

**Uitvoeringstoets**

# **Curatieve GGZ**

Naar vrije prijzen in de GGZ

februari 2009



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>1. Advies</b>	<b>7</b>
1.1 Inleiding	7
1.2 Advies bekostiging en liberalisering	7
1.3 Ambulante curatieve GGZ	8
1.4 Klinische curatieve GGZ	9
<b>2. Bekostiging</b>	<b>11</b>
2.1 Ambulant	11
2.2 Klinisch	11
2.3 Bekostiging niet-patiëntgebonden kosten	13
2.4 Data	13
2.5 Verbetering DBC-structuur	13
<b>3. Liberalisering</b>	<b>17</b>
3.1 Marktstructuur	17
3.2 Betaalbaarheid	19
3.3 Toegankelijkheid	22
3.4 Kwaliteit	22
<b>4. Adviezen en Tijdpad</b>	<b>25</b>
<b>Referenties</b>	<b>27</b>
<b>Bijlage 1. Achtergronden bij advies</b>	<b>31</b>
<b>Bijlage 2. Verzoek VWS</b>	<b>61</b>
<b>Bijlage 3. Afkortingenlijst</b>	<b>65</b>



## Vooraf

Voor u ligt de Uitvoeringstoets Curatieve GGZ. Hierin geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een advies over de verdere invoering van de DBC-bekostiging in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de mogelijkheden om in deze sector vrije prijzen te introduceren.

In deze uitvoeringstoets geeft de NZa antwoord op de vraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om hem te adviseren over de volgende twee vraagstukken:

- In hoeverre is het mogelijk om op 1 januari 2010 over te gaan op zoveel als mogelijke bekostiging op basis van DBC's, met alleen waar dat noodzakelijk is een vangnetconstructie.
- Is het mogelijk om op 1 januari 2010 een start te maken met invoering van vrije prijzen in de op genezing gerichte GGZ? Zo niet, op welke manier en wanneer is het dan wel mogelijk om tot vrije prijsvorming te komen?

Bij het opstellen van de uitvoeringstoets zijn gesprekken gevoerd met brancheorganisaties en veldpartijen. De NZa heeft de tussenresultaten van het onderzoek aan de brancheorganisaties gepresenteerd en besproken in een expertgroep met deskundigen uit het veld. Het definitieve advies is mede op grond van deze gesprekken en bijeenkomsten tot stand gekomen. Uitgangspunt bij de weging van de belangen van de verschillende partijen en van het advies is de meerwaarde voor de consument. Het gaat daarbij om betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg voor nu en in de toekomst.

De NZa hecht er grote waarde aan om bij de totstandkoming van haar beleid en advies belanghebbenden te betrekken. Wij stellen het erg op prijs dat veel partijen de moeite hebben genomen om ons te woord te staan en de bijeenkomsten te bezoeken en zijn hen daarvoor bijzonder erkentelijk.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



mw. drs. C.C. van Beek MCM  
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure



mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter



# 1. Advies

## 1.1 Inleiding

De minister van VWS heeft de NZa gevraagd<sup>1</sup> om door middel van een uitvoeringstoets een advies te geven over de implementatie van prestatiebekostiging en over de invoering van vrije prijzen voor de curatieve GGZ. De minister van VWS heeft aangegeven<sup>2</sup> dat hij de curatieve GGZ op termijn zoveel mogelijk bij de ontwikkeling van de bekostiging in de ziekenhuissector wil laten aansluiten. Uiteindelijk is hierbij het perspectief om voor (een deel van) de curatieve GGZ ook integrale vrije prijzen in te voeren.

In deze uitvoeringstoets adviseert de NZa over twee aspecten. In de eerste plaats gaat zij in op het traject dat gevolgd moet worden naar bekostiging van de curatieve GGZ op basis van DBC's (prestatiebekostiging) en ten tweede op invoering van vrije prijzen (liberalisering) waar dat mogelijk is.

Het hiernavolgende kernadvies wordt in hoofdstuk 2 ('Bekostiging') en hoofdstuk 3 ('Liberalisering') nader onderbouwd en toegelicht. In hoofdstuk 4 schetst de NZa het tijdspad. In Bijlage 1 geeft zij de achtergronden bij dit advies weer.

## 1.2 Advies bekostiging en liberalisering

De NZa maakt in dit advies onderscheid tussen twee deelmarkten: enerzijds de deelmarkt van de ambulante GGZ en anderzijds de deelmarkt van de klinische curatieve GGZ. De NZa acht de ambulante curatieve GGZ gereed voor het eindperspectief dat de minister van VWS schetst, dat wil zeggen prestatiebekostiging op basis van DBC's en waar dat mogelijk is vrije prijzen. Voor de prestatiebekostiging van de klinische curatieve GGZ schetst de NZa in dit advies een tijdspad. De eventuele liberalisering van de klinische curatieve GGZ vereist nadere studie.

Afzonderlijke trajecten voor de klinische en de ambulante curatieve GGZ sluiten aan bij de mogelijk verschillende eindperspectieven van beide onderdelen. Voor ambulante curatieve GGZ zijn vrije prijzen het eindperspectief, terwijl uit nader onderzoek van de NZa nog moet blijken of de markt voor klinische curatieve GGZ op termijn voor vrije prijzen in aanmerking komt. Het onderscheid dat de NZa maakt tussen ambulante en klinische curatieve GGZ is in praktisch opzicht goed werkbaar, omdat zowel de budgetsystematiek als de DBC-systematiek onderscheid maken tussen ambulante en klinische curatieve GGZ.

De NZa adviseert om onderdelen van de curatieve GGZ pas te liberaliseren nadat de bekostiging van die onderdelen plaatsvindt op basis van DBC's. Als deze volgorde wordt aangehouden, ontstaat het belangrijke voordeel dat schoning van budgetonderdelen achterwegen kan blijven.

---

<sup>1</sup> Brief van de minister van VWS aan de NZa van 30 januari 2008, kenmerk CZ/CGG-2782951.

<sup>2</sup> Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 11 juli 2007, kenmerk CZ/CGG-2782401; brief van de minister van VWS aan de NZa van 30 januari 2008, kenmerk CZ/CGG-2782951; brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 24 juli 2008, kenmerk CZ/CGG-2866429.

Uit deze uitvoeringstoets volgt dat het mogelijk is om het ambulante curatieve GGZ-gedeelte per 2010 op basis van DBC's te bekostigen, zodat de liberalisering als gevolg van de geadviseerde volgorde geen onnodige vertraging hoeft op te lopen.

### **1.3 Ambulante curatieve GGZ**

#### *Bekostiging ambulante curatieve GGZ*

De NZa adviseert om de ambulante curatieve GGZ met ingang van 2010 op basis van DBC's te bekostigen. De ambulante curatieve GGZ is daarvoor gereed, aangezien zorgaanbieders op basis van de huidige DBC-structuur<sup>3</sup> over het geheel genomen in staat moeten zijn de kosten te dekken.

Met de afschaffing van de bekostiging op basis van budgetparameters in 2010 komt het vangnet voor de ambulante curatieve GGZ te vervallen. Zo ontstaat een gelijk speelveld voor alle aanbieders van ambulante curatieve GGZ. Nieuwe toetreders en vrijgevestigden hebben immers geen vangnet: zij worden al bekostigd op basis van DBC's.

De NZa verwacht dat met de overstap op prestatiebekostiging het consumentenbelang van doelmatiger zorg geborgd is en kan toenemen. Het gelijke speelveld tussen alle aanbieders draagt bij aan de onderlinge concurrentie om de gunst van de consument, hetgeen tot innovatie, meer keuze en kwalitatief betere zorg kan leiden.

#### *Liberalisering ambulante curatieve GGZ*

De NZa adviseert als eerste stap naar de liberalisering van de ambulante curatieve GGZ om in 2010 de prijsvorming voor de productgroepen van depressie en angststoornissen vrij te geven voor zover het gaat om de behandeling van volwassenen en ouderen. De NZa verwacht dat het vrijgeven van dit competitieve deelsegment een impuls geeft aan aspecten van de geleverde zorg, zoals de toegankelijkheid, de innovatie en de kwaliteit. Aangezien er sprake is van een aanbodzijde die voldoende competitief is, komt met vrije prijzen de betaalbaarheid van de zorg niet in gevaar.

Voor de overige onderdelen van de ambulante curatieve GGZ adviseert de NZa om als opstap naar verdere liberalisering per 2010 bandbreedtetarieven te hanteren en wel van 10% onder tot 10% boven het DBC-tarief voor iedere prestatie. Als gevolg van de ruimte die de bandbreedte biedt kunnen de zorgaanbieders en de verzekeraars rekening houden met de kwaliteit en de zorgzwaarte van de geleverde zorg. Afhankelijk van de resultaten binnen de bandbreedte is het mogelijk in 2011 een groter gedeelte van de ambulante curatieve GGZ te liberaliseren.

De NZa zal de ontwikkeling van de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de ambulante curatieve GGZ volgen door middel van monitoring.

#### *Noot met betrekking tot individuele risicodragendheid van verzekeraars*

Vrije prijzen zijn pas wenselijk als ook de inkoper geprikkeld wordt om doelmatige zorg te verkiezen boven minder doelmatige zorg. De NZa adviseert daarom om ten minste voor het ambulante gedeelte van de curatieve GGZ het representatiemodel van zorgverzekeraars in 2010 af

---

<sup>3</sup> De DBC tarieven worden in 2009 als gevolg van het kostprijsonderzoek van DBC-Onderhoud geactualiseerd en waar nodig verbeterd.



te schaffen en de verzekeraars in toenemende mate risicodragend te maken.

De voorkeur van de NZa gaat er naar uit om de zorgverzekeraars in 2010 specifiek voor de te liberaliseren onderdelen substantieel risicodragend te maken. Wanneer deze specifieke vorm van risicodragendheid niet mogelijk zou blijken, dan adviseert de NZa om de zorgverzekeraars vanaf 2010 voor de gehele curatieve GGZ in kleinere mate risico te laten dragen. Wanneer de risicovoorspelling voor de gehele curatieve GGZ nauwkeuriger wordt, is het mogelijk om de risicodragendheid te vergroten.

## 1.4 Klinische curatieve GGZ

### *Bekostiging klinische curatieve GGZ*

De NZa adviseert om het budget voor de klinische curatieve GGZ in 2010 te handhaven. De NZa vindt dat de productstructuur van de klinische DBC's moet worden verbeterd voordat op prestatiebekostiging wordt overgegaan.

Naar verwachting is het mogelijk om met een verbeterde productstructuur vanaf 2011 met prestatiebekostiging te beginnen. Gedurende een overgangsperiode van 2011 tot 2014 moeten de individuele kapitaalslasten nog op basis van nacalculatie plaatsvinden. Deze nacalculatie kan gedurende de overgangsperiode worden afgebouwd in overeenstemming met de systematiek voor de somatische zorg.

### *Liberalisering klinische curatieve GGZ*

De NZa adviseert om de deelmarkt van klinische curatieve GGZ nog niet te liberaliseren. De belangrijkste redenen voor dit advies zijn dat het aanbod sterk geconcentreerd is (dus weinig concurrentie) en dat de schadelast slecht te voorspellen valt.

De slechte machtsbalans tussen de vraag- en aanbodzijde zou negatieve gevolgen kunnen hebben voor de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de klinische curatieve GGZ. Het consumentenbelang is daarom vooralsnog niet bij liberalisering gebaat. De NZa gaat de mogelijkheden voor liberalisering van de klinische curatieve GGZ in de toekomst nader onderzoeken.



## 2. Bekostiging

In 2009 wordt de curatieve GGZ door middel van budgetparameters op basis van de werkelijke productie bekostigd. De financiering vindt echter plaats op basis van DBC's. GGZ-aanbieders komen voorafgaand aan het jaar met verzekeraars prijzen overeen voor zowel de budgetparameters als de DBC's op basis van het verwachte volume. Gedurende het jaar factureren de GGZ-aanbieders de daadwerkelijk geleverde zorg op basis van de DBC's. Na afsluiting van het jaar worden de opbrengsten door middel van de gefactureerde DBC's verrekend met de budgetafspraken die aan het werkelijke volume zijn aangepast. Wanneer de DBC's meer hebben opgeleverd dan de budgetafspraken, betaalt de zorgaanbieder het verschil terug. Is er op basis van de DBC's juist sprake van te weinig inkomsten, dan krijgt de aanbieder het verschil achteraf bijbetaald. De huidige budgetbekostiging werkt dus als een vangnet om een te hoog of een te laag resultaat van de DBC-financiering op te vangen.

Uitzondering op deze systematiek vormen de GGZ-aanbieders die sinds 2008 zijn toegetreden en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Hun bekostiging vindt al helemaal op basis van DBC's met maximumprijzen plaats, dus zonder vangnet. Er is daarom op dit moment tussen aan de ene kant nieuwe toetreders en de vrijgevestigden en aan de andere kant de gebudgetteerde aanbieders geen sprake van een gelijk speelveld.

### 2.1 Ambulant

Ambulante en klinische curatieve GGZ vormen twee gescheiden budgetonderdelen. Voor de ambulante curatieve GGZ zijn de kapitaalslasten en de overige kosten zowel integraal onderdeel van de parameters van het budget als van de DBC-productstructuur voor behandeling.

Voor zowel de budgetparameters als voor de DBC's van de ambulante curatieve GGZ gelden maximumtarieven. Dit betekent dat over de tarieven kan worden onderhandeld en dit gebeurt in de praktijk ook.

Uit de afspraken voor 2008 tussen aanbieders van ambulante curatieve GGZ en zorgverzekeraars blijken budgetparameters en DBC's in hoge mate overeen te stemmen naar aard en volume. De NZa verwacht daarom dat aanbieders van ambulante curatieve GGZ in staat zijn om het budget te dekken met de financiering op basis van DBC's. Dat blijkt ook uit de gegevens van zorgaanbieders, die geen achterstand hebben in het declareren van de prestaties. Als gevolg van het kostprijsonderzoek van DBC-Onderhoud worden bovendien in 2009 de DBC-tarieven geactualiseerd en waar nodig verbeterd. Het budget voor de ambulante zorg speelt dan ook geen belangrijke rol meer.

Uit het voorgaande concludeert de NZa dat de ambulante curatieve GGZ na de tweejarige transitieperiode van 2008 en 2009 gereed is om vanaf 2010 zonder vangnet op basis van DBC's te worden bekostigd.

### 2.2 Klinisch

Het budget voor klinische curatieve GGZ is opgebouwd uit bedragen per bed per doelgroep (volwassenen, ouderen, kinderen, verslaving), met

daarnaast bedragen per verpleegdag per doelgroep. Doorbelasting van de kapitaalslasten vindt afzonderlijk vanuit de AWBZ plaats. Bijzondere zorg en overige individuele componenten die niet in de parameters zijn verwerkt, worden ook separaat vergoed.

Met betrekking tot bekostiging van de klinische curatieve GGZ op basis van DBC's onderscheidt de NZa twee belangrijke problemen. Ten eerste is de productstructuur van de verblijfs-DBC's onvoldoende gebaseerd op herkenbare prestaties. Ten tweede worden met de verblijfs-DBC's de individuele kapitaalslasten niet bekostigd. Hieronder komen beide problemen nader aan de orde.

#### *Klinische productstructuur*

De productomschrijving van de verblijfsgroepen (24 uren) maakt op dit moment onderscheid naar vijf kostenniveaus per verblijfsdag. De zorginstelling bepaalt het kostenniveau door een kostprijsmodel toe te passen op basis van de gemaakte kosten per patiënt .

Niet-genormeerde bekostiging achteraf biedt de zorgaanbieder veel ruimte om achteraf te bepalen in welke zwaarteklasse het verblijf van een klinische patiënt valt. Met prestatiebekostiging kunnen de kosten daardoor aanzienlijk oplopen.

De daadwerkelijke zwaarteklasse van de verblijfsdag van een patiënt moet onafhankelijk van de individuele instelling worden bepaald op basis van specifieke patiënt- of diagnose-eigenschappen. Pas dan is er sprake van een productstructuur die geschikt is voor prestatiebekostiging.

Zolang een verbeterde prestatiebeschrijving ontbreekt, is bekostiging op basis van DBC's niet gewenst. De NZa adviseert dan ook om in 2010 'zwaarteklasse' in de productstructuur te verwerken, zodat het mogelijk is om in 2011 prestatiebekostiging van de klinische curatieve GGZ in te voeren.

#### *Kapitaalslasten*

De DBC's voor klinische curatieve GGZ kennen integrale tarieven. Deze tarieven zijn voor wat betreft de kapitaalslasten gebaseerd op de gemiddelde kosten. De daadwerkelijke kapitaalslasten verschillen echter per zorginstelling en zijn niet op korte termijn beïnvloedbaar. Bij invoering van prestatiebekostiging is het daarom noodzakelijk om het verschil tussen de gemiddelde en de werkelijke kapitaalslasten gedurende een overgangsperiode op te vangen.

De NZa zal voor de afbouw van de kapitaalslasten voor zover mogelijk dezelfde systematiek hanteren als voor de somatische zorg. Dit betekent kortweg dat zij de werkelijke kapitaalslasten voorafgaand aan de overgangsperiode eenmalig vaststelt. In het eerste jaar van de overgangsperiode worden deze nog voor 75% nagecalculeerd, in het tweede jaar voor 50% en in het laatste jaar voor 25%. Na de overgangsperiode vervalt de individuele nacalculatie van de kapitaalslasten.<sup>4</sup>

#### *Overgangsperiode*

Als in 2011 wordt begonnen met prestatiebekostiging voor de klinische curatieve GGZ, dan is het noodzakelijk om de nacalculatie van de kapitaalslasten in de daaropvolgende jaren af te bouwen. Het perspectief is dat de jaren 2011 tot en met 2013 als overgangsperiode gelden.

---

<sup>4</sup> Zie voor nadere uitleg van het overgangsregime kapitaalslasten bij de somatische zorg de Beleidsregel Overgangsregime Kapitaalslasten (CI-1085).

Gedurende de overgangsperiode zal de NZa de mogelijkheden voor liberalisering van de klinische prestaties nader onderzoeken.

### 2.3 Bekostiging niet-patiëntgebonden kosten

Een aantal zorginstellingen heeft budgetcomponenten waarvan de kosten niet in de gemiddelde DBC-prijs zijn opgenomen. Het gaat hier in de eerste plaats om niet-patiëntgebonden kosten, zoals de beschikbaarheid van een crisisdienst en collectieve posten in verband met dienstverlening en bestendig beleid. Deze vormen van zorg zijn niet aan individuele patiënten toe te rekenen, maar vallen wel onder de aanspraken van de Zorgverzekeringswet. Bekostiging via een gemiddelde opslag in de DBC's zou leiden tot overbekostiging voor aanbieders die de zorg *niet* bieden en onderbekostiging voor aanbieders die de zorg *wel* bieden.

Ook de kosten van het anonieme e-Mental Health zijn niet in de gemiddelde DBC-prijs opgenomen. Deze kosten zijn weliswaar patiëntgebonden, maar vanwege de anonimiteit niet aan de patiënt toerekenbaar.

De NZa adviseert om de bekostiging van collectieve dienstverlening en bestendig beleid ten laste van de Zorgverzekeringswet per 2010 te beëindigen. Zorgaanbieders kunnen zich in 2009 op deze verandering instellen. De collectieve dienstverlening is vanaf 2009 voor een deel overgenomen door de nieuwe functie van POH-GGZ (praktijkondersteuning huisarts GGZ).

De bekostiging van de beschikbaarheidscomponent van een crisisdienst moet uit een afzonderlijk fonds plaatsvinden. De bekostiging van e-Mental Health kan bij het zorgverzekeringswetfonds worden ondergebracht.

### 2.4 Data

De aanlevering van data aan het DBC-Informatiesysteem (DIS) is voor de ontwikkeling van de prestatiebekostiging van groot belang. Zo is het belangrijk voor onderhoud van de prestatiebekostiging. Met de data in DIS is het immers mogelijk om de tarieven en de productstructuur te actualiseren en te verbeteren. Daarnaast is data-aanlevering vereist om de ontwikkelingen in de sector te kunnen monitoren. In het licht van het advies van de NZa om de prijsvorming van twee productgroepen vrij te geven en voor de overige ambulante curatieve GGZ bandbreedtetarieven in te voeren, is deze monitoring van groot belang.

De NZa gaat in 2009 samen met de brancheorganisaties voorlichting geven over het belang van goede data-aanlevering. Bovendien handhaaft zij in 2009 de naleving van goede aanlevering van data ook strikter.

### 2.5 Verbetering DBC-structuur

#### *Indirect patiëntgebonden tijd*

Zorgverleners in de GGZ die in het kader van DBC-registratie activiteiten en verrichtingen registreren, zijn tot nu toe verplicht om de indirect patiëntgebonden tijd te registreren. Hoewel deze registratie inzicht biedt in de daadwerkelijke besteding van de indirecte tijd, levert het ook een aanzienlijke administratieve last op. De NZa adviseert om het tijdschrijven van indirect patiëntgebonden tijd nu af te schaffen. Op basis van de tot nu toe geregistreerde indirecte uren kunnen de gemiddelde kosten worden berekend die met de indirect patiëntgebonden tijd

samenhangen. Deze gemiddelde kosten kunnen als standaardopslag in de tarieven worden verwerkt. Dit verlicht de administratieve last van het bijhouden van de uren.

*Intercollegiaal consult en medebehandeling*

Op dit moment brengen de GGZ-aanbieders intercollegiale consulten en medebehandeling afzonderlijk bij de zorgverzekeraars in rekening. Dit is weliswaar toegestaan, maar de NZa vindt het ongewenst. De kosten van intercollegiale consulten en medebehandeling zouden integraal onderdeel moeten uitmaken van de prestatie die de GGZ-aanbieder levert. Dat betekent dat de geconsulteerde GGZ-aanbieder de kosten in rekening moet brengen bij de consulterende zorgaanbieder. De consulterende GGZ aanbieder brengt vervolgens de kosten in rekening bij de zorgverzekeraar via de initiële DBC. De NZa heeft het voornemen de spelregels op dit punt aan te passen.

*Scheiding behandel-DBC van klinische DBC*

Een behandel-DBC kan gepaard gaan met verblijf. Zodra een patiënt tijdens een behandeling minstens één nacht in de kliniek verblijft, wordt de gehele DBC een klinische DBC. De NZa adviseert om de definitie van klinische DBC's aan te passen. Voor het verblijf zou een afzonderlijke DBC moeten worden geopend, die wordt gekoppeld aan de behandel-DBC van de cliënt. De NZa adviseert om uitsluitend de behandeling die heeft plaatsgevonden tijdens het verblijf van de cliënt als klinische DBC te definiëren.

*Nota specificatie*

Het uitgangspunt in de DBC-systematiek is één nota voor het gehele zorgtraject. Als gevolg van het voorgaande advies ontstaan er echter twee nota's: één voor verblijf en één voor het ambulante gedeelte. De koppeling tussen deze twee nota's mag niet verloren gaan, omdat dan het totaaloverzicht van het DBC-traject verloren gaat. De NZa adviseert daarom de geautomatiseerde gegevensverwerking dusdanig aan te passen dat de klinische DBC en de behandel-DBC aan elkaar gekoppeld blijven. Zodoende blijven ook voor de dataopbouw de gehele zorgpaden in DIS beschikbaar.

Deze oplossing heeft ook betrekking op het probleem van de onoverzichtelijke DBC-GGZ-nota. Er komt één nota voor het ambulante traject en één nota voor het verblijf met de behandeling die daarbij is verleend, in plaats van een nota die niet naar verblijf en behandeling gespecificeerd is.

De nota voor het verblijf kan vervolgens nog worden gesplitst in de werkelijke dagen per zwaarteklasse. Nu vormt nog de gemiddelde uitkomst van de verschillende dagen het uitgangspunt. Inzicht in de zwaarteklasse per dag voorkomt extra bewerking en komt de verzameling van de DIS-data ten goede.

De geschetste aanpassingen komen overigens overeen met de wensen van de Nederlandse Patiënten/Consumentenfederatie (NPCF) naar aanleiding van een onderzoek naar de nota's voor DBC-zorg, te weten specificatie van totaalbedragen en een betere omschrijving van de zorg die is verleend.

*Tussentijds declareren*

De gemiddelde doorlooptijd van een DBC is acht tot tien maanden. Pas als de DBC is afgesloten, is het mogelijk om deze te valideren en vervolgens te factureren. Dit betekent dat er gedurende een

aanmerkelijke periode sprake is van onderhanden werk dat door de GGZ-aanbieder moet worden gefinancierd.

Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen afspraken maken over bevoorschotting ofwel verstrekking van werkkapitaal. Wanneer zij geen voorschot overeenkomen, kan de aanbieder de verzekeraar rente in rekening te brengen. Gebleken is dat enerzijds het verstrekken van voorschotten door verzekeraars en anderzijds het verkrijgen van werkkapitaal bij de bank bij meerdere GGZ-aanbieders, zowel vrijgevestigden als instellingen, moeizaam is verlopen en in veel gevallen tot liquiditeitsproblemen heeft geleid.

De NZa is van mening dat de betaling van de zorg moet plaatsvinden op een meer algemeen aanvaarde manier. De NZa gaat er daarom in 2009 voor zorgen dat het juridisch mogelijk wordt om tussentijds te declareren en zij past daartoe de betrokken regelingen aan. De NZa gaat ervan uit dat de registratiesystemen dit vanaf 2010 ook mogelijk maken.

Met 'tussentijds declareren' bedoelt de NZa overigens niet dat de DBC in delen wordt opgeknipt, maar dat zorgaanbieders termijnbedragen in rekening brengen. Deze termijnbedragen brengen zij dan in mindering op de eindfactuur, waarin de totale DBC is verantwoord.

#### *Leveringsvoorwaarden*

Op dit moment stelt de NZa een aantal leveringsvoorwaarden (zoals rente en de administratieve organisatie en interne controle (AOIC)) van GGZ-aanbieders vast. Een belangrijk gedeelte daarvan zouden de zorgaanbieders zelf kunnen vaststellen. De NZa heeft dan ook het voornemen om één regeling op te stellen die bepaalt dat de GGZ-aanbieders zelf leveringsvoorwaarden moeten opstellen. Die regeling bevat de vereisten waaraan de leveringsvoorwaarden minimaal moeten voldoen, maar laat de exacte invulling open. Levering van zorg zal dan uitsluitend mogelijk zijn als de GGZ-aanbieders over de juiste leveringsvoorwaarden beschikken.





### 3. Liberalisering

Dit hoofdstuk gaat allereerst in op de marktstructuur van de curatieve GGZ. Het liberaliseringsadvies van de NZa in deze uitvoeringstoets vloeit voor een belangrijk deel uit die marktstructuur voort. Vervolgens komen de gevolgen van de liberalisering aan de orde voor de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van de curatieve GGZ.

#### 3.1 Marktstructuur

Met het oog op liberalisering van gedeelten van de curatieve GGZ is het van belang om een onderscheid te kunnen maken tussen deelmarkten die nu gereed zijn om te liberaliseren, deelmarkten die daarvoor op termijn in principe gereed zijn en deelmarkten waarvoor het vooralsnog de vraag is of liberalisering op termijn gewenst is. Tabel 1 geeft per deelmarkt en per doelgroep binnen de deelmarkten de competitieve situatie weer.

**Tabel 1. Analyse marktstructuur**

Deelmarkt	Doelgroep	Huidige marktstructuur	Toetredingsdrempels
1. Ambulante curatieve GGZ	a. behandeling volwassenen en ouderen	Competitief	Laag
	b. behandeling kinderen en jeugd	Niet competitief door beperkt aanbod specialisten	Op korte termijn: hoog
2. Klinische curatieve GGZ	behandeling en 24-uursverblijf volwassenen en ouderen	Sterk geconcentreerd	Hoog
	behandeling en 24-uurs verblijf kinderen en jeugd	Sterk geconcentreerd	Hoog

De klinische curatieve GGZ is sterk geconcentreerd en kent hoge toetredingsdrempels. Deze deelmarkt van de GGZ komt nu nog niet in aanmerking voor vrije prijzen, aangezien het consumentenbelang nog niet geborgd is. De NZa zal de mogelijkheden van liberalisering van de klinische curatieve GGZ in/per 2010 nader onderzoeken. Daarbij zal zij verschillende vormen van concurrentie tegen elkaar afwegen.

De competitieve situatie op de deelmarkt voor ambulante curatieve GGZ verschilt per doelgroep. Voor de doelgroep kinderen en jeugd is vanwege het beperkte aanbod van kinder- en jeugdspecialisten sprake van nog onvoldoende concurrentie. Voor de doelgroep volwassenen en ouderen is de marktstructuur door lage toetredingsdrempels wel al competitief.

Om die reden komt op dit moment de deelmarkt voor ambulante curatieve GGZ met de doelgroep volwassenen en ouderen in aanmerking voor liberalisering.

*Liberalisering depressie en angststoornissen*

Binnen de deelmarkt voor ambulante curatieve GGZ met de doelgroep volwassenen en ouderen kiest de NZa als eerste stap om de productgroepen depressie en angststoornissen te liberaliseren. De NZa kiest voor deze productgroepen om de hiernavolgende redenen:

- De zorgvraag binnen de productgroepen depressie en angststoornissen is vaak enkelvoudig;
- Behandeling binnen de productgroepen depressie en angststoornissen gaat slechts beperkt gepaard met verblijf;
- Er is voldoende aanbod;
- Er kan goed worden onderhandeld over de prijzen van behandelingen binnen de productgroepen depressie en angststoornissen omdat de voorspelbaarheid van de zorgvraag redelijk wordt geacht. De behandelduur van circa 90% van de DBC's is korter dan 3000 minuten;
- Deze productgroepen vormen een substantieel aandeel van de totale ambulante DBC's;
- Behandeling van depressie en angststoornissen komt relatief weinig voor bij kinderen en jeugd;
- Het Trimbos Instituut heeft voor zowel depressie als voor angststoornissen een Evidence Based multidisciplinaire richtlijn voor de kwaliteit (zie 3.4 over kwaliteit) ontwikkeld, die zorgaanbieders en verzekeraars bij het onderhandelingsproces kan ondersteunen. Het is van groot belang dat kwaliteit in het onderhandelingsproces eindelijk een prominente factor wordt, zodat de consument kan kiezen voor betere kwaliteit.

Mede gelet op de overwegingen ten aanzien van de borging van kwaliteit komt de NZa tot het advies om als eerste stap de productgroepen depressie en angststoornissen te liberaliseren voor zover het de behandeling van volwassenen en ouderen betreft. Beide productgroepen vertegenwoordigen circa 10% van de totale kosten van de curatieve GGZ.

*Bandbreedte en vervolgstappen liberalisering ambulant*

Nadat de eerste stap is gezet, kunnen in één of meer volgende stappen de prijzen van de overige behandelingen worden vrijgegeven. Zolang de prijzen van deze behandelingen nog niet zijn vrijgegeven, adviseert de NZa om een bandbreedte van 10% rondom de gemiddelde kosten (ofwel de DBC-prijs) van elke prestatie in te voeren. De afspraken van de gebudgetteerde instellingen blijken zich in 2008 merendeels boven de ondergrens van deze bandbreedte te bevinden.

Bandbreedtetarieven fungeren in dit geval als opstap naar vrije prijzen. Er ontstaat tussen vraag- en aanbodzijde meer vrijheid om over de hoogte van de tarieven te onderhandelen.

De flexibiliteit van bandbreedtetarieven biedt drie belangrijke voordelen. Ten eerste ontstaat er ruimte voor verzekeraars om een hoger dan gemiddelde kwaliteit van zorg in te kopen. Ten tweede kunnen zorgaanbieders en verzekeraars onderling rekening houden met aspecten van zorgzwaarte als die nog niet voldoende in de productstructuur tot uiting komen. Ten derde tonen de uitkomsten van de onderhandeling binnen de bandbreedte aan in hoeverre de markt voldoende in balans is om verder te liberaliseren. De uitkomsten kunnen eventueel ook aanleiding vormen om de bandbreedte te verkleinen.

Het is noodzakelijk om de prijzen die binnen de bandbreedte tot stand komen, te monitoren. De uitkomsten van de onderhandelingen binnen de bandbreedte vormen immers een aanwijzing of de markt in staat is goed te functioneren. Op basis van de resultaten kan zo mogelijk met ingang

van 2011 een groter gedeelte van de ambulante curatieve GGZ worden geliberaliseerd.

#### *Kinder- en jeugdpsychiatrie*

Het tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters zou als gevolg van liberalisering tot hoge prijzen kunnen leiden. De NZa adviseert dan ook om de capaciteit aan kinder- en jeugdpsychiaters uit te breiden of vrij te geven. Zolang er een groot tekort is, adviseert de NZa om geen vrije prijzen in te voeren.

### 3.2 Betaalbaarheid

Verdere liberalisering van de GGZ kan effecten hebben op de betaalbaarheid van de curatieve GGZ. Het is mogelijk dat de liberalisering de betaalbaarheid verbetert. Deze situatie treedt op als:

- de liberalisering de zorgverzekeraars dwingt om doelmatig in te kopen;
- de zorgaanbieders door de liberalisering gedwongen worden om doelmatig te werken met behoud van toegankelijkheid en kwaliteit;
- de doelmatigheidsopbrengst wordt doorgegeven aan de consument/premiebetaler.

De liberalisering van de GGZ kan daarentegen ook resulteren in ongewenste effecten, zoals:

- stijging van de prijzen als gevolg van marktmacht bij individuele GGZ-aanbieders;
- afwenteling van kosten op andere (niet-geliberaliseerde) delen van de zorg, bijvoorbeeld omdat de zorgverzekeraar daar geen of minder risico draagt;
- ongewenste volumestijging als gevolg van aanbodgeïnduceerde vraag of *upcoding*.

Hierna wordt op deze zes punten nader ingegaan.

#### *Doelmatig inkopen en risicodragendheid*

Van liberalisering kan pas sprake zijn als ook de inkoper geprikkeld wordt om doelmatige zorg boven minder doelmatige zorg te verkiezen. Dit houdt in dat verzekeraars voor de vrij te geven prestaties individueel risicodragend moeten worden.

Individuele risicodragendheid betekent allereerst dat het huidige collectieve representatiemodel van zorgverzekeraars in ieder geval voor de ambulante curatieve GGZ per 2010 wordt afgeschaft. Dit houdt in dat zorgverzekeraars individueel met iedere aanbieder afspraken maken over de prijs, de kwaliteit en de hoeveelheid zorg die deze gaan leveren. Op dit moment voeren de dominante zorgverzekeraars de onderhandelingen nog collectief.

Daarnaast is het van belang dat de verzekeraars over de ingekochte GGZ ook individueel risico dragen. De NZa adviseert een substantiële initiële risicodragendheid met ingang van 2010 voor de te liberaliseren onderdelen van de GGZ. Uiteraard moet de voorspelkracht van de ex ante-risicovereeniging voor die onderdelen wel hoog genoeg zijn.

Wanneer het niet mogelijk blijkt om verzekeraars per 2010 specifiek voor de vrij te geven prestaties risicodragend te maken, is het alternatief om zorgverzekeraars risicodragend te maken voor de gehele curatieve GGZ. Gezien het feit dat de voorspelkracht van de ex ante-risicovereeniging op onderdelen nog beperkt is, raadt de NZa in dat geval een kleinere eerste stap aan. In 2011, wanneer het naar verwachting mogelijk is om de

risico's van de curatieve GGZ beter te voorspellen, kan de risicodragendheid voor de gehele curatieve GGZ worden vergroot.

*Doelmatig zorg aanbieden*

Wanneer zorgverzekeraars als gevolg van risicodragendheid geprikkeld worden om kritischer in te kopen, hebben de GGZ-aanbieders er belang bij om goede zorg aan te bieden. Aanbieders kunnen zich van elkaar onderscheiden met lagere kosten voor gelijkwaardige zorg of met een hogere kwaliteit van zorg (zie ook 3.4 over de kwaliteit van de geleverde zorg).

*Doelmatigheidsopbrengst voor de consument*

Eén van de uitgangspunten van het huidige zorgstelsel is dat de zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de gunst van de consument. Wanneer een zorgverzekeraar erin slaagt om zorg doelmatiger in te kopen (bijvoorbeeld tegen lagere prijzen of zorg van een hogere kwaliteit) dan zijn concurrenten, dan kan hij nieuwe klanten aantrekken door de voordelen van de ingekochte zorg aan te bieden aan de consument.

*Gevolgen van marktmacht voor de betaalbaarheid*

In 3.1 is ingegaan op de marktstructuur van de curatieve GGZ. Daar bleek dat vooral in de klinische curatieve GGZ en bij de doelgroep kinderen en jeugd sprake kan zijn van marktmacht. De ambulante curatieve GGZ die gericht is op volwassenen en ouderen vormt naar verwachting een competitief deelsegment met lage toetredingsbarrières. Daarom verwacht de NZa niet dat er sprake is van marktmacht voor de onderdelen die de NZa adviseert om te liberaliseren.

*Afwentelrisico's*

Wanneer een aanbieder of verzekeraar een deel van de kosten van de zorg waar hij risico op neemt, laat neerslaan op een ander, risicovrij gedeelte, dan is er sprake van ongewenste afwenteling. Voor de curatieve GGZ kan ongewenste afwenteling ontstaan als gevolg van deelliberalisering. Deze afwenteling kan tot gevolg hebben dat de totale uitgaven van de zorg stijgen. Hieronder wordt kort ingegaan op afwentelrisico's tussen de eerste- en tweedelijijn.

Allereerst kan er sprake zijn van afwenteling van zorg van de eerstelijijn naar de tweedelijijn of andersom. Op dit moment wordt de eerstelijijns psychologische zorg per zitting betaald of, als het om zorg door de huisarts gaat, via het consulttarief. De tweedelijijns GGZ declareert daarentegen op basis van DBC's. Ondanks dit verschil in bekostigingssystematiek zijn de verschillen tussen de eerstelijijns psychologische zorg en de tweedelijijn kortdurend beperkt, zoals blijkt uit Tabel 2.

**Tabel 2. Kengetallen kortdurende GGZ**

	Eerstelij <sup>5</sup>	Tweedelij <sup>6</sup> tot €2000
Wat: Problematiek	Licht- sociaal ondersteunend	Licht - matig ernstig,
Wie: aanbieder	Huisarts	
	Eerstelijns psychologen	Zijn tevens GZ-psycholoog
	GZ-psychologen	GZ-psychologen
	Vrijgevestigden	Vrijgevestigden
Hoeveel: Bekostiging	acht consulten, aanvullend twaalf	DBC tot 1.800 minuten Circa 30 zittingen
Kosten	Gemiddeld circa € 600	Gemiddeld circa € 1.000
	Max. circa € 1000	Max. circa € 2.000
Eigen bijdrage	€ 10 per keer	Geen per 1 januari 2009
Totaal	Circa 60 á 70 miljoen	Circa 600 miljoen
Aantal cliënten	Circa 88.000	Circa 600.000

Bron: NZa

De NZa adviseert om marktpartijen zelf te laten kiezen om hetzij eerstelijnsconsulten hetzij DBC's te contracteren. Een belangrijk voordeel daarbij is dat marktpartijen de vrijheid hebben om nieuwe contractvormen te kiezen.

Daarnaast speelt het mogelijke afwentelprobleem dat op 1 januari 2009 is ontstaan doordat de eerstelij<sup>5</sup> een eigen bijdrage van € 10 kent, terwijl er in de tweedelij<sup>6</sup> geen sprake van een eigen bijdrage is.<sup>6</sup> Dit heeft het ongewenste effect dat de consument wordt geprikkeld om zich niet in de eerste- maar in de tweedelij<sup>6</sup> te laten behandelen. Gezien de belangrijke poortwachtersrol van de eerstelij<sup>5</sup> is overeenkomstig beleid van VWS rondom de eigen bijdrage ten aanzien van de eerste en tweede lij<sup>6</sup> van belang.

#### *Volume vrij*

Voor wat betreft de betaalbaarheid van de zorg moet rekening worden gehouden met het volume van de geleverde zorg. Voor het volume van de curatieve GGZ is er op dit moment al geen sprake meer van een formeel plafond. Autonome volumestijgingen als gevolg van meer zorgvraag hebben macrobudgettaire gevolgen die vooral onwenselijk zijn als de volumestijgingen het gevolg zijn van aanbodgeïnduceerde vraag of van zogeheten upcoding.

De zorgverzekeraar als inkoper van zorg ondervindt de prikkel om onnodige stijging van het volume te voorkomen mits dat zijn concurrentiepositie versterkt. Daarvoor moet echter de zorg die aanbieders leveren onderling vergelijkbaar zijn en die transparantie ontbreekt nog.

Het is mogelijk om aanbodgeïnduceerde vraag en upcoding tegen te gaan door een degressief DBC-tarief of een bekostigingsmodel met een vaste voet te introduceren. Ook de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ)<sup>7</sup> pleit in zijn advies voor degressieve tarieven. Verdere uitwerking van dit bekostigingsmodel vereist nadere analyse. Op het moment dat de NZa over uitgebreidere DIS-data beschikt, zal zij de mogelijkheden voor verdere uitwerking van bekostiging door middel van degressieve tarieven nader bestuderen.

<sup>5</sup> De gegevens voor de eerstelijns psychologie zijn afkomstig uit NZa; visiedocument Eerstelijns psychologische zorg, 2007.

<sup>6</sup> Dit afwentelprobleem speelt overigens ook wanneer niet tot verdere liberalisering van de tweedelijns GGZ wordt besloten.

<sup>7</sup> Uitgavenbeheer in de Gezondheidszorg, december 2008

### **3.3 Toegankelijkheid**

Naast betaalbaarheid speelt ook de toegankelijkheid van de zorg een grote rol. Bij toegankelijkheid in de GGZ gaat het vooral om de bereikbaarheid van de zorg in termen van reistijd. Bij de toegankelijkheid van sommige andere zorgaanbieders, zoals apothekers of huisartsen, speelt eveneens een rol dat deze aanbieders niet 24 uur per dag beschikbaar zijn. In de GGZ is dit echter geen factor van groot belang, behalve bij de acute GGZ.

Succesvolle liberalisering van de GGZ kan toetreding van nieuwe aanbieders uitlokken en bestaande aanbieders ertoe aanzetten om een groter gewicht toe te kennen aan goede toegankelijkheid, bijvoorbeeld door extra vestigingen te openen. De toegankelijkheid (in de zin van bereikbaarheid) van de GGZ kan hierdoor verbeteren.

Succesvolle liberalisering dwingt GGZ-aanbieders ook tot doelmatig werken. Dit kan tot gevolg hebben dat ondoelmatige zorgaanbieders verdwijnen of dat activiteiten worden geconcentreerd op een beperkt aantal locaties als dit nodig is om schaalvoordelen te kunnen benutten.

De gevolgen van liberalisering voor de toegankelijkheid van de GGZ-zorg zijn moeilijk te voorspellen. Een scenario waarin de toegankelijkheid verbetert is denkbaar, maar een scenario waarin grotere doelmatigheid een verdere concentratie afdwingt, valt niet uit te sluiten. Bij concentraties worden de gevolgen voor onder andere de toegankelijkheid van de zorg geborgd door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) die deze concentraties toetst aan de Mededingingswet.

Het is van belang dat het aantal aanbieders in de ambulante zorg groot is en dat de toetredingsdrempels laag zijn. Daarom acht de NZa het onwaarschijnlijk dat de liberalisering van dit gedeelte van de GGZ zal resulteren in een verminderde toegankelijkheid.

### **3.4 Kwaliteit**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is de primaire toezichthouder op de kwaliteit van de zorg. Ook een aantal andere partijen speelt bij de borging van kwaliteit een rol. Hierbij gaat het om zowel minimumkwaliteit als additionele kwaliteitseisen. Hieronder komen achtereenvolgens kort de GGZ-beroepsgroep zelf, consumenten/hun vertegenwoordigers en zorgverzekeraars aan bod.

#### *Beroepsbeoefenaren*

Beroepsbeoefenaren moeten zich houden aan de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Deze wet heeft betrekking op zowel zelfstandigen als beroepsbeoefenaren in dienstverband.

Daarnaast bestaat er in de beroepsgroep consensus over de wenselijkheid om als onderdeel van de kwaliteitsverbetering van de zorg richtlijnen in te voeren. De publicaties over dit onderwerp en de gesprekken die de NZa heeft gevoerd met de GGZ-instellingen, de koepels, kwaliteitsinstituten en de IGZ geven aan dat het veld actief met richtlijnen en zorgprogramma's bezig is en toewerkt naar brede invoering en naar uitkomstgericht denken en werken.

Een groot aantal GGZ-instellingen geeft aan dat zij werken op basis van richtlijnen en zorgprogramma's. Uit cijfers van het Trimbos Instituut

blijkt overigens dat, afhankelijk van de aandoening, maximaal 25 tot 50% van de patiënten in de GGZ volgens de richtlijn wordt behandeld.

De Stichting DGV (Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening) start in 2009 op verzoek van het ministerie van VWS met de implementatie door de beroepsbeoefenaren van de multidisciplinaire richtlijn voor depressie.

#### *Consumenten/hun vertegenwoordigers*

Op dit moment is er voor consumenten geen eenduidige informatie beschikbaar die een keuze op basis van kwaliteit mogelijk maakt. De belangrijkste oorzaak is dat er geen duidelijkheid bestaat over de precieze producten (de inhoud van de zorg, welke zorg voor welke patiënt) aan de verschillende patiëntgroepen in de GGZ die worden geleverd. Inzicht in de kwaliteit van een behandeling op een aggregatieniveau dat voor consumenten relevant is, ontbreekt dan ook. Zolang die duidelijkheid er niet is, vormt monitoring van de ontwikkelingen in de kwaliteit een noodzaak.

Als in de komende jaren de openbare kwaliteitsinformatie over aanbieders van GGZ verbetert, wordt het voor consumenten en hun vertegenwoordigers mogelijk een aanbieder te kiezen op basis van de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. De NZa acht transparantie van kwaliteit essentieel voor verdere stappen in de liberalisering.

#### *Zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars besteden aandacht aan de kwaliteit in hun zorginkoopbeleid. Zij hebben belang bij een goede kwaliteit van de gecontracteerde GGZ als dit leidt tot een goede prijs-kwaliteitverhouding. Hiervan is sprake wanneer verzekerden hun zorgverzekeraar mede kiezen op basis van de kwaliteit van de GGZ én als de 'extra' verzekerden gemiddeld winstgevend zijn. In hoeverre aan deze voorwaarde wordt voldaan, is onduidelijk. Overigens gaat het hierbij niet uitsluitend om GGZ-gebruikers: een verzekeraar die GGZ van onvoldoende kwaliteit inkoopt, kan ook reputatieschade ondervinden bij verzekerden die verwachten dat zij geen gebruik van GGZ maken. De bandbreedte die de NZa in deze uitvoeringstoets adviseert voor de delen van de ambulante curatieve GGZ die nog niet worden geliberaliseerd, biedt zorgverzekeraars de ruimte om hogere dan gemiddelde kwaliteit in te kopen.

Het meten van integrale kwaliteit is niet eenvoudig. Niettemin is er sprake van toenemende aandacht voor het meten van specifieke aspecten van kwaliteit, zoals binnen het project Zichtbare Zorg. Op termijn resulteren dergelijke initiatieven mogelijk in een grotere transparantie van de kwaliteit. Consumenten en verzekeraars zijn dan in staat om aanbieders te kiezen op basis van zowel prijs als gecontracteerde kwaliteit, het zogeheten *pay for performance*.

Belangrijke voorwaarden om ervoor te zorgen dat transparantie daadwerkelijk bijdraagt aan betere kwaliteit voor de patiënt zijn:

- Correctie voor verschillen in patiëntkenmerken tussen zorgaanbieders (zogeheten casemix verschillen).
- Publicatie van indicatoren op het aggregatieniveau dat voor de patiënt relevant is; dit pleit op zijn minst voor specifieke prestatie-indicatoren, bijvoorbeeld prestatie-indicatoren voor mensen met een zware depressie in plaats van voor mensen met een depressie.
- De bereidheid van de professionals op de werkvloer om mee te werken de zorgkwaliteit transparant te maken.

Deze voorwaarden zijn het makkelijkst te realiseren in de ambulante GGZ-zorg met een duidelijk gedefinieerde, enkelvoudige zorgvraag.

Hierbij gaat het bijvoorbeeld om poliklinische behandeling van patiënten met een stemmings- of angststoornis. Bij patiënten met een meervoudige zorgvraag is het moeilijker om de indicatoren die eventueel van toepassing zijn te formuleren en te vergelijken.

Als liberalisering gepaard gaat met toenemende transparantie van kwaliteit, dan kan dit voor de gecontracteerde kwaliteit van de GGZ positieve gevolgen hebben. Zorgverzekeraars kunnen dan bijvoorbeeld voor zorg van een bepaalde kwaliteit kiezen. Ook kunnen zij zorgaanbieders expliciet belonen als deze kwaliteitsdoelen halen. Dit alles laat onverlet dat ook na (gedeeltelijke) liberalisering toezicht door de IGZ op de minimumkwaliteit van groot belang blijft.

Wat betreft de productgroepen depressie en angststoornissen die de NZa adviseert om te liberaliseren, verwacht zij dat de multidisciplinaire richtlijn van het Trimbos Instituut zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het onderhandelingsproces zal ondersteunen. Bij vervolgstappen in de liberalisering is het noodzakelijk om steeds na te gaan of de kwaliteit van de betreffende zorgcategorieën voldoende inzichtelijk is om de stap naar liberalisering te rechtvaardigen.



## 4. Adviezen en Tijdpad

Tabel 3. Adviezen en Tijdpad

Operatie-eel	Start uitwerking	Deelmarkt	Onderwerp	Omschrijving	Actie
2009	2009	A+K	compliance	bevorderen aanlevering gegevens aan DIS (stimuleren, motiveren, rapportage en handhaving)	NZa
2010	2009	A	einde vangnet ambulant	(beleids)regels aanpassen i.v.m. bekostiging ambulante zorg o.b.v. DBC's voor gebudgetteerde aanbieders	NZa
2010	2009	A+K	liberalisering	eerste fase risicodragendheid verzekeraars	VWS
2010	2009	A	liberalisering	vrije prijzen angst en depressie (aanpassing productstructuur)	NZa / DBCO
2010	2009	A	liberalisering	(beleids)regels aanpassen i.v.m. bandbreedte tarieven ambulante zorg	NZa
2010	2009	A	liberalisering	afschaffen representatiemodel ambulante GGZ vrijgegeven deel productstructuur	ZN
2010	2009	A	liberalisering	eenduidig regime voor eigen bijdragen eerste- en tweedelij	VWS
2010	2009	A+K	liberalisering	onderzoek naar noodzaak uitbreiden capaciteit KJ-psi	NZa
2010	2009	A+K	liberalisering	plan voor verbetering/ontwikkeling kwaliteitsindicatoren, richtlijnontwikkeling en kwaliteitsinformatie	VWS / IGZ
2010	2009	A+K	spelregels	beëindigen afzonderlijke DBC voor ICC en mede behandeling (=onderlinge dienstverlening)	NZa / DBCO
2010	2009	A+K	spelregels	regelen leveringsvoorwaarden (o.a. i.p.v. rente en AOIC) waarin vastgelegd wat de LV moeten beschrijven	NZa
2010	2009	A+K	zorg niet in DBC onder te brengen	overhevelen van bijzondere posten naar fonds, bijvoorbeeld zorgverzekeringwetfonds	VWS
2011	2009	A	einde vangnet ambulant	aanpassen ICT: koppelen klinisch en ambulant traject voor DIS/verzekeraar	DBCO
2011	2010	K	gedeeltelijke afbouw vangnet kliniek	beëindigen of overhevelen van bijzondere posten naar fonds, bijvoorbeeld zorgverzekeringwetfonds	VWS
2011	2010	A+K	liberalisering	tweede fase risicodragendheid verzekeraars i.v.m. vrije meer prijzen waar mogelijk	VWS
2011	2010	A	liberalisering	advies toename vrije prijzen ambulant	NZa
2011	2010	A+K	spelregels	specificatie op klinische factuur van verblijf (per zorgzwaarte) en	DBCO

Operationeel	Start uitwerking	Deelmarkt	Onderwerp	Omschrijving	Actie
				behandeling	
2012	2009	K	gedeeltelijke afbouw vangnet kliniek	start driejarige afbouw verschil kapitaalslastencomponent t.o.v. genormeerde opslag in DBC-prijs, opstellen beleidsregels	NZa
2012	2011	A	liberalisering	advies volledig vrije prijzen ambulante	NZa
2012	2010	K	productstructuur	verbeteren prestatieomschrijving/indeling productstructuur verblijf	DBCO
2012	2010	A+K	spelregels	afschaffen registratie indirectie tijd dmv opslag directe kosten	NZa

## Referenties

Altrecht, Lentis en Parnassia Groep (2007). Topklinische zorg in de GGZ krijgt een gezicht. Posistion Paper. LSJ Medisch Projectbureau. Amersfoort.

APE (2008). *Doorontwikkeling van het risicovereveningsmodel voor de curatieve GGZ Den Haag, Nieuwe schattingen met gegevens van 2007*. M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, A. Notenboom, R. Goudriaan.

Bijlsma, M. en M. Pomp (2008). Via transparantie naar kwaliteit in de ziekenhuiszorg, *Economisch Statistische Berichten*, 2008, 22 augustus, pp. 486-489.

CBS (2008). *Gezondheid en zorg in cijfers 2008*. Centraal Bureau van de Statistiek, Den Haag/Heerlen.

CVZ (2003). *Uitvoeringstoets: Eerstelijns psychologische zorg in het ziekenfondspakket*. sector Curatieve Zorg, J. Zwaap, J.M. van Diggelen, M.G. Veenstra, en T.J.B. Beekman. Amstelveen.

CVZ (2008). GGZ Kompas. College voor Zorgverzekeringen.

GGZ Nederland (2006). *Evaluatiestudie Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, verslagjaar 2006*. M.A.J.A.E. van Ham, Luijsterburg, J.C. & Brouwers, E.P.M. Tranzo, Universiteit van Tilburg.

GGZ Nederland (2007). Ambities voor de jaren 2006-2008; jeugd-GGZ breed inzetbaar. *Visiedocument*, Amersfoort.

Halbersma, R. (2008). Kwaliteit van Zorg en Marktwerking; Een overzicht van de economische literatuur. *Nederlandse Zorgautoriteit*, Utrecht.

Hollander, den, E.M., I.M. van Vliet en F.G. Zitman (2008). Routine outcome monitoring: regelmatig meten van klachten om behandeling te evalueren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2008/suppl. 1 S-29.

IGZ (2008). Sterk van Geest, naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2011, *Beleidsdocument Inspectie Gezondheidszorg*.

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen LVE (2007). Jaarbericht landelijke vereniging van eerstelijnspsychologen, 2007. Amsterdam

Medisch Contact (2008). *Arbeidsmarktmonitor*, 3<sup>e</sup> kwartaal 2008.

NMa (2006). *Besluit. Zaak 5632/GGZ Noord-Holland-Noord - GGZ Dijk en Duin*. Openbare versie. Nederlandse Mededingingsautoriteit, Den Haag.

NZa (2006). *Beleidsregel AL/BR-100.069. Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2007). Eerstelijnspsychologische zorg, onderzoek naar de noodzaak en wenselijkheid van het reguleren van de markt voor eerstelijnspsychologische zorg. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2008). *Beleidsregel CA-266*. Definities Geestelijke gezondheidszorg. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.

NZa (2008) Budget en DBC-opbrengst: Macro-totalen in miljoen euro's, 2008

NZa (2008) Aanpassingen productstructuur 2008-2009.

NZa (2008). Prestatiebeschrijvingbeschikking, 6300-1900-08-2, directie Zorgmarkten Cure.

Schut, F.T., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2005). *Gereguleerde concurrentie in de planbare curatieve GGZ? Een economische analyse*. GGZ Nederland, iBMG Amersfoort.

Smit, F., P. Cuijpers, J. Oostenbrink, N. Batelaan, R. De Graaf en A. Beekman (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(4): pp. 193-200.

Trimbos (2004). *Branche rapport GGZ-MZ: Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Zorg*. Trimbos Instituut; Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. M. van den Berg, C. de Ruijter en C. schoenmaker.

Trimbos (2008a). *Tendrapportage GGZ 2008; Deel 1: Organisatie, structuur en Financiering, basisanalyse*. Trimbos Instituut; Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. F. van Hoof, L. Fotiadis, J. Vijselaar en J. Hasker.

Trimbos (2008b). *Tendrapportage GGZ 2008; Deel 2: Toegang en Zorggebruik, basisanalyse*. Trimbos Instituut; Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. H. van 't Land, J. Grolleman, K. Mutsaers en C. Smiths.

Vollebergh W.A.M., R. de Graaf, M. ten Have, C.G. Schoemaker, S. van Dorsselaer, J. Spijker en A.T.F. Beekman (2003). *Psychische stoornissen in Nederland; overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Trimbos Instituut.

VWS (2008). *Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009*. 31 700 XVI. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag.

Wollersheim, H., M.J. Faber, R.P.T.M. Grol, W.J. Dondorp en A.J. Struijs (2006). *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Signalering ethiek en gezondheid 2006*, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.

ZN, NVvP, NVP, NIP, V&VN, IGZ en VWS (2007). *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, Basisset 2007-2008*. ZN Zorgverzekeraars Nederland Vereniging Landelijk Platform GGz, NVvP Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, NVP Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, NIP Nederlands Instituut van Psychologen, V&VN Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, vakcommissie GGZ, GGZ Nederland, IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg, VWS Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Utrecht.

ZN, brief aan NZa dd.12 10 2007, kenmerk DZ 2007 D094 jvee 1B.

ZN (2007). In- en verkoopgids DBC GGZ; Kwaliteits- en profielinformatie voor zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders. Zorgverzekeraars Nederland en GGZ Nederland, Zeist/Amersfoort.



## Bijlage 1. Achtergronden bij advies

### I De GGZ in vogelvlucht

#### I.1 Gebruik<sup>8</sup>

##### I.1.1 Psychische klachten en psychische stoornissen

Afhankelijk van de gehanteerde maatstaven en meetinstrumenten (en de richtlijnen voor het vaststellen van een problematische geestelijke gezondheid die daarbij horen) kampt op jaarbasis één op de vier tot acht mensen met problemen op het gebied van hun geestelijke gezondheid (zie Tabel 4). Gegevens van het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) over aantallen mensen met frequente en/of ernstige psychische klachten komen uit op percentages van rond de vijftien. In termen van psychische stoornissen is volgens de gegevens van het Nemesis-onderzoek (Vollebergh et al., 2003) – dit is een landelijk bevolkingsonderzoek uit 1996-1999 – zelfs bij bijna een kwart (23%) van de bevolking sprake van een psychische stoornis. Daarbij moet worden aangetekend dat in het Nemesis-onderzoek misbruik en afhankelijkheid van middelen met 9% in de prevalentiecijfers een belangrijk aandeel heeft. Daarbij gaat het hoofdzakelijk om misbruik en afhankelijkheid van alcohol (8% van de bevolking).

**Tabel 4. Prevalentie psychische klachten en psychische stoornissen**

Klachten en stoornissen	%
Percentage van de bevolking dat de afgelopen twaalf maanden vaak of erg vaak tenminste één van de volgende vijf gevoelens heeft gehad: eenzaam en verlaten, rusteloos, verveeld, teneergeslagen en in de put, van streek.	13
Percentage van de bevolking dat in de afgelopen twaalf maanden een periode heeft gehad waarin het erg angstig, bezorgd of somber en depressief was.	17
Percentage van de bevolking dat lijdt aan een psychische stoornis volgens het Nemesisonderzoek (twaalfmaands prevalentie)	23

Bron: Trimbos, 2008b.

##### I.1.2 Gebruikers GGZ

Er doen circa 778.000 personen een beroep op de GGZ ofwel circa 5% van de Nederlandse bevolking (zie Tabel 5). Dit percentage ligt veel lager dan de percentages in Tabel 4. Bijna de helft van de mensen met een psychische stoornis (43%) die daarvoor geen zorg ontvangt, zegt daar ook geen behoefte aan te hebben; een zesde deel zegt hieraan wel behoefte te hebben. Omgerekend naar de totale bevolking komt dit neer op 3,9% van de Nederlandse volwassenen, ofwel ruim 400.000 mensen (Trimbos, 2008b), ofwel 2,5% van de totale Nederlandse bevolking. Er is dus een aanzienlijke latente vraag naar GGZ.

<sup>8</sup> Gegevens vóór 2008 zijn inclusief de GGZ die in 2008 niet is overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet.

**Tabel 5. Aantal gebruikers GGZ, 2006**

Leeftijdscategorie	Cliënten in behandeling
0-17 jaar (kinderen en jeugd)	108.080
18-64 jaar (volwassenen)	571.280
65 jaar en ouder (ouderen)	92.640
Totaal	778.000

Bron: GGZ Nederland, 2008

### **I.1.3 Aard en intensiteit zorggebruik**

De aard van het zorggebruik van degenen die wel een beroep doen op de GGZ, loopt sterk uiteen. Het Trimbos Instituut heeft op basis van meerjarige gebruikspatronen een uitsplitsing gemaakt naar de aard en de omvang van het zorggebruik (zie Tabel 6). Verreweg het grootste gedeelte van de gebruikers (70%) doet uitsluitend een beroep op ambulante GGZ-zorg. De overige 30% bestaat grotendeels uit gebruikers die in aanvulling op ambulante zorg één of meermalen opgenomen zijn geweest.



**Tabel 6. Uitsplitsing naar aard en omvang van zorggebruik**

<b>TABEL 2.7 GEBRUIKSGROEPEN IN DE GGZ-VOLWASSENENZORG (OP BASIS VAN MEERJARIGE GEBRUIKSPATRONEN)*<sup>19</sup></b>		
<i>Gebruiksgroep</i>	<i>Typend voorbeeld</i>	<i>Omvang (% van totaal)</i>
Ambulante kleinverbruikers	cliënt is dit jaar ingeschreven, had 3 ambulante contacten en is niet opgenomen (geweest) in kliniek of dagkliniek.	70
Cliënten met een incidentele periode van intensieve zorg	cliënt is de afgelopen 4 jaar één keer kortdurend opgenomen geweest en heeft daarnaast regelmatig ambulante contacten	12
Draaideurcliënten	cliënt is de afgelopen 7 jaar minstens 4 keer opgenomen, daarnaast veel ambulante contacten	9
Gedwongen opgenomen cliënten	cliënt is de afgelopen 7 jaar minstens 4 keer klinisch opgenomen geweest, waarvan drie keer onvrijwillig	3
Verblijfscliënten**	cliënt woont sedert jaren in een kliniek of een beschermende woonvorm	3
Ambulante grootverbruikers	cliënt is sinds 4 jaar in zorg, heeft tientallen ambulante contacten per jaar en maakt geen gebruik van kliniek	1
Recent opgenomen cliënten zonder GGZ-verleden	cliënt is in het afgelopen jaar opgenomen in kliniek of dagkliniek, heeft nooit eerder gebruik gemaakt van GGZ	1

\* Leeftijdscategorie 20 – 65 jaar; peiljaar 1998

\*\* De onderzoekers onderscheiden ook nog een achtste groep – nieuwe Ribw-bewoners. Het gaat om een zeer kleine groep – 0,2 % - die we hier tot de verblijfscliënten rekenen.

Bron: Trimbos, 2008b

Tabel 7 laat zien dat bij ruim de helft van alle gebruikers bij geïntegreerde zorginstellingen sprake is van een behandelduur langer dan drie maanden. Bij een kwart van de gebruikers is de behandelduur zelfs langer dan een jaar.

**Tabel 7. Behandelduur van GGZ-cliënten**

<b>TABEL 2.27 BEHANDELDUUR VAN GGZ-CLIËNTEN (BIJ DE GEÏNTEGREERDE GGZ-INSTELLINGEN, DE APZ'EN, DE RIAGG'S, RIBW EN KJP, 2003 – 2006 (IN DAGEN/ IN PROCENTEN)</b>				
<i>Spreading (in procenten)</i>	2003	2004	2005	2006
Eén dag	18	18	19	17
Tot drie maanden	27	28	28	28
Drie maanden tot één jaar	29	29	29	29
Langer dan één jaar	25	24	24	25
<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Bron: Trimbos, 2008b

## **I.2 Aanbieders van GGZ**

### **I.2.1 Eerste- en tweedelijns GGZ**

Binnen de GGZ-aanbieders valt een onderscheid te maken tussen de eerstelijns en de tweedelijns. Tot de eerstelijns GGZ-aanbieders behoren – naast de ongeveer 1.200 vrijgevestigde ('eerstelijns') psychologen – met name de huisartsen en de algemeen maatschappelijk werkers. Huisartsen krijgen gemiddeld in 6% van hun patiëntencontacten met psychische en/of sociale problemen te maken. In 2005 waren er 2.493 fte's aan uitvoerende algemeen maatschappelijk werkers, die gemiddeld 56% van hun cliëntgebonden tijd aan psychische en/of sociale problemen besteedden.

De eerstelijns psychologische zorg valt sinds 1 januari 2008 onder de verzekerde zorg en wordt dus vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. Deze zorg is omschreven als: diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van cliënten met lichte tot matig ernstige, niet complexe enkelvoudige psychische problematiek. De zorg mag worden aangeboden door huisartsen, eerstelijns psychologen, gezondheidszorgpsychologen (voor zover niet al geregistreerd als eerstelijns psycholoog), vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters, internetaanbieders en GGZ-instellingen.

De jaarlijkse kosten van eerstelijns psychologische zorg bedragen naar schatting circa € 60 à 70 miljoen (CVZ, uitvoeringstoets 2003). Op dit moment kent de eerstelijns psychologische zorg nauwelijks wachttijden (14,4 dagen in 2007) (LVE, 2007).

Tot de tweede lijn worden gerekend de zelfstandig gevestigde psychiaters (ruim 600), de zelfstandig gevestigde psychotherapeuten (ruim 1.000) en de gespecialiseerde GGZ-aanbieders. De verschillen in bekostiging tussen de eerste- en de tweedelijns komen aan bod in hoofdstuk II.

## I.2.2 Diversiteit in het aanbod

De collectief gefinancierde, professionele, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bestaat uit een breed en gevarieerd palet aan aanbieders en voorzieningen. Voor GGZ-zorg kunnen mensen aankloppen bij een huisarts, bij het algemeen maatschappelijk werk, bij een eerstelijns psycholoog, bij een individuele, zelfstandig gevestigde hulpverlener, bij een grote, regionaal of provinciaal opererende instelling, of bij e-Mental Health. Mensen kunnen in de GGZ terecht voor een adviesgesprek, maar zij kunnen ook 'in de GGZ wonen'. Het palet aan GGZ-aanbieders en voorzieningen is voortdurend in beweging, mede onder invloed van beleidsontwikkelingen en veranderende financieringskaders.

## I.2.2 Capaciteit intramuraal

Tabel 8 geeft een overzicht van de intramurale capaciteit van de verschillende typen aanbieders in de GGZ. De volwassenen- en ouderenzorg maken ruim 80% van de totale capaciteit uit.

**Tabel 8. Intramurale capaciteit: gehele GGZ (Zorgverzekeringswet en AWBZ)**

Categorie	2003 in bedden	2006 Capaciteit in intramurale opname/verblijfsplaatsen Feitelijk (formeel)
Volwassenen en ouderen kort	6.970	18.079 (23.187)
Volwassenen en ouderen lang	16.540	
Verslavingszorg	1.810	1.891 (1.950)
Kinder- en jeugdpsychiatrie	1.430	1.565 (1.726)
Forensisch	1.710	697 (697)

Bron: Trimbos, 2008a; Trimbos 2004

## I.3 Uitgaven aan GGZ

### I.3.1 Totaalbeeld, trend en indirecte kosten

De uitgaven aan de GGZ bedroegen in 2007 ongeveer € 4,5 miljard. Tabel 9 laat zien dat de uitgaven de afgelopen tien jaar zijn verdubbeld, hetgeen overeenkomt met een gemiddelde uitgavengroei van ruim 7% per jaar. Ter vergelijking: de totale zorguitgaven namen in dezelfde periode toe met gemiddeld 6% per jaar.

**Tabel 9. Uitgaven aan aanbieders van GGZ, 1998-2007 (miljoen euro)**

Jaartal	1998	2000	2005	2006	2007
Uitgaven aan GGZ-aanbieders	2262	2572	4048	4208	4497

Bron: CBS, 2008

De bedragen in Tabel 9 hebben betrekking op de gehele GGZ, inclusief het gedeelte dat nog wordt bekostigd uit de AWBZ. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) presenteert geen uitsplitsing tussen Zorgverzekeringswet en de AWBZ-gefinancierde zorg. Tabel 10 bevat de

raming van het ministerie van VWS voor de curatieve GGZ. Vergelijking van Tabel 9 en Tabel 10 wijst uit dat ongeveer tweederde van alle GGZ-uitgaven via de Zorgverzekeringswet lopen (hoofdstuk II gaat nader in op de bekostiging van de GGZ).

**Tabel 10. Begrote uitgaven curatieve GGZ 2008-2010 (miljoen euro)**

Aanbieders	2008	2009	2010
Instellingen	2.885	2.883	2.911,6
Vrijgevestigden	159,4	159,4	159,4
Onverdeeld	30,2	126	232,5
Totaal	3.074,6	3.168,4	3.303,5

Bron: ministerie van VWS, 2008

Het is van belang om te benadrukken dat de cijfers Tabel 10 uitsluitend betrekking hebben op de directe GGZ-kosten bij gespecialiseerde GGZ-aanbieders. Zoals al is opgemerkt, spelen ook huisartsen en algemeen maatschappelijk werkers bij de behandeling van psychische klachten een belangrijke rol; deze kosten zijn niet opgenomen in de tabel. Ook de kosten van medicatie om psychische klachten en stoornissen te behandelen zijn niet in Tabel 10 verwerkt.

Psychische klachten leiden tot indirecte kosten buiten de zorg, waarbij het vooral gaat om het verlies aan productiviteit. Smit et al. hebben recent op basis van de Nemesis-gegevens een schatting gemaakt van de verhouding tussen de directe en de indirecte kosten van een aantal 'common mental disorders'<sup>9</sup> in Nederland. Bij de directe kosten werden de kosten van medicatie niet meegeteld, maar de kosten van vervoer (directe niet-medische kosten) wel. Berekening van de indirecte kosten vond plaats op basis van gegevens over productiviteitsverlies (vooral 'werkdagen ziek thuis').

De berekeningen resulteerden in een gemiddelde kostenpost van € 3.200 per volwassen Nederlander met een psychische aandoening. Verreweg het grootste deel daarvan (85%) betreft indirecte kosten, ofwel kosten ten gevolge van verlies van arbeidsproductiviteit. Daarbij moet worden aangetekend dat de zorgkosten van mensen die vanwege psychische problemen zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, niet in de berekeningen van Smit et al. zijn meegenomen (deze populatie maakt geen onderdeel uit van het Nemesis-bestand). Maar ook wanneer daarmee rekening wordt gehouden, suggereren de resultaten dat de indirecte kosten van geestelijke gezondheidsproblemen de directe zorgkosten ver overtreffen. Dit betekent dat de baten van preventie en genezing van psychische klachten en stoornissen voor een belangrijk deel buiten de zorg neerslaan.

### I.3.2 Uitgaven naar soort GGZ

Hoewel de meeste gebruikers van GGZ-zorg uitsluitend een beroep doen op ambulante zorg (zie nogmaals Tabel 4), maken de uitgaven voor ambulante zorg slechts een derde deel van de totale GGZ-uitgaven uit (zie Tabel 11). Voor de intramurale GGZ-zorg (24-uursopname en -verblijf) ligt het precies andersom: een relatief klein aandeel in de totale gebruikerspopulatie is verantwoordelijk voor een groot aandeel in de totale uitgaven.

<sup>9</sup> Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., De Graaf, R., Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(4): 193-200.

**Tabel 11. Uitgaven aan GGZ uitgesplitst in extra en intramuraal (2005)**

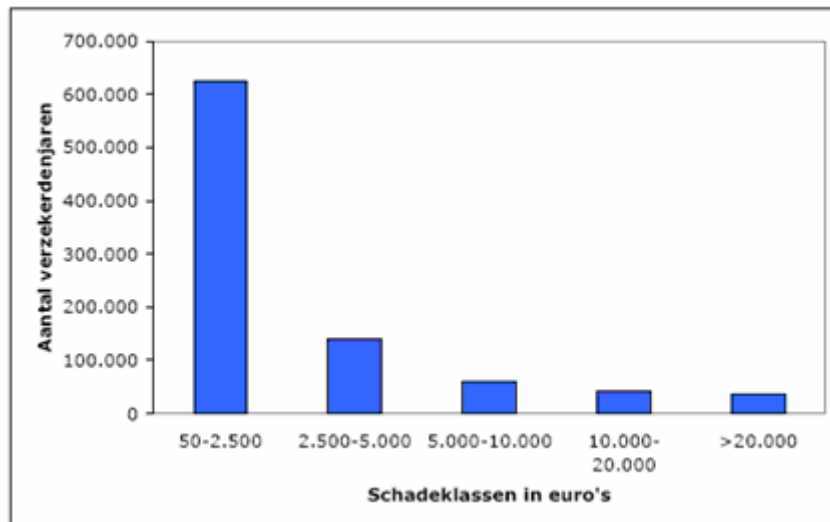
Soort zorg	%
Ambulante zorg	32
24-uurs opname en verblijf	46
Beschermd wonen	10
Dag/deeltijdbehandeling	12

Bron: Trimbos, 2008a (CVZ-cijfers)

Uit combinatie van de gegevens in Tabel 9 en Tabel 11 volgt dat de uitgaven voor intramurale zorg ongeveer € 2 miljard per jaar bedragen. Om een globale indruk te krijgen van de kosten per gebruiker van intramurale zorg, is dit bedrag gedeeld door de totale feitelijke capaciteit van ruim 20.000 bedden (zie nogmaals Tabel 8). Volgens deze schatting belopen de gemiddelde kosten van een plaats in een intramurale GGZ-instelling € 100.000 per jaar.

### I.3.3 Frequentieverdeling uitgaven GGZ

Figuur 1 geeft een overzicht van de verdeling van de GGZ-kosten. Van de circa 5% van de Nederlanders die in een jaar GGZ-zorg ontvangen, zijn de kosten van deze zorg voor circa 75% van de cliënten (600.000 cliënten) lager dan € 2.500. In totaal maakt deze groep circa € 600 miljoen aan GGZ-kosten, hetgeen neerkomt op circa 20% van de totale GGZ-kosten. De gemiddelde kosten in deze categorie bedragen dus circa € 1.000 per GGZ-cliënt.

**Figuur 1. Frequentieverdeling van de kosten van de curatieve GGZ, 2007**

Bron: APE, 2008

## II Bekostiging: recente beleidsontwikkelingen

### II.1 Overheveling curatieve GGZ van AWBZ naar Zorgverzekeringswet

Tot 1 januari 2008 werd de GGZ geheel bekostigd uit de AWBZ. Op die datum is de curatieve GGZ overgegaan naar de Zorgverzekeringswet. De definitie van curatieve GGZ is gebaseerd op de duur van de behandeling: GGZ-zorg wordt uit de Zorgverzekeringswet gefinancierd wanneer iemand minder dan 365 dagen 'verblijft'. Figuur 2 brengt in beeld welke GGZ-zorg vanaf 1 januari 2008 uit de Zorgverzekeringswet respectievelijk uit de AWBZ wordt gefinancierd.

Voor zorgkantoren en gebudgetteerde instellingen was in de AWBZ sprake van een contracteerplicht voor intramurale zorg<sup>10</sup>. De uitvoering van de zorginkoop was in handen van de zorgkantoren. Individuele verzekeraars speelden daarin geen rol. Bij het onderbrengen van de curatieve GGZ in de Zorgverzekeringswet zijn de meeste elementen uit de budgetbekostiging in de somatische sector overgenomen. Verzekeraars onderhandelen niet bilateraal met zorgaanbieders, maar collectief. Daarvoor heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een representatiemodel in het leven geroepen dat sinds eind 2007 het oude regiovertegenwoordigingsmodel vervangt. ZN heeft het representatiemodel aangewezen voor de zogenoemde niet-concurrerende deelmarkten. Het is echter aan de wetgever om te bepalen op welke deelmarkt wel en niet (prijs- en inkoop)concurrentie van toepassing is.

Het representatiemodel werkt als volgt. Alle verzekeraars hebben een convenant getekend waarin zij verklaren dat zij volgens de regels van het representatiemodel werken. Voor de GGZ-instellingen worden de budgetafspraken gemaakt door de verzekeraar die marktleider was in de veiligheidsregio en door de verzekeraar die vóór 2008 concessiehouder van het zorgkantoor was. Als dat dezelfde verzekeraar is, dan wordt de nummer twee in termen van marktaandeel in de veiligheidsregio als onderhandelende partij toegevoegd<sup>11</sup>.

De Zorgverzekeringswet kent in tegenstelling tot de oude Ziekenfondswet en de AWBZ geen contracteerplicht. Het feit dat er (ook in de somatische zorg) nog steeds sprake is van collectieve afspraken, wordt vooral ingegeven door de bekostigingssystematiek. Als de overgangperiode geruime tijd gaat duren, verdient het aanbeveling om de collectieve inkoop door verzekeraars te regelen in nadere regels van de NZa. Op die manier is het mogelijk potentiële problemen met het mededingingtoezicht te voorkomen.

Collectieve afspraken hebben als nadeel dat individuele verzekeraars zich niet met de inkoop kunnen onderscheiden. Daarom gaan de meeste modellen voor marktwerking uit van prestatiebekostiging en van prijsonderhandelingen tussen zorgaanbieders en individuele verzekeraars.

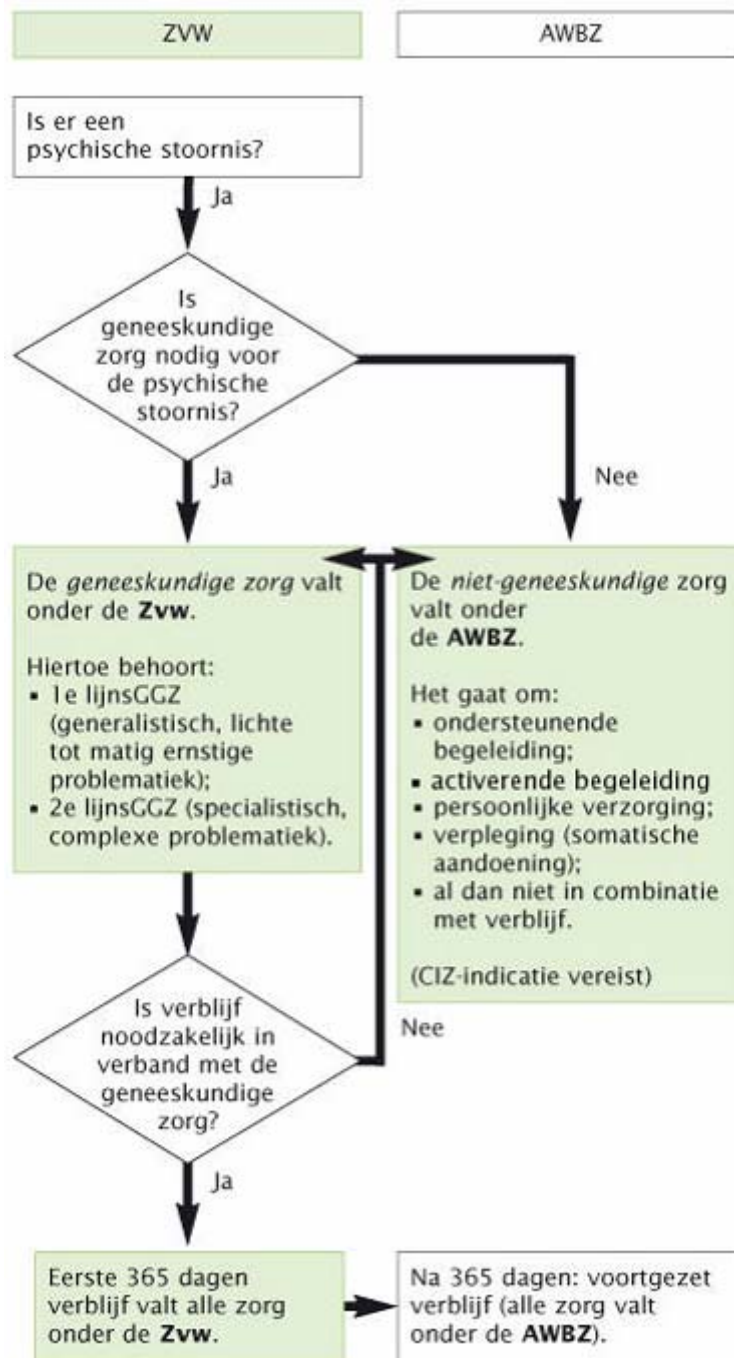
---

<sup>10</sup> De contracteerplicht extramuraal is in de AWBZ afgeschaft in augustus 2004; voor intramurale AWBZ zorg bestaat nog contracteerplicht. In de Zorgverzekeringswet is de contracteerplicht vervallen.

<sup>11</sup> zie brief ZN aan NZa dd.12 10 2007, kenmerk DZ 2007 D094 jvee 1B.

Beëindiging van de collectieve afspraken is in die zin een randvoorwaarde om uiteindelijk op concurrentie op de inkoopmarkt over te gaan.

**Figuur 2. Financieringsbronnen: Zorgverzekeringswet en AWBZ**



Bron: CVZ, 2008

## II.2 DBC's in de GGZ

Sinds 1 januari 2008 wordt in de curatieve GGZ, net als in de ziekenhuiszorg, geleverde zorg gedeclareerd op basis van DBC's. Vanaf 1 januari 2006 vond al registratie door middel van DBC's plaats. De basis voor de GGZ-DBC's is het handboek DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual for Mental Diseases). Aan de hand van het zorgprofiel (diagnose, behandeling, begeleiding) en de zorgvraag (zorgtype, diagnose DSM IV)

wordt de cliënt ingedeeld in een productgroep. Daarbij is sprake van een onderscheid in drie productgroepen:

- bijzondere producten: crisis, indirecte diagnostiek
- behandeling kort: minder dan 800 minuten
- behandeling langdurig/intensief: meer dan 800 minuten.

Daarnaast is er nog verblijf. Bij de verblijfsgroepen worden sinds 2008 tien categorieën onderscheiden, afhankelijk van de duur van het verblijf (verblijf wordt gedefinieerd als 24-uursverblijf). Per 24-uursverblijf zijn er vijf zwaarteklassen; het tarief stijgt met de zwaarte. De zorgaanbieder stelt op basis van zijn eigen kostenberekening vast welke zwaarteklasse van verblijf hij levert en bepaalt daarmee ook het tarief dat van toepassing is.

Binnen de drie productgroepen is sprake van een onderscheid in 145 behandelgroepen op basis van het type stoornis (bijvoorbeeld angststoornissen, depressieve stoornissen of stemmingsstoornissen) en de hoeveelheid tijd die nodig is voor de behandeling. Voor elke behandelgroep is een maximumtarief vastgesteld.

Voor de forensische psychiatrie heeft het ministerie van Justitie afzonderlijke DBC's ontwikkeld, de zogeheten Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie (DBBC).

In tegenstelling tot de somatische DBC's is de tijd die een zorgaanbieder aan een patiënt besteed niet vooraf normatief bepaald, maar vormt de daadwerkelijk gependeerde tijd het uitgangspunt. Deze werkelijke tijdsduur in combinatie met de diagnose bepaalt in welke productgroep de geleverde zorg valt.

Op dit moment zijn de GGZ-DBC's voor verblijf inclusief geneesmiddelen. Dit loopt dus parallel met de klinische somatische-DBC's, die ook inclusief geneesmiddelen zijn, met uitzondering van dure geneesmiddelen<sup>12</sup>.

De productstructuur in 2009 is gewijzigd ten opzichte van 2008. De voornaamste verandering bestaat uit een verfijning. In de productstructuur 2008 werden in de behandelgroepen langdurig-intensief per diagnose lange tijdsintervallen per behandelgroep of verblijf gebruikt, bijvoorbeeld 6.000 tot 12.000 minuten. De productstructuur 2009 is op dit onderdeel verfijnd. In tabel 12 is het aantal wijzigingen weergegeven.

Een andere wijziging betreft het feit dat de diagnose en behandeling van enkelvoudige ernstige dyslexie met ingang van 2009 stapsgewijs wordt opgenomen in het basispakket en in de DBC-systematiek onder 'overige stoornissen'.

**Tabel 12. Aanpassingen productstructuur 2008-2009**

	2008	2009	Toename
Behandelgroepen	130	145	15 (11,5%)
Verblijfgroepen	50	70	20 (40%)
Totaal	180	215	35 (19,4%)

Bron: NZa

<sup>12</sup> Kleine uitzondering: Methadon. De kosten van het middel zijn opgenomen in de overige producten en zijn afzonderlijk declarabel



## II.3 Huidige bekostiging

### II.3.1 Eerstelijns psychologische zorg: van maximumtarieven naar vrije prijzen

Voor de eerstelijns psychologische zorg gelden vanaf 1 januari 2008 vrije tarieven. Tot die datum werden op grond van de Zorgverzekeringswet acht zittingen vergoed. Wel had de cliënt te maken met een eigen bijdrage van € 10 per consult. Ongeveer twee derde van de behandelingen (72%) kan worden afgerond bij acht zittingen, en bijna 90% (89%) binnen twaalf zittingen. Het gemiddelde aantal consulten per cliënt bedroeg in 2007 circa 6,9; dit is iets minder dan in 2006, toen het om 7,2 consulten ging. In 2003 waren er binnen de eerstelijns psychologische zorg circa 88.000 cliënten (CVZ, 2003).

Bij het opnemen van de eerstelijns psychologische zorg in het basispakket is besloten om het consultsysteem te handhaven en niet over te stappen op DBC-bekostiging. Met ingang van 1 januari 2008 zijn deze tarieven vrij en ligt het overeengekomen tarief tussen de € 80 en € 95 per consult. De gemiddelde kosten per cliënt bedragen dus circa € 600 (6,9 behandelingen vermenigvuldigd met € 85).

### II.3.2 Overige vrijgevestigde aanbieders en instellingen van na 1 januari 2008: DBC-bekostiging zonder vangnet

Voor de overige vrijgevestigde GGZ-aanbieders (ruim 600 psychiaters en ruim 1.000 psychotherapeuten) en instellingen van na 1 januari 2008 is sinds die datum sprake van volledige DBC-bekostiging.

### II.3.3 GGZ-instellingen: handhaving FB-bekostiging, DBC-financiering

In 2008 is bij de GGZ-instellingen die vóór 1 januari 2008 zijn toegelaten nog steeds sprake van budgettering. DBC's hebben uitsluitend een functie in de financiering en in de verdeling van de schadelast over de verzekeraars. Bij de invoering van de DBC in 2008 is aan de gebudgetteerde instellingen en verzekeraars gevraagd om de productieafspraken voor 2008 te maken zowel in termen van de bestaande budgetparameters als in DBC's. Het verschil tussen het overeengekomen budget en de DBC-omzet is vertaald in een (ex ante-) verrekenpercentage: een individuele procentuele opslag op het DBC-tarief waarmee aansluiting wordt bereikt tussen enerzijds het budget en anderzijds de DBC-omzet.<sup>13</sup>

Het huidige budgetmodel is een vorm van omzetmaximering, die bij invoering van volledige prestatiebekostiging komt te vervallen. Overigens is materieel ook in het budgetregime sprake van open-eindbekostiging, aangezien het budget de gerealiseerde productie volgt, mits de verzekeraar daarmee instemt. Voor het gedeelte van de GGZ dat naar de Zorgverzekeringswet is overgeheveld, bestaat ook geen contracteerruimtebeperking zoals in de AWBZ.

<sup>13</sup> Het verrekenpercentage wordt in instellingen die verblijf DBC's aanbieden toegepast op de verblijf-DBC's. Bij instellingen die geen verblijf aanbieden wordt het verrekenpercentage op de ambulante DBC's toegepast. Bij de nacalculatie op het budget worden eventuele verschillen tussen het budget en de DBC-omzet (inclusief opslagpercentage) door middel van lumpsumbedragen tussen aanbieder en verzekeraar verrekend.

## II.4 DIS-registratie

De GGZ-sector registreert sinds januari 2008 in DBC's. Uit recente gegevens van DBC-Onderhoud blijkt dat het DIS nog slechts voor 20% is gevuld (stand eind november 2008<sup>14</sup>). 40% van de aanbieders die data zouden moeten aanleveren, had dat eind november 2008 nog niet gedaan. Dit betekent dat er sprake is van ernstige onderregistratie. De data die de NZa op dit moment beschikbaar heeft, zijn dan ook vooral afkomstig uit de productieafspraken.

## II.5 Mate van dekking

### II.5.1 Dekking topklinische zorg en acute zorg

*Topklinische zorg:* Tot op heden is de topklinische GGZ-zorg niet gedefinieerd als afzonderlijke zorgvorm. Zo bestaan er binnen de huidige FB-bekostiging geen geormerkte budgetcomponenten (vergelijkbaar met de academische component bij de Universitair Medisch Centra (UMC's)). Evenmin zijn er specifieke DBC's voor topklinische GGZ.

Het afgelopen jaar heeft een aantal zorginstellingen (Altrecht, Lentis, Parnassia) echter specifieke aandacht gevraagd voor topklinische GGZ-zorg. In hun rapport verstaan zij onder topklinische GGZ-zorg 'de zorg voor cliënten met complexe en/of zeldzame (uitingen van) psychiatrische stoornissen, die qua diagnostiek en behandeling een hoge mate van specialisatie vragen'.<sup>15</sup> Topklinische GGZ-zorg is volgens deze aanbieders inherent verweven met ontwikkeling en innovatie (O&I) en met diagnostiek en behandeling, die speciale expertise en voorzieningen vereisen.<sup>16</sup>

DBC-onderhoud heeft in haar ontwikkelagenda opgenomen om na te gaan in hoeverre topklinische zorg in de huidige DBC-structuur voldoende gedekt is.

*Acute zorg:* De behandelkosten voor acute zorg zijn opgenomen in de DBC-productgroep 'bijzondere producten onder crisis' (zie paragraaf 2.3). De extra lasten als gevolg van de beschikbaarheid zijn echter nog niet in de DBC-structuur verwerkt.

### II.5.2 Toelichting op prestaties die nog niet zijn opgenomen in de huidige DBC-bekostiging

*Anonieme e-Mental Health:* Binnen de Zorgverzekeringswet wordt e-Mental Health vergoed. In het geval van anonieme e-Mental Health is de verzekerde echter niet bekend. Daardoor is het onmogelijk om voor deze zorg een afzonderlijke prestatie te declareren. Om een prestatie ten laste van de Zorgverzekeringswet te mogen vergoeden, is het immers noodzakelijk om vast te stellen of de betaling ook plaatsvindt ten behoeve van een verzekerde. Bij anonieme consulten is dat niet het geval.

*Dienstverlening:* GGZ Nederland heeft een inventarisatie uitgevoerd van activiteiten die op dit moment onder dienstverlening worden

<sup>14</sup> Bron: website DBC-Onderhoud, 2 december 2008

<sup>15</sup> Position paper 'Topklinische zorg in de GGZ krijgt een gezicht', Altrecht, Lentis en Parnassia Groep, 2007.

<sup>16</sup> In zoverre het om de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen en doelmatigheidsonderzoek (effectiviteit behandeling A versus behandeling B) gaat, kent Zon-MW overigens al speciale subsidieregelingen.

gecontracteerd, maar niet in de DBC vallen. Bij deze inventarisatie kwamen de volgende drie punten naar voren:

- Consultatie en advies aan (eigen) instelling: hierbij wordt de GGZ- of verslavingszorgdeskundigheid ten aanzien van een specifieke doelgroep gebruikt om medewerkers van andere instellingen over de aanpak van de doelgroep te adviseren.
- Consultatie en advies aan netwerk: hierbij wordt de GGZ- of verslavingszorgdeskundigheid ingezet om in een netwerk van meerdere instellingen een gezamenlijke doelgroep te bespreken en te benaderen (bijvoorbeeld veelplegers, overlastgevers of zorgmijders).
- Stagebegeleiding.

De zorginstellingen die dienstverlening leveren, ontvangen op dit moment een vergoeding binnen het budget.

*Individueel beleid:* Een aantal instellingen kent specifieke toeslagen binnen het budget, die niet als afzonderlijke declarabele prestatie terugkomen in de productstructuur.

## II.6 Registratieverschillen en aanpassingen productstructuur

*PAAZ/PUK-productie:* Ziekenhuizen met een PAAZ/PUK-afdeling nemen nog wel eens patiënten op die zowel somatische zorg als psychiatrische zorg nodig hebben. De somatische DBC's kennen geen honorariumvergoeding voor de psychiater en omgekeerd kennen de GGZ-DBC's geen honorarium voor (al of niet ondersteunende) somatische specialismen. In de praktijk zal dit ertoe leiden dat er voor een patiënt meerdere DBC's worden geopend en uiteindelijk gedeclareerd. Overigens sluit de systematiek van DBC's in de somatische zorg meerdere DBC's per patiënt niet uit.

*Zwaarteklasse verblijf:* De zwaarteklasse van 'verblijf' mogen de zorginstellingen zelf bepalen. Zij doen dit door de kosten van verblijf te berekenen en deze al dan niet aan meerdere type bedden toe te rekenen. De instellingen bepalen dus zelf het aantal zwaarteklassen dat zij hebben en welk bed in welke zwaarteklasse, dat wil zeggen DBC-prijscategorie, valt. Vervolgens scoren de instellingen het aantal patiënten op elk type bed. Ook de manier van scoren van patiënten verschilt echter per zorginstelling. Zo scoort de één dagelijks en de ander wekelijks. Zolang er sprake is van het declareren van GGZ-DBC's binnen een budgetstelsel, en instellingen en verzekeraars volledig worden nagecalculeerd, is dit geen bezwaar. Op het moment dat er wordt overgestapt op DBC-bekostiging geeft dit systeem echter merkwaardige prikkels. Hier geldt dat op dit moment niet bekend is om welke aantallen en om hoeveel gedeclareerde zorg het gaat, dit gezien de beperkte beschikbaarheid van DIS-gegevens (zie paragraaf 2.5).

*Zorgzwaarte:* Aanbieders van gespecialiseerde behandelingen en diagnostiek merken op dat de maximumtarieven voor hen niet altijd kostendekkend zijn. Hierdoor kan het gebeuren dat hun inzet, zowel in tijd als in de mix van beroepsbeoefenaren, afwijkt van het landelijke gemiddelde. Vanwege het feit dat de DBC-systematiek in de GGZ is gebaseerd op werkelijk bestede tijd, leidt de afwijking in tijd niet tot problemen. De afwijking in de mix van beroepsbeoefenaren kan echter tot dekkingsverschillen van de onkosten leiden. DBC-onderhoud heeft dit punt in haar doorontwikkelagenda opgenomen.

*Upcoding:* De huidige DBC-systematiek kent van nature geen prikkel tot kortere behandeling; alleen gegeven een DBC, is er sprake van een

prikkel om binnen die DBC het aantal werkelijk bestede uren zo laag mogelijk te houden.

## **II.7 Financiële gevolgen voor de aanbieders**

Bij de invoering van de DBC in 2008 is aan de gebudgetteerde zorginstellingen en verzekeraars gevraagd om de productieafspraken voor 2008 te maken in termen van de bestaande budgetparameters en in DBC-aantallen. Het verschil tussen het overeengekomen budget en de DBC-omzet is vertaald in een (ex ante-)verrekenpercentage; dit is een procentuele opslag op het DBC-tarief waarmee aansluiting tot stand komt tussen enerzijds het budget en anderzijds de DBC-omzet. Het verrekenpercentage wordt in instellingen die verblijfs-DBC's aanbieden, toegepast op die verblijfs-DBC's. Wanneer instellingen geen verblijf aanbieden, passen zij het verrekenpercentage op de ambulante DBC's toe. Bij de nacalculatie op het budget worden eventuele verschillen tussen het budget en de DBC-omzet (inclusief het opslagpercentage) door middel van lumpsumbedragen tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar verrekend.

Het gemiddelde verrekenpercentage (over alle aanbieders) geeft een indicatie in hoeverre de gedefinieerde productstructuur en de gemeten aantallen aansluiten bij het huidige aanbod dan wel de huidige budgetten. Idealiter is het gemiddelde verrekenpercentage over alle aanbieders gelijk aan nul. In dat geval geven afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde ook reële verschuivingen ten opzichte van de huidige omzet aan. Als het verrekenpercentage gemiddeld groter dan nul is, kan dit er op wijzen dat niet de gehele productie adequaat in GGZ-DBC's is vertaald.

Op grond van de productieafspraken is het volgende beeld te schetsen:

- Het merendeel van de verrekenpercentages ligt binnen de +/- 20%.
- In de instellingen die uitsluitend ambulante zorg aanbieden, blijkt het verschil tussen het FB-budget en de DBC-bekostiging bij 79% van de onderzochte 80 instellingen binnen de 10% te liggen en bij 86% van de instellingen binnen de 20%.
- In de instellingen die verblijf aanbieden blijkt de verdeling van de overeengekomen verblijfs-DBC's vrijwel gelijk aan de verdeling uit de 'inkoopgids' van ZN en GGZ Nederland. Dit zou er op kunnen wijzen dat verzekeraars en zorgaanbieders nog geen reële afspraken (kunnen) maken vanwege onbekendheid met de nieuwe DBC-producten en daarom de landelijke conversietabellen als uitgangspunt nemen. Het is echter ook mogelijk dat de inkoopgids een goede voorspeller van de werkelijkheid blijkt te zijn.
- Voor instellingen die verblijf aanbieden geldt dat de klinische productie door de DBC's redelijk gedekt wordt. Bij 43% van de onderzochte 55 instellingen ligt het verrekenpercentage tussen de +/- 10% en bij 71% van de instellingen tussen de +/- 20%. Voor de ambulante productie is echter sprake van onderdekking, die via de klinische DBC's verrekend wordt.
- Waarschijnlijk is de onderdekking van de ambulante productie het gevolg van het feit dat wanneer gedurende een ambulant zorgtraject van meerdere maanden één keer sprake is van verblijf (ook al is dat slechts 24 uur), de gehele behandelperiode als klinisch wordt aangemerkt. Met andere woorden: de klinische DBC trekt de ambulante behandeling naar zich toe. De vraag is dan ook hoe het beeld is ziet als op dit punt aanpassing van de productstructuur plaatsvindt.

### III Risicoverevening en risicodragendheid zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars worden tot en met het schadejaar 2009 via de zogeheten ex post-verevening volledig gecompenseerd voor hun uitgaven aan curatieve GGZ. De reden is dat de kwaliteit van de gegevens bij de overheveling van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet onvoldoende was om risicodragendheid van verzekeraars in te voeren. Deze ondervinden dan ook nauwelijks een prikkel om hun uitgaven aan GGZ te beheersen. Hogere risicodragendheid stelt eisen aan de kwaliteit van de ex ante-risicoverevening. Zonder dat kan afbouw van de ex post-verevening resulteren in een prikkel tot risicoselectie door verzekeraars.

#### III.1 Ex ante-risicoverevening in de GGZ: de huidige stand van zaken

Het ex ante-vereveningsmodel voor de curatieve GGZ kent vergelijkbare verdeelkenmerken als het model voor de curatieve zorg. Naast leeftijd, geslacht, aard van het inkomen (uitkering, werk) en sociaal-economische status (SES) wordt ook gebruikgemaakt van een GGZ-regiocriterium en de Farmaceutische Kostengroepen (FKG) 'psychische aandoeningen'. Verder is van belang of de verzekerde op een eenpersoonsadres woonachtig is. Dit laatste criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden een groter beroep doen op de curatieve GGZ dan personen uit meerpersoonshuishoudens. De meerwaarde van dit criterium ligt vooral in de verklaringskracht van het model voor de grootstedelijke gebieden.

De verklaringskracht van het bestaande ex ante-risicovereveningsmodel voor de curatieve GGZ is volgens de ontwerpers van dit model 'bescheiden' (APE, 2008)<sup>17</sup>. Het huidige ex ante-vereveningsmodel wordt in de praktijk dan ook niet gebruikt voor herverdeling tussen verzekeraars. In plaats daarvan is de werkelijke schadelast bepalend. Een zorgverzekeraar met relatief hoge GGZ-uitgaven per verzekerde wordt hiervoor gecompenseerd via het vereveningsmodel.

#### III.2 Hoe verder?

Verbetering van de volledigheid, de representativiteit en de kwaliteit van de gegevens over zorggebruik en zorgkosten is een eerste vereiste om de ex ante-verevening te verbeteren. Met dit doel benadert het ministerie van VWS GGZ-instellingen en onderzoekt het hoe gegevens van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-en) en franchiseorganisaties kunnen worden ontsloten. Daarnaast onderzoekt VWS of de gegevens van de laatste groep een goed beeld geven van de productie bij vrijgevestigden.

Voor de ontwikkeling van het ex ante-risicovereveningsmodel voor het schadejaar 2010 zal het echter nog niet mogelijk zijn om over de volledige DBC-gegevens te beschikken. De reden hiervoor is dat DBC's in principe een jaar open kunnen staan. Daarom heeft VWS besloten dat

<sup>17</sup> Doorontwikkeling van het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ Den Haag, oktober 2008, Nieuwe Schattingen met gegevens van 2007, M.M. van Asselt G.J. Mazzola, A. Notenboom, R. Goudriaan, APE 2008

het voor de modelontwikkeling van het risicovereveningsmodel 2010 gebruik maakt van de productiegegevens van instellingen over het verantwoordingsjaar 2007.

Het vereveningsmodel 2010, waarvan de ontwikkeling op dit moment plaatsvindt, is naar analogie van de ziekenhuissector gebaseerd op onder andere leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, regio en farmaciegebruik.

Het ministerie van VWS streeft ernaar voor het schadejaar 2010 de ex post-verevening gedeeltelijk af te bouwen en verzekeraars over de GGZ-kosten beperkt risico te laten lopen. Het ex ante-risicovereveningsmodel 2011 (waarvan de ontwikkeling in 2010 plaatsvindt) kan volgens VWS waarschijnlijk worden gebaseerd op DBC-gegevens die betrekking hebben op 2008 en 2009.

## IV Betaalbaarheid

### IV.1 Marktmacht op deelmarkten binnen de GGZ

Onder marktmacht verstaat de NZa<sup>18</sup> het volgende: de positie van één of meer zorgaanbieder(s) of ziektekostenverzekeraar(s) om alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van:

- zijn concurrenten;
- zijn producenten/leveranciers (wanneer het een zorgaanbieder betreft);
- ziektekostenverzekeraars (wanneer het gaat om een zorgaanbieder);
- zorgaanbieders (wanneer het een ziektekostenverzekeraar betreft);
- consumenten.

Zoals aangegeven is de GGZ erg heterogeen. De behandelintensiteit verschilt sterk van cliënt tot cliënt en het zorgaanbod omvat een grote groep eerstelijns psychologen en vrijgevestigden, een aantal kleinere instellingen en een beperkt aantal erg grote regionaal geconcentreerde GGZ-instellingen. Deze diversiteit brengt met zich mee dat het niet mogelijk is om te spreken van één markt voor GGZ-zorg, maar dat het nodig is verschillende deelmarkten te onderscheiden.

#### IV.1.1 Marktgedrag vragers: consumenten

De cliënt wordt, ook in de GGZ, steeds kritischer; goede informatie over de kwaliteit van de GGZ ontbreekt echter grotendeels. Dit belemmert consumenten in het maken van een goede keuze. Cliënten zijn voor eerstelijns psychologische zorg een eigen bijdrage verschuldigd van € 10 per zitting. De eigen bijdrage van € 15,60 per zitting voor psychotherapie, ongeacht de prijs die de behandelaar bij de zorgverzekeraar in rekening brengt, is per 1 januari 2009 vervallen. De consument heeft dus geen direct belang bij de keuze voor een goedkopere aanbieder.

#### IV.1.2 Marktgedrag vragers: zorgverzekeraars

Zoals opgemerkt hebben zorgverzekeraars er nog nauwelijks belang bij om de kosten van de GGZ-zorg te beheersen. De reden is dat deze kosten volledig worden nagecalculeerd. Verzekeraars lopen op de kosten van GGZ-zorg dus geen risico. Verzekeraars werken nu al wel vaak met contracten waarbij aanbieders bonuspunten krijgen als zij voldoen aan de HKZ-certificering, als zij gebruik maken van de CQ-index of als zij de prestatie-indicatoren van het IGZ-project Zichtbare Zorg hanteren. Bovendien onderhandelen verzekeraars op dit moment niet bilateraal, maar collectief volgens de regels van het representatiemodel.

De verzekeraar staat voor de vraag hoe hij op DBC-producten kan sturen. Een dergelijke sturing betekent dat vastgesteld moet worden of de inkoop en verkoop van DBC's daadwerkelijk leidt tot meerwaarde voor de consument. Zoals in onderdeel VI van deze bijlage aan de orde is geweest, zijn er op korte termijn nog geen operationele kwaliteitscriteria beschikbaar en is het dan ook nog niet mogelijk om kwaliteitsinformatie aan doelmatigheidsmeting te koppelen. Evenmin kan er nog veel gezegd worden over de volumes, dit vanwege het ontbreken van voldoende betrouwbaar cijfermateriaal (zie onderdeel II van deze bijlage). Om

<sup>18</sup> Zie Beleidsregel NZa AL/BR-100.069.

hierin verbetering te brengen, werken vooral verzekeraars aan zogeheten Routine Outcome Monitoring (ROM).<sup>19</sup>

#### IV.1.3 Operationalisering indeling in deelmarkten

De GGZ-DBC's kennen geen indeling op basis van kinderen en jeugd versus ouderen en volwassenen. Wel is er sprake van diagnoses die bij ouderen en volwassenen meer voorkomen dan bij kinderen en jeugd, zoals blijkt uit Tabel 13.

Overigens is bij zowel de behandelaar als de verzekeraar natuurlijk altijd bekend of het gaat om een behandeling van een oudere of volwassenen of van een kind of jeugdige.

**Tabel 13. Diagnose naar doelgroep**

Circuit	%jeugd	%volwassenen	%ouderen	% beschermd wonen	%totaal
Cognitieve/organische stoornis	0	1	39	<u>2</u>	<u>6</u>
Psychotische stoornis	1	12	7	39	11
Stemmingsstoornis	8	28	28	13	25
Angst-/stressgebonden stoornis	9	15	5	4	13
Overige stoornis	24	15	8	5	15
Persoonlijkheids-/gedragsstoornis	1	5	2	21	5
Stoornis ontwikkeling/gedrag	51	3	1	6	9
Stoornis door alcohol/drugs	1	6	3	5	5
Overige neurotische stoornis	5	14	7	3	12
Totaal	100	100	100	100	100

Bron: GGZ Nederland, Zorgis 2005

De DBC's kennen wel een onderscheid naar behandelduur. Uit de frequentieverdeling van de uitgaven zoals die weergegeven zijn in onderdeel I van deze bijlage is gebleken dat bij circa 75% van de cliënten sprake is van kosten tussen de € 50 en € 2.500. Uit de In- en verkoopgids DBC GGZ 2008 (ZN, 2007) blijkt dat behandelingen tot 1.800 minuten meestal niet met verblijf gepaard gaan. Uitzonderingen hierop zijn delirium, dementie en overige amnethische stoornissen, aan alcohol en overige middelen gebonden stoornissen, schizofrenie en overige psychotische stoornissen en bipolaire en overige stemmingsstoornissen.

<sup>19</sup> Voor een uitgebreide analyse van het functioneren van de zorgverzekeringmarkt zie het NZa-rapport 'Zorgverzekeringmarkt 2008', [http://www.nza.nl/7113/10083/monitor\\_zorgverzekeringmar1.pdf](http://www.nza.nl/7113/10083/monitor_zorgverzekeringmar1.pdf)



**Tabel 14. Verblijf percentages in de kortdurende tweedelijns GGZ**

Circuit	% verblijf 250-800 minuten Variant 1	% verblijf 250-800 minuten Variant 2	% verblijf 800-1.800 minuten Variant 1	% verblijf 800-1.800 minuten Variant 2
Kortdurende behandeling	4% <sup>20</sup>	13%	13%	
Aandachtstekort en gedragsstoornissen	0%		2%	1%
Pervasieve stoornissen	1%		1%	5%
Overige stoornissen in de kindertijd	1%		2%	
Delirium, dementie en overige amnestischestoornissen	10%	10%	10%	29%
Aan alcohol gebonden stoornissen	18%		35%	
Aan overige middelen gebonden stoornissen	17%		39%	27%
Schizofrenie en overige psychotische stoornissen	7%	25%	27%	19%
Depressieve stoornissen	3%	2%	7%	10%
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen	15%	8%	27%	24%
Angststoornissen	2%	1%	2%	2%
Aanpassingsstoornissen	2%	2%	3%	1%
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	1%	0%	2%	2%
Diagnoses restgroep	2%	2%	5%	9%
Persoonlijkeitsstoornissen	4%		11%	8%

Bron: ZN, 2007

<sup>20</sup> Bij de categorie kortdurende behandeling is de tijdsklasse 400-800 minuten in plaats van. 250-800 minuten.

## V Toegankelijkheid

### V.1 Wachlijsten

Wachlijsten en wachttijden geven een indruk van één aspect van de huidige toegankelijk van de GGZ, namelijk de tijdige beschikbaarheid van zorg. Tabel 15 laat zien dat het aantal wachtenden in de GGZ substantieel is en de laatste jaren niet afneemt.

**Tabel 15. Aantal wachtenden**

	2005	2006	2007
kinder- en jeugdpsychiatrie	18.500	18.900	18.600
Volwassenen	47.700	51.300	50.500
Ouderen	4.200	3.400	5.600
Totaal	70.400	73.600	74.700

Bron: Trimbos, 2008 II

Of wachten op zorg problematisch is, hangt af van de mate van acuutheid. Een korte wachttijd bij een niet-acute zorgvraag hoeft niet erg problematisch te zijn. Om hier rekening mee te houden zijn de zogeheten Treeknormen ingesteld. Dit zijn afspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Deze afspraken omvatten de volgende maximaal aanvaardbare wachttijden in de GGZ:

- Aanmeldingsfase: Treeknorm = vier weken
- Onderzoeksfase: Treeknorm = vier weken
- Behandelingsfase: Treeknorm = zes tot dertien weken

Tabel 16 laat zien dat deze normen niet worden gehaald. De laatste jaren is sprake van een toename van de wachttijden; vooral de wachttijden voor de behandelingsfase zijn toegenomen. De gemiddelde wachttijd is opgelopen tot 21 weken, terwijl de Treeknorm zes tot dertien weken is. Volgens het Trimbos Instituut worden vooral kinder- en jeugd-GGZ geconfronteerd met lange wachttijden: bij vier van de tien start de behandeling later dan de Treeknorm voorschrijft (niet in tabel).<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Trimbos Instituut, Trendrapportage GGZ 2008, p. 65

**Tabel 16. Wachlijsten, wachttijden en Treeknormen**

<b>TABEL 2.29 WACHTLIJSTEN (AANTAL WACHTENDEN) EN GEMIDDELDE WACHTTIJDEN BIJ GGZ-INSTELLINGEN, 2003 – 2007<sup>17</sup></b>										
	<i>Begin 2003</i>		<i>Begin 2004</i>		<i>Begin 2005</i>		<i>Begin 2006</i>		<i>Begin 2007</i>	
	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>	<i>Wacht- lijst (cliënten)</i>	<i>Wacht- tijd (weken)</i>
Aanmeldings Wachtfase	17.700	7	10.500	7	21.400	7	20.500	7	22.000	7
Beoordelings Wachtfase	30.700	14	37.700	17	34.000	15	33.500	15	32.000	15
Behandelings Wachtfase	23.100	15	18.000	20	15.000	17	19.600	17	20.700	21
<b>Totaal</b>	<b>71.500</b>	<b>36</b>	<b>66.300</b>	<b>44</b>	<b>70.400</b>	<b>39</b>	<b>73.600</b>	<b>39</b>	<b>74.700</b>	<b>43</b>

Bron: GGZ Nederland, 2007

Bron: Trimbos ,2008 II

## V.2 Toegankelijkheid ambulante zorg door vrijgevestigden: volwassenen en ouderen

De tabellen 17 tot en met 19 geven een beeld van de reisafstand tot een vrijgevestigde psychotherapeut, psycholoog of psychiater die zorg biedt aan volwassenen en ouderen. Deze cijfers<sup>22</sup> vormen gezamenlijk een ondergrens voor de feitelijke toegankelijkheid van de ambulante zorg, omdat ook een aantal van de ruim honderd intramurale GGZ-instellingen ambulante zorg biedt. Deze instellingen bevinden zich echter vaak op meerdere locaties, waardoor een analyse die uitsluitend is gebaseerd op de hoofdvestiging een onjuist beeld geeft.

De tabellen laten steeds het percentage zien van de Nederlandse bevolking dat binnen een reisafstand van X kilometer van het eigen adres een aanbieder kan bereiken.

Bijna 85% van de volwassen Nederlanders heeft binnen een straal van vijf kilometer toegang tot een psycholoog. Voor de psychotherapeuten en psychiaters is het beeld minder gunstig; tweederde respectievelijk de helft van alle Nederlanders heeft binnen een straal van vijf kilometer toegang tot een psychotherapeut of psychiater.

<sup>22</sup> De cijfers zijn verkregen van de desbetreffende brancheorganisatie. Dit betekent dat de berekeningen betrekking hebben op plusminus 95% van alle vrijgevestigden in Nederland.

**Tabel 17. Psychotherapeut voor volwassenen en ouderen**

Afstand in kilometers	1	2.5	5	7.5	10	15	20
% van de bevolking met minstens 1 aanbieder binnen deze afstand	27.8	43.7	64.9	78.5	87.3	95.2	98.4
% van de bevolking met minstens 2 aanbieders binnen deze afstand	12.2	25.4	46.2	62.4	73.8	87.8	95.4
% van de bevolking met minstens 3 aanbieders binnen deze afstand	6.7	18	37.8	52.4	63.9	80.8	91

Bron: NVvP, ledenbestand 2008

**Tabel 18. Psycholoog voor volwassenen en ouderen**

Afstand in kilometers	1	2.5	5	7.5	10	15	20
% van de bevolking met minstens 1 aanbieder binnen deze afstand	58.2	70.8	84.6	93.4	97.4	99.2	99.7
% van de bevolking met minstens 2 aanbieders binnen deze afstand	34.1	52.3	72.6	86	93.5	98.3	99.4
% van de bevolking met minstens 3 aanbieders binnen deze afstand	21.3	39.1	64.4	79.2	89.1	97.2	99.1

Bron: NIP, ledenbestand 2008

**Tabel 19. Psychiaters voor volwassenen en ouderen**

Afstand in kilometers	1	2.5	5	7.5	10	15	20
% van de bevolking met minstens 1 aanbieder binnen deze afstand	15.9	29.4	51.6	65.9	77.3	90	96.2
% van de bevolking met minstens 2 aanbieders binnen deze afstand	4.5	13.4	30.7	46.6	60.1	78.5	90.3
% van de bevolking met minstens 3 aanbieders binnen deze afstand	1.8	9.2	22.4	36.1	48.5	67.4	83

Bron: NVvP, ledenbestand 2008

**V.2.1 Toegankelijkheid ambulante zorg: kinder- en jeugd-GGZ**

De tabellen 20 tot en met 22 geven een beeld van de reisafstand tot een vrijgevestigde psychotherapeut, psycholoog of psychiater die zorg biedt aan kinderen en jeugd. Het beeld is hier aanzienlijk minder gunstig dan bij de zorg voor volwassenen en ouderen. Vooral de toegankelijkheid van psychiaters die zorg aan kinderen en jeugd bieden, steekt ongunstig af. Pas vanaf 50 km heeft circa tweederde van de bevolking toegang tot een kinder- en jeugdpsychiater en vanaf 100 km bijna 90%.

**Tabel 20. Psychotherapeut voor kind en jeugd**

Afstand in kilometers	1	2.5	5	7.5	10	15	20
% van de bevolking met minstens 1 aanbieder binnen deze afstand	9.7	19	35.1	48.5	59.9	75.6	86.9
% van de bevolking met minstens 2 aanbieders binnen deze afstand	2.8	7.7	19.3	29.8	39.3	56.3	71.1
% van de bevolking met minstens 3 aanbieders binnen deze afstand	1.3	5.5	12.7	21	29.8	45.1	60.2

Bron: NVVP, ledenbestand 2008

**Tabel 21. Psycholoog voor kind en jeugd**

Afstand in kilometers	1	2.5	5	7.5	10	15	20
% van de bevolking met minstens 1 aanbieder binnen deze afstand	19.9	33.8	55.6	72.9	82.1	91.7	95.6
% van de bevolking met minstens 2 aanbieders binnen deze afstand	4.5	14.3	32.9	51.5	66.1	82.6	91.1
% van de bevolking met minstens 3 aanbieders binnen deze afstand	1.4	8.2	23.6	39.8	54.3	73.7	87.2

Bron: NIP, ledenbestand 2008

**Tabel 22. Psychiater voor kind en jeugd**

Afstand in kilometers	1	2.5	5	7.5	10	15	20
% van de bevolking met minstens 1 aanbieder binnen deze afstand	4.1	7.4	12.4	16.1	20.7	29.4	38.5
% van de bevolking met minstens 2 aanbieders binnen deze afstand	1.7	3.3	7	9.7	12.1	17.6	24
% van de bevolking met minstens 3 aanbieders binnen deze afstand	1.2	2.6	5.2	7.7	9.8	14	18.7

Bron: NVvP, ledenbestand 2008

## VI Kwaliteit

### VI.1 Kwaliteit gedefinieerd

#### VI.1.1 Kwaliteit volgens de Kwaliteitswet: verantwoorde zorg

De Kwaliteitswet Zorginstellingen bevat een erg algemene definitie van de kwaliteit van zorg, inclusief de GGZ. Volgens deze wet moeten zorgaanbieders *verantwoorde zorg* leveren. 'Verantwoorde zorg' is nader omschreven als 'zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt'. De overheid heeft ervoor gekozen om verdere uitwerking van het begrip 'verantwoorde zorg' over te laten aan de zorginstellingen, de verzekeraars en de organisaties van cliënten/consumenten.

#### VI.1.2 Richtlijnen

Een richtlijn is een weerspiegeling van de beschikbare kennis op een bepaald gebied die op het moment van opstellen van de richtlijn beschikbaar is. Richtlijnen zijn een belangrijk hulpmiddel bij het leveren van kwalitatief goede zorg; wel kan een behandelaar, wanneer dat medisch gezien wenselijk is, beredeneerd van een richtlijn afwijken. Bij de totstandkoming van richtlijnen wordt geput uit uiteenlopende bronnen. Primair zijn dat de stand van wetenschappelijk onderzoek waar dat van toepassing en van belang is, *best practices*, consensus onder beroepsbeoefenaren en ervaringskennis van cliënten. In meer of mindere mate spelen bij de totstandkoming van richtlijnen ook cliëntvoorkeuren, kosteneffectiviteit en bedrijfsvoeringsaspecten een rol. Richtlijnen worden bij voorkeur op landelijk niveau vastgesteld, maar er vindt ook ontwikkeling van richtlijnen op lokaal niveau of op instellingsniveau plaats.

Toonaangevende richtlijnen in de GGZ zijn de landelijke multidisciplinaire richtlijnen, zoals die op dit moment beschikbaar zijn voor ADHD, angststoornissen, depressie, dubbele diagnose, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en interventies na rampen. Momenteel is een aantal nieuwe multidisciplinaire richtlijnen in ontwikkeling en wordt een deel van de oude richtlijnen herzien. Dergelijke aanpassingen blijven met enige regelmaat nodig, aangezien de informatie waarop een richtlijn is gebaseerd voortdurend in ontwikkeling is. Het is dan ook van belang een medische richtlijn te beschouwen als een dynamisch document dat aan ontwikkelingen in zowel de wetenschap als de klinische praktijk onderhevig is.

Het ministerie van VWS stelt voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen via ZonMw jaarlijks middelen beschikbaar. GGZ Nederland, zorgverzekeraars, het Trimbos Instituut en cliëntenorganisaties kunnen op deze gelden een beroep doen.

De ontwikkeling en implementatie van richtlijnen in de zorg krijgen de komende jaren een extra impuls door de instelling van een regieraad door de minister van VWS. De regieraad krijgt drie taken:

- Inventarisatie van concrete knelpunten bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen in overleg met alle betrokken partijen (agendering).
- Ontwikkeling van handvatten/procedures waarmee die knelpunten uit de weg geruimd kunnen worden (faciliteren).

- (Mede) faciliteren en stimuleren van betrokken partijen om de knelpunten daadwerkelijk aan te pakken (stimuleren). De uitvoering van de agenda ligt bij het veld.

### VI.1.3 Normen

Een belangrijke norm voor de GGZ is die van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ). Het gaat daarbij om een certificatieschema dat speciaal voor de GGZ is ontwikkeld (algemeen schema en deelschema's voor forensische psychiatrie, preventie en jeugd GGZ) en bedoeld is om het kwaliteitsmanagementsysteem van tweedelijns GGZ-instellingen te toetsen.

Op verzoek van GGZ Nederland is de norm in 2002 vastgesteld. De norm is ontwikkeld door een werkgroep<sup>23</sup> waarin diverse koepelorganisaties, de IGZ en een certificatie-instituut zitting hadden. GGZ Nederland stimuleert het gebruik van een kwaliteitscertificaat. Daartoe heeft het met zijn leden de afspraak gemaakt dat zorginstellingen uiterlijk op 1 januari 2008 een kwaliteitscertificaat behaald hebben. Vrijwel alle zorgverzekeraars kijken naar het al dan niet in bezit hebben van een dergelijk certificaat en verbinden daar (financiële) consequenties aan. De verwachting is dat ongeveer 95% van de GGZ-instellingen aan het eind van 2008 daadwerkelijk een certificaat gehaald heeft (met name het HKZ/ISO 9001/certificaat en in mindere mate een certificaat van het ISO (International Organisation for Standardisation), het INK (Instituut Nederlandse Kwaliteit) of het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen). Om het certificaat te behouden, moet een instelling zich jaarlijks extern en onafhankelijk laten toetsen.

## VI.2 Aspecten van kwaliteit gemeten

### VI.2.1 Ontwikkeling basisset prestatie-indicatoren

In 2005 hebben de IGZ en GGZ Nederland onafhankelijk van elkaar een set van prestatie-indicatoren ontwikkeld om aspecten van de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk te maken. Om tot één basisset prestatie-indicatoren te komen, is in 2006 een projectorganisatie (stuurgroep en projectgroep) ingericht. Daarin zijn belangrijke partijen binnen de GGZ en de verslavingszorg vertegenwoordigd (ZN, het Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapeuten (NVP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Federatie Verpleegkunde GGZ (FVGGZ), GGZ Nederland, de IGZ, het ministerie van VWS). Uit de sets die de IGZ en GGZ Nederland hebben ontwikkeld en uit een set voor het onderdeel effectiviteit dat het Trimbos Instituut heeft ontwikkeld, is door deze projectorganisatie de basisset prestatie-indicatoren GGZ en VZ gevormd.

---

<sup>23</sup>In de werkgroep die het schema heeft ontwikkeld waren de volgende partijen vertegenwoordigd: GGZ Nederland, HSK-groep, NIAZ, namens de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de Vereniging Academische ziekenhuizen (VAZ), Maatschappelijke Ondernemers Groep (MO groep), Stichting Landelijke Patiënten- en bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg (LPR), Stichting Labyrint/In Perspectief, vereniging Ypsilon, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Landelijke Huisartsen vereniging (LHV) (meeleeslid), Als adviseurs waren de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en een certificatie instelling betrokken. Ook diverse beroepsgroepen hadden door middel van klankbordbijeenkomsten inbreng in de normen.

Inmiddels is ook een tweede versie van de basisset uitgebracht, inclusief een (deels overlappende) subset voor de forensische psychiatrie. Deze subset is ontwikkeld op verzoek van justitie. Dit gezien haar nieuwe rol als zorginkoper van strafrechtelijke forensische psychiatrie.

De projectorganisatie (stuurgroep en projectgroep) die de basisset prestatie-indicatoren heeft ontwikkeld, blijft bestaan om de basisset te beheren, te onderhouden en verder te ontwikkelen. Jaarlijks zal de stuurgroep het gebruik van de prestatie-indicatoren evalueren en waar nodig bijstellen. Ter ondersteuning van de sectoren en om de ontwikkelingen met elkaar te verbinden, heeft de IGZ in opdracht van het ministerie van VWS in 2007 het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (ZbTK) (nu Bureau Zichtbare Zorg genaamd) opgericht. Naast de verbinding van ontwikkelingen in de verschillende sectoren zal het bureau zich inzetten om maximaal te waarborgen dat de gepubliceerde informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk vergelijkbaar is.

Het in gebruik nemen van de prestatie-indicatoren vindt via gefaseerde implementatie plaats. Gefaseerde implementatie wil zeggen dat in de set wordt aangegeven welke prestatie-indicatoren al verplicht zijn, welke indicatoren in welk verslagjaar voor het eerst geleverd moeten worden en welke indicatoren nog in ontwikkeling zijn. Instellingen moeten de verplichte prestatie-indicatoren jaarlijks publiceren in hun jaardocument maatschappelijke verantwoording. In 2007 hebben 78 instellingen voor GGZ en verslavingszorg, waarvan de meeste lid waren van GGZ Nederland, de prestatie-indicatoren uit de basisset 2006 als onderdeel van het jaardocument maatschappelijke verantwoording aangeleverd. Overigens zijn de prestatie-indicatoren uitsluitend bedoeld voor GGZ-instellingen. De kwaliteit van de vrijgevestigde GGZ-aanbieders wordt dus niet met deze prestatie-indicatoren gemeten.

## **VI.2.2 Inhoud van de basisset**

De basisset is onderverdeeld in de thema's effectiviteit, veiligheid (medisch inhoudelijk) en cliëntgerichtheid. Cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid vormen samen de uitwerking van 'kwaliteit van zorg' zoals de Kwaliteitswet die omschrijft. Per thema zijn uitkomst-, proces- en structuurindicatoren opgesteld. Voor bepaalde indicatoren worden ook diagnosegroepen onderscheiden<sup>24</sup>. De benodigde informatie om de set te vullen kunnen zorgaanbieders gedeeltelijk onttrekken uit hun registratiegegevens en voor een deel moeten zij aanvullende informatie verzamelen. Bronnen zijn de DBC-registratie, de basisregistratie zorginstelling, de Consumer Quality (CQ)-index en andere specifieke meetinstrumenten zoals MANSA. De op alle drie de terreinen benodigde metingen op individueel niveau moeten zorgaanbieders op een andere manier verkrijgen. Bovendien is voor een deel van deze metingen nog geen standaard meetinstrument aangewezen. Dit is vooral op het gebied van effectiviteit het geval.

Voor diverse onderdelen van de prestatie-indicatoren wordt gebruik gemaakt van beoordeling door cliënten. Als instrument voor dergelijke metingen is al langere tijd de Thermometer Cliëntwaardering in gebruik, maar het is de bedoeling dat de CQ-index deze op termijn vervangt. Het is de verwachting dat metingen van cliëntervaringen superieur zijn aan het meten van cliëntwaardering. Dit is tegelijkertijd één van de verschillen tussen de CQ-index en de Thermometer: de Thermometer meet de cliëntwaardering en de CQ-index meet cliëntervaringen.

---

<sup>24</sup> Stoornissen in de kindertijd, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, delirium, dementie en andere cognitieve stoornissen, aan een middel gebonden stoornissen



Daarnaast wordt het meer globale karakter van de CQ-index als reden voor de overstap van de Thermometer benoemd.

### VI.2.3 Evaluatie prestatie-indicatoren 2006<sup>25</sup>

In opdracht van de stuurgroep Transparantie GGZ heeft Tranzo (Universiteit van Tilburg) een evaluatiestudie uitgevoerd van de ervaringen met de prestatie-indicatoren in 2006. De belangrijkste conclusies luiden als volgt<sup>26</sup>:

- De zorgaanbieders oordelen allen positief over de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en er is geen discussie meer over het nut en de noodzaak van het openbaar publiceren van informatie over de kwaliteit van de geboden zorg.
- De aanlevering van de gevraagde indicatoren is in veel gevallen goed gelukt, maar was beduidend lastiger dan tevoren was ingeschat. Hoewel alle te gebruiken gegevens in principe in de systemen aanwezig zouden zijn, is dit in werkelijkheid niet overal het geval. De registratie van DBC's, die vaak de bron vormt voor de indicator, was niet bij alle zorgaanbieders al voldoende geïmplementeerd om over 2006 gegevens te kunnen leveren. De verwachting is dan ook dat dit in de komende jaren zal verbeteren.
- De registratiesystemen blijken de gegevens soms niet eenvoudig prijs te geven. Bij de bouw van de systemen is niet altijd rekening gehouden met het gebruik van bijvoorbeeld de prestatie-indicatoren. De hiervoor noodzakelijke aanpassingen vergen tijd.
- De gevraagde gegevens zijn niet allemaal van toepassing op alle GGZ-instellingen en soms bleek onduidelijk of een indicator wel of niet van toepassing was.
- Zorgaanbieders vonden de geregistreerde gegevens soms niet betrouwbaar genoeg voor publicatie.
- De gehanteerde definities bleken regelmatig voor meerdere interpretaties vatbaar te zijn. Dit maakt de uiteindelijke resultaten in het jaardocument maatschappelijke verantwoording onderling nog niet goed vergelijkbaar.
- De uitsplitsing naar diagnosegroepen bleek lastig, gedeeltelijk omdat dit niet gevraagd wordt in bijvoorbeeld de Thermometer Cliëntwaardering en gedeeltelijk omdat er nog geen registratie op diagnosegroep plaatsvond.
- De verkregen percentages bleken moeilijk vergelijkbaar en lastig te interpreteren omdat de omvang van de noemers en tellers niet gevraagd werd.

Bij de eerste conclusie past de volgende belangrijke kanttekening van de IGZ: 'Bij de brancheorganisaties en het management van de instellingen bestaat een draagvlak voor de kwaliteitsindicatoren die al ontwikkeld zijn. Echter, bij de professionals op de werkvloer valt nog een wereld te winnen.'<sup>27</sup>

Een belangrijk aspect dat in het evaluatierapport niet aan de orde is geweest, heeft betrekking op de correctie voor casemixverschillen (verschillen in cliëntkenmerken). Als dit aspect achterwege blijft, kan het

<sup>25</sup> Uit: ZN et al., 2007

<sup>26</sup> Het rapport van de evaluatiestudie (Ham, van, M.A.J.A.E., Luijsterburg, J.C. & Brouwers, E.P.M.(2007). Evaluatie basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, verslagjaar 2006 Tranzo, Universiteit van Tilburg) is te downloaden op [www.GGZkennisnet.nl](http://www.GGZkennisnet.nl) en [www.zichtbarezorg.nl](http://www.zichtbarezorg.nl)

<sup>27</sup> IGZ-Beleidsdocument Sterk van Geest, naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2011, Inspectie Gezondheidszorg, augustus 2008.

strategisch gedrag het gevolg zijn, zoals het weren van hoge risico-  
cliënten en het manipuleren van data.<sup>28</sup>

#### **VI.2.4 Nieuwe ontwikkelingen**

Bij de beoordeling van kwaliteit van zorg verschuift de focus steeds meer naar de uitkomsten van de zorg. Veelbelovend in dit verband is dat diverse verzekeraars en zorgaanbieders werken aan Routine Outcome Monitoring (ROM)<sup>29</sup>.

### **VI.3 Kwaliteitsborging**

Bij de borging van kwaliteit moet onderscheid worden gemaakt tussen minimumkwaliteit en gecontracteerde kwaliteit.

#### *Minimumkwaliteit*

In de zorg is het niet wenselijk dat er op alle kwaliteitsaspecten productdifferentiatie bestaat. Dit geldt vooral voor de patiëntveiligheid en de medische effectiviteit, omdat kleine variaties in kwaliteit al leiden tot grote negatieve gevolgen voor patiënten. In de praktijk bestaan er dan ook toelatingseisen voor de uitoefening van de geneeskunst en wordt de medische effectiviteit van nieuwe geneesmiddelen bij de toelating tot het verzekerde pakket getoetst.

#### *Gecontracteerde kwaliteit*

Variaties in medische effectiviteit boven het vereiste minimumniveau en variatie in het geboden serviceniveau zijn minder problematisch vanuit het oogpunt van patiëntveiligheid. Op deze twee dimensies kan dan ook marktwerking plaats vinden (Halbersma, 2008).

#### **VI.3.1 Kwaliteitsborging door de IGZ**

De IGZ is verantwoordelijk voor de borging van de minimumkwaliteit. Zij werkt in de gehele zorg op basis van zogeheten *gefaseerd toezicht*. Hieronder volgt wat deze vorm van toezicht inhoudt.

#### *Gefaseerd toezicht*

Eerste fase: risico-inschatting.

Tweede fase: inspectiebezoeken.

Derde fase: handhaving.

De inspectie beschikt over een aantal zware handhavingsmaatregelen tegen instellingen of beroepsbeoefenaren waar zich ernstige of voortdurende ondermijning van de kwaliteit van zorg voordoet. Deze maatregelen kunnen bestaan uit:

- het indienen van een tuchtklacht;
- het verzoek aan de minister om een aanwijzing of bevel te geven;
- het opstellen van een proces-verbaal of het doen van aangifte van een vermeend strafbaar feit bij het Openbaar Ministerie.

---

<sup>28</sup> Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Signalering ethiek en gezondheid 2006/1, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2006. Zie ook M. Bijlsma en M. Pomp, Via transparantie naar kwaliteit in de ziekenhuiszorg, Economisch Statistische Berichten 2008, 22 augustus, pp. 486-489.

<sup>29</sup> ROM is het periodiek meten van het psychisch functioneren van een patiënt. Doelen waarvoor ROM wordt ingezet, zijn optimalisering van de behandeling, kwaliteitsbewaking en wetenschappelijk onderzoek. Tijdschrift voor Psychiatrie 2008/suppl. 1 S-29 Routine outcome monitoring: regelmatig meten van klachten om de behandeling te evalueren M.E. den Hollander, I.M. van Vliet, F.G. Zitman

*Intensivering toezicht door de IGZ*

In het beleidsdocument 'Sterk van Geest, naar herstel van regie: effectief IGZ-toezicht op de Geestelijke Gezondheidszorg 2008-2011'<sup>30</sup> kondigt de IGZ aan dat zij het toezicht op de GGZ zal stroomlijnen en intensiveren. De GGZ vormt per 1 juni 2008 een eigen programma binnen de IGZ. Een programmaleider GGZ verzorgt de aansturing van het programma. Daarnaast ondersteunt een adviseur GGZ (een voormalig psychiater-bestuurder) het programma.

De volgende onderwerpen binnen de GGZ krijgen de komende jaren prioriteit:

- Vergroting van de transparantie op basis van kwaliteitsindicatoren.
- Extra aandacht voor kwetsbare groepen, zoals patiënten met schizofrenie in combinatie met middelenafhankelijkheid, kinderen en jeugd met een dubbele diagnose problematiek en ouderen met psychiatrische problematiek.
- Aandacht voor psychiatrische patiënten bij wie dwang en drang wordt toegepast.
- 'Stepped care': om de toegenomen GGZ-hulpvraag op een efficiënte manier op te vangen, legt de sector de nadruk op preventie, e-Mental Health, de eerstelijns en een vloeiende overgang naar de specialistische zorg in de tweedelijns. Voor de IGZ is daarmee intensivering van aandacht voor en toezicht op de eerstelijns-GGZ noodzakelijk.
- Bevorderen dat rapportage plaatsvindt over de resultaten van een behandeling. Patiënten en hun relaties, maar ook zorgverzekeraars, verlangen terecht meer inzicht. De GGZ-sector heeft hier in de afgelopen tien jaar veel energie in gestoken en heeft allerlei zorgprogramma's en (multidisciplinaire) richtlijnen ontwikkeld. Steeds meer wordt gewerkt met stoornisspecifieke evaluatie-instrumenten;
- Vergroting van de rol van de patiënt. Drie ontwikkelingen vereisen daarbij extra aandacht.
  1. De verdere ontwikkeling en invoering van een patiëntenfeedbacksysteem (CQ-index) binnen de kwaliteitsindicatoren.
  2. Expliciete aandacht voor 'herstel'. Daarbij gaat het niet om herstel van symptomen, maar om herstel van het vermogen van de betrokkene om zelf sturing te geven aan wonen, werk en welzijn.
  3. Meer aandacht voor ervaringsdeskundigheid. Dit uit zich onder andere in de inzet van ervaringsdeskundigen binnen bepaalde GGZ-teams als volwaardig en betaald teamlid.
- De rol van de familie is vaak onderbelicht, maar juist binnen de GGZ van groot belang voor het goede verloop van een behandeling, zeker bij de meer kwetsbare patiëntengroepen. De hulpverlening moet familieleden erkennen als bron van informatie. Er dient een recht op informatie te komen over de toestand van de patiënt en een recht om gehoord te worden als familieleden daarom vragen. Naleving van de opgestelde modelregeling GGZ-instelling/naastbetrokkenen vormt daarbij een eerste handvat. De IGZ gaat de komende jaren de naleving van deze modelovereenkomst in haar werkzaamheden inpassen.
- Bevorderen van de bijdrage van maatschappelijke partijen, zoals scholen, woningbouwcoöperaties en welzijninstanties, aan de GGZ. Cliëntenorganisaties, aanbieders van zorg en lokale overheden moeten hierin het initiatief nemen. De IGZ brengt best practices bij de sector onder de aandacht.

### **VI.3.2 Kwaliteitsborging door andere partijen dan de IGZ**

Naast de IGZ spelen bij de borging van kwaliteit ook een aantal andere partijen een rol. Het gaat daarbij om zowel de minimumkwaliteit als

<sup>30</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, augustus 2008.

additionele kwaliteitseisen. Achtereenvolgens komen hier aan bod de beroepsgroep zelf, patiënten/hun vertegenwoordigers en zorgverzekeraars.

#### *Beroepsbeoefenaren*

Beroepsbeoefenaren moeten zich houden aan de Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). Deze wet heeft betrekking op zowel zelfstandigen als beroepsbeoefenaren in dienstverband.

Daarnaast bestaat er in de beroepsgroep consensus over de wenselijkheid van invoering van richtlijnen als onderdeel van verbetering van de kwaliteit van zorg. De publicaties over dit onderwerp en de gesprekken die de NZa heeft gevoerd met de instellingen, de koepels, kwaliteitsinstituten en de IGZ geven aan dat het veld actief bezig is met richtlijnen en zorgprogramma's bezig is en toewerkt naar brede invoering en naar uitkomstgericht denken en werken.

Een groot aantal instellingen geeft aan dat zij werken op basis van richtlijnen en zorgprogramma's. Uit cijfers van het Trimbos Instituut blijkt overigens dat, afhankelijk van de aandoening, maximaal 25 tot 50% van de patiënten in de GGZ volgens de richtlijn wordt behandeld.

De Stichting DGV (Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening) start in 2009 op verzoek van het ministerie van VWS met de implementatie door beroepsbeoefenaren van de multidisciplinaire richtlijn van depressie.

#### *Consumenten/hun vertegenwoordigers*

Op dit moment is er voor consumenten geen eenduidige informatie beschikbaar die een keuze op basis van kwaliteit mogelijk maakt. De belangrijkste oorzaak hiervan is dat er geen duidelijkheid bestaat over de precieze producten (de inhoud van de zorg, welke zorg voor welke patiënt) die worden geleverd aan de verschillende patiëntgroepen in de GGZ. Inzicht in de kwaliteit van een behandeling op een aggregatieniveau dat voor consumenten relevant is, ontbreekt dan ook. Zolang die duidelijkheid er niet is, vormt monitoring van de ontwikkelingen in de kwaliteit een noodzaak.

#### *Zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars besteden aandacht aan de kwaliteit bij hun zorginkoopbeleid. Zij hebben belang bij een goede kwaliteit van de gecontracteerde GGZ als dit leidt tot een goede prijs-kwaliteitverhouding. Hiervan is sprake wanneer verzekeren hun zorgverzekeraar mede kiezen op basis van de kwaliteit van de GGZ én als de 'extra' verzekeren gemiddeld winstgevend zijn. In hoeverre aan deze voorwaarde wordt voldaan is onduidelijk. Overigens gaat het hierbij niet uitsluitend om GGZ-gebruikers: een verzekeraar die GGZ van onvoldoende kwaliteit inkoopt, kan ook reputatieschade ondervinden bij verzekeren die verwachten dat zij geen gebruik van GGZ maken.

Of goede GGZ bijdraagt aan lagere kosten voor de zorgverzekeraar, valt niet met zekerheid te zeggen. Aannemelijk is het wel, zeker op de wat langere termijn. Goede GGZ draagt bij aan het herstel van het vermogen van de betrokkene om zelf sturing te geven aan wonen, werk en welzijn. Hierdoor zal zijn toekomstige vraag naar GGZ en mogelijk ook de vraag naar Zorgverzekeringwet-, AWBZ- en WMO-zorg afnemen.

## Bijlage 2. Verzoek VWS

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

**DIV Kopie** *FGRE*  
*EHON*

*VWS*

Nederlandse Zorgautoriteit  
t.a.v. de Voorzitter  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

Nederlandse Zorgautoriteit  
0800008625 ontvangen 01/02/2008  
  
Geestelijke gezondheidszorg GGZ  
Care Geestelijke gezondheidszorg

Ons kenmerk CZ/CGG-2782951	Inrichtingen bij W. van Zaane	Doorkiesnummer 070 - 340 6908	Den Haag 30 JAN. 2008
Onderwerp Aanvraag Uitvoeringstoets bekostiging in de geneeskundige ggz		Bijlagen 1	Uw brief

De overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) is sinds 1 januari 2008 een feit. Ik heb hierover de Tweede Kamer afgelopen zomer geïnformeerd (Tweede Kamer, 2006-2007, 29 689, nr. 144). Het eerste jaar onder de Zvw staat voor alle partijen nog in het teken van aftasten, en nieuwe rollen innemen. Bestaande instellingen worden nog bekostigd op basis van de huidige (AWBZ) NZa-parameters, terwijl voor de financiering DBC's worden gebruikt. Voor vrijgevestigde ggz-aanbieders, evenals instellingen die nieuw toetreden tot de geneeskundige ggz-markt, geldt dat per 1 januari 2008 de DBC gehanteerd wordt voor zowel de financiering als de bekostiging.

Mijn streven is om de geneeskundige ggz op termijn zoveel mogelijk bij de ontwikkeling van de bekostiging in de ziekenhuissector aan te laten sluiten. Uiteindelijk is hierbij ook voor de geneeskundige ggz het perspectief (om voor een deel van de zorg) integrale vrije prijzen in te voeren. Mijn brief "Waardering voor betere zorg" van 13 juni 2007 (CZ/TSZ-2771129) aan de Tweede Kamer (tevens bijlage) biedt inzicht in hoe ik de segmentering ten behoeve van de bekostiging in de somatische zorg voor mij zie.

In die brief heb ik voor de somatische zorg de volgende segmenten gepresenteerd:

- A0: geen prestatiebekostiging;
- A1: prestatiebekostiging met vaste of maximumtarieven
- B1: prestatiebekostiging met onderhandelbare prijzen binnen de maatstaf;
- B: prestatiebekostiging met vrije prijsvorming.

Uiteindelijk zal er op termijn ook voor de curatieve ggz-sector voor een deel van de zorg vrije prijsvorming zijn. Ik vraag u om mij te adviseren welke route we hiernaar toe moeten volgen. Waar mogelijk vraag ik u hierbij aansluiting te zoeken bij de keuzes die gemaakt zijn in de somatiek, tenzij sectorspecifieke eigenschappen er toe nopen hier een uitzondering op te maken.

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG  
Telefoon 070 340 79 11  
Fax 070 340 78 34

Beroepsadres:  
Parasolplein 5  
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het postadres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.

Internetadres:  
www.minvws.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad  
2  
Kenmerk  
CZ/CGG-2782951

VFD

Mijn verantwoordelijkheid voor de zorg is door middel van het creëren van de juiste randvoorwaarden op de langere termijn de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. Eén van de randvoorwaarden is een bekostigingssysteem dat hieraan bijdraagt. Hiervoor is mijn uiteindelijke perspectief voor de curatieve ggz dat de kosten van zorg in principe tot uitdrukking komen in de prijzen of tarieven van DBC's. Daarbij onderhandelen verzekeraars en aanbieders voor een deel van de zorg over de prijs, de kwaliteit en het volume. Deze brief heeft tot doel u te vragen mij een advies te geven middels een uitvoeringstoets naar het verdere tempo van de te nemen vervolgstappen om dit te bewerkstelligen. Ik vind het wenselijk dat per 1 januari 2009 een vervolgstap wordt genomen. Hier richt ik mijn eerste verzoek op. De aanvraag voor deze uitvoeringstoets heb ik reeds aangekondigd in de naar u verzonden brief (*Aanvullende brief uitvoeringstoets uitwerking 'Ruimte voor betere zorg' - CZ/TSZ-274846 - pagina 9*) over de uitvoeringstoets ziekenhuiszorg. In het navolgende zal ik mijn vragen nader specificeren in een aantal verzoeken.

#### Verzoek 1

In deze uitvoeringstoets wil ik u vragen mij te adviseren over de eerstvolgende stap per 1 januari 2009. En deze stap te plaatsen in een langjarige perspectief.

##### Verzoek 1a

Als eerste denk ik aan de stap dat ook de bestaande ggz-instellingen bekostigd worden op basis van DBC's. Daarmee ontstaat een meer gelijk speelveld tussen vrijgevestigde aanbieders en instellingen en vervalt de dubbele systematiek voor de instellingen. Acht u een dergelijke vervolgstap haalbaar voor 1 januari 2009?

##### Verzoek 1b

Als vervolgstap of tegelijkertijd, zie ik de ontwikkeling van een klein segment met vrije prijsvorming, al dan niet binnen een maatstaf, als mogelijkheid. Acht u een dergelijke stap per 1 januari 2009 realistisch? Voor welke vormen van zorg? Zo nee, wanneer dan wel, en op basis van welke criteria? Ik wil u vragen in uw reactie specifiek rekening te houden met de grote groep vrijgevestigden die wij in de ggz kennen.

##### Verzoek 1c

Ik verzoek u tevens in uw advies ook een uitspraak te doen over de bekostiging van zorgvormen waar, bijvoorbeeld vanwege de specifieke aard van de zorg, een beperkt aanbod van is en hoe dit aanbod gewaarborgd kan worden in een marktstelsel.

#### Verzoek 2

Op de grensvlakken van twee bekostigingssystemen is altijd sprake van prikkels in de afbakening en aansluiting tussen de twee systemen. Ik verzoek u in dat kader in uw advies in te gaan op de aansluiting en mogelijke overlap tussen de financierings/bekostigingssystemen in de eerstelijns psychologische zorg, zoals die in zittingen is beschreven, de DBC systematiek voor de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg en de zorgzwaartebekostiging zoals die in de intramurale AWBZ is ontwikkeld. Zijn er tussen deze systemen ongewenste prikkels of drempels aanwezig? En op welke wijze kunnen deze prikkels of drempels worden genivelleerd?

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad  
3  
Kenmerk  
CZ/CGG-2782951

VFO

### Verzoek 3

Voor de geneeskundige ggz vormen de kapitaallasten uiteindelijk een integraal onderdeel van de DBC-tarieven. Indien per 1 januari 2009 ook de bestaande instellingen overgaan op DBC-bekostiging, vervalt de budgettering. Aangezien instellingen, wanneer zij zowel AWBZ-zorg als Zvw-zorg leveren voor een deel van hun kapitaallasten afhankelijk zijn van financiering uit de AWBZ en voor een ander deel uit de Zvw, verzoek ik u inzicht te geven op welke manier deze in 2009 gefinancierd kunnen worden. Het is mijns inziens niet wenselijk, als de manier van dekking van de kapitaallasten voor de cure en de care voor de ggz instelling uit elkaar zou gaan lopen.

### Verzoek 4

Uitgangspunt bij de DBC bekostiging is een integraal tarief. Ik vraag u of een integraal DBC tarief voor alle vormen van zorg afdoende is om hieruit de kosten te dekken. Bijvoorbeeld omdat het moeilijk is een directe relatie te leggen tussen de kosten van bepaalde zorg en de individuele patiënt aan wie die zorg wordt geleverd. Als toerekening naar DBC-tarieven tot zodanige tarieven zou leiden dat het de marktverhoudingen serieus verstoort, kan dit een beschikbaarheidsvergoeding rechtvaardigen. In de geneeskundige ggz denk ik dan bijvoorbeeld aan de crisisopvang. Past deze vorm van zorg in de integrale DBC tarieven of moet er een aparte beschikbaarheidscomponent worden opgenomen, zo ja op welke manier kan dit?

Verder vraag ik u bij uw advies rekening te houden met het streven de regeldruk en de administratieve belasting in de sector te verminderen. Daarbij vraag ik u ook stil te staan bij de consequenties van de uitvoering van de beleidskeuze. Ik verzoek u dit in overleg te doen met de uitvoerings- en onderhoudsorganisaties CVZ en DBC Onderhoud.

Ik zie uw uitvoeringstoets graag uiterlijk april 2008 tegemoet. Mocht u lopende het onderzoek zaken signaleren die implicaties hebben voor het overgangsjaar 2008, zou ik zo spoedig mogelijk hiervan op de hoogte gebracht willen worden.

De wnd. Directeur-Generaal Gezondheidszorg,

drs. M.J. Beereboom







## Bijlage 3. Afkortingenlijst

### A

ADHD:	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
APZ:	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AWBZ:	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

### B

BIG:	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BOPZ:	Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen

### C

CAHPS:	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CBS:	Centraal Bureau voor de Statistiek
CKZ:	Centrum Klantervaring Zorg
CQ-Index:	Consumer Quality Index
CVZ:	College voor zorgverzekeringen

### D

DBC:	Diagnose behandelcombinatie
DBBC:	Diagnose behandelbeveiligingscombinatie
DIS:	DBC-Informatiesysteem
DGV:	Doelmatige geneesmiddelenvoorziening
DSM IV:	Diagnostic Statistical Manual for Mental Diseases

### F

FB:	Functiegericht Budget
FKG:	Farmaceutische kostengroepen
FTE:	Fulltime employee
FVGGZ:	Federatie Verpleegkunde Geestelijke Gezondheidszorg

### G

CDBC:	Curatieve diagnosebehandelcombinatie
GGZ:	Geestelijke gezondheidszorg

### H

HKZ:	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
HKV:	Hoge kostenverevening

### I

IGZ:	Inspectie voor de Gezondheidszorg
INK:	Instituut Nederlandse Kwaliteit
ISO:	International Organisation for Standardisation

### K

KJP:	Kinder- en jeugdpsychiatrie
------	-----------------------------

### L

LHV:	Landelijke Huisartsenvereniging
LMR:	Landelijke Medische Registratie
LPR:	Stichting Landelijke Patiënten- en bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg

### M

MO-groep:	Maatschappelijke Ondernemersgroep
-----------	-----------------------------------

**N**

NIAZ:	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NFU:	Nederlandse federatie van Universitair Medische Centra
NIP:	Nederlands Instituut van Psychologen
NMa:	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NPI:	Nederlands Psychoanalytisch Instituut
NVP:	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
NVvP:	Nederlandse Vereniging van vrijgevestigde Psychiaters
NVVP:	Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten
NVZ:	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa:	Nederlandse Zorgautoriteit

**O**

O&I:	Ontwikkeling en Innovatie
------	---------------------------

**P**

P4P:	Pay for performance
PAAZ:	Psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
PUK:	Psychiatrische afdeling van een universitaire kliniek

**R**

RIAGG:	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW:	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
ROM:	Routine Outcome Monitoring

**S**

SES:	Sociaal-economische status
------	----------------------------

**T**

TKZ:	Topklinische zorg
------	-------------------

**U**

UMC:	Universitair Medisch Centrum
------	------------------------------

**V**

VAZ:	Vereniging Algemene Ziekenhuizen
V&VN:	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VWS:	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZ:	Verslavingszorg

**W**

WGBO:	Wet Curatieve Behandelingsovereenkomst
WKCZ:	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
WMG:	Wet Marktordening Gezondheidszorg
WMO:	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WMCZ:	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen

**Z**

ZbTK:	Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit (Bureau Zichtbare Zorg)
ZFW:	Ziekefondswet
ZN:	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw:	Nederlandse Organisatie voor gezondheidsonderzoek en innovatie (Zorgonderzoek Nederland en Medische Wetenschappen)