van de benodigde zorg belemmeren. Zorgverzekeraars kunnen een actieve rol spelen door als bemiddelaar op te treden tussen de cliënt en de zorginstellingen. Op de vraag of de zorgverzekeraars deze vorm van wachtlijstbemiddeling aan hun cliënten aanboden reageert 83,3% met 'ja'. Bijna 17% van de respondenten geeft aan geen wachtlijstbemiddeling aan te bieden.

Daarnaast is het van belang dat de verzekeraar voldoende zorg inkoop. Op de vraag of de verzekeraar voldoende in beeld heeft wat de omvang van de behoefte aan geneeskundige ggz is, antwoordt de helft van de verzekeraars bevestigend. De andere helft van de respondenten heeft dit beeld niet (8,3%) of weet het niet (41,7%).

5.6 Conclusie

De informatie over de toegankelijkheid van de eerstelijns en tweedelijns geneeskundige ggz is niet eenduidig. Het beeld dat ontstaat uit de beantwoording van de cliënten is rooskleuriger dan dat van de zorgaanbieders. Vanwege het kleine aantal cliënten in dit onderzoek moeten wij voorzichtig met dit beeld omgaan. Zowel ggz-instellingen als vrijgevestigde zorgaanbieders, in zowel eerste als tweede lijn geven aan wachtlijsten te hebben. De wachttijden voor eerstelijnspsychologische zorg bij ggz-instellingen zijn langer dan die bij de vrijgevestigde zorgaanbieders. Het bestaan van wachtlijsten voor de eerstelijnspsychologische zorg kan aangeduid worden als een drempel die de toegankelijkheid vermindert. De helft van de zorgverzekeraars heeft onvoldoende beeld van de omvang van de behoefte aan geneeskundige ggz.

Voor een deel van de cliënten (28%) is sprake van het bestaan van een financiële drempel. Zij hebben aangegeven te zullen stoppen na de eerste acht sessies eerstelijnspsychologische zorg als zij die zelf moeten betalen omdat zij niet aanvullend verzekerd zijn.

Ten slotte kan er worden opgemerkt dat de toegankelijkheid belemmerd wordt doordat zorgaanbieders er nog niet volledig van op de hoogte zijn welke zorgvormen wel of niet vergoed worden binnen de DBC-systematiek.

Hoofdstuk 6

Betaalbaarheid/financiën

6.1 Wat is betaalbaarheid/financiën?

Onder 'betaalbaarheid' verstaan wij de betaalbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg voor cliënten en zorgverzekeraars. Tevens kijken wij naar de financiële positie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

6.2 Algemeen beeld betaalbaarheid/financiën

Van de bevroegde onderwerpen - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid/financiën - is dit het onderwerp waarbij met name de zorgaanbieders knelpunten ervaren. Het merendeel van de zorgaanbieders verwacht dat hun inkomsten in 2008 zullen dalen ten opzichte van 2007. Eenderde van de ggz-instellingen zegt dat de financiële situatie van de instelling er aan het eind van 2008 slecht uit ziet, tegenover 13% die zegt dat de financiële situatie er goed uit ziet. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders zegt 30% dat de financiële situatie er aan het eind van het jaar slecht uit ziet, tegenover 29% die zegt dat die goed is.

Het merendeel van de ggz-instellingen (71%) en van de vrijgevestigde zorgaanbieders (52%) verwacht dat de inkomsten (opbrengst minus kosten) in 2008 licht of sterk afnemen in vergelijking met 2007.

Iets minder dan de helft van de cliënten (48%) is tevreden tot zeer tevreden met de vergoeding die zij krijgen voor geestelijke gezondheidszorg. Voor 28% van de cliënten zouden de kosten een reden zijn om met de behandeling te stoppen als deze langer duurt dan het aantal in het basispakket opgenomen sessies. Ruim een kwart van de cliënten vindt dat de polis duidelijker zou moeten zijn over welke kosten zij vergoed krijgen. De eigen bijdrage ggz wordt door 42% van de zorgverzekeraars vergoed vanuit het aanvullende verzekeringspakket. De helft van de zorgverzekeraars geeft aan dit niet te doen.

Een aanzienlijk deel van de ggz-instellingen (46%) verwacht dat de omzet in 2008 toeneemt ten opzichte van 2007, terwijl een kwart verwacht dat de omzet afneemt. Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders verwacht de meerderheid (38%) juist dat de omzet in 2008 afneemt ten opzichte van de omzet in 2007, terwijl iets meer dan een kwart verwacht dat de omzet gelijk blijft.

Financiële problemen aan de kant van de vrijgevestigde zorgaanbieders worden veroorzaakt door een mix van factoren, waarbij sommige factoren specifiek voor de zorgaanbieders in de eerstelijns- danwel tweedelijns-ggz gelden en andere factoren opgaan voor alle vrijgevestigden. Specifiek voor de eerstelijns-zorgaanbieders geldt dat het declaratieverkeer in 2008 zeer laat op gang is gekomen, waardoor onderregistratie is ontstaan, dat zij lagere tarieven ontvangen hebben van de verzekeraars en/of onvoldoende vergoeding krijgen voor bepaalde posten (bijvoorbeeld langer durende sessies, overleg).

Specifiek voor de vrijgevestigde tweedelijnszorgaanbieders is dat zij de kosten en behandelingen langdurig hebben moeten voorschieten vanwege de DBC-systematiek. Voor alle vrijgevestigde zorgaanbieders geldt dat zij te maken hebben gekregen met hogere investeringskosten (computer, software, incassobureau) en administratiekosten.

6.3 Perspectief vanuit de cliënten

In 2008 is er voor cliënten een eigen bijdrage per zitting verschuldigd in geval van eerstelijns-ggz en tweedelijns psychotherapie. Bij de eigen bijdrage wordt een onderscheid gemaakt tussen de eigen bijdrage in de eerste lijn en de eigen bijdrage voor psychotherapie in de tweede lijn. De eigen bijdrage in de eerste lijn is lager dan die in de tweede lijn, respectievelijk € 10,— (met een maximum van € 80,—) en € 15,60 per zitting, met een maximum van € 702,— per jaar. De eigen bijdrage ggz kan door de verzekeraars worden vergoed vanuit het aanvullende verzekeringspakket. Uit de enquête onder zorgverzekeraars blijkt 41,7% de eigen bijdrage ggz vanuit hun aanvullende verzekeringspakket te vergoeden en 50% van de zorgverzekeraars geeft aan dit niet te doen. Uit het jaarbericht 2007 van de LVE blijkt dat in 2007, toen de eerstelijnspsychologische zorg nog niet was opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeraar, 18% van de cliënten de behandeling eerstelijnspsychologische zorg helemaal vergoed kreeg, 70% van de cliënten gedeeltelijke vergoeding kreeg en 5% van de cliënten de hulp zelf betaalde. Nu vanaf 2008 acht sessies eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket zijn opgenomen, lopen cliënten alsnog het risico dat zij niet de gehele behandeling van hun zorgverzekeraar vergoed krijgen, indien de betreffende zorgaanbieder geen contract heeft afgesloten met de zorgverzekeraar van de cliënt.

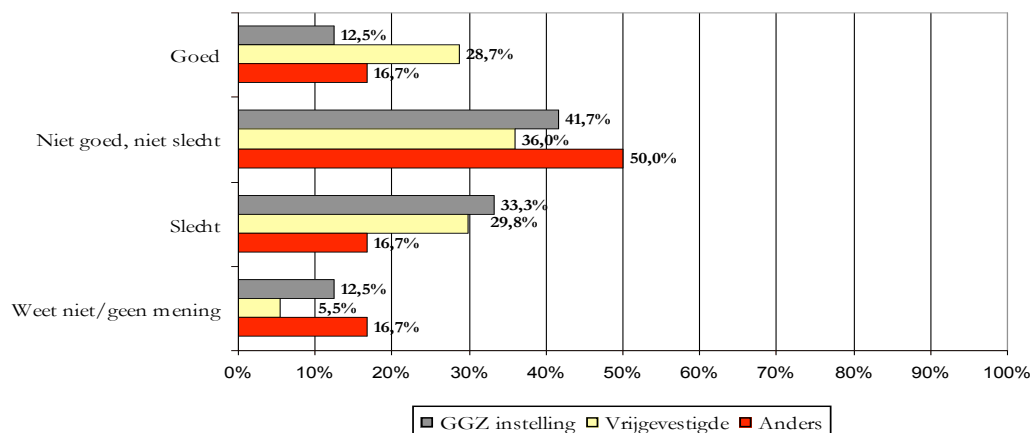
6.4 Perspectief vanuit de zorgaanbieders

Financiële situatie zorgaanbieders

Eenderde van de ggz-instellingen zegt dat de financiële situatie van de instelling er aan het eind van 2008 slecht uit ziet, tegenover 12,5% die zegt dat de financiële situatie er goed uit ziet. Van de vrijgevestigden zegt 29,8% dat de financiële situatie er aan het eind van het jaar slecht uit ziet tegenover 28,7% die zegt dat die goed is.

Vooraf vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en klinisch psychologen signaleren financiële problemen voor hun praktijk; respectievelijk 60,7%, 44,8% en 34,4% denkt dat hun financiële situatie aan het eind van 2008 er slecht uit ziet.

Figuur 9. Hoe denken zorgaanbieders dat de financiële situatie van hun praktijk/instelling eruitziet aan het eind van 2008?



In bijlage 1 is bovenstaande grafiek opgenomen met daarin de uitsplitsing naar type vrijgevestigde zorgaanbieder.

Uit een enquête²⁶ gehouden door de NVvP onder zelfstandig gevestigde psychiaters blijkt dat voor de vrijgevestigde psychiaters geldt dat de gedeclareerde omzet 2008 (stand per 1 juni 2008) gemiddeld 27,4% bedraagt van de gedeclareerde omzet 2007 (inclusief eigen bijdrage en vrijwaring). Ter overbrugging heeft 23,3% van de psychiaters een krediet aangevraagd, waarvoor de gemiddelde rente 7,9% bedraagt.²⁷ Ook geeft de helft van de psychiaters (57,7%) aan dat hun praktijk in de financiële problemen zit. Ruim een op de drie verwacht over een half jaar tot een jaar te moeten stoppen met de eigen praktijk (37,8%) en bijna een op de vijf geeft aan dat de eigen praktijk gesloten wordt binnen een tot vijf maanden.²⁸

Uit een enquête onder leden van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP)²⁹ blijkt dat de psychologen en psychotherapeuten gemiddeld rond de € 16.000,- tekort komen en dat het totale tekort uitkomt op circa € 2 miljoen. Iets meer dan de helft van de respondenten heeft het tot nu toe opgelost door spaargeld aan te spreken. Er is een lening afgesloten door 8,8% van de respondenten, met een gemiddelde van circa € 26.500,—. Op de vraag hoe lang het geldtekort overbrugd kan worden, komt als gemiddelde termijn naar voren 3,9 maanden.

²⁶ Bron: uitslag enquête ZGP en DBCC, NVvP, juni 2008.

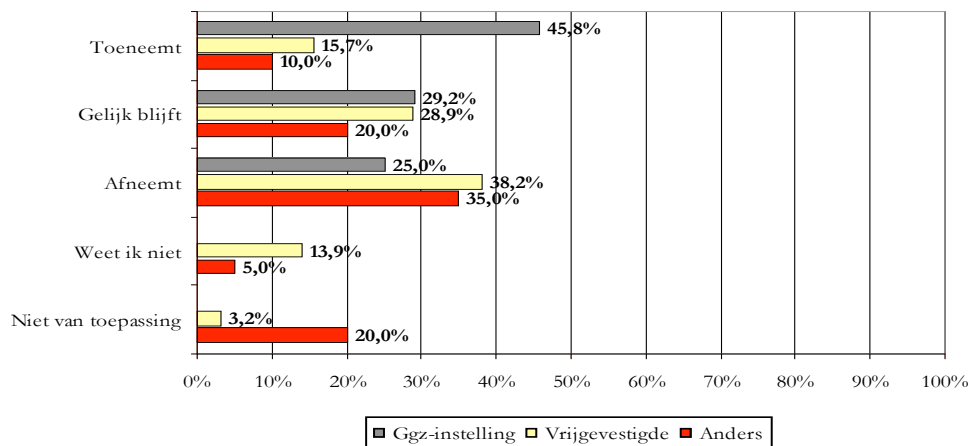
²⁷ Bron: verslag Enquête gehouden onder Zelfstandig Gevestigde Psychiaters, NVvP, juni 2008, pagina 8.

²⁸ Bron: verslag Enquête gehouden onder Zelfstandig Gevestigde Psychiaters, NVvP, juni 2008, pagina 8.

²⁹ Bron: uitslag Enquête onder leden de Nederlandse Vereniging van Psychologen en Psychotherapeuten, juni 2008.

Het merendeel van de gecontracteerde zorgaanbieders zegt een lager tarief te krijgen dan vorig jaar ontvangen; een klein deel geeft aan een hoger tarief te krijgen dan vorig jaar en dat gaat op voor bijna de helft van de zorgverzekeraars.

Figuur 10. Verwachting of omzet in 2008 toeneemt, gelijk blijft of afneemt



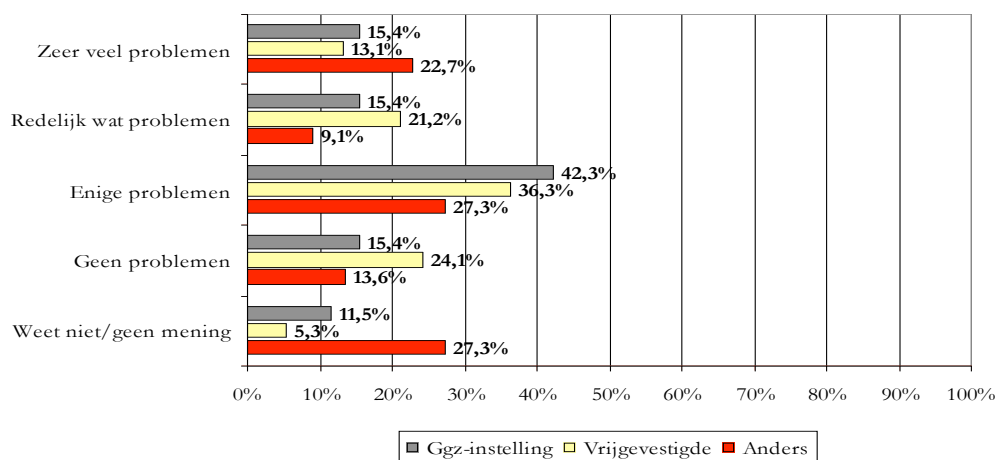
In bijlage 1 is bovenstaande grafiek opgenomen met daarin de uitsplitsing naar type vrijgevestigde zorgaanbieder.

Bijna de helft van de ggz-instellingen (45,8%) verwacht dat de omzet in 2008 toeneemt ten opzichte van die in 2007, terwijl een kwart verwacht dat de omzet afneemt.

Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders verwacht een aanzienlijk deel (38,2%) dat de omzet in 2008 juist afneemt ten opzichte van de omzet in 2007, terwijl iets meer dan een kwart verwacht dat de omzet gelijk blijft. Een groter percentage vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychologen en vrijgevestigde psychologen verwacht dat de omzet in 2008 toeneemt ten opzichte van de omzet in 2007, terwijl meer vrijgevestigde psychiaters, vrijgevestigde klinisch psychologen en vrijgevestigde psychotherapeuten verwachten dat de omzet in 2008 afneemt ten opzichte van 2007.

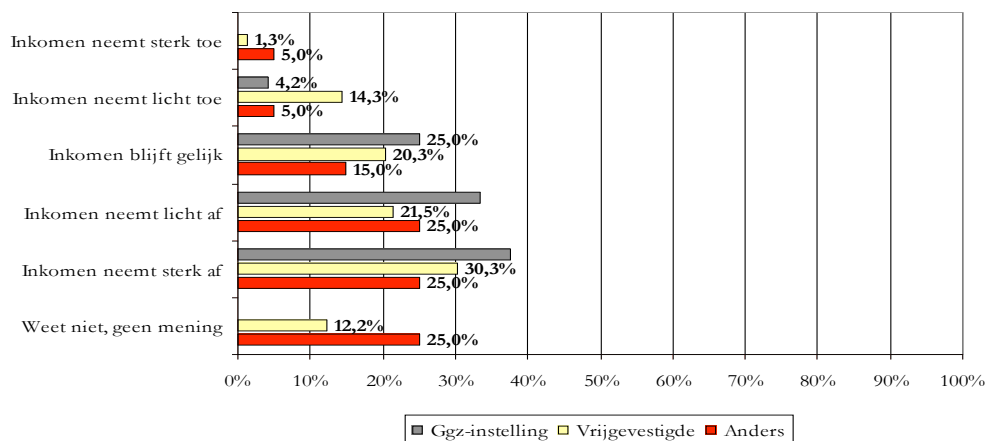
Een minderheid van de zorgaanbieders, zowel ggz-instellingen als vrijgevestigde zorgaanbieders, ervaart geen problemen bij het innen van het bedrag dat een cliënt verschuldigd is voor de eigen bijdrage of rekening; respectievelijk 15,4% en 24,1%. Het merendeel ervaart enige problemen of zelfs zeer veel of redelijk wat problemen.

Figuur 11. In welke mate ervaart aanbieder problemen bij het innen bij cliënten van eigen bijdrage, eigen risico of rekening (restitutie).



Uit een enquête van de NVvP³⁰ onder zelfstandig gevestigde psychiaters (stand medio 2008) blijkt dat in totaal 58,4% van de psychiaters declareert bij zorgverzekeraars. Van hen heeft 61,4% wel eens betalingen ontvangen van zorgverzekeraars en 38,6% nog nooit. Ook geeft een kwart van de psychiaters aan te declareren bij de cliënt. Iets meer dan de helft van deze groep (35 psychiaters) ervaart problemen bij het declareren, waarbij cliënten vooral te laat betalen.

Figuur 12. Verwacht de aanbieder dat het inkomen (opbrengsten minus kosten) in 2008 in vergelijking met 2007 af- of toeneemt?



In bijlage 1 is bovenstaande grafiek opgenomen met daarin de uitsplitsing naar type vrijgevestigde zorgaanbieder.

³⁰ Verslag Enquête gehouden onder Zelfstandige Gevestigde Psychiaters (ZGP) door NVvP, juni 2008, pagina 5 en 7.

Binnen de groep vrijgevestigde zorgaanbieders zijn het vooral de psychiaters die verwachten dat het inkomen sterk afneemt (55,6%), gevolgd door de psychotherapeuten, van wie 42,3% verwacht dat het inkomen sterk afneemt en de vrijgevestigde klinisch psychologen, van wie 35,5% dit verwacht. Dat het inkomen licht of sterk zal stijgen verwacht 26,7% van de vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychologen, 19,6% van de vrijgevestigde psychologen, 19,3% van de vrijgevestigde klinisch psychologen, 10,6% van de psychotherapeuten en 4,6% van de vrijgevestigde psychiaters.

Een groot deel van de ggz-instellingen (70,8%) geeft aan dat de uiteindelijk gedeclareerde kosten via DBC's achterblijven bij het afgesproken budget, en een klein deel (16,7%) verwacht meer te declareren. Bij de vrijgevestigden weet het merendeel (68,6%) niet of het jaarbudget meer of minder is dan de uiteindelijk gedeclareerde kosten via DBC's.

Ggz-instellingen ontvangen gemiddeld van drie zorgverzekeraars voorschotten, terwijl het gemiddelde bij vrijgevestigden één is. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders ontvangt een minderheid een voorschot, uiteenlopend van 25,7% van de vrijgevestigde psychiaters, 25,4% van de psychotherapeuten, 16,1% van de vrijgevestigde klinisch psychologen, 7,1% van de vrijgevestigde psychologen en 7,1% van de vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychologen. Het percentage vrijgevestigde zorgaanbieders dat zegt geen voorschot te ontvangen ligt tussen 69,7% en 72,1%. Wat wij hierbij niet weten is of die voorschotten wel of niet zijn aangevraagd. Inmiddels is er een noodvoorschotvoorziening waar zorgaanbieders (zowel instellingen als vrijgevestigden) gebruik van kunnen maken, zodat de continuïteit van de zorg aan cliënten gewaarborgd kan blijven.

Uit het verslag van de NVvP-enquête³¹ blijkt dat van de 67 psychiaters (71,6%) die voorschotten hebben aangevraagd, het merendeel (71,6%) een voorschot ontvangt en 28,4% niet.

Verrekenpercentages en productieafspraken

De zogenoemde gebudgetteerde aanbieders hebben in januari 2008 de eerste rekenstaat 2008 ontvangen. Kort daarna is een tweede rekenstaat verstuurd, waarin een voorlopig verrekenpercentage is berekend ter compensatie van kapitaalslasten en indexeringsverschillen van de beleidsregelbedragen ten opzichte van de DBC-productstructuur. De rekenstaten dienden voor partijen als vertrekpunt voor de productieafspraken 2008.

Op basis van de nu verwerkte budget- en mutatieformulieren kan voorlopig worden gesteld dat er een toename is van circa 8% (inclusief index) van het overgehevelde budget uit de AWBZ. Hier zitten de afspraken met vrijgevestigde zorgaanbieders niet in.

³¹ Bron: verslag Enquête gehouden onder Zelfstandig Gevestigde Psychiaters (ZGP), juni 2008.

Overgeheveld budget van AWBZ naar ZVW	x € miljoen
Overgeheveld exclusief indexering 2008	circa 2.910
Afspraken 2008 inclusief index	circa 3.146
Afspraken exclusief index	circa 3.009
Toename inclusief index	circa 236

Na afloop van 2008 wordt het budget van de aanbieder opnieuw berekend op basis van de werkelijke productie. Het alsdan berekende budget zal dienen als zeker gestelde inkomsten (bekostiging) van de aanbieder, met dien verstande dat het budget moet worden geïnd door de declaratie van DBC's. Indien de DBC's een lagere of hogere omzet genereren, zal het financieringstekort of overschot in 2008 worden afgerekend met de verzekeraars. Voor het jaar 2009 geldt dan een nieuw verrekenpercentage, dat alleen betrekking heeft op het jaar 2009. De definitieve vaststelling van het financieringstekort of overschot in 2008 zal plaatsvinden vanaf maart 2009 op basis van de definitieve afrekening.

Totale lasten ggz

In het kwartaalbericht *Zorgcijfers 2008-1*³² van het CVZ staat vermeld dat de lasten voor de ggz in de periode 2002 - 2007 toenemen met gemiddeld 5,9% per jaar tot € 4,3 miljard³³ in 2007. Met dat bedrag blijft de ggz de kleinste sector binnen de AWBZ. Wij zien de groei vertragen, van 9,1% in 2003 tot 2,5% in 2007. De gematigde groei in 2007 heeft te maken met de verplaatsing van de kostenpost Forensische psychiatrie naar de begroting van het ministerie van Justitie en de overheveling van de ggz-subsidies naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zonder deze beide overhevelingen zou het groeipercentage voor 2007 rond de 7% liggen. Intramuraal groeit Beschermd Wonen sterk (16% meer verpleegdagen), extramuraal zit de grootste groei, in absolute termen, bij ggz-contacten met volwassenen.³⁰

Administratieve lasten

Op een enkele uitzondering na zeggen alle ggz-instellingen (95,8%) en vrijgevestigde zorgaanbieders (85,9%) en anders (83,3%) dat zij meer tijd aan de administratie hebben besteed dan in dezelfde periode vorig jaar. Ggz-instellingen hebben aangegeven gemiddeld 12 minuten meer tijd per cliënt per week te hebben besteed en de vrijgevestigde zorgaanbieders 25 minuten meer tijd per cliënt per week. In bijlage 1 is een grafiek opgenomen waarin wordt getoond of zorgaanbieders in de eerste helft van 2008 meer tijd aan hun administratie moeten besteden in vergelijking met de eerste helft van 2007.

³² Bron: *Zorgcijfers kwartaalbericht vierde kwartaal 2007*, College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Diemen.

³³ Het bedrag 4,3 miljoen heeft alleen betrekking op gebudgetteerde ggz, nog zonder PGB-uitgaven. Het uiteindelijke bedrag kan dus hoger uitvallen.

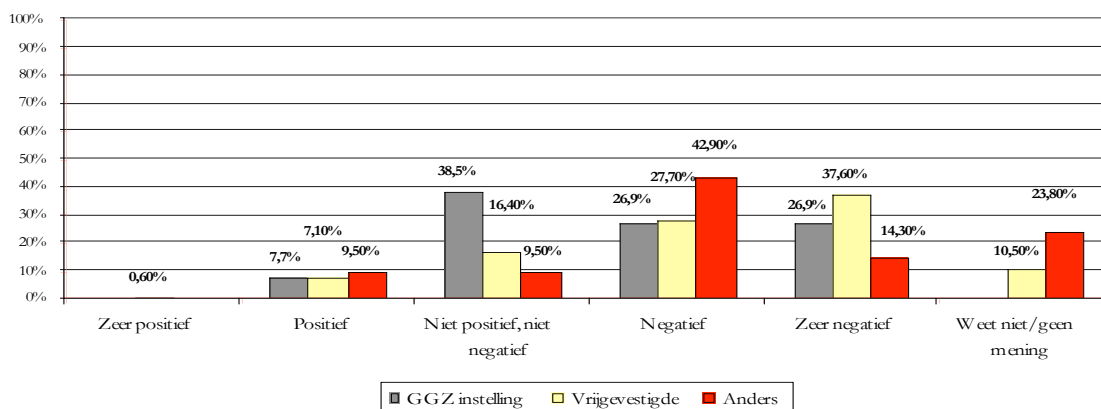
Bijna alle psychiaters die meededen aan de enquête van de NVvP (98,2%) zeggen dat de administratieve belasting is vergroot. Dit is in vrijwel alle gevallen ten koste gegaan van hun vrije tijd en in tweederde van de gevallen ook ten koste van hun omzet.³⁴ Tussen de verschillende disciplines doen zich geen grote verschillen voor. Van de vrijevestigden geven meer psychiaters (92,5%) dan andere vrijevestigden aan meer tijd kwijt te zijn aan de administratie. De gemiddelde extra tijd die vrijevestigden aan administratie kwijt zijn is het hoogst bij de vrijevestigde psychotherapeuten, namelijk: 31 minuten per cliënt per week.

De toegenomen administratieve belasting zoals die ervaren wordt door alle categorieën zorgaanbieders kan onder andere verband hebben met: het aantal zorgverzekeraars met wie zij contracten hebben afgesloten (en de verschillende administratieve werkwijzen van de zorgverzekeraars met wie zij een contract hebben), het aanvragen van voorschotten, registraties in DBC's en het nabellen voor facturen.

De 751 vrijevestigde zorgaanbieders hebben in totaal 10.064 contracten afgesloten met zorgverzekeraars, hetgeen neerkomt op een gemiddelde van dertien contracten per vrijevestigde zorgaanbieder. De 27 ggz-instellingen hebben in totaal 109 contracten afgesloten, wat neerkomt op een gemiddelde van vier contracten per instelling.

Gevraagd naar de ervaringen met het gebruik van DBC's zegt het merendeel van zowel de instellingen als de vrijevestigde zorgaanbieders negatief tot zeer negatief te zijn. Dat geldt voor 53,8% van de instellingen en voor 65,3% van de vrijevestigde zorgaanbieders. Gemiddeld 7% van zowel de instellingen als de vrijevestigden zegt positief te zijn.

Figuur 13. Wat zijn de ervaringen van zorgaanbieders met het gebruik van DBC's in het declaratieverkeer?



³⁴ Verslag Enquête gehouden onder Zelfstandig Gevestigde Psychiaters, NVvP, juni 2008, pagina 7.

Zorgvolume

Ongeveer de helft van de ggz-instellingen en de vrijgevestigde zorgaanbieders zegt dat het aantal cliënten dat zich heeft aangemeld gelijk is gebleven vergeleken met dezelfde periode vorig jaar. Het aantal cliënten dat zich heeft aangemeld is toegenomen, zegt 34,8% van de instellingen en 30,5% van de vrijgevestigde zorgaanbieders.

Binnen de groep vrijgevestigde zorgaanbieders zijn het vooral de vrijgevestigde psychologen en kinder- en jeugdpsychologen die een toename constateren, respectievelijk 35,2% en 34,3%. Bij de vrijgevestigde klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters zijn de percentages respectievelijk: 27,9%, 24,9% en 15,9%. De gemiddelden van het aantal cliënten dat zich meer heeft aangemeld varieert tussen 70 bij vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychologen en 25 bij vrijgevestigde psychiaters.

Alle 27 ggz-instellingen hebben productieafspraken gemaakt met zorgverzekeraars voor het leveren van geneeskundige tweedelijns-ggz. Voor 17 instellingen (63%) geldt dat zij alleen productieafspraken hebben voor het leveren van tweedelijns-ggz en voor tien ggz-instellingen (48,1%) dat zij zowel productieafspraken hebben voor het leveren van geneeskundige eerstelijns- als voor tweedelijns-ggz.

Niet alle vrijgevestigde zorgaanbieders hebben een contract gesloten met een zorgverzekeraar. In totaal hebben 751 van de 920 vrijgevestigde zorgaanbieders (82%) een of meerdere contracten afgesloten met zorgverzekeraars en 169 vrijgevestigde zorgaanbieders (18%) hebben dat niet gedaan.

De redenen van respondenten om geen contracten af te sluiten, zo blijkt uit de beantwoording van de open vraag, zijn: te veel administratieve rompslomp, schending privacy cliënten, te lage tarieven, eigen baas willen blijven, niet BIG-geregistreerd zijn.

Eenderde van de ggz-instellingen heeft antwoord gegeven op de vraag bij hoeveel zorgverzekeraars, buiten de gecontracteerde zorgverzekeraars, zij declaraties indienen. Het antwoord varieert van vijf (33,3%) tot 'meer dan tien zorgverzekeraars' (44,4%).

Iets meer dan een kwart van de vrijgevestigde zorgaanbieders heeft deze vraag beantwoord; het antwoord varieert van een (34,9%) tot 'meer dan tien' (18,8%).

In hun oordeel over de bewaking van het zorgvolume door de verzekeraar scoren de ggz-instellingen beduidend negatiever dan de vrijgevestigde zorgaanbieders: 34,6% van de ggz-instellingen zegt daarover ontevreden te zijn en 11,5% zeer ontevreden. Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders zijn deze percentages respectievelijk 4,8% ontevreden en 11% zeer ontevreden.

Toegankelijkheid eerstelijns-ggz

Door het overhevelen van de geneeskundige ggz van de AWBZ naar de Zvw zou de toegankelijkheid van de eerstelijns-ggz vergroot moeten worden en zou er een verschuiving kunnen gaan optreden van de tweedelijns-ggz naar de eerstelijns-ggz. Aangezien de periodieke meting geneeskundige ggz voor de eerste keer wordt uitgevoerd kunnen die beoogde ontwikkelingen nog niet met zekerheid worden bevestigd. Maar uit de gegeven antwoorden van de zorgaanbieders op de enquêtevragen blijkt wel dat zij een toename van het aantal cliënten constateren.

6.5 Perspectief vanuit de zorgverzekeraars

Het declareren van DBC's verloopt weliswaar steeds beter, zoals ook blijkt uit de cijfers die de projectorganisatie DBC ggz heeft gevraagd aan Vecozo, maar blijft, uitgaande van de derde rapportage lasten ggz van het CVZ qua omvang toch nog aanzienlijk achter bij de totaal verwachte lasten door de verzekeraars.

Uit de Vecozo-rapportage van 26 november 2008 blijkt dat er een stijging is te zien in het aantal declaratieberichten dat is ingediend (van 21 in januari 2008 naar 13.828 in oktober 2008) en dat is afgehandeld (van 5 in januari 2008 naar 11.142 in oktober 2008). Daarnaast laat de gemeten daling in de verwerkingstijd in dagen, van 39 dagen in januari 2008 naar 3 dagen medio november 2008, zien dat men steeds meer bedreven raakt in het verwerkingproces.

Dat het declaratieverkeer langzaam op gang komt, heeft vooral te maken met het feit dat 2008 een overgangsjaar is. Omdat de DBC's pas na afsluiting gedeclareerd kunnen worden, is de verwerking en de kasstroom verplaatst naar het einde van het behandeltraject.

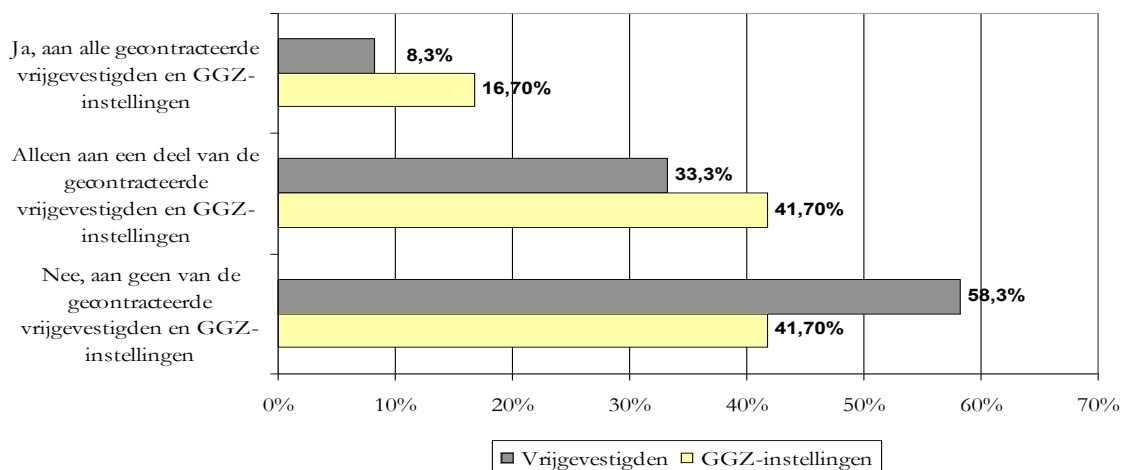
Ondanks het positieve nieuws dat het declaratieverkeer toeneemt en de aanloopproblemen in de verwerking lijken te verminderen is, uitgaande van de derde rapportage lasten ggz van het CVZ, het grootste deel van de DBC's nog niet gedeclareerd. Uit de cijfers van de rapportage van het CVZ³⁵ die betrekking heeft op de periode januari tot en met september, blijkt dat de verzekeraars nog 89% van de cumulatieve lasten via een balanspost inschatten (hierin zijn ook de voorschotbedragen opgenomen). Slechts in totaal 11% van de genoemde bedragen baseren de verzekeraars zich op een daadwerkelijke uitkering. Dit doet vermoeden dat het grootste deel van de declaraties nog niet verwerkt is.

Op het moment dat het declaratieverkeer stagneert is het natuurlijk van groot belang dat de instelling of vrijgevestigde anderszins de beschikking krijgt over liquide middelen. Een van de belangrijkste methoden om te komen aan liquide middelen is het verkrijgen van een voorschot van de verzekeraar. Uit de enquête blijkt deze weg echter niet voor een ieder te bewandelen. Vijf verzekeraars zeggen ten tijde van het onderzoek de ggz-instellingen geen voorschotten te verstrekken en nog eens vijf zeggen dit slechts voor een deel te doen. Inmiddels is bestuurlijk afgesproken dat alle verzekeraars voorschotten verstrekken.

³⁵ Derde rapportage lasten ggz, CVZ 1 december 2008.

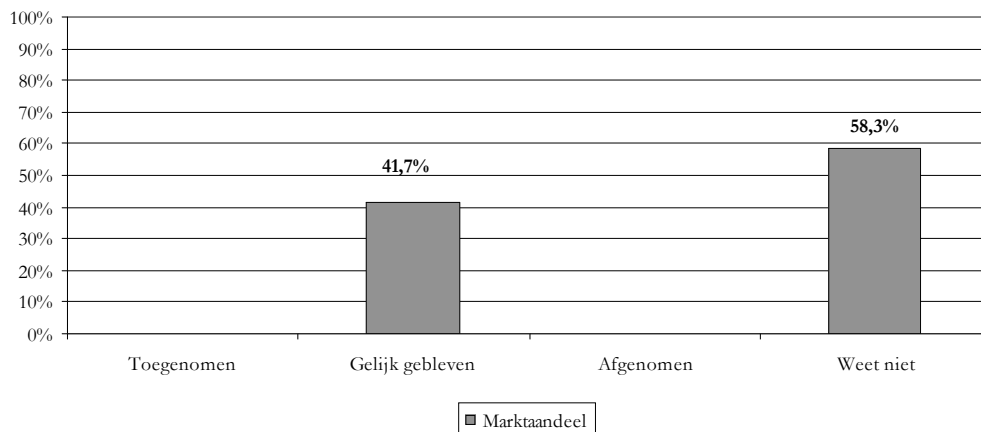
Voor de vrijgevestigden is dit beeld niet positiever. Niet alle gecontracteerde vrijgevestigde zorgverleners kunnen rekenen op bevoorschotting van de te leveren zorg. Van de verzekeraars geeft 58,3% aan, aan geen van de gecontracteerde vrijgevestigden een voorschot te verstrekken, terwijl 41,6% aangeeft dit wel te doen aan alle (8,3%) danwel een deel (33,3%) van de gecontracteerde vrijgevestigden. De effecten van de noodvoorschotregeling zijn in dit onderzoek niet meegenomen.

Figuur 14. Verstrekken zorgverzekeraars een voorschot aan zorgaanbieders?

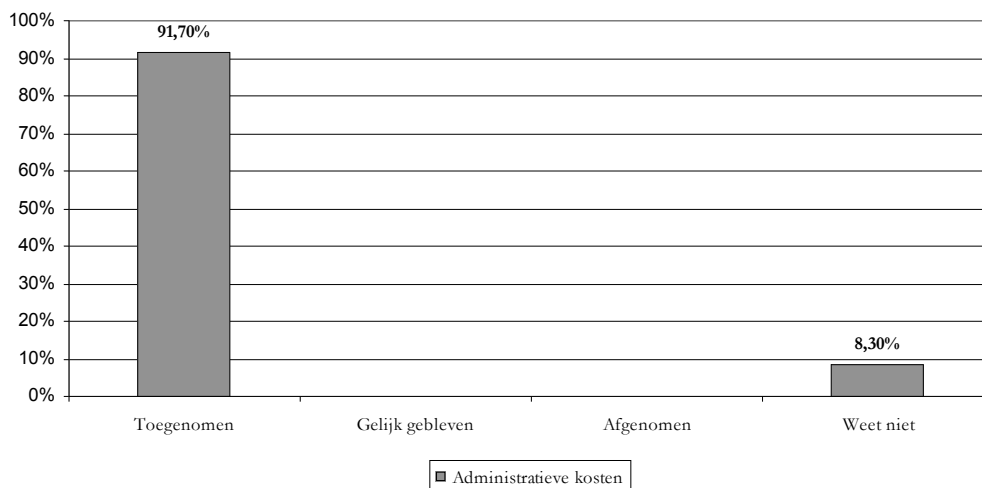


De zorgverzekeraars zijn het in hoge mate met elkaar eens dat de administratieve kosten (91,7%) en de beheerkosten (83,3%) zijn toegenomen als gevolg van de overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zvw. De respondenten zien geen van allen een positief effect van de overheveling op hun marktaandeel. 41,7% is van mening dat het marktaandeel gelijk blijft terwijl 58,3% aangeeft het niet te weten.

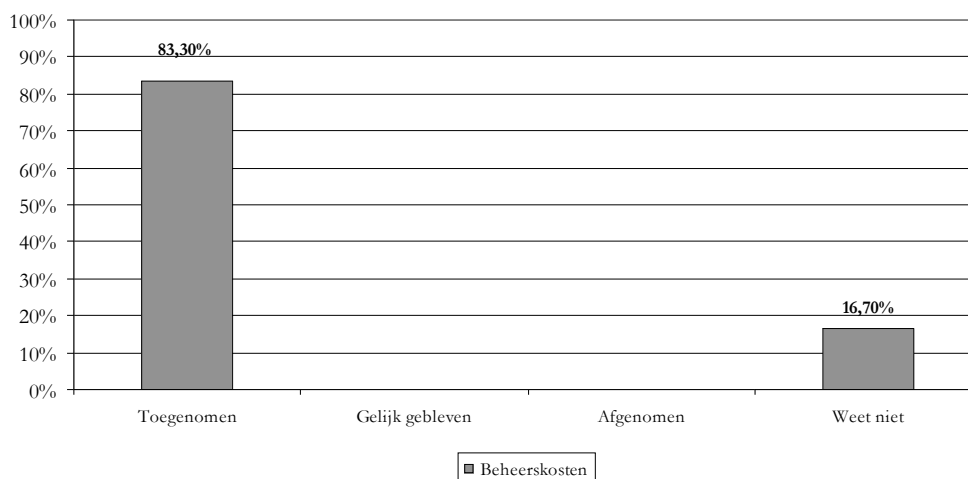
Figuur 15. Wat betekent de overheveling van de geneeskundige ggz voor de zorgverzekeraars met betrekking tot marktaandeel?



Figuur 16. Wat betekent de overheveling van de geneeskundige ggz voor de zorgverzekeraars met betrekking tot administratieve lasten?



Figuur 17. Wat betekent de overheveling van de geneeskundige ggz voor de zorgverzekeraars met betrekking tot beheerskosten?

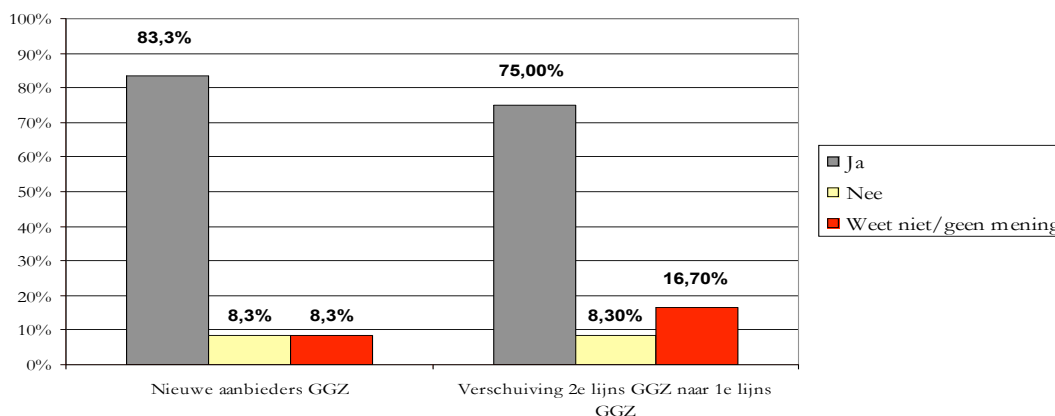


Hoewel de zorgverzekeraar bepalend is voor de inkoop van het juiste volume aan zorg, heeft, zoals eerder gesteld, niet elke verzekeraar voldoende beeld van de omvang van de zorgbehoefte aan geneeskundige ggz. De helft van de verzekeraars zegt dit beeld te hebben. De andere helft van de respondenten heeft dit niet (8,3%) of weet het niet (41,7%).

Driekwart van de respondenten maakt budgetafspraken met gemiddeld 33 ggz-instellingen, tien respondenten hebben gemiddeld 1.631 vrijgevestigde psychologen een contract aangeboden, waarvan gemiddeld 940 contracten daadwerkelijk zijn geaccepteerd. Van de vrijgevestigde psychotherapeuten bedraagt dit respectievelijk 705 van de 882 contracten die zijn geaccepteerd. Negen respondenten hebben gemiddeld 583 vrijgevestigde psychiaters een contract aangeboden, waarvan er gemiddeld 357 zijn geaccepteerd.

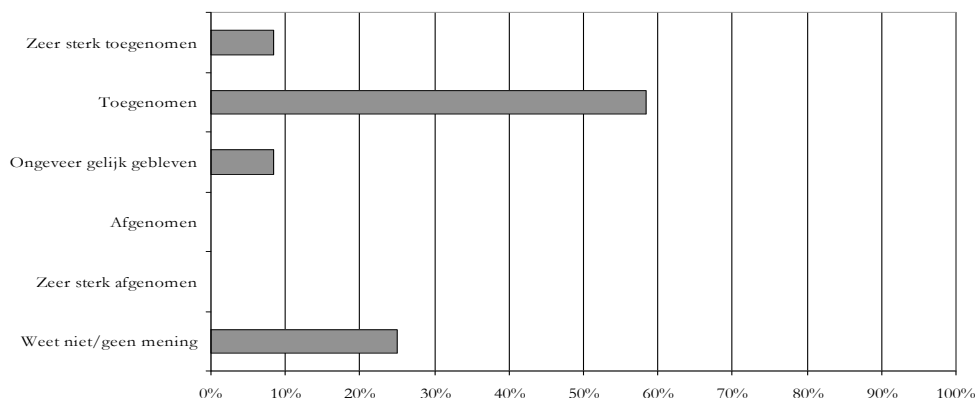
Om in beeld te krijgen of de verzekeraars geanticipeerd hebben op verschuivingen binnen de zorgmarkt, is hun gevraagd of zij bij het contracteren rekening hebben gehouden met nieuwe aanbieders of met een verschuiving van de tweedelijns-ggz naar de eerstelijns-ggz. Een meerderheid van 83,3% geeft aan rekening te hebben gehouden met nieuwe aanbieders en een meerderheid van 75% zegt dit gedaan te hebben ten aanzien van de verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijns-ggz.

Figuur 18. Hebben zorgverzekeraars bij het contracteerbeleid rekening gehouden met: nieuwe aanbieders van ggz en de verschuiving van tweedelijns-ggz naar eerstelijns-ggz?



Ten aanzien van de volumeontwikkeling verwacht tweederde van de zorgverzekeraars dat, nu de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket is opgenomen, het gebruik is toegenomen.

Figuur 19. Is volgens de zorgverzekeraars het gebruik van de eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket af- of toegenomen?



6.6 Conclusie

Vanuit het oogpunt van financiën kan er zeker gesproken worden van de nodige knelpunten. Eenderde van de ggz-instellingen en bijna eenderde van de vrijgevestigde zorgaanbieders is van mening dat de financiële situatie er aan het eind van 2008 slecht uit ziet. De ervaringen met het gebruik van DBC's in het declaratieverkeer worden dan ook door 54% van de ggz-instellingen en 65% van de vrijgevestigde zorgaanbieders als negatief tot zeer negatief gekenschetst. De laat op gang gekomen bevoorschotting, de door de meerderheid ervaren verhoogde administratieve druk, de kennelijk ontstane onduidelijkheid over de vergoedingsmogelijkheden en de DBC-systematiek zelf, waarbij pas na afronding van de behandeling gedeclareerd kan worden, zijn hier debet aan geweest.

De zorgverzekeraars hebben met alle ggz-instellingen productieafspraken gemaakt. Dit kan niet gezegd worden voor de vrijgevestigde zorgaanbieders. 18% van de vrijgevestigde zorgaanbieders heeft geen contract gesloten met de zorgverzekeraars. De redenen die hiervoor zijn aangegeven, zijn: te veel administratieve rompslomp, schending van de privacy van de cliënten, te lage tarieven, eigen baas willen blijven en niet BIG-geregistreerd zijn. De helft van de zorgverzekeraars geeft aan, ondanks het feit dat zij bepalend zijn voor de inkoop van het juiste volume aan zorg, de omvang van de zorgbehoefte aan geneeskundige ggz niet voldoende in beeld te hebben. Wel hebben zij in meerderheid rekening gehouden met verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijns-ggz die verwacht zijn als gevolg van de overheveling van geneeskundige ggz.

Het declaratieverkeer is in 2008 moeizaam op gang gekomen. Wel is er een duidelijk zichtbare vooruitgang in de controle en beheersing van het declaratieproces te bespeuren.

Al met al kan gesteld worden dat zeker in financieel opzicht 2008 gekenschetst kan worden als een jaar met diverse overgangsverikelen, die voor een meerderheid van de zorgaanbieders leiden tot een verslechterde financiële situatie.

Hoofdstuk 7

Eindconclusie

In de periode oktober - november 2008 is door middel van de periodieke meting geneeskundige ggz onderzocht 'wat tot nu toe de gevolgen zijn van de ontwikkelingen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars'.

Hieronder geven wij een samenvatting van de uitkomsten aan de hand van de geformuleerde deelvragen.

1. Wat zijn de gevolgen van de ingevoerde veranderingen voor de kwaliteit van de ggz, hoofdzakelijk gezien vanuit het cliëntenperspectief?

De vragen in deze meting zijn beperkt tot cliënttevredenheid en de mate waarin zorgverzekeraars sturen op kwaliteit. Het onderdeel 'kwaliteit' is nog niet volledig opgenomen in de periodieke meting geneeskundige ggz, omdat er nog onderhandelingen plaatsvinden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de invulling van het kwaliteitsbegrip.

Deze opzet heeft ertoe geleid dat vrij veel zorgaanbieders bij de open vraag opmerkten dat wij ten onrechte geen aandacht besteed hebben aan 'kwaliteit'.

Cliënten zijn behoorlijk tevreden over hun behandelaar en over de praktijk/instelling waar ze de behandeling ontvangen. Beide krijgen gemiddeld een 8. Deze tevredenheid ligt op hetzelfde peil als de LVE via een enquête³⁶ in 2007 heeft geconstateerd voor de eerstelijnspsychologische zorg.

Hoewel sommige beroepskrachten in de enquête hun zorg uitspreken over de kwaliteit van de zorg voor hun cliënten, blijkt die zorg niet uit de reacties van de cliënten zelf in deze meting.

Bijna alle zorgverzekeraars zeggen met hun inkoopbeleid te sturen op de kwaliteit van de zorg en dat te doen via het stellen van voorwaarden bij het sluiten van contracten. Daarnaast worden in mindere mate ook andere middelen genoemd zoals het gebruik van CQ-index, opleidingsmogelijkheden, bijscholingseisen, normering en dergelijke.

Ggz-instellingen zijn meer dan de vrijgevestigde zorgaanbieders tevreden met de wijze waarop zorgverzekeraars kwaliteitseisen stellen. De instellingen zeggen tevreden (27%) of 'tevreden noch ontevreden' (42%) te zijn daarover. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders zegt 13% tevreden te zijn en 22% 'tevreden noch ontevreden', terwijl 56% ontevreden is.

³⁶ Bron: jaarbericht 2007, LVE.

Veel vrijgevestigde zorgaanbieders hebben hun verontwaardiging geuit bij de open vraag over het gegeven dat zorgverzekeraars zich ‘bemoeien’ met de kwaliteit van de ggz, terwijl dat volgens hen op de verkeerde manier gebeurt en eigenlijk overgelaten moet worden aan de beroepsverenigingen. Zorgverzekeraars stellen eisen aan de opleiding van de te contracteren zorgaanbieders, en BIG-registratie is verplicht. Sommige zorgaanbieders komen daardoor niet in aanmerking voor een contract, of krijgen een lager tarief.

‘Kwaliteitseisen zorgverzekeraars zijn zeer wisselend (ieder bedenkt weer andere criteria) en niet in overeenstemming met feitelijke kwaliteit van zorgverlening. Het betreft vaak meer objectiveerbare randvoorwaarden’ (reactie van een respondent).

2. Welke gevolgen hebben de ingevoerde veranderingen voor de toegankelijkheid van de ggz voor cliënten?

Bij opname van acht sessies eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de zorgverzekering per 1 januari 2008, werd rekening gehouden met een stijging van de vraag - hetgeen ook de bedoeling was. Uit pilotprojecten³⁷ komt een verwachte stijging van 10 - 15% naar voren.

Helaas kunnen wij op de vraag ‘of de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket van de zorgverzekering’ geleid heeft tot een toename van het aantal mensen dat hiervan gebruik maakt - wat wel in de lijn der verwachtingen ligt - niet met zekerheid antwoord geven. Op de vraag of het aantal cliënten in de eerste helft van 2008 gelijk is aan, of groter of kleiner is dan het aantal cliënten in dezelfde periode in 2007, antwoordt gemiddeld eenderde van de zorgaanbieders dat dit aantal is toegenomen. Daarbij gaat het om alle cliënten en niet alleen de eerstelijns-ggz-cliënten. Iets meer dan de helft van de zorgaanbieders zegt dat het aantal gelijk is gebleven. Tweederde van de zorgverzekeraars heeft de indruk dat de opname van eerstelijnspsychologische zorg in het basispakket geleid heeft tot een toename van het gebruik (58%) dan wel tot een sterke toename (8%). Beide signalen, zowel die van de zorgaanbieders als die van de zorgverzekeraars, duiden op een stijging van het gebruik, maar niet op een sterke toename. Definitief uitsluitsel over het feitelijk gebruik van de eerstelijnspsychologische zorg en in hoeverre die is toegenomen zal na afsluiting van het jaar 2008 bekend worden.

Bij het bevragen van cliënten over de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg is het accent gelegd op drie aspecten: het beschikken over informatie, het ervaren van financiële drempels en het op tijd krijgen van de benodigde zorg zoals uitgedrukt in wachttijden en wachtlijsten. Het merendeel van de cliënten (bijna 60%) heeft zich door de huisarts en familieleden en vrienden laten informeren over de zorgaanbieders. Daarbij ging het hun vooral om de kwaliteit van de zorgaanbieder. In mindere mate heeft men informatie zelf gezocht.

³⁷ Als resultaat van het pilotproject ‘Eerstelijns psychologen in het ziekenfonds (VWS, HHM, LVE, 2003) komt een stijging van circa 10% naar voren, met een afname van verwijzingen naar de tweedelijns-ggz en in de uitvoeringstoets ‘Eerstelijns psychologie in het ziekenfonds c.q. de basisverzekering’ door het College van Zorgverzekeraars in opdracht van de minister van VWS (CvZ, 2003) wordt gerept van 10 - 15%.

Cliënten blijken niet altijd goed op de hoogte te zijn van de inhoud van hun zorgverzekering. Een groot deel van de cliënten met alleen een basisverzekering is niet op de hoogte van de inhoud daarvan (56%).

Cliënten met een aanvullende verzekering - 70% van hen heeft die - zijn beter op de hoogte. Van hen weet bijna 30% niet of daarin vergoedingen voor ggz zijn opgenomen. Bij het kiezen van een polis voor 2009 denkt slechts een klein deel van de cliënten (16%) daarbij rekening te houden met wat er aan vergoedingen voor ggz in de polis staat.

Bestaan er financiële drempels voor het gebruik van geestelijke gezondheidszorg bij cliënten? Ruim een kwart van de cliënten (28%) geeft aan te zullen stoppen met de behandeling als zij meer nodig blijken te hebben dan de acht sessies die in het basispakket zitten. Eenzelfde deel van de cliënten geeft aan een aanvullende verzekering te hebben die de extra sessies vergoedt en 28% zegt de vervolgsessies zelf te moeten gaan betalen. Ook uit de antwoorden die zorgaanbieders hebben gegeven op de open vragen, blijkt dat er soms wel sprake is van financiële drempels en dat sommige cliënten aangeven te stoppen met de behandeling omdat zij die niet (meer) vergoed krijgen. Dat kan zijn omdat die behandelaar niet erkend wordt door de zorgverzekeraar, omdat hij/zij bijvoorbeeld geen BIG-registratie heeft.

Worden cliënten geconfronteerd met wachtlijsten? Het merendeel van de ggz-instellingen (89%) geeft aan wachtlijsten te hebben en dan vooral voor de tweedelijns-ggz en een klein aantal (twee instellingen, 7%) heeft wachtlijsten voor de eerstelijns-ggz. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders zegt een kleine meerderheid (55%) geen wachtlijsten te hebben en zegt 45% die wel te hebben. Een op de vijf vrijgevestigde zorgaanbieders heeft een wachtlijst voor eerstelijns-ggz, en een op de vier voor tweedelijns-ggz. De informatie over de wachttijd voor de start van de behandeling in de eerstelijns-ggz zoals die uit onze enquête naar voren komt, wijkt nogal af van die uit de enquête³⁸ van de LVE over 2007, respectievelijk ruim vijf weken bij vrijgevestigde zorgaanbieders versus 14,4 dagen bij LVE-leden. Bij die twee ggz-instellingen met een wachtlijst voor eerstelijns-ggz bedraagt de wachttijd zelfs 9,5 week. De cliënten hebben zelf kortere wachttijden aangegeven in de enquête. Tweederde van de cliënten heeft aangegeven binnen twee weken na de intake te zijn begonnen met de behandeling. Ook kon de meerderheid van de cliënten (84%) terecht bij de zorgaanbieder van hun eerste keus. Het merendeel van de zorgverzekeraars (83%) heeft aangegeven aan wachtlijstbemiddeling te doen.

Aan cliënten is ook gevraagd of er vormen van ggz zijn die de zorgverzekeraar niet vergoedt, maar die volgens hen wel vergoed zouden moeten worden. Daarop heeft 20% van de cliënten vormen van zorg genoemd, waaronder alternatieve behandelingen als tekentherapie en neurofeedback. Deze vormen van zorg werden echter ook niet door de AWBZ vergoed.

³⁸ Bron: jaarbericht 2007, LVE.

Vrijgevestigde zorgaanbieders in de tweedelijns-ggz blijken op basis van de genoemde voorbeelden van behandelingen die niet vergoed worden, zoals huisbezoeken, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) en diagnostiek, nog onvoldoende bekend te zijn met de huidige vergoedingsmogelijkheden binnen vormen van zorg.

De genoemde voorbeelden kunnen namelijk over het algemeen wel degelijk vergoed worden binnen de DBC-systematiek. Daarnaast krijgen zorgaanbieders te maken met cliënten die niet meer onder de geneeskundige ggz vallen maar overgeheveld dienen te worden naar de AWBZ-zorg. Maar aangezien er bij de AWBZ-zorg wachtlijsten kunnen zijn, is doorstroming van cliënten niet altijd (direct) mogelijk. Het bevorderen van doorstroom is een voorwaarde voor een goede aansluiting/ketenzorg tussen geneeskundige en niet-geneeskundige ggz.

In de eerstelijnspsychologische zorg zijn er inderdaad vormen van zorg die niet meer vergoed worden, omdat deze niet zijn opgenomen in de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen eerstelijnspsychologische zorg', zoals verlengde zittingen en cotherapie. Dit hangt samen met de bepaling dat er per dag maar één prestatie per cliënt gedeclareerd kan worden.

3. Welke gevolgen hebben de ingevoerde veranderingen op financieel gebied voor zowel cliënten, zorgaanbieders als zorgverzekeraars en wat betekent het voor het totaal aan lasten ggz?

Van de bevraagde onderwerpen - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid/financiën - is dit het onderwerp waarbij de meeste problemen worden gesignaleerd en dan vooral door de zorgaanbieders.

Iets minder dan de helft van de cliënten (48%) is tevreden tot zeer tevreden met de vergoeding die zij krijgen voor geestelijke gezondheidszorg. Voor 28% van de cliënten zouden de kosten een reden zijn om met de behandeling te stoppen als deze langer duurt dan het aantal in het basispakket opgenomen sessies. Ruim een kwart van de cliënten vindt dat de polis duidelijker zou moeten zijn over welke kosten zij vergoed krijgen. De eigen bijdrage ggz wordt door 42% van de zorgverzekeraars vergoed vanuit het aanvullende verzekeringspakket. De helft geeft aan dit niet te doen.

Eenderde van de ggz-instellingen zegt dat de financiële situatie van de instelling er aan het eind van 2008 slecht uitziet, tegenover 13% die zegt dat de financiële situatie er goed uitziet. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders zegt 30% dat de financiële situatie er aan het eind van het jaar slecht uitziet tegenover 29% die zegt dat die goed is.

Het merendeel van de ggz-instellingen (71%) en van de vrijgevestigde zorgaanbieders (52%) verwacht dat de inkomsten (opbrengst minus kosten) in 2008 licht of sterk afnemen in vergelijking met 2007.

Een aanzienlijk deel van de ggz-instellingen (46%) verwacht dat de omzet in 2008 toeneemt ten opzichte van 2007, terwijl een kwart verwacht dat de omzet afneemt.

Bij de vrijgevestigde zorgaanbieders verwacht ruim eenderde (38%) juist dat de omzet in 2008 afneemt ten opzichte van de omzet in 2007, terwijl iets meer dan een kwart verwacht dat de omzet gelijk blijft.

Financiële problemen aan de kant van de zorgaanbieders worden veroorzaakt door een mix van factoren: het te laat of nog steeds niet goed op gang komen van het declaratieverkeer, het langdurig moeten voorschieten van kosten en behandelingen vanwege de DBC-systematiek, de lagere tarieven die vrijgevestigde zorgaanbieders krijgen, hogere investeringskosten (computer, software, incassobureau), het niet of onvoldoende vergoed krijgen van bepaalde posten (no-show-cliënten, langer durende sessies, diagnostiek, overleg). Eenderde van de ggz-instellingen zegt geen voorschot te ontvangen van de zorgverzekeraar. Van de vrijgevestigde zorgaanbieders zegt 80% geen voorschot te krijgen.

Alle zorgaanbieders signaleren dat zij meer tijd aan hun administratie hebben moeten besteden in de eerste helft van 2008 vergeleken met dezelfde periode in 2007.

De zorgverzekeraars zijn het in hoge mate met elkaar eens dat de administratieve kosten (92%) en de beheerkosten (83%) zijn toegenomen als gevolg van de overheveling van de geneeskundige ggz naar de Zvw. De zorgverzekeraars zien geen van allen een positief effect van de overheveling op hun marktaandeel. 42% is van mening dat het marktaandeel gelijk blijft, terwijl 58% aangeeft het niet te weten. De helft van de zorgverzekeraars zegt onvoldoende beeld te hebben van de omvang van de zorgbehoefte aan geneeskundige ggz. Op het terrein van het declaratieverkeer worden er vorderingen gemaakt in de mate waarin de aangemelde declaratieberichten daadwerkelijk leiden tot declaraties. Het grote aandeel balansposten in de derde kwartaalrapportage³⁹ van het CVZ wijst erop dat een groot deel van de geleverde zorg nog gedeclareerd moet worden. Dit gegeven zorgt ervoor dat er (nog) weinig zicht is op de uiteindelijke financiële omvang van de geleverde geneeskundige ggz zorg in 2008.

Conclusie

Concluderend is er duidelijk sprake van een overgangsjaar. Van de drie groepen ondervinden vooral de zorgaanbieders de gevolgen van de ingevoerde veranderingen en dan met name op het financiële vlak, waarbij nog moet worden uitgekristalliseerd wat tijdelijke en wat blijvende gevolgen zijn.

De gevolgen voor de zorgverzekeraars liggen naar eigen zeggen vooral op het vlak van de toegenomen administratieve kosten en beheerskosten.

Zorgverzekeraars geven aan systematisch aandacht te hebben voor kwaliteit en geven aan vooral daarop te sturen.

De ontevredenheid van de zorgaanbieders richt zich vooral op de toegenomen administratie, de overgangsprikelen, het lang op inkomsten moeten wachten en

³⁹ Derde rapportage lasten ggz, CVZ 1 december 2008.

⁴¹ Percentage type vrijgevestigde zorgaanbieder ten opzichte van totaal aantal vrijgevestigden (= 935).

de handelswijze van zorgverzekeraars. Het beeld uit de eerste inventarisatie, dat de vrijgevestigden afstevenen op een harde landing in de schoot van de Zvw, wordt duidelijk bevestigd. Het beeld van een zachte landing voor de zorginstellingen uit de eerste inventarisatie behoeft echter enige bijstelling. Met eenderde van de ggz-instellingen die zegt dat de financiële positie aan het eind van 2008 er slecht uit ziet, komt de in de eerste inventarisatie voorziene zachte landing in een ander perspectief te staan.

Bijlage 1

Tabellen en grafieken

Tabel 1. Respons aanvullende enquête naar type zorgaanbieder

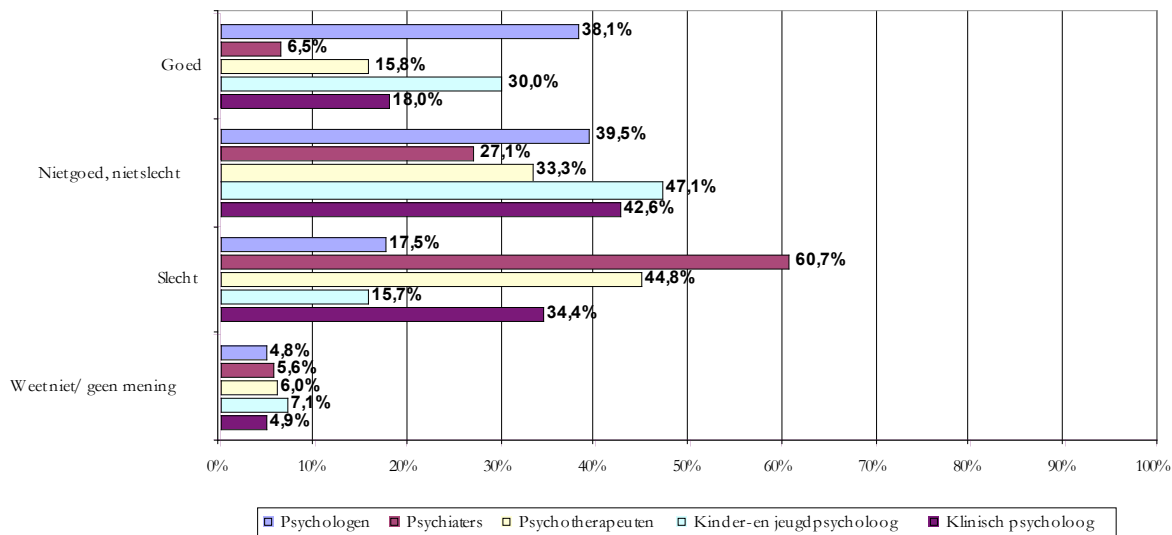
Type zorgaanbieder GGZ			Respons	
			n	%
Ggz-instellingen			27	2,7%
Vrijgevestigden	n	% ⁴¹	935	94,7%
Vrijgevestigde psycholoog	596	63,7%		
Vrijgevestigde of zelfstandig gevestigde psychiater	111	11,9%		
Vrijgevestigde psychotherapeut	390	41,7%		
Vrijgevestigde kinder- en jeugdpsycholoog	84	9%		
Vrijgevestigde klinisch psycholoog	71	7,6%		
Anders⁴²			25	2,5%
Totaal			987	100%

Tabel 2. Respons aanvullende enquête: uitsplitsing aanbod ggz naar type vrijgevestigde zorgaanbieder

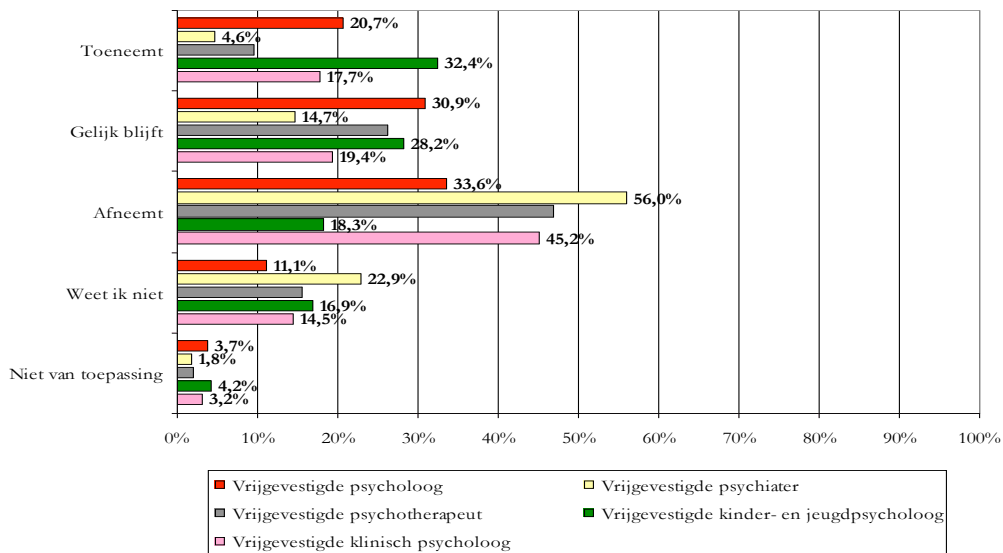
Aanbod in	Vrijgevestigde psycholoog		Vrijgevestigde psychiater		Vrijgevestigde psychotherapeut		Vrijgevestigde kinder- en jeugdpsycholoog		Vrijgevestigde klinisch psycholoog	
	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal
Eerste lijn	63,4%	378	1,8%	2	2,6%	10	48,8%	41	5,6%	4
Eerste en tweede lijn	29,4%	175	3,6%	4	34,1%	133	35,7%	30	57,7%	41
Tweede lijn	7,2%	43	94,6%	105	63,3%	247	15,5%	13	36,6%	26
Totaal	100,0%	596	100,0%	111	100,0%	390	100,0%	84	100,0%	71

⁴² Uit de toelichting bij de open vragen blijkt dat een aantal mensen werkt bij een franchiseorganisatie en zij hebben waarschijnlijk 'anders' ingevuld, omdat ze geen ggz-instelling en geen vrijgevestigde zorgaanbieder zijn.

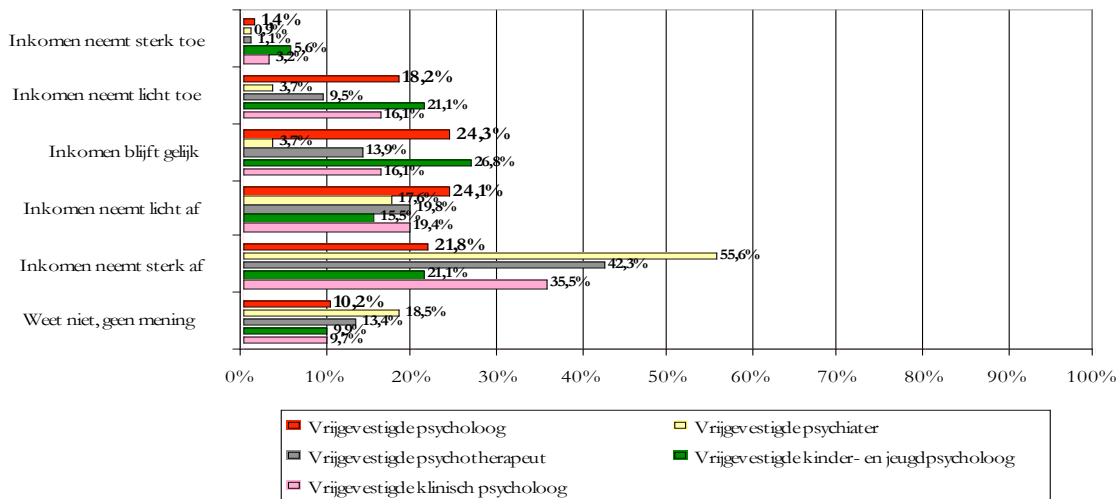
Figuur 20. Hoe denken zorgaanbieders dat de financiële situatie van hun praktijk/ instelling er uit ziet aan het eind van 2008 uitgesplitst naar type vrijgevestigde zorgaanbieder?



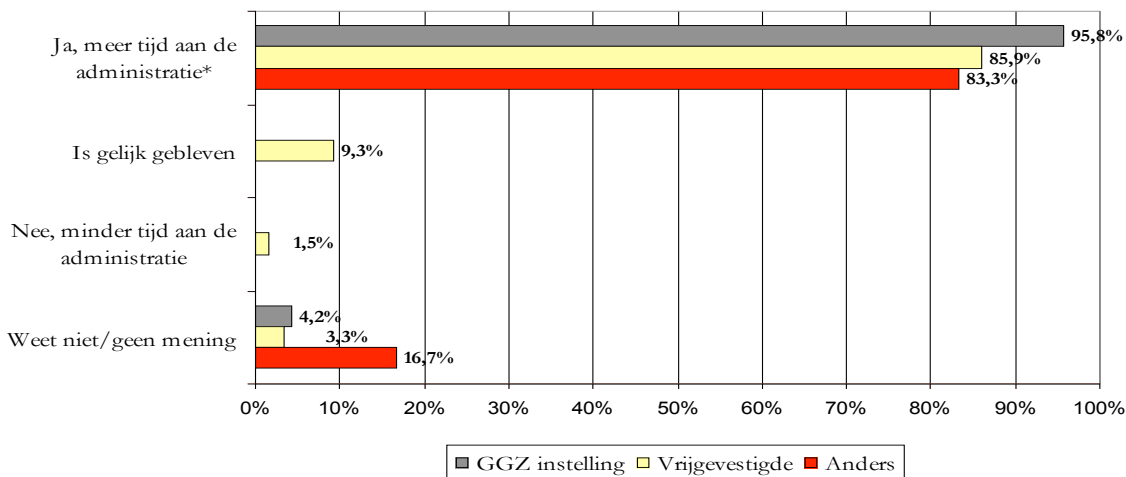
Figuur 21. Verwachting of omzet in 2008 toeneemt, gelijk blijft of afneemt uitgesplitst naar type vrijgevestigde zorgaanbieder



Figuur 22. Verwacht de aanbieder dat het inkomen (opbrengsten minus kosten) in 2008 in vergelijking met 2007 af- of toeneemt uitsplitst naar type vrijgevestigde zorgaanbieder?



Figuur 23. Hebben zorgaanbieders in de eerste helft van 2008 meer tijd aan hun administratie moeten besteden in vergelijking met de eerste helft van 2007?



Bijlage 2

Bronnenlijst

- Kamsma, J.P.A. Cliënttevredenheid over de hulp door een eerstelijns psycholoog®, een pilot, LVE, 2006.
- Kamsma, J.P.A. Cliënttevredenheid over de hulp door een eerstelijns psycholoog®, LVE, 2008
- Ramakers, H.J. Monitor overheveling ggz van de AWBZ naar de Zvw; Quick scan, BMC, juni 2008.
- Rijkschroeff, R. e.a. Beste Koop, ggz-inkoop vanuit cliënten- en familie-perspectief, Verwey-Jonker Instituut, LPGGZ, september 2007.
- LVE Jaarbericht 2006, LVE, 2007.
- LVE Jaarbericht 2007, LVE, 2008.
- NVvP Verslag uitslag enquête ZGP en DBC, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, juni 2008.
- NVVP Uitslag enquête onder leden de Nederlandse Vereniging van Psychologen en Psychotherapeuten, juni 2008.
- GGZ Nederland Notitie 'Zorgverzekeraar en de geneeskundige ggz, GGZ Nederland, versie 2 april 2008.
- CVZ Zorgcijfers kwartaalbericht, College voor Zorgverzekeringen, Diemen, 4e kwartaal 2007.
- CVZ Derde rapportage lasten ggz, College voor Zorgverzekeringen, Diemen, december 2008.
- Landelijk Platform GGz Op je tellen passen, project in het kader van het programma 'ontwikkeling van cliënten- en consumentenorganisaties tot marktpartij, Landelijk Platform ggz, februari 2007.
- PWC Eindrapportage Verantwoording in balans, Handvatten voor vereenvoudiging van administratieve lasten ggz-hulpverleners, PricewaterhouseCoopers in opdracht van ggz Nederland, juli 2007.
- Eisinger, E. e.a. Vooruitblik 2008, zorgthermometer, VEKTIS (Informatie & standaardisatie voor zorgverzekeraars), najaar 2007.
- Emmen, M.J. en Verhaak, P.F.M. Capaciteit, hulpverlening en cliëntenstromen in de eerstelijns-ggz 2001 - 2006, Nivel, 2007.
- I. Hilderink, I. en Land, van 't H. Ggz in tabellen 2007, Trimbos-instituut, Utrecht, 2008.
- Smits et al. Zorgbalans 2008, RIVM, mei 2008.
- Nza Beleidsregel CA-270, Knelpuntenprocedure 2008, Nederlandse zorgautoriteit.

Bijlage 3

Begrippenlijst

Geneeskundige ggz

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis en omvat geneeskundige eerstelijns-ggz, geneeskundige tweedelijns-ggz, ggz zonder verblijf en geneeskundige tweedelijns-ggz met verblijf (tot 365 dagen) (Bron: ggz-kompas, CVZ, juli 2008).

Ggz-instelling

Een instelling voor de behandeling en begeleiding van mensen met psychische en psychiatrische problemen. Ggz staat voor geestelijke gezondheidszorg (bron ministerie van VWS).

Basispakket

Het verplichte basispakket is voor alle Nederlanders hetzelfde. Het vergoedt de kosten voor het grootste deel van de gezondheidszorg. U betaalt voor dit basispakket premie aan uw zorgverzekeraar. Iedere zorgverzekeraar is wettelijk verplicht u als klant te accepteren voor het basispakket. (bron: ministerie van VWS).

AWBZ

De AWBZ is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De AWBZ is een verzekering voor ziektekosten waar u zich niet apart voor hoeft te verzekeren. Bijvoorbeeld voor langdurig verblijf in een verpleeghuis. Iedereen die in Nederland woont of werkt is automatisch verzekerd voor deze zorg (bron: ministerie van VWS).

Aanvullende verzekering

Een aanvullende verzekering vergoedt de kosten voor gezondheidszorg die niet in het basispakket zit. Aanvullende verzekeringen verschillen per verzekeraar. Een aanvullende verzekering is niet verplicht. Een verzekeraar kan weigeren aanvullend te verzekeren. (bron: ministerie van VWS).

Eerstelijnspsychologische zorg

Diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van een cliënt met lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek (bron: Nza).

Ggz-aanbieder

Een op basis van de WTZi toegelaten zorgaanbieder, waarbij de zorgverlener voornamelijk gericht is op verzekerden met een psychiatrische aandoening (bron: Nza).

Productieafspraken

De tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor gemaakte afspraak over de reële productie voor het komende jaar van verpleeg-/verzorgingsdagen, deeltijd-behandelingen en face-to-face-contacten. Onder reële productie wordt verstaan productie die volgens inschatting feitelijk zal worden gerealiseerd. De basis voor de productieafpraak wordt gevormd door de realisatie van het voorafgaande jaar. Sterke afwijkingen dienen te worden onderbouwd en worden bij gebreke daarvan niet in het budget verwerkt (bron Nza).

Cliënt

Iemand die is ingeschreven bij een ggz-aanbieder en minimaal een face-to-face-contact in het kader van de hulpverlening heeft gehad. Deze hulp kan gericht zijn op eigen problematiek van de cliënt, of op de als problematisch ervaren problematiek van een persoon uit zijn directe omgeving (bron Nza).

Psychotherapie

Psychotherapie is een verzamelnaam van behandelmethoden voor psychische klachten. In psychotherapie staan gesprekken tussen de cliënt(en) en de deskundige hulpverlener, de psychotherapeut, centraal. Psychotherapeuten zijn zowel ambulante als (poli)klinisch werkzaam, zowel in dienstverband als zelfstandig gevestigd. Na een studie psychologie, geneeskunde, pedagogische wetenschappen of geestelijke gezondheidskunde kan iemand de opleiding tot psychotherapeut volgen (www.psychotherapie.nl).

Psychiater

De psychiater houdt zich bezig met behandeling van psychische stoornissen. Hij is de enige in de ggz die medicijnen mag voorschrijven, omdat hij arts is. Hij is dan ook behandelaar van stoornissen waarbij medicijnen een belangrijke rol hebben in de behandeling: schizofrenie, bipolaire stoornis, depressie, verslaving, dwangstoornissen, psychose. De psychiater werkt zowel in de tweede lijn (ambulant) als in de derde lijn (klinisch). Hij kan ook werken in een vrijgevestigde praktijk (bron: Kies Beter).

Eerstelijnspsycholoog

De eerstelijnspsycholoog biedt psychologische zorg aan mensen met veel voorkomende psychische klachten. Kenmerkend voor de behandelwijze van de eerstelijnspsycholoog zijn het laagdrempelige karakter, de generalistische werkwijze en de multidisciplinaire samenwerking met andere hulpverleners in de regio. De behandelingen zijn in principe kortdurend. De aanspraak op eerstelijns-psychologische zorg is vastgelegd in de zorgverzekeringswet en omschreven in een beleidsregel van de NZa. De zorg is voor eenieder direct toegankelijk. Een verwijfsbrief is wettelijk niet noodzakelijk. In het kader van de invoering is voor 2008 en 2009 afgesproken dat de huisarts voorsnog de verwijzende instantie is. Het NIP is beheerder van het onafhankelijk register van eerstelijnspsychologen, inclusief herregistratie, waarvoor geen (verplichte) lidmaatschapseisen gelden (Bronnen: www.nza.nl; www.psynip.nl; www.lve.nl).

Gezondheidszorgpsycholoog BIG

De gezondheidszorgpsycholoog verricht diagnostiek en behandeling in alle sectoren van de gezondheidszorg. De gezondheidszorgpsycholoog behandelt psychische stoornissen, problemen in de levenssfeer of biedt psychische hulp bij lichamelijke ziekten en invaliditeit. Gezondheidszorgpsychologen zijn voornamelijk zelfstandig werkzaam in de eerste lijn, danwel (poli)klinisch werkzaam in de derde lijn. Na een studie psychologie, pedagogische wetenschappen of geestelijke gezondheidskunde kan iemand de tweejarige opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog volgen (Bron: www.psynip.nl).

Klinisch psycholoog BIG

De klinisch psycholoog heeft specialistische kennis op het gebied van diagnostiek en (psychotherapeutische) behandeling van meervoudige, complexe stoornissen. Daarnaast houdt hij/zij zich bezig met onderzoek. De klinisch psycholoog is zowel ambulante als (poli)klinisch werkzaam, zowel in dienstverband als zelfstandig gevestigd. Na de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog kan men zich via een vierjarige opleiding specialiseren tot klinisch psycholoog (Bron: www.psynip.nl).

Psycholoog

Een psycholoog heeft de studie psychologie afgerond. Psychologie is de wetenschappelijke studie van het menselijk (en dierlijk) gedrag, dat beschouwd wordt als een reactie op een betekenisvolle situatie. Er zijn veel verschillende soorten psychologen. Op basis van een specifieke opleiding of deskundigheid kan een psycholoog zich registreren in het BIG-register (als gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut) of een register van een beroepsvereniging (zoals eerstelijnspsycholoog NIP of kinder- en jeugdpsycholoog NIP) (Bron: www.psynip.nl).

Kinder- en jeugdpsycholoog

De kinder- en jeugdpsycholoog is specifiek deskundig in de diagnostiek en behandeling van kinderen en jeugdigen. Het niveau is vergelijkbaar met de eisen voor het BIG-register voor gezondheidszorgpsychologen. Kinder- en jeugdpsychologen werken onder andere in de eerste lijn, maar ook in andere sectoren die met kinderen en jeugdigen te maken hebben. Het NIP is houder van het register van kinder- en jeugdpsychologen.

Ggz-instellingen

Ggz-instellingen hebben als doel psychiatrische, psychische en psychosociale problemen aan te pakken. Dit gebeurt door de cliënten op de juiste manier te behandelen, zodat de klachten afnemen, verdwijnen of juist voorkomen worden. Te denken valt aan problemen als overspannenheid, straatangst, depressiviteit, verslaving, agressiviteit of schizofrenie (bron: Kies Beter).

PAAZ

Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Op deze afdeling kunnen mensen hulp krijgen voor psychische problemen, met of zonder opname (bron: Kies Beter).

Regionale Instelling Beschermende Woonvormen

De RIBW bestaat uit een heleboel verschillende woonvormen; elke woonvorm is voorzien van begeleiders die de bewoners op de nodige manier horen bij te staan, en in elke woonvorm wonen mensen met verschillende hulpvragen. Kenmerkend van een RIBW is een wekelijks terugkerend huiskameroverleg, waarin de optredende gebeurtenissen, gevolgen van de gebeurtenissen en eventueel daaruit ontstane problemen steeds elke week besproken worden door de begeleiders met de bewoners samen. In het huiskameroverleg worden soms ook de huishoudelijke taken besproken, zodat iedereen het corvee in de woonvorm doet zoals dat is afgesproken. Soorten woonvormen van de RIBW:

- Woonvorm voor schizofrene mensen.
- Woonvorm voor mensen met aan autisme verwante contactstoornissen.
- Woonvorm voor mensen met aan borderline verwante ziektebeelden (bron: Kies Beter).

Regionale Instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG)

Extramurale voorziening in een bepaalde regio waar ambulante psychiatrische en psychosociale hulp wordt verleend. De hulpverlening is multidisciplinair en dag en nacht beschikbaar. De vier hoofdfuncties zijn: preventie, ambulante dienstverlening, ondersteuning en kwaliteitsbewaking (bron: Kies Beter).

Regionale Instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG)

Samenwerkingsverband tussen de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg waarin afspraken worden gemaakt over de samenhang en samenwerking in de directe hulpverlening; in beginsel is iedere instelling verantwoordelijk voor de eigen hulpverlening (bron: Kies Beter).

Zorgaanbieder

Zorginstellingen en beroepsbeoefenaren die de zorg verlenen (bron: ggz Nederland).

Gaf-score

Gaf-score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid in de vorm van een score tussen 0 en 100. De term is een afkorting van Global Assessment of Functioning. De gaf-score is een onderdeel van het DSM-IV-systeem, dat gebruikt wordt voor diagnosticeren van psychiatrische aandoeningen. 'Normale' mensen, met gewone 'alledaagse' problemen, scoren in de buurt van de 100. Mensen met psychische en/of sociale problemen scoren lager.

DBC

Een DBC typeert het geheel van activiteiten (bijvoorbeeld vormen van therapie, activiteitenbegeleiding, et cetera) en verrichtingen (bijvoorbeeld vormen van lichamelijk onderzoek, medicatie, et cetera) van de instelling en de (medisch) specialist voortvloeiend uit de zorgvraag van de patiënt/cliënt. Aan concrete activiteiten en verrichtingen kunnen kosten worden toegerekend.

Door de zorgvragen te typeren met DBC's wordt de relatie tussen de verschillende typen zorgvragen en de (in)direct patiënt-/cliëntgebonden kosten geëxpliciteerd c.q. transparant. Daarmee wordt de DBC een belangrijk stuurmiddel in het kader van de bekostiging van ggz-instellingen (bron: www.dbcggz.nl).

Bijlage 4

Samenstelling werkgroep periodieke meting geneeskundige ggz

1. CVZ	M. Bleyenbergh
2. GGZNL	M. van Es
3. LPGGz	L. Reitsma
4. LVE	D. Nieuwpoort
5. Min VWS	W. van Zaane
6. Min VWS	S. Geerts
7. Min VWS	E. Memeo
8. Min VWS	M. Looijestein
9. NFU	J. Hendriks
10. NIP	E. Bierhoff
11. NIP	L. van Wunnik
12. NVvP	P. Niesink
13. NVVP	A. van der Meer
14. Nza	K. Booden
15. Nza	I. Lovisa
16. SDO	I. Lindhout
17. SDO	M. Schapendonk
18. ZN	M. Potjens