

Tendrapportage GGZ 2009

Nieuwe financierings- kaders voor de GGZ

Themarapportage



20
09

Tendrapportage GGZ 2009

Nieuwe financierings- kaders voor de GGZ

Themarapportage in het kader van de Tendrapportage GGZ,
deelterrein 1: Organisatie, structuur en financiering.

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Drs. Frank van Hoof

Projectuitvoering

Drs. Frank van Hoof

Drs. Aafje Knispel

Prof. dr. Joost Vijselaar

Met medewerking van

Drs. Ineke Kok

Mw. D. de Ruijter Korver

Productiebegeleiding

L. Groeneveld

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-653-8

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF0926**. U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Vanaf 2008 brengt het Trimbos-instituut jaarlijks Trendrapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages worden opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages vervullen daarbij een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staan de rapportages ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

- Organisatie, structuur en financiering van de GGZ
- Toegang tot en gebruik van de GGZ
- Kwaliteit en effectiviteit van de GGZ

In een tweejaarlijkse cyclus worden over elk van deze deelterreinen overzichtsrappportages geschreven. In de tussenliggende jaren verschijnen themarapportages rond specifieke, actuele onderwerpen. Voorliggend rapport is de eerste themarapportage, behorend bij het deelterrein *Organisatie, structuur en financiering van de GGZ*.

Inhoudsopgave

	Inleiding	7
1	De financiering van de GGZ	11
1.1	Inleiding	11
1.2	De GGZ in de Zorgverzekeringswet	12
1.3	De GGZ in de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten	15
1.4	De GGZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning	18
1.5.	De GGZ en het Ministerie van Justitie	20
1.6	Nieuwe financiers, nieuwe verhoudingen	21
2	De praktijk van de Zorgverzekeringswet	23
2.1	Inleiding	23
2.2	Zorginkoop in de ZVW	23
2.4	Beoordeling van de nieuwe verhoudingen	26
2.5	DBC's in de GGZ	29
2.6	Financiële consequenties voor GGZ-aanbieders	34
2.7	Conclusies	36
3	De praktijk van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	39
3.1	Inleiding	39
3.2	Lopende AWBZ-ontwikkelingen in 2008	42
3.3	Anticiperen op de pakketmaatregel	46
3.4	Anticiperen op cliëntgestuurde bekostiging	48
3.5	Conclusies	48
4	De praktijk van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning	49
4.1	Inleiding	49
4.2	WMO-voorzieningen voor mensen met psychische problemen	50
4.3	Cliëntenorganisaties in de WMO	54
4.4	Conclusies	56
5	De praktijk van de justitieel gefinancierde GGZ	57
5.1	Inleiding	57
5.2	Zorginkoop in de strafrechtelijke forensische GGZ	57
5.3	Continuïteit van zorg	59
5.4	Conclusies	61

6	De praktijk van de verkavelde financiering	63
6.1	Inleiding	63
6.2	Kansen en belemmeringen in een verkavelde GGZ	63
6.3	Voorzieningen tussen zorg en samenleving	64
6.4	Ketenzorg in het nieuwe stelsel	71
6.5	Conclusies	73
7	Het nieuwe stelsel en de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg	75
7.1	Inleiding	75
7.2	Aandacht voor kwaliteit	75
7.2.1	Investerings in transparantie	75
7.2.2	Kwantificering van de zorg	77
7.2.3	Kanttekeningen rond innovatie, diversiteit en regie	78
7.2.4	Suggesties vanuit het veld	81
7.3	De kortdurende GGZ	82
7.3.1	Impulsen voor de kortdurende GGZ	82
7.3.2	Praktijkontwikkelingen in de kortdurende GGZ	84
7.3.3	Kanttekeningen: 'Grenzen aan de groei?'	86
7.3.4	Suggesties vanuit het veld	88
7.4.	De zorg voor mensen met langduriger psychische problemen	89
7.4.1	Consensus over een kernprobleem	89
7.4.2	Cumulatie van knelpunten in de langdurige zorg	89
7.4.3	Risico's voor de langere termijn	93
7.4.4	Suggesties vanuit het veld	94
7.5	Conclusies	99
8	Samenvatting en conclusies	101
8.1	Aandachtspunten in het nieuwe stelsel	102
8.2	Suggesties vanuit het veld	105
	Bijlagen	109
1.	Referenties	109
2.	Lijst van geïnterviewde personen	115

Inleiding

In 2008 hebben ingrijpende veranderingen plaatsgevonden in de financiering van de GGZ. Het grootste deel van die financiering is overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Zorgverzekeringswet. Eerder al hadden een paar kleinere overhevelingen van GGZ budgetten vanuit de AWBZ plaatsgevonden, met name naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en naar het Ministerie van Justitie.

De overheveling en spreiding van de GGZ-financiering is een omvattende en ingrijpende operatie. De uiteindelijke consequenties zijn nog niet goed te overzien. Wel werd in de loop van 2008 al duidelijk dat die consequenties groot zullen zijn. Mede om die reden heeft het Ministerie van VWS het Trimbos-instituut eind 2008 gevraagd in het kader van de Trendrapportages GGZ de ervaringen met het nieuwe financieringsstelsel tot dan toe te inventariseren en evalueren. Wat is in 2008 al merkbaar geweest van de consequenties van het nieuwe stelsel voor de zorgaanbieders en voor het zorgaanbod? Welke positieve gevolgen zijn in het eerste jaar in de GGZ-praktijk zichtbaar geworden, maar ook: wat zijn de knelpunten en welke oplossingen worden daarvoor aangedragen? Welke trends zijn al te signaleren?

Met name de ontwikkelingen in de aard en de kwaliteit van de zorg zelf vormen een belangrijk onderwerp voor deze themarapportage. Het bevorderen van doelmatigheid en kwaliteit van de GGZ vormt immers het hoofdmotief voor de overheveling. Hoe pakken in dit opzicht de nieuwe incentives van het stelsel uit, niet alleen voor de zorgaanbieders, maar ook voor de aard van de zorg die zij bieden?

Doelstelling van de themarapportage

Betrouwbaar cijfermateriaal over de consequenties van het nieuwe financieringsstelsel voor de GGZ was ten tijde van de inventarisatie nog niet voorhanden. Daarvoor hebben de belangrijkste wijzigingen op dat moment nog te recent plaatsgevonden. Nieuwe ontwikkelingen ten gevolge van de stelselwijziging zijn ook nog pril en worden door betrokken partijen soms verschillend gepercipieerd en gewaardeerd. Voor de partijen in het veld was vooral 2008 nog een jaar van gewenning aan de nieuwe situatie en van oriëntatie op de mogelijke gevolgen voor de langere termijn, voor de GGZ als geheel en voor de eigen organisatie in het bijzonder. Voor de aanbieders was 2008 ook een jaar van gewenning aan de nieuwe financiers en voor deze financiers aan een voor hen deels nieuwe sector.

De themarapportage heeft daarom noodzakelijkerwijs een kwalitatieve opzet. Het accent ligt op het bieden van een kwalitatief overzicht van de eerste ervaringen van de verschillende partijen met het nieuwe stelsel en van de eventuele verschillen en overeenkomsten in de perspectieven van betrokkenen op de consequenties van

de vernieuwingen. Primaire doelstelling van deze themarapportage is die ervaringen en perspectieven bij elkaar te brengen, aan elkaar te relateren en om te bezien welke hoofdlijnen daar uit te destilleren zijn.

De volgende vragen staan daarbij centraal:

1. Wat zijn de eerste positieve en negatieve ervaringen van de GGZ-aanbieders en andere betrokkenen met de invoering van de nieuwe financieringskaders?
2. Wat zijn de eerste ervaringen met de invloed van het nieuwe stelsel op de (aandacht voor) kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ?
3. Wat zijn de eerste ervaringen met de invloed van het nieuwe stelsel op verschillende typen voorzieningen en cliëntengroepen?
 - a. Welke typen voorzieningen lijken te gaan profiteren van de nieuwe financieringskaders en waarom? Welke cliëntengroepen hebben daar voordeel bij?
 - b. Welke typen voorzieningen lijken in de knel te komen als gevolg van de nieuwe financieringskaders en waarom? Welke cliëntengroepen hebben daar nadeel van? Wat is nodig en mogelijk om deze knelpunten op te lossen?

Bij elk van deze vragen gaat het in dit rapport om de stand van zaken eind 2008 - begin 2009. Het nieuwe stelsel was op dat moment één jaar in zijn volle breedte in werking. Daarbij waren nog wel enkele overgangsmaatregelen van kracht; daarover meer in hoofdstuk 1. Grote veranderingen in het nieuwe financieringstelsel voor de GGZ als zodanig, hebben vanaf dat moment overigens niet plaatsgevonden.

Bronnen

Voor de themarapportage is gebruik gemaakt van zowel schriftelijke en digitale informatiebronnen als van de resultaten van een uitgebreide interviewronde.

Voor wat betreft de schriftelijke en digitale bronnen zijn, conform de doelstelling van de themarapportage, vooral (beleids)notities van belangenorganisaties van aanbieders, financiers en cliënten en publicaties in vak- en branchetijdschriften (waaronder digitale periodieken) bestudeerd en geanalyseerd op de eerste ervaringen van de verschillende partijen met het nieuwe stelsel. Deze bronnen zijn aangevuld met enkele eerste enquêteonderzoeken onder GGZ-instellingen en -medewerkers en enkele evaluatie-onderzoeken en voortgangsrapportages over specifieke onderdelen van het nieuwe stelsel. Een overzicht van de geraadpleegde schriftelijke en digitale bronnen is opgenomen in bijlage 1.

Een aanvullende, uitgebreide ronde van diepte-interviews was cruciaal met het oog op de 'witte vlekken' in de schriftelijke bronnen, de wenselijkheid om verschillende ervaringen en perspectieven aan elkaar te kunnen toetsen en om de perspectieven op de actuele ontwikkelingen op een evenwichtige manier te kunnen duiden. De interviews vonden plaats met 43 personen in en rond de GGZ. Bij de keuze voor de te interviewen personen golden de volgende overwegingen:

- Centraal staan de ervaringen van de zorgaanbieders; deze dienen in de interviews het ruimst vertegenwoordigd te zijn.
- Binnen de categorie van de zorgaanbieders moeten de geïnterviewden een goede afspiegeling vormen van de verschillende organisatielagen; zowel directies, middenkader als uitvoerend medewerkers dienen gehoord te worden.
- Daarnaast moeten de geïnterviewden een goede afspiegeling vormen van de verschillende typen aanbieders in de GGZ; representanten van grote, geïntegreerde instellingen moeten aan het woord komen, maar ook vertegenwoordigers van kleine (nieuwe) aanbieders en van zelfstandig gevestigden.
- Naast het perspectief van de aanbieders, zijn de perspectieven van cliënten en van financiers van belang voor een goed begrip van de actuele ontwikkelingen; in de interviewronde komen daarom ook vertegenwoordigers aan het woord van cliëntenorganisaties, van zorgverzekeraars annex zorgkantoren en van gemeenten.
- In de themarapportage gaat het niet alleen om het signaleren van nieuwe ontwikkelingen in de GGZ maar ook om het analyseren van de samenhang tussen die ontwikkelingen en van de oorzaken die eraan ten grondslag liggen; geïnterviewden moet daar ieder vanuit hun eigen positie zicht op hebben; ze moeten beschikken over ruime ervaring en goede kennis van en overzicht over de actuele ontwikkelingen in en rond de (financiering van de) GGZ.

De bereidheid tot medewerking vanuit het veld was groot. Dat maakte het goed mogelijk aan bovenstaande randvoorwaarden te voldoen. Bijlage 2 bevat een overzicht van de personen die uiteindelijk zijn geïnterviewd. Van deze geïnterviewden zijn 28 personen gelieerd aan een GGZ-aanbieder of –brancheorganisatie (waarvan dertien in een bestuurlijke functie en vijftien in een beleids- en/of uitvoerende functie), vier personen zijn werkzaam bij een cliëntorganisatie, vijf personen bij een zorgverzekeraar of de brancheorganisatie van de zorgverzekeraars, vier bij gemeenten en twee bij een onafhankelijk kenniscentrum.

De interviews vonden voor het overgrote deel plaats in de periode november 2008 - februari 2009. Bovenstaande onderzoeksvragen vormden het vertrekpunt voor de interviews. Het inhoudelijke accent in het verdere verloop van de diepte-interviews werd afgestemd op het specifieke perspectief van de geïnterviewde en op diens betrokkenheid bij de verschillende aspecten van het nieuwe stelsel.

Leeswijzer

Het rapport bestaat grofweg uit twee delen. In de eerste hoofdstukken vormen de afzonderlijke financieringssystemen het vertrekpunt. In de daaropvolgende hoofdstukken wisselen we van perspectief en belichten we ontwikkelingen vanuit het oogpunt van de zorg zelf en vanuit de vraag welke aspecten, segmenten en cliënten van de GGZ meer of minder van het nieuwe stelsel profiteren.

In hoofdstuk 1 worden, bij wijze van opmaat en introductie (en voor diegenen die daar minder bekend mee zijn), kort de financieringskaders van de GGZ anno 2008 op een rij gezet. Besproken wordt welk aandeel de verschillende bronnen in de totale GGZ-financiering hebben, welke partijen bij de uitvoering ervan betrokken zijn, met welke verantwoordelijkheden en volgens welke procedures. Ook wordt summier de voorgeschiedenis uiteengezet en wordt aangegeven welke veranderingen nog op til staan.

In de daaropvolgende vier hoofdstukken wordt ingegaan op de ervaringen rond de implementatie c.q. de uitvoering van elk van de vier financieringskaders in de praktijk. Vooral de aanbieders, maar ook de financiers komen hierbij aan het woord. Eerst komt, in hoofdstuk 2, uitgebreid de belangrijkste financieringsbron van de GGZ aan de orde: de ZVW. Besproken worden met name de gang van zaken rond de zorginkoop in ZVW en de eerste ervaringen met de DBC-systematiek. In de hoofdstukken 3, 4 en 5 komen de praktijkervaringen met respectievelijk de lopende en nieuwe ontwikkelingen in de AWBZ, de eerste twee jaar van de WMO en het nieuwe stelsel voor financiering van de strafrechtelijke forensische zorg vanuit het Ministerie van Justitie aan bod.

In hoofdstuk 6 wordt besproken wat volgens de betrokken zorgaanbieders de consequenties zijn van het 'schaken op meer borden'. Wat betekent de spreiding van de financiering over verschillende bronnen voor de bedrijfsvoering? Maar ook: wat betekent dit voor het zorgaanbod? Lukt het om alle voorzieningen ook in het nieuwe stelsel goed te blijven financieren? Of zijn er voorzieningen die tussen de mazen van de verschillende kaders door vallen?

In hoofdstuk 7 spitsen we de aandacht volledig toe op de centrale onderzoeksvragen: die naar de ervaringen met de consequenties van het nieuwe stelsel voor de zorg zelf. Op geleide van de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken lichten we er drie centrale thema's uit. Het eerste is de impact van het nieuwe stelsel op de (aandacht voor) doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg in zijn algemeenheid. Komt er daadwerkelijk, conform het streven van de rijksoverheid, meer aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid in de GGZ? In welke vorm? En met welke consequenties? Het tweede thema is de impact van het stelsel op de kortdurende GGZ. Vooral in dit segment van de GGZ werd voorafgaand aan de hervormingen en onder invloed van de marktwerking de nodige beweging verwacht. Wat is daarvan al zichtbaar? En het derde thema is de impact van het nieuwe stelsel op de zorg aan mensen met langduriger of meer complexe problemen; een segment van de GGZ dat volgens de verwachtingen vooraf minder onder de invloed van marktwerking zou komen te staan maar niettemin ook een aantal gevolgen van de nieuwe kaders zou kunnen ondervinden.

In hoofdstuk 8 worden de belangrijkste bevindingen en conclusies op een rij gezet.

1 De financiering van de GGZ in hoofdlijnen

1.1 Inleiding

Vanaf medio jaren '80 in de vorige eeuw tot recent werd de collectief gefinancierde GGZ vrijwel volledig bekostigd vanuit één bron: de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten. In 2007 en 2008 vonden enkele hervormingen plaats waardoor de GGZ anno 2008 vier collectief gefinancierde inkomstenbronnen heeft:

- de Zorgverzekeringswet (ZVW),
- de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ),
- de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)
- de financiering vanuit het Ministerie van Justitie.

De ZVW is, in termen van de omvang van de uitgaven, het belangrijkste financieringskader voor de GGZ geworden. In de VWS-begroting voor 2009 werd een bedrag van circa 3.2 miljard euro voor het ZVW-gefinancierde deel van de GGZ genoteerd. Voor het AWBZ-gefinancierde deel is een budget gereserveerd van ruim 1,3 miljard euro (Ministerie van VWS, 2008a). In 2007 is een budget van circa 76 miljoen euro overgeheveld naar de WMO (GGZ Nederland, 2007). Niet bekend is echter - want niet geregistreerd wordt - welk deel van dit budget opnieuw voor GGZ-voorzieningen (of voor andere voorzieningen voor mensen met psychische problemen) is ingezet. Voor de forensische zorg in strafrechtelijk kader werd in 2008 een bedrag van 188 miljoen euro opgenomen in de begroting van het Ministerie van Justitie (Ministerie van Justitie, 2009).

De ZVW en de AWBZ vormen in 2008 tezamen dus de belangrijkste financiële peilers van de GGZ. Voor zowel de WMO als voor de financiering vanuit het Ministerie van Justitie geldt dat het qua omvang om relatief marginale bronnen gaat. Beide spelen echter een belangrijke rol in het GGZ-beleid van de rijksoverheid. Reden om ook deze financieringsbronnen in dit rapport te bespreken.

In het vervolg van dit hoofdstuk geven we een korte beschrijving van elk van deze vier financieringsbronnen. Aan bod komen het dekkinggebied, een aantal voor deze themarapportage belangrijke uitvoeringsaspecten en de bij die uitvoering betrokken partijen met hun respectievelijke verantwoordelijkheden. Ook bespreken we kort de belangrijkste motieven voor de hervormingen in financiering van de GGZ en zetten we op een rij welke veranderingen nog op til staan.

Organisaties die actief zijn op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg kunnen ook inkomsten vergaren uit andere dan bovengenoemde bronnen. Bijvoorbeeld directe

betalingen door cliënten of door werkgevers, aanvullende verzekeringen of particuliere fondsen. In dit hoofdstuk laten we deze niet uit collectieve middelen gefinancierde inkomstenbronnen buiten beschouwing. Ook op mogelijke financiering vanuit andere wettelijk kaders, bijvoorbeeld op het gebied van werk, sociale activering en reïntegratie, gaan we in dit hoofdstuk niet in. Daarmee is overigens niet gezegd dat deze bronnen in de toekomst niet belangrijker zouden kunnen gaan worden voor de hulpverlening aan mensen met psychische problemen. In de interviews zijn daarover ook enkele uitspraken gedaan. Deze zullen in de volgende hoofdstukken nog aan bod komen.

1.2 De GGZ in de Zorgverzekeringswet

De ZVW regelt voor een groot deel van de gezondheidszorg op welke voorzieningen burgers aanspraak kunnen maken en hoe deze voorzieningen worden gefinancierd en bekostigd. De ZVW trad op 1 januari 2006 in werking en verving drie oude verzekeringsystemen voor geneeskundige zorg (ziekenfonds, particuliere verzekering en ziektekostenregelingen voor bepaalde groepen ambtenaren). Vanaf 1 januari 2008 wordt ook het grootste deel van de GGZ vanuit de ZVW gefinancierd (zie ook hoofdstuk 2).

Een zorgverzekering in het kader van de ZVW kent twee onderdelen: een verplichte basisverzekering en een vrijwillige aanvullende verzekering. Voor de verplichte basisverzekering is de verzekerde een deels nominale en deels inkomensafhankelijke premie verschuldigd. Het nominale deel vloeit direct in de kas van de zorgverzekeraar. Het inkomensafhankelijke deel vloeit in het zorgverzekeringsfonds vanwaaruit zorgverzekeraars volgens een verdeelsleutel, gekoppeld aan het risicoprofiel van hun verzekerdenbestand, een "vereveningsbijdrage" ontvangen. Die bijdrage valt, afhankelijk van dat risicoprofiel, hoger of lager uit en 'verevent' op die wijze de risico's tussen de verzekeraars.

Het domein van de basisverzekering ZVW wordt omschreven in termen van zogeheten 'functionele zorgaanspraken'. Relevant voor de GGZ zijn met name de aanspraken *geneeskundige zorg* en *verblijf* in verband met geneeskundige zorg. In het Besluit Zorgverzekering wordt geneeskundige zorg als volgt omschreven: "Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden". De kanttekening die daarbij direct wordt gemaakt is dat diegenen die de geneeskundige zorg feitelijk bieden "niet de beroepsbeoefenaren [hoeven te] zijn die in de bepaling genoemd worden." Ook activiteiten die *in het kader van* geneeskundige zorg c.q. door anderen onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist (bijvoorbeeld psychiater) worden uitgevoerd, vallen onder de aanspraak geneeskundige zorg. Als voorbeeld wordt genoemd de begeleiding door een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, die deze begeleiding uitvoert in het kader van een psychiatrische behandeling en onder verantwoordelijkheid van een psychiater.

Voor de aanspraak verblijf geldt hetzelfde. Het gaat om verblijf 'dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg' c.q. dat plaatsvindt onder verantwoordelijkheid van een medicus. De ZVW-aanspraak verblijf in het kader van geneeskundige zorg geldt voor een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen (waarbij onderbrekingen van minder dan dertig dagen niet worden meegeteld). Wordt het verblijf na die periode voortgezet, dan wordt dit niet meer gefinancierd vanuit de basisverzekering ZVW, maar vanuit de AWBZ. Niet-geneeskundig verblijf wordt niet vanuit de ZVW gefinancierd. Daarvoor kan, als aan de betreffende voorwaarden wordt voldaan, vanaf de eerste dag aanspraak gemaakt worden op AWBZ-financiering (bijvoorbeeld beschermd wonen).

Zowel tweede lijns GGZ als eerste lijns psychologische zorg (EPZ) vallen onder het basispakket van de ZVW. Voor de tweede lijns GGZ is een verwijzing door huisarts, specialist of eerstelijns GGZ een vereiste. Voor die eerstelijns psychologische zorg zelf is geen verwijzing nodig. Overigens is de financiering van de EPZ vanuit collectieve middelen nieuw. Aangetekend zij ook dat onderscheid tussen eerste en tweedelijns GGZ soms voer voor discussie is. In de *Beleidvisie GGZ* typeert het Ministerie van WVS de eerstelijns psychologische zorg als "kortdurende behandeling van 'lichte psychologische problematiek', door middel van een generalistische aanpak" (Ministerie van VWS, 2006). De vergoeding van EPZ vanuit de basisverzekering is beperkt tot maximaal acht zittingen per jaar.

Kijken we concreet welke van de bestaande GGZ-voorzieningen in 2008 vanuit de ZVW worden gefinancierd dan is dat in de eerste plaats nagenoeg de gehele ambulante zorg. Alleen een klein deel van de begeleiding aan mensen met langdurige psychische problemen wordt (nog) vanuit de AWBZ gefinancierd; daarbij gaat het vooral om de begeleiding vanuit de – voormalige – RIBW's. Wel bestaat bij (met name geïntegreerde) instellingen de tendens – ook met oog op de toekomstverwachtingen met betrekking tot de AWBZ - om alle ambulante activiteiten zoveel mogelijk onderdeel te maken van een behandelplan en daarmee onder formele verantwoordelijkheid van een psychiater en in het domein van de ZVW te plaatsen. Ook van de klinische voorzieningen valt een deel inmiddels onder de ZVW, zij het in termen van capaciteit een relatief beperkt deel (geen verblijfs-, woon- of langdurige behandelvoorzieningen). In de vorige paragraaf werd al duidelijk dat de ZVW in financiële termen de belangrijkste bron voor de GGZ is geworden. In termen van aantallen cliënten is dat aandeel nog veel groter: naar schatting minstens 95 % van de GGZ cliënten maakt uitsluitend gebruik van ZVW-gefinancierde GGZ.

Uitvoering van de ZVW

In de uitvoering van de ZVW spelen zorgverzekeraars een centrale rol. Zij hebben een zorgplicht tegenover hun verzekerden en sluiten contracten af met zorgaanbieders om aan die zorgplicht te kunnen voldoen. Een belangrijk element van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is dat verzekeraars meer vrijheid en mogelijkheden hebben dan onder het oude stelsel om zelf te bepalen welke zorgaanbieders zij contracteren en welke eisen zij aan die aanbieders en de door hen te leveren zorg stellen. Daar staat tegenover dat

verzekeraars 'risicodragender' worden: een positieve of negatieve verhouding tussen premie-inkomsten en zorguitgaven gaat, anders dan voorheen, consequenties hebben voor het bedrijfsresultaat. Zorgverzekeraars krijgen dus een toenemend belang bij een scherpe zorginkoop.

Een vanuit de AWBZ overgenomen gewoonte bij de zorginkoop in de ZVW is om jaarlijks productieafspraken met de gecontracteerde zorgaanbieders te maken. Afsproken wordt welke producten worden geleverd, in welke omvang en tegen welk budget. De onderhandelingstaal is daarbij die van de DBC's: de Diagnose Behandel Combinaties. DBC's zijn behandeltrajecten, behorend bij bepaalde diagnoses. Verschillende trajecten zijn in de zogeheten DBC-productstructuur per hoofddiagnose gegroepeerd in een beperkt aantal productgroepen. Zorgverzekeraars onderhandelen met aanbieders in termen van deze DBC-productgroepen over omvang, kwaliteit en prijs van de te leveren zorg. Alleen in de eerste lijn psychologische zorg zijn niet de DBC's, maar afzonderlijke verrichtingen c.q. patiëntcontacten de rekeneenheid.

Voordeel van een uniforme, landelijke systematiek in deze is, zo luidt de overweging, dat het direct zicht biedt op prijsverschillen tussen zorgaanbieders per diagnose ('transparantie'). De feitelijke declaraties van behandelingen van afzonderlijke cliënten vinden overigens pas achteraf plaats, als duidelijk is uit welke activiteiten die behandeling feitelijk heeft bestaan, tot welke productgroep het behandeltraject derhalve behoort en welke prijs bijgevolg gedeclareerd kan worden. Daarvoor worden alle activiteiten in het kader van de behandeling geregistreerd in het in alle zorginstellingen ingevoerde DBC-registratiesysteem.

Overgangsmaatregelen

De centrale gedachte achter het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is dat het, door meer ruimte te bieden aan concurrentie en marktwerking, ook meer impulsen geeft aan de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorg. Verzekeraars moeten immers op premiehoogte en kwaliteit van de verzekerde zorg concurreren om verzekerden. En zorgaanbieders moeten op prijs en kwaliteit concurreren om contracten met verzekeraars. Naast de ZVW wordt ook via een aantal aanpalende wetten de marktwerking in de zorg gestimuleerd, bijvoorbeeld via de Wet Toelating Zorginstellingen, die voorziet in de mogelijkheid van een soepeler toelatingsbeleid van nieuwe zorgaanbieders.

Om de overgang naar de nieuwe marktverhoudingen goed te laten verlopen, is een aantal overgangsmaatregelen van kracht. Voor de GGZ zijn de volgende van belang:

- In de ZVW wordt een onderscheid gemaakt in een A-segment en een B-segment. In het A-segment stelt de Nederlandse Zorgautoriteit de (maximum)prijzen vast. In het B-segment zijn de prijzen vrij. Verreweg het grootste deel van de GGZ valt in 2008 en 2009 nog onder het A-segment. Begin 2009 sprak de NZA de verwachting uit dat in 2010 voor een belangrijk deel van de ambulante GGZ vrije prijsvorming ingevoerd zou kunnen worden en een overheveling naar het B-segment mogelijk zou zijn (NZA, 2009).

- Zorgverzekeraars waren in 2008 en zijn ook in 2009 nog niet risicodragend voor de GGZ. De uiteindelijke uitgaven aan de GGZ worden nog volledig nagecalculeerd. Dit vanwege de onvoorspelbaarheid, in de eerste periode van de overheveling, van de kosten die verzekeraars binnen de ZVW voor de GGZ zullen maken. Ook moet nog een adequaat risicovereveningssysteem voor de GGZ ontwikkeld worden. Een dergelijk systeem zorgt voor een overdracht van middelen van verzekeraars met relatief veel verzekerden met een klein risico op zorgkosten naar verzekeraars met relatief veel verzekerden met hogere risico's op (hoge) zorgkosten. Doel is te voorkomen dat verzekeraars personen met hogere risico's (bijvoorbeeld mensen met – chronische – psychische problemen) trachten te weren. Eind 2008 sprak het Ministerie van VWS de verwachting uit dat zodra dit risicovereveningssysteem voor de GGZ gereed en operationeel is, de zorgverzekeraars ook voor de GGZ risicodragend kunnen worden (Ministerie van VWS, 2008d).
- Voor de periode dat de zorgverzekeraars nog niet risicodragend zijn, is bij de zorginkoop voor de GGZ het zogeheten representatiemodel van kracht. Dat houdt in dat één zorgverzekeraar, namens alle andere, de onderhandelingen voert met de zorgaanbieder over de productie en de budgetten voor het komende jaar. Daarvoor wordt de zorgverzekeraar aangewezen die het grootste marktaandeel heeft in desbetreffende regio. Ook deze constructie zal verdwijnen, zo is de verwachting, als verzekeraars volledig risicodragend worden. Onderhandelingen zullen dan met iedere verzekeraar apart gaan plaatsvinden.

Bij al deze overgangsmaatregelen blijft het uiteindelijke streven in het landelijk gezondheidszorg - en GGZ-beleid hetzelfde: een stapsgewijze liberalisering van de zorg, waarbij geleidelijk de toelatingseisen verder versoepeld worden, de prijzen steeds meer worden losgelaten en de tijdelijke vangnetten voor financiers en aanbieders worden weggehaald.

1.3 De GGZ in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De AWBZ is een volksverzekering, die van rechtswege voor iedere inwoner van Nederland gelijke, wettelijk vastgelegde aanspraken op zorg verzekert. De AWBZ trad op 1 januari 1968 in werking, met de bedoeling een overkoepelende regeling te treffen voor “zeer hoge, in redelijkheid niet individueel te dragen of privaatrechtelijk te verzekeren kosten ten gevolge van langdurige ziekten en gebreken”, de zogeheten 'onverzekerbare risico's' (Van Schooneveld, 2007). De AWBZ wordt gefinancierd vanuit inkomensafhankelijke premies, die op het loon worden ingehouden en in het door het College Voor Zorgverzekeringen beheerde Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten worden gestort. Van daaruit worden de AWBZ-voorzieningen betaald.

Aanvankelijk was het vooral de langdurige, intramurale zorg die voor AWBZ-financiering in aanmerking kwam. Om de samenhang binnen de zorg en substitutie van intramurale door extramurale zorg te bevorderen, werden gaandeweg ook steeds meer extramurale

voorzieningen in de AWBZ ondergebracht. Dat leidde er mede toe dat vanaf medio jaren tachtig vrijwel de gehele GGZ vanuit de AWBZ werd gefinancierd. In 2008 kwam daar, met de overheveling van het grootste deel van de GGZ naar de ZVW, weer een eind aan. Met circa een derde van het totale GGZ-budget is de AWBZ niettemin nog steeds een belangrijke financieringsbron voor de GGZ (zie ook hoofdstuk 3).

Aanspraken op AWBZ-zorg kan men maken op basis van verschillende aandoeningen c.q. 'grondslagen'. Eén van die grondslagen is een psychiatrische aandoening. De verschillende typen zorgaanspraken worden geformuleerd in termen van functies. Anno 2008 kwamen mensen met een psychiatrische grondslag met name in aanmerking voor de functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verblijf (formeel ook voor de functie persoonlijke verzorging, maar daar wordt door mensen met psychiatrische aandoeningen nauwelijks een beroep op gedaan). Tot 2007 gaf een psychiatrische grondslag ook toegang tot de functies behandeling en verpleging. Deze aanspraken zijn met de inwerkingtreding van de ZVW voor de GGZ, op 1 januari 2008, komen te vervallen. Daarbij onderscheidt AWBZ-zorg zich van ZVW-zorg in die zin dat het bij de ZVW dient te gaan om 'geneeskundige' en bij de AWBZ om 'niet-geneeskundige' GGZ. Van de 'geneeskundige GGZ' valt alleen de intramurale geneeskundige zorg die langer duurt dan één jaar onder de AWBZ.

In de praktijk van de GGZ betekent dit dat vanaf 2008 hoofdzakelijk nog die GGZ-voorzieningen onder de AWBZ vallen, waarin het 'wonen' centraal staat: verblijfsvoorzieningen, beschermende woonvormen, direct daaraan gelieerde zorg zoals dagbestedingsvoorzieningen en deels ook de (woon)begeleiding aan zelfstandig wonenden met langdurige psychische problemen. Precieze cijfers over de omvang van deze clientèle in 2008 zijn nog niet bekend, maar de verwachting is dat het om een relatief kleine groep van de totale GGZ-populatie gaat en dat in totaal niet meer dan 30.000 á 40.000 cliënten gebruik maken van GGZ-voorzieningen die vanuit de AWBZ worden gefinancierd (Van Hoof, 2008). Daarnaast is er nog een naar schatting ongeveer even grote groep vooral jeugdigen die in 2008 op psychiatrische grondslag gebruik maakt van een PGB voor ondersteunende of activerende begeleiding. De besteding daarvan vindt vermoedelijk grotendeels buiten de reguliere GGZ plaats (PriceWaterhouseCoopers, 2008).

Uitvoering van de AWBZ

Toegang tot AWBZ-zorg verloopt via het CIZ – het Centraal Indicatie Orgaan – en voor jeugdigen via het Bureau jeugdzorg. Aanvragen kunnen gedaan worden voor "zorg in natura" of voor een persoonsgebonden budget. Bij zorg in natura wordt de zorg voor de aanvrager ingekocht. Bij het persoonsgebonden budget kan de aanvrager van het toegekende budget zelf de gewenste zorg inkopen. CIZ en Bureau Jeugdzorg nemen aanvragen in behandeling en geven bindende indicaties voor de concrete zorgaanspraken van de aanvrager.

Na een indicatiebesluit is, in het geval van zorg in natura, officieel de individuele ziektekostenverzekeraar verantwoordelijk voor de verdere uitvoering en de zorginkoop. De verzekeraars besteden deze taken uit aan regionale zorgkantoren. Die zorgkantoren zijn doorgaans aparte afdelingen van de in de betreffende regio grootste zorgverzekeraar; doorgaans dus dezelfde zorgverzekeraar die in het kader van het referentiemodel in de ZVW de onderhandelingen voert met de zorgaanbieders. Ook in de AWBZ sluiten deze zorgkantoren contracten af met aanbieders en maken met hen jaarlijkse productieafspraken. Belangrijk verschil met de ZVW is dat voor de intramurale voorzieningen in de AWBZ nog een contracteerplicht bestaat. Anders ook dan in de ZVW is in de AWBZ de taal voor het afspreken, meten en afrekenen van de productie. Dat gebeurt in termen van aparte verrichtingen, met als meeteenheden contacten, verpleegdagen, of uren.

Nieuwe beleidsmaatregelen

Vanuit landelijke beleids- en adviesorganen is de AWBZ in de laatste tien jaar steeds meer gezien als een weliswaar robuust en aan alle partijen zekerheid biedend, maar tevens als een te sterk uitgedijd en te inflexibel en ondoelmatig stelsel. Verschillende maatregelen zijn in die periode al genomen om tot een meer flexibele, doelmatige en vraaggestuurde AWBZ-systematiek te komen en tot een scherpere afgrenzing van de door de AWBZ te dekken voorzieningen.

Ook in 2008 zijn in dat kader nieuwe maatregelen voorgesteld. De belangrijkste voor de GGZ zijn de plannen voor de invoering van de zogeheten zorgzwaartebekostiging in de intramurale zorg en de pakketmaatregelen met betrekking tot de extramurale zorg. Bij de zorgzwaartebekostiging gaat het erom dat instellingen geen standaardprijs per verpleegdag c.q. per bezette plaats meer krijgen, maar dat de inkomsten gekoppeld worden aan de zwaarte van de zorg die individuele cliënten ontvangen of zouden behoren te ontvangen. Kern van de pakketmaatregel is dat alleen mensen met de ernstigste problemen nog voor begeleiding in aanmerking komen en dat, anders dan voorheen, ondersteuning bij maatschappelijke participatie niet meer tot de AWBZ-taken gerekend wordt.

Bovengenoemde pakketmaatregel is begin 2009 van kracht geworden; consequenties zijn nog niet bekend. Over de invoering van de zorgzwaartebekostiging zijn ten tijde van het schrijven van dit rapport de gesprekken nog gaande. Wel hebben deze beide maatregelen in 2008 op verschillende manieren hun schaduw al vooruit geworpen, mede tegen de achtergrond van de ingrijpende scenario's die in de afgelopen periode in diverse adviezen over verdere ontwikkeling van de AWBZ zijn geschetst. In hoofdstuk 3 gaan we daarop dieper in.

1.4 De GGZ en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning

De WMO neemt slechts een zeer bescheiden plaats in in de financiering van de GGZ en, voor zover zichtbaar, in de ondersteuning van mensen met psychische problemen, zo bleek in de Trendrapportage GGZ 2008 (Van Hoof e.a., 2008). In het landelijke beleid wordt de WMO echter een centrale rol toegedicht als het gaat om de maatschappelijke ondersteuning en de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen (zie ook hoofdstuk 4).

De WMO is een kaderwet die in algemene termen de taken omschrijft van gemeenten op het gebied van welzijn, zorg en maatschappelijke ondersteuning. De WMO trad op 1 januari 2007 in werking, in hoofdzaak als opvolger van twee wetten die voorheen de taken van gemeenten op deze terreinen regelden: de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. De bij deze wetten behorende budgetten werden overgeheveld naar de WMO. Daaraan toegevoegd werden de budgetten van de functie huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen en subsidies uit de AWBZ. Tot die laatste behoorden ook budgetten voor een aantal GGZ-voorzieningen. In de AWBZ werden deze functies en regelingen geschrapt.

Bij de voor de GGZ relevante AWBZ-regelingen ging het om de middelen voor

- dienstverlening en collectieve preventie; activiteiten die hieruit werden gefinancierd betreffen onder ander voorlichtingsbijeenkomsten bij andere maatschappelijke organisaties (scholen), training voor risicogroepen, ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers en consultatie van huisartsen, politie of andere organisaties;
- de subsidieregeling Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ); hieruit werd de participatie van de GGZ in lokale OGGZ-netwerken gefinancierd (meldpunten overlast, bemoeizorgteams, wijkplatforms);
- de subsidieregeling zorgvernieuwingsprojecten in de GGZ; hieruit werden onder andere cliëntgestuurde projecten en voorzieningen gefinancierd.

Volgens berekeningen van GGZ Nederland bedroeg het totale in 2007 overgehevelde budget circa 76 miljoen euro (GGZ Nederland, 2007). Een belangrijk aspect van de overheveling van dit budget naar de WMO, is dat gemeenten niet verplicht zijn die middelen in te zetten voor de voorzieningen die er vanuit de AWBZ van werden betaald, of zelfs voor de doelgroepen die er vanuit de AWBZ mee werden bediend. De overgehevelde budgetten zijn niet geormerkt en kunnen ook voor andere doeleinden in het kader van de WMO aangewend worden. Ook voor de WMO als geheel geldt dat middelen die gemeenten vanuit de rijksoverheid voor de uitvoering van de WMO ontvangen, voor het grootste gedeelte ongeormerkt zijn. Uitzonderingen zijn de zogeheten doeluitkeringen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, openbare GGZ en ambulante verslavingszorg. In zijn algemeenheid zijn de prestaties die gemeenten moeten leveren in de WMO (net als voorheen in de Welzijnswet) alleen globaal geformuleerd, in termen van negen 'prestatievelden'. Die prestatievelden zijn:

1. het bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers
5. het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van behoud van zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen
9. het bevorderen van verslavingsbeleid

Het overzicht laat zien dat mensen met psychische problemen volgens de wetgeving nadrukkelijk ook tot de doelgroep van de WMO behoren. Daarbij gaat het vooral om de prestatievelden 5 en 6 (bevorderen van participatie en zelfredzaamheid), maar ook om de prestatievelden 3, 8 en 9 (respectievelijk cliëntondersteuning, openbare GGZ en ambulante verslavingszorg). Maar zoals gezegd: hoe gemeenten deze verantwoordelijkheden c.q. prestatievelden invullen, is aan hen zelf. Anders dan in de ZVW en de AWBZ kunnen burgers op basis van de wetgeving ook geen individuele aanspraken doen gelden op specifieke voorzieningen. Gemeenten hebben in de WMO een grote beleidsvrijheid, ook wat betreft de verdeling van de beschikbare middelen over de verschillende prestatievelden en doelgroepen.

Sinds de inwerkingtreding hebben zich voor de GGZ geen ingrijpende wijzingen in de regelgeving van de WMO zelf voorgedaan. Wel dient zich voor deze themarapportage een aantal vragen aan. De eerste is wat inmiddels de status is van de GGZ-voorzieningen waarvoor begin 2007 de budgetten naar de GGZ zijn overgeheveld; in hoeverre zijn deze gecontinueerd en in welk vorm? Een tweede belangrijke vraag is hoe gemeenten in bredere zin vorm hebben gegeven aan de voor hen nieuwe verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mensen met psychosociale of chronische psychische problemen bij hun zelfredzaamheid en hun maatschappelijke participatie. Deze vragen zijn met name van belang tegen de achtergrond van de verwachtingen die in de landelijke beleidskaders bestaan over de WMO als participatiewet. Bij maatregelen rond andere onderdelen van het zorgstelsel wordt veelvuldig op de participatie ondersteunende functie van de WMO geanticipeerd. De in paragraaf 1.3 genoemde pakketmaatregelen in de AWBZ zijn daar een belangrijk voorbeeld van.

In hoofdstuk 4 gaan we in op bovenstaande vragen rond de status van de overgehevelde voorzieningen en de invulling van de nieuwe gemeentelijke verantwoordelijkheden voor mensen met psychische problemen.

1.5 De GGZ en het Ministerie van Justitie

Een vierde financieringsbron van de GGZ is het Ministerie van Justitie. Daarbij gaat het met name om de psychiatrische zorg in een 'strafrechtelijk kader' (zie ook hoofdstuk 5).

Al voor 2007 financierde het Ministerie van Justitie onderdelen van de psychiatrische zorg aan personen met een strafrechtelijke maatregel. Dat geldt bijvoorbeeld voor de psychiatrische zorg in het kader van TBS met dwangverpleging in de gespecialiseerde forensisch psychiatrische centra. Het geldt ook voor een belangrijk deel van de psychiatrische zorg in het gevangeniswezen (onder andere Forensische Observatie en Begeleiding Afdelingen). Andere GGZ-voorzieningen aan personen met een strafrechtelijke maatregel werden tot 2007 echter vanuit de AWBZ gefinancierd. Bijvoorbeeld zorg die vanuit de reguliere GGZ-voorzieningen aan mensen in detentie werd geboden. Maar ook reguliere zorg vanuit de GGZ in het kader van een voorwaardelijke strafmaatregel, onder andere begeleid of beschermend wonen onder 'drang'.

Het onderscheid tussen ABWZ-gefinancierde en Justitie-gefinancierde GGZ aan personen met een strafrechtelijke maatregel is per 2007 opgeheven. Vanaf dat moment wordt alle GGZ in een strafrechtelijk kader door het Ministerie van Justitie gefinancierd. Daarbij onderscheidt het Ministerie van Justitie om precies te zijn 21 strafrechtelijke titels - afkomstig uit vier verschillende wetten - op basis waarvan de forensische zorg verleend kan worden. In hoofdlijnen zijn drie segmenten in de strafrechtelijke forensische zorg te onderscheiden: zorg in het kader van respectievelijk TBS, detentie of reguliere GGZ onder 'drang' (Ministerie van Justitie, 2008).

Uitvoering van de strafrechtelijke forensische GGZ

In het overgangsjaar 2007 werden veel van de uitvoerende taken op het gebied van de strafrechtelijke forensische GGZ nog overgelaten aan de AWBZ-uitvoerders: het CIZ voor de indicatiestelling en de zorgkantoren voor de zorginkoop. Vanaf 1 januari 2008 wordt de indicatiestelling gecoördineerd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) voor het intramurale deel en de reclasseringsorganisaties voor het ambulante deel. De taken en bevoegdheden van de zorgkantoren zijn per 1 januari 2008 volledig overgenomen door de Directie Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie. Deze maakt, op dezelfde wijze als zorgverzekeraars in de ZVW en de zorgkantoren in de AWBZ, jaarlijks productieafspraken met zorgaanbieders. Wat betreft de eenheden waarin die productie wordt gemeten, besproken en uiteindelijk ook afgerekend, is gekozen voor aansluiting bij de DBC-systematiek van de ZVW.

Daarbij wordt voor de strafrechtelijke forensische GGZ aan de DBC-productstructuur een beveiligingscomponent toegevoegd. Dat leidt tot de zogeheten Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties (DBBC).

Continuïteit van zorg

Volgens opgave van het Ministerie van Justitie werd in 2008 een bedrag van 188 miljoen euro begroot voor de strafrechtelijke forensische zorg (Ministerie van Justitie, 2009). Daarin begrepen is een bedrag van 123 miljoen dat door VWS is overgeheveld naar Justitie. Dat is iets minder dan 3 % van het totale GGZ-budget; een relatief klein aandeel dus. Niettemin plaatst ook deze hervorming de GGZ voor een aantal nieuwe vragen en uitdagingen, zowel met betrekking tot de wensen en (kwaliteits)eisen van de financier als met betrekking tot de continuïteit van zorg bij de overgang van het Justitiële naar andere financieringskaders. Reden om in hoofdstuk 5 ook kort aandacht te besteden aan de eerste ervaringen met het nieuwe financieringsstelsel voor de forensische GGZ.

1.6 Nieuwe financiers, nieuwe verhoudingen

De voorgaande paragrafen hebben laten zien dat de plaats van de GGZ in het zorgstelsel in de afgelopen jaren ingrijpend is veranderd. Die veranderingen hebben primair de nodige consequenties voor de verhoudingen tussen aanbieders en financiers. Die verhoudingen zijn in een aantal belangrijke opzichten fors gewijzigd:

- Het aantal (potentiële) financiers is toegenomen en diverser geworden.
- Aanbieders moeten meer concurreren om financiering vanuit de verschillende bronnen te verwerven.
- De financiers hebben een grotere inbreng gekregen in de te financieren zorg.

Deze nieuwe relaties tussen GGZ-aanbieders en GGZ-financiers lopen als een rode draad door het vervolg van deze themarapportage. In de volgende vier hoofdstukken gaan we achtereenvolgens in op de ontwikkelingen rond de ZVW, de ABWZ, de WMO en justitieel gefinancierde GGZ.

2 De praktijk van de Zorgverzekeringswet

2.1 Inleiding

Wat zijn de eerste, belangrijke ervaringen met de overheveling van de financiering van de 'geneeskundige' GGZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW)? Over deze vraag komen in dit hoofdstuk vooral de aanbieders, maar ook de financiers en cliëntenorganisaties aan het woord. In paragraaf 2.2 wordt besproken hoe de zorginkoop in de ZVW concreet gestalte krijgt, welke procedures daarbij worden gehanteerd en welke eisen zorgverzekeraars aan de financiering van de zorg stellen. Paragraaf 2.3 gaat in op de nieuwe verhoudingen zelf, en op de vraag hoe deze door de betrokkenen worden gewaardeerd. In paragraaf 2.4 staan we stil bij de ervaringen met de nieuwe *taal* op de zorginkoopmarkt: die van de DBC's. Ten slotte inventariseren we - in paragraaf 2.5 - de visies van de betrokkenen op de voor een belangrijk deel met de overheveling naar de ZVW samenhangende financiële problemen en financiële onzekerheid, waar veel aanbieders mee zijn geconfronteerd. In paragraaf 2.6 vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

2.2 Zorginkoop in de ZVW

Financiers mogen in de ZVW, anders dan lange tijd het geval was in de AWBZ, zelf bepalen met welke aanbieders zij contracten afsluiten. Daarmee ontstaat een onderhandelingsituatie waarbij financiers meer in de positie komen om eisen te stellen aan de zorgaanbieders en de zorg die zij bieden. Hoe gaan zorgverzekeraars met deze onderhandelingsruimte om en welke consequenties heeft dat voor de zorgaanbieders en het zorgaanbod?

Onderzoek laat zien dat alle zorgverzekeraars in 2008 nog aan vrijwel alle hen bekende GGZ-aanbieders – instellingen en zelfstandig gevestigden – een contract hebben aangeboden (BMC, 2008; zie ook GGZ Nederland, 2008a). In dit opzicht wordt van de contracteervrijheid dus nog weinig gebruik gemaakt. Niettemin zetten zorgverzekeraars in op scherpe onderhandelingen met de aanbieders, met name door te variëren in de invulling van zorgcontracten. De procedures zijn als volgt.

Bij de contractering van GGZ-instellingen worden vooraf productieafspraken of budgetafspraken gemaakt. In het vorige hoofdstuk signaleerden we al dat, hoewel aanbieders bij de eindafrekening in de ZVW met veel meer dan één financier te maken krijgen, ze

de productieafspraken nog steeds maken met één partij. Dat is de grootste zorgverzekeraar in de regio, die in deze optreedt als representant van alle zorgverzekeraars (het 'representatiemodel'). In de regel kijkt een tweede zorgverzekeraar over de schouder mee. Bij de eerste, representerende zorgverzekeraar, dienen de zorginstellingen jaarlijks hun offertes in. Dat gebeurt voorlopig nog zowel in de oude NZa-productieparameters (contacten, verpleegdagen) als in DBC's. (In de toekomst zullen afspraken alleen in DBC's gemaakt worden.) In de offerte geeft de aanbieder aan hoeveel productie men per diagnosecategorie in het komende jaar wil leveren, voor hoeveel cliënten en wat dat gaat kosten. Dat levert een bepaald totaal benodigd budget op. De representerende zorgverzekeraar geeft aan hoeveel hij daarvan op voorhand wil honoreren en of men akkoord gaat met de prijs.

De procedure van de productieafspraken is feitelijk een oude gewoonte, overgenomen vanuit de AWBZ en aanvankelijk bedoeld om de continuïteit van zorg te garanderen. Onder de AWBZ was een 100 % budgetgarantie gebruikelijk: zorgaanbieders konden jaarlijks rekenen op een (minstens) even hoog budget als in het voorgaande jaar. Onder de ZVW is het dat niet, zo blijkt uit de interviews en de zorginkoopprotocollen van enkele grote zorgverzekeraars. In 2008 koersen verzekeraars voor het daaropvolgende jaar voor de klinische GGZ op een garantiebudget van tussen de 90 en 98 % en voor de ambulante GGZ op een garantiebudget van tussen de 70 en 90 % van de in 2008 geleverde productie. De budgetgaranties zijn echter niet voor alle instellingen hetzelfde. Ze verschillen per zorgverzekeraar én ze hangen af van de mate waarin de aanbieder aan een aantal aanvullende eisen van de zorgverzekeraar kan of wil voldoen.

Eisen van de zorgverzekeraars

De contracten die zorgverzekeraars de zorginstellingen aanbieden bestaan doorgaans uit twee delen: een basiscontract en een kwaliteitscontract. Het verschil tussen een basiscontract en een kwaliteitscontract bestaat erin dat voor de laatste aan een aantal aanvullende eisen moet worden voldaan. De grote zorgverzekeraars hanteren daarvoor uitgebreide puntensystemen. Door aan de wensen en eisen van de zorgverzekeraars te voldoen, kunnen zorgaanbieders punten verdienen. Die punten worden omgezet in een bepaald percentage hoger garantiebudget (bij de instellingen) of een bepaald percentage hogere vergoeding (bij de vrijgevestigden). Ook kunnen de aanbieders die het meest aan de voorwaarden van de zorgverzekeraars voldoen de status van 'preferente aanbieder' krijgen, dat wil zeggen, expliciet bij de cliënten aanbevolen worden.

De eisen en voorwaarden die aan de aanbieders gesteld worden verschillen per verzekeraar, maar uit de interviews en uit de schriftelijk bronnen komen een aantal algemene tendensen naar voren (BMC, 2008; GGZ Nederland, 2008a; Uvit, 2008; Agis, 2008).

In de eerste plaats is 'doelmatigheid', of scherper geformuleerd, de inkoopprijs voor alle zorgverzekeraars een cruciale factor. Zorgverzekeraars onderhandelen scherp op prijzen en bedingen kortingen op de totale kostprijzen. Zorgverzekeraars kijken daarbij ook naar

de inzet van personeel. In de tabellen van de *In- en verkoopgids DBC's* voor de GGZ zien verzekeraars exact wat het gemiddelde aandeel is van bijvoorbeeld de uren van de psychiater of de psychotherapeut in een bepaalde DBC-productgroep (Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland, 2008). Instellingen die daarboven zitten, worden daarop aangesproken. In de interviews komt naar voren dat van deze procedures, nog afgezien van de zorginhoudelijke eisen van de zorgverzekeraars, al een paar belangrijke nieuwe prikkels uitgaan. De procedures geven een permanente neerwaartse druk op de inkomsten per behandelde cliënt. Dat zou op de langere termijn kunnen leiden tot een verschuiving van dure, langerdurende naar goedkopere, korterdurende behandeltrajecten.

In de tweede plaats neemt 'transparantie' bij vrijwel alle zorgverzekeraars een belangrijke plaats in bij de zorginkoop, zo blijkt uit de interviews en de zorginkoopprotocollen van zorgverzekeraars. Daarbij gaat het om transparantie vooraf, waarbij de aanbieder duidelijk moet maken welke zorg hij te bieden heeft. Richtlijnen, standaarden en geprotocolleerde zorg hebben om deze reden een sterke voorkeur van de zorgverzekeraars: men wil weten wat men krijgt. Daarnaast gaat het om transparantie achteraf, waarbij de aanbieder laat zien welke zorg feitelijk geboden is en met welk resultaat. Het aanleveren van DBC-registratiegegevens, tevredenheidsmetingen, prestatie metingen, het ontwikkelen van een systeem voor Routine Outcome Monitoring en het aanleveren van gegevens uit deze metingen en monitors, zijn zaken waarmee punten te verdienen zijn voor de aanbieders. Vaak worden ook aanvullende eisen op het gebied van kwaliteitssystemen gesteld, zoals certificering, de invoering van verbetertrajecten, deelname aan doorbraakprojecten of deelname aan landelijke kwaliteitsbijeenkomsten van de zorgverzekeraar.

In algemene zin komt uit de interviews het beeld naar voren dat verzekeraars heel nadrukkelijk hun eisen stellen met betrekking tot de informatievoorziening over de kwaliteit van zorg, maar zich vooralsnog niet direct bemoeien met de zorg zelf. Wel wijzen verschillende geïnterviewden erop dat de voorkeuren van de verzekeraars voor geprotocolleerde zorg indirect van invloed kan zijn op de ontwikkeling van die zorg zelf. Het maakt strakke, eenduidige behandeltrajecten aantrekkelijker dan bijvoorbeeld minder voorspelbare (sociaalpsychiatrische) begeleidingstrajecten. Tegelijk geeft het een impuls aan het protocolleren van die minder voorspelbare zorg, een ontwikkeling waarbij ook de voorstanders waarschuwen voor een te gehaast proces en voor het risico van het buiten de boot vallen van cliënten die niet in het protocol passen.

Hierboven signaleerden we dat van de inkoopprocedures prikkels uitgaan voor het vervangen van langdurende zorgtrajecten voor kortdurende zorgtrajecten. Soms wordt dat ook expliciet als doelstelling in de zorginkoopplannen geformuleerd. Zorgverzekeraars geven dan in hun inkoopplannen aan de langdurende, met name ambulante behandeltrajecten en deeltijdbehandelingen zo veel mogelijk te willen vervangen door kortdurende zorg, bij voorkeur in de eerste lijn. Soms worden aan het bieden van langerdurende zorg ook restricties gesteld, in de vorm van inhoudelijke toelatingscriteria voor

de langerdurende DBC's (waarvoor, althans voor desbetreffende zorgverzekeraar, apart verantwoordingsformulieren moeten worden ingevuld).

Uit de interviews komt ook naar voren dat vooral nieuwe aanbieders in de GGZ door de zorgverzekeraars als aantrekkelijke partners worden beschouwd. Daarbij gaat het om aanbieders die zich hoofdzakelijk richten op relatief kortdurende ambulante GGZ voor volwassenen. Die aantrekkelijkheid schuilt erin dat deze voorzieningen vooralsnog en over de gehele linie genomen goedkoper zijn dan de grote instellingen en sterk inzetten op protocollair werken. Een kanttekening die hierbij gemaakt kan worden is dat al sinds het ontstaan van de Riagg's, de behandeling van verreweg het grootste deel van de GGZ-cliënten uit ten hoogste tien contacten bestaat (Van der Sande e.a., 1992; Van 't Land e.a., 2008). Het is dan ook niet uitgesloten dat binnen het 'kortdurende' segment, de gemiddelde behandeltrajecten van 'oude aanbieders' feitelijk minder intensief zijn dan die van de nieuwe aanbieders.

2.3 Waardering voor de nieuwe verhoudingen

In de loop van 2008 zijn met name vanuit de gevestigde aanbieders de nodige kanttekeningen geplaatst bij het optreden van de zorgverzekeraars. Uit artikelen in de branche-literatuur en uit de interviews komt naar voren dat bij de GGZ-aanbieders, uitzonderingen daargelaten, het gevoel bestond dat alle voorwaarden door de zorgverzekeraars eenzijdig werden opgelegd. Van onderhandelingen of inhoudelijke besprekingen was geen sprake. Ook de eenzijdig opgelegde bestraffings- en beloningssystematiek voor 'goed gedrag' en het voldoen aan de informatie-eisen, werd opgevat als signaal dat men als GGZ-aanbieder en wellicht ook als sector niet serieus genomen werd als gelijkwaardige gesprekspartner.

Ook vanuit branche-organisatie GGZ Nederland kwamen in de loop van 2008 zeer kritische geluiden. In de landelijke pers sprak de voorzitter van "allerlei krankzinnige eisen" van de zijde van de zorgverzekeraars. "In de praktijk maken de zorgverzekeraars de dienst uit. Zelf lopen ze nog geen enkel financieel risico, terwijl ze aan ons allerlei onmogelijk eisen stellen.... Dat is geen vrije marktsituatie, dat is oligarchie" (Vos, 2008). Zorgen werden door GGZ Nederland vooral geuit over de mogelijke consequenties van de verlaging van de budgetgaranties. Dat zou voor instellingen veel onzekerheid geven en tot bezuinigingen leiden. Gesproken werd van een mogelijk verlies van 20.000 vaste banen (bijna een derde van totale aantal banen in de GGZ) en van het achterwege blijven van investeringen in scholing (Vos, 2008; Psy.nl, 2008a). Een rondgang langs een aantal bestuurders door het blad Psy leidde tot de constatering: "Onderhandelen is vechten tegen prijsverlaging" (Van Rooijen, 2008).

Ook een grootschalig internetonderzoek van Palm e.a. in de zomer van 2008 leverde een weinig positief beeld op. Dat onderzoek vond plaatst in opdracht van het weten-

schappelijk bureau van de SP onder een brede populatie van medewerkers in de GGZ. Alle GGZ-medewerkers werden in de gelegenheid gesteld op eigen initiatief mee te doen aan het onderzoek. Bijna 10 % van het totale medewerkers-bestand van de GGZ gaf aan die uitnodiging gehoor; niet bekend is in hoeverre sprake is van een selectieve respons. Uit het onderzoek kwam naar voren dat verreweg het grootste deel - 91 % - van de respondenten de ervaringen met zorgverzekeraars als "matig" of "slecht" typeerde. Vijf op de zes respondenten (84 %) vond dat zorgverzekeraars teveel voorwaarden stellen bij de contractering en twee derde (66 %) vond dat de zorgverzekeraars meestal niet of nooit luisteren naar de argumenten die zorgaanbieders inbrengen (Palm e.a., 2008).

Overigens hadden ondertussen ook de nieuwe aanbieders te klagen. Het platform MEER GGZ – sprekend namens tien nieuwe aanbieders in de GGZ – beschuldigde GGZ Nederland en de zorgverzekeraars in de loop van 2008 van concurrentievervalsing. De budgetgaranties die de zorgverzekeraars afgaven aan de gevestigde GGZ-instellingen waren volgens MEER GGZ niet te laag, maar juist veel te hoog. Daardoor zou er nauwelijks ruimte overblijven voor die nieuwe aanbieders zelf. Temeer daar de budgetten van de gevestigde instellingen stilzwijgend worden opgehoogd tot 100 %, zo luidde het. Ook zouden gevestigde aanbieders hogere prijzen kunnen bedingen dan de nieuwe aanbieders (Zorgvisie.nl, 2008).

Zo was er in 2008 voor vrijwel alle partijen reden voor zorg over het optreden van de zorgverzekeraars. Ondertussen werd ook gesignaleerd dat de ervaringen met de verschillende zorgverzekeraars nogal uiteenliepen. Sommige verzekeraars stelden zich coulanter en opener op dan andere. De diversiteit in de aanpak van de zorgverzekeraars had echter ook weer een keerzijde: zorgverzekeraars stellen ieder andere eisen en vragen ieder om een andere verantwoordingsystematiek. Dat geeft allerlei extra, en niet altijd met elkaar te verenigen verplichtingen. Uit de interviews komt bij een aantal zorgaanbieders ook een gevoel van rechtsongelijkheid naar voren: het lot van de aanbieder is sterk afhankelijk van de werkwijze van de zorgverzekeraar die toevallig de grootste is in desbetreffende regio (terwijl die zorgverzekeraar vaak minder dan de helft van de cliënten van de aanbieder vertegenwoordigt).

Van de zijde van de zorgverzekeraars is niet uitgebreid op de kritiek van de GGZ-aanbieders ingegaan. Ook in de interviews voelen de vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars zich niet direct aangesproken. Aangegeven wordt dat men wel degelijk bereid is te luisteren, dat aanbieders problemen ten alle tijden op tafel kunnen leggen en dat het verder voor de GGZ-aanbieder vooral een kwestie is van wennen aan de nieuwe situatie. Ook het feit dat de gevestigde GGZ-instellingen, zeker wat de intramurale zorg betreft, op regionaal niveau in een bijna-monopolie-positie verkeren t.o.v. de zorgplicht van de zorgverzekeraars, wordt nog eens onder de aandacht gebracht. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat alle grote instellingen, ondanks productieafspraken van soms ruim onder 100 %, in 2008 uiteindelijk de productie van het voorgaande jaar alsnog hebben gehaald of zelfs overschreden.

Mogelijk heeft de perceptie van de GGZ-instellingen van de verhoudingen met de zorgverzekeraars minder te maken met feitelijke markt- en machtsposities, maar meer met het grote verschil in omvang van de concerns. De vier grote verzekeringsconcerns, die samen 88 % van de markt bedienen, zetten in 2008 ieder afzonderlijk gemiddeld bijna 7 miljard euro om in de ZVW (Vektis, 2008b; zie ook NZa, 2008b). Dat is ruim het dubbele van de totale uitgaven aan de ZVW-gefinancierde GGZ in Nederland en het 50-voudige van de gemiddelde omzet van een brede, geïntegreerde GGZ-instelling. Een belangrijke factor bij de perceptie van de onderlinge verhoudingen is mogelijk ook het verschil in het organisatieniveau van waaruit de onderhandelingen vanuit de GGZ respectievelijk de zorgverzekeraars worden gevoerd. Bij de GGZ-aanbieders is dat doorgaans het hoogste echelon: de raad van bestuur. Zorgverzekeraars vaardigen uitvoerend medewerkers van de afdeling zorginkoop af naar de besprekingen.

Antwoord van de GGZ-instellingen

De verwachting is dat de onevenwichtigheid in de verhoudingen tussen GGZ-aanbieders en financiers geleidelijk minder zal worden, al was het maar vanwege het fusieproces in de GGZ. Ook in 2008 is die fusiebeweging doorgegaan. Minder dan in de jaren '80 en '90 lijken aan deze beweging zorginhoudelijke motieven ten grondslag te liggen (het bevorderen van samenhang in de zorg was destijds een leidend principe). Marktstrategische overwegingen spelen nu een belangrijker rol. Zowel versterking van de positie op de zorginkoopmarkt (tegenover de zorgverzekeraars) als op de zorgverleningsmarkt (tegenover concurrenten) lijken belangrijke motieven voor het fusieproces in de afgelopen jaren. Het accent ligt bij de recente fusiegolf ook niet op verticale fusies binnen de regio's (zoals in de jaren '80 en '90) maar op interregionale fusies tussen grote, reeds geïntegreerde instellingen. Samengaan is een beduidend efficiëntere oplossing dan elkaar beconcurreren met nieuwe voorzieningen in elkaars regio's.

Ook de opstelling van de aanbieders in de onderhandelingsprocessen zelf lijkt na de eerste ervaringen te veranderen. Uit de interviews komt naar voren dat sommige GGZ-aanbieders bij de onderhandelingen over de productie-afspraken voor 2009 meer geneigd waren de poot stijf te houden dan voorheen. Niet elke aanbieder stemt meer in met de door verzekeraars opgelegde kortingen. "Op het moment dat de zorgverzekeraar ziet dat er wachtlijsten ontstaan komt er halverwege het jaar vanzelf een aanvullende productieafpraak tot stand," aldus een geïnterviewde. Met name rond de langdurige zorg, waar minder concurrentie te vreezen is, worden voorbeelden gegeven waarbij zorgverzekeraars voor de keuze worden geplaatst een prijs te betalen waarvoor aan een bepaald kwaliteitsminimum kan worden voldaan of uit te zien naar een andere zorgaanbieder voor deze doelgroep. "Dat is natuurlijk een beetje grootspraak," aldus een geïnterviewde, want men heeft wel personeel in dienst en dat wil de betreffende cliënten ook niet in de kou laten staan. "Maar het werkt wel."

Een ander voorbeeld van veranderende onderhandelingsstrategieën is het manifest "Naar een duurzame GGZ" van enkele grote zorgaanbieders (Psy.nl, 2008b). In dat manifest vragen de aanbieders de zorgverzekeraars om een open dialoog aan te gaan, reële

contractonderhandelingen aan te gaan en met de GGZ-instellingen te streven naar een meerjarenperspectief. Dit in ruil voor investeringen in klanttevredenheidsonderzoek, prestatie-indicatoren en uitkomstmeting (mits verdisconteerd in de tarieven) en een “substantiële verbetering van de klanttevredenheid”. Feitelijk geeft het manifest uitdrukking aan een gevoel dat ook in de interviews naar voren komt: aanbieders zijn graag bereid tot het bieden van meer inzicht in hun aanbod en de resultaten daarvan, maar in overleg, in goede verhoudingen, volgens een realistisch tijdpad en tegen realistische tarieven.

Om de nieuwe verhoudingen nog wat meer in evenwicht te brengen bepleiten GGZ Nederland en anderen ondertussen de spoedige afschaffing van het representatiemodel; het model waarbij één verzekeraar productieafspraken maakt namens alle andere. Dit model kan bestaan vanwege de volledige nacalculatie van de zorgverzekeraars voor de GGZ. Het biedt de zorgaanbieders echter geen enkele onderhandelingsruimte, zo luidt de klacht. Pas als zorgverzekeraars echt risicodragend worden (en niet meer volledig nagecalculeerd worden), en als in het verlengde daarvan het representatiemodel wordt losgelaten en aanbieders afspraken met de afzonderlijke verzekeraars kunnen gaan maken, kan een gelijk spelveld ontstaan (Vos, 2008; Psy.nl, 2008a). Een voorwaarde van de zijde van de zorgverzekeraars is dat, voordat zij risicodragend willen worden, een goed werkend risicovereveningsysteem voor de GGZ ontwikkeld moet zijn.

Concluderend: de nieuwe verhoudingen in de GGZ lijken met de nodige onwennigheid gepaard te zijn gegaan, al dan niet aangewakkerd door een volgens aanbieders enigszins rigide opstelling van de zorgverzekeraars. Maar de eerste aanpassingen zijn zichtbaar, al zal de discussie over een aantal elementen van de nieuwe situatie van de GGZ onder de ZVW nog voortduren. Tot die elementen behoren in ieder geval de DBC-systematiek en de financiële gevolgen van de overheveling naar de ZVW. In de volgende paragrafen gaan we dieper op deze twee thema's in.

2.4 DBC's in de GGZ

In het voorgaande zijn in hoofdlijnen de consequenties van de nieuwe procedures en verhoudingen rond de zorginkoop in de ZVW-GGZ besproken. In deze paragraaf gaan we in op een specifiek en belangrijk aspect van de zorginkoop: de DBC's.

Het hulpaanbod van de GGZ is in de ZVW gecategoriseerd in een aantal 'DBC-productgroepen'. De belangrijkste criteria voor het onderscheid in de verschillende productgroepen zijn de setting (klinisch of ambulante), de duur van de behandeling en de stoornis waarop de behandeling is gericht. De volgende hoofdgroepen worden onderscheiden:

- Kortdurende behandelingen, gecategoriseerd naar oplopende behandelduur.
- Langdurende behandelingen, gecategoriseerd naar diagnosegroep en per diagnosegroep naar oplopende behandelduur.
- Verblijfsgroepen, naar oplopende verblijfsduur.

Daarnaast zijn er nog 'bijzondere groepen' (bijvoorbeeld diagnostiek) en 'overige producten' (bijvoorbeeld rapportages voor externen). In totaal zijn er circa 160 productgroepen gedefinieerd.

Deze productgroepen vormen de basis voor de onderhandelingen tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Ze vormen ook de eenheden waarin de uiteindelijke productie van de aanbieders wordt vastgesteld en afgerekend. Zelfstandig gevestigden en medewerkers van GGZ-instellingen registreren daartoe per cliënt nauwgezet de aard en duur van hun contacten (DBC-registratie). Zo is na afloop van het zorgtraject duidelijk in welke productgroep dat zorgtraject c.q. deze DBC valt. Overigens geldt ook voor de bekostiging in termen van DBC's voor de GGZ-instellingen nog een overgangsregime: het verschil tussen de declaraties in DBC's en in de productie volgens de oude NZa-parameters wordt nog verrekend. Dat geldt niet voor de zelfstandig gevestigden.

De invoering van de DBC-systematiek heeft voor de nodige beroering gezorgd. Zowel in de brancheliteratuur, in landelijke peilingen, als in onze interviews worden winstpunten, maar ook een aantal knelpunten genoemd.

Winstpunten worden onder andere gesignaleerd door de zorgverzekeraars. De invoering van de DBC systematiek wordt beschouwd als een omslag: het opent de 'black box' van de GGZ. De DBC systematiek maakt inzichtelijk wat er binnen de GGZ gebeurt, welke zorg geleverd wordt, tegen welke kosten, bij welke diagnose (zie ook *Zorgverzekeraars Nederland*, 2008a). Het is een goed instrumentarium om zorgpaden voor verschillende categorieën cliënten inzichtelijk te maken, zo luidt het. Dat biedt handvatten voor een betere planning, voor de ontwikkeling van een eenduidig en inzichtelijk aanbod aan zorgtrajecten bij verschillende soorten problemen. Gesignaleerd wordt ook dat instellingen dankzij de DBC-systematiek beter duidelijk kunnen maken waar ze goed in zijn en waarin ze zich onderscheiden van anderen. De verwachting wordt uitgesproken dat het op den duur ook voldoende informatie zal genereren om te benchmarken en om zorgverzekeraars in de gelegenheid te stellen aanbieders scherper van elkaar in effectiviteit en efficiency te onderscheiden.

Een belangrijk hulpmiddel voor zorgverzekeraars is daarbij de *In- en verkoopgids DBC GGZ* (Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland, 2008). Daarin worden op basis van landelijke cijfers per productgroep overzichten gegeven van onder andere de gemiddelde doorlooptijd, de gemiddelde feitelijke behandelduur, het gemiddelde aandeel van de verschillende beroepsgroepen en van zelfstandig gevestigden in de behandelingen binnen de productgroep, het gemiddelde aandeel van verschillende typen activiteiten, de gemiddelde scores van cliënten op de GAF (Global Assessment of Functioning scale) bij opening en sluiting van de DBC, het aandeel van het aantal DBC's in deze productgroep in het totaal aantal DBC's en het aandeel van de omzet binnen deze productgroep in de totale omzet. Zorgverzekeraars kunnen de gegevens van individuele aanbieders met deze landelijke gemiddelden vergelijken, analyseren op welke terreinen aanbieders

boven of juist onder het landelijke gemiddelde zitten en deze informatie gebruiken bij de zorginkoop en in de onderhandelingen met de aanbieders.

Zorgverzekeraars lijken dus overwegend positief, al hebben zij ook vragen (zie verder). Aanbieders zijn in het algemeen kritischer, maar onderschrijven voor een deel de positieve kwalificaties van de zorgverzekeraars. Dankzij de DBC-registratie beschikken GGZ-bestuurders en bedrijfsvoerders over beduidend meer en betere informatie over de interne processen en bijbehorende kostenposten dan voorheen. Dat biedt betere mogelijkheden voor sturing van de interne organisatie. Overigens bleek in de interviews dat zorgaanbieders in de ogen van de verzekeraars nog sterk verschillen in de mate waarin zij de nieuwe mogelijkheden van de DBC-systematiek herkennen en benutten.

Als gezegd: in verschillende rapporten en artikelen die in de loop van 2008 verschenen en in de interviewronde voor de themarapportage werden ook de nodige knelpunten gesignaleerd met betrekking tot de DBC's. Die hadden aanvankelijk onder andere te maken met problemen bij de implementatie van de bij het DBC-registratiesysteem behorende software en daarmee samenhangende problemen in het declaratieverkeer. Maar ook meer structurele kritiekpunten kwamen naar voren. We zetten de belangrijkste kort op een rij.

- De DBC-registratie zorgt voor een grote administratieve lastendruk, zo luidt het vrijwel unanieme oordeel van de aanbieders. Het registreren in DBC's kost veel tijd. In het onderzoek van Palm e.a. wordt gesignaleerd dat het merendeel van de medewerkers in de GGZ meent dat dit ten koste gaat van de tijd voor de cliënt (Palm e.a., 2008). Zelfstandig gevestigden proberen de extra administratieve lasten zoveel mogelijk in hun eigen tijd op te vangen. Op organisatieniveau, in de instellingen, is er sprake van soms forse stafuitbreidingen op het terrein van administratie, financiën, controlling en ICT.
- De DBC-systematiek gaat gepaard met een sterke prikkel tot het in behandeling nemen van zoveel mogelijk cliënten, zoveel mogelijk 'productie draaien' en het minimaliseren van activiteiten die niet als productie zijn weg te schrijven (supervisie, intervisie, intern en extern overleg, deskundigheidsbevordering). Verschillende instellingen hebben op afdelingsniveau, maar ook op het niveau van individuele medewerkers productienormen vastgesteld. De administratieve lastendruk en de productiedrang gezamenlijk 'bureaucratiseren' de GGZ, zo wordt gesignaleerd (Palm e.a., 2008; Van der Oord en Geurts, 2008). Overigens heeft de productiedrang volgens sommigen ook weer positieve neveneffecten: een geïnterviewde meldt alle regelaspecten in het kader van de hulp aan een cliënt (formulieren invullen, contacten met externen) voortaan samen met de cliënt te doen. Dat kost meer tijd, maar levert ook meer op: financieel zowel als zorginhoudelijk.

- De DBC-systematiek bevat wel een productiviteitsprikkel, maar geen efficiëncyprikkel. Een systematiek gebaseerd op uurtarieven geeft immers een prikkel om veel uren te maken, maar het geeft geen prikkel om binnen de beschikbare tijd zo efficiënt mogelijk te werken. Binnen een verrichtingensysteem (waarbij per verrichting wordt betaald) is die prikkel er wel.
- De DBC-systematiek bevat nog een aantal 'perverse' prikkels. Eén van die prikkels is om binnen een productgroep de behandelduur zo kort mogelijk te houden. Verschillende aanbieders geven aan daar actief op te sturen, met als mogelijke consequentie een daling van de gemiddelde behandelduur per productgroep en in het verlengde daarvan een prijsdaling per productgroep. Het bieden van langduriger behandelingen binnen de productgroep wordt zo steeds onvoordeliger. Een andere prikkel is die van 'upcoding', waarbij juist gezorgd wordt dat een behandeling (net) in een zwaardere productgroep valt. Het systeem, zo wordt in zijn algemeenheid geconstateerd, zet aan tot 'calculerend gedrag' (zie o.a. Van Delft, 2008a; Palm e.a., 2008).
- Van een andere orde is de kritiek dat de DBC-systematiek de privacy van cliënten schendt. Op DBC-declaraties moet immers de diagnose van de cliënt worden vermeld. Dat is schadelijk voor de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en cliënt, zo wordt gesuggereerd. In het onderzoek van Palm e.a. onderschrijft 71 % van de respondenten de stelling dat de DBC-systematiek de privacy van cliënten aantast en 63 % de stelling dat de DBC's het beroepsgeheim aantasten (Palm e.a., 2008). Het College Bescherming Persoonsgegevens heeft ook vastgesteld dat sprake is van een substantiële aantasting van de persoonlijke levenssfeer, maar heeft niettemin besloten dat de noodzaak voor de verzekeraar om over deze informatie te beschikken, daar tegenop weegt (Evers, 2008).
- Gesignaleerd wordt verder dat de DBC-systematiek aanzet tot het zo snel mogelijk stellen van een diagnose. Dat leidt tot onzorgvuldigheid en soms tot een verkeerde diagnose, die dan later weer gecorrigeerd moet worden. Ook dit bevordert de goede verstandhouding tussen hulpverlener en cliënt niet.

Bovenstaande commentaren hebben vooral betrekking op de administratieve aspecten van de DBC-systematiek. Er zijn ook inhoudelijke kanttekeningen:

- Een psychiatrische diagnose heeft geen voorspellende waarde voor de behandeling die de cliënt krijgt of zou moeten krijgen. Bij vergelijkbare diagnoses doen zich dan ook grote verschillen tussen individuele behandeltrajecten voor. In de brancheliteratuur is daar in de aanloop naar en tijdens de invoering van de DBC's in de GGZ op gewezen. En ook in de interviews komt dit aspect naar voren. Ook de zorgverzekeraars constateren (en verbazen zich erover) dat de individuele behandelingen bij dezelfde diagnoses enorm van elkaar kunnen verschillen, alleen al in behandelduur en dat eigenlijk alle mogelijke trajecten bij alle diagnoses voorkomen. Dat maakt

de situatie niet alleen onoverzichtelijk, het ondermijnt ook de functie van de DBC-productstructuur: het bieden van een classificatiesysteem voor hulpvragen met daarbij behorende behandeltrajecten.

- Het DBC-model voor de GGZ is een psychiatrisch-medisch model. De praktijk van de GGZ is veel breder dan in dat model kan worden gevat, zo luidt één van de meer fundamentele kritiekpunten op de DBC's. De GGZ is een werkveld met veel verschillende disciplines en werkwijzen. De medisch-psychiatrische is er maar één van. Door identificatie met dat ene model is de DBC-systematiek niet alleen een te beperkte, maar ook een knellende systematiek geworden. De systematiek knelt met name wanneer er sprake is van onderlinge verwevenheid van psychische problemen en van verwevenheid van psychische met sociale problemen. Hij knelt ook in geval van chroniciteit. De systematiek biedt geen ruimte aan de sociale en maatschappelijke aspecten van de problematiek, aan fluctuaties in de hulp- en ondersteuningbehoefte van mensen met chronische psychische problemen en aan psychosociale of sociaal-psychiatrische hulp. Het is een rigide model, terwijl flexibiliteit in de GGZ vaak een belangrijke voorwaarde is voor kwaliteit, zo wordt geopperd.
- Het DBC-model past nog het best bij enkelvoudige problematiek en het past slecht bij chronische problematiek en bij mensen met 'meervoudige' psychische en sociale problemen, zo wordt gesignaleerd. Gevreesd wordt dat het model daarmee ook prikkels bevat die kunnen leiden tot een verschuiving van de middelen naar de korterduurende, enkelvoudige zorg en tot een achteruitgang in de kwaliteit van de langdurige GGZ (zie o.a. Van der Oord en Geurts, 2008). De mensen die de meeste zorg nodig hebben en de mensen die de zorg het meeste nodig hebben, dreigen tussen wal en schip te vallen, zo luidt het.
- Cliënten opnemen en opgenomen houden is, zo luidt een laatste kritiekpunt, in de DBC-systematiek lucratief. "De DBC-systematiek zet de klok terug", aldus één van de geïnterviewden. Het belemmert de sociaalpsychiatrische hulp en stimuleert intramurale hulp. "Het systeem is pro-kliniek." Instellingen die voorop hebben gelopen met extramuraliseren ondervinden daar nu de negatieve financiële gevolgen van.

Duidelijk is dat de meningen over de DBC-systematiek nogal verdeeld zijn. Voorstanders zijn vooral blij dat met behulp van de DBC's veel beter zichtbaar wordt wat er zich in de GGZ afspeelt. Critici - vooral de hulpverleners in de GGZ zelf - menen dat de DBC-systematiek leidt tot bureaucratie, rigiditeit, inefficiency, productiedrang, een verschuiving van middelen naar de enkelvoudige GGZ, verwaarlozing van de sociale psychiatrie en remuralisering.

Vanuit de praktijk zijn ondertussen ook verschillende oplossingen aangedragen voor de problemen rond de DBC's. Eén oplossing is algehele afschaffing van de DBC-systematiek. Volgens Palm e.a. zou niet minder dan 89 % van de medewerkers in de GGZ daar

voorzitter van zijn. Maar er zijn ook pleidooien voor aanpassingen binnen het systeem of vervanging van DBC's door een betere systematiek (Palm e.a., 2008).

Met name de NVvP pleit ervoor om tot een betere classificatie van zorgpaden voor verschillende doelgroepen te komen. In die nieuwe classificatie moet duidelijker zijn welke mensen welke hulp krijgen. Daartoe moet veel meer rekening worden gehouden met omgevingsfactoren, comorbiditeit, chroniciteit, intelligentie, etc. ('meerdimensionale diagnostiek'). Onderzoek wordt bepleit om vast te stellen hoe die zorgpaden er exact uit moeten zien en om tot betere behandelrichtlijnen te komen, gespecificeerd voor individuele disciplines. Anderen signaleren overigens weer dat het een uitdaging zal worden om te voorkomen dat de nieuwe systematiek hetzij te gedifferentieerd en complex wordt, hetzij weer een nieuw keurslijf wordt. Ook vanuit psychotherapeutische hoek zijn overigens voorstellen gedaan om tot betekenisvollere vraag-aanbod combinaties te komen, bijvoorbeeld door hulpvraagcategorieën als traumaverwerking, levensfaseproblematiek, zingevingproblemen of arbeidsgerelateerde problematiek te onderscheiden (Van Kalmthout, 2008).

Resumerend

Vatten we de reacties vanuit het veld op de DBC-systematiek samen, dan luidt die dat de verzekeraars graag willen zien wat aanbieders doen en dat aanbieders daar ook graag aan meewerken, maar dat velen dat liever zouden doen aan de hand van een werkbaarder systematiek, die meer recht doet aan de praktijk en diversiteit van de GGZ, die niet te bureaucratisch is en die niet allerlei ongewenste prikkels bevat. Nu functioneert het systeem, daarover lijken pleitbezorgers en critici het eens, vooral als een soms wat rigide tijdschrijfsysteem. Als het gaat om modellering van de match tussen vraag en aanbod, vragen sommigen zich af of de hulpverlening aan mensen met psychische problemen daarvoor niet te gedifferentieerd, te complex of te onvoorspelbaar is.

2.5 Financiële consequenties voor GGZ -aanbieders

Veel GGZ-aanbieders hebben in de loop van 2008 te kampen gekregen met financiële problemen. Verschillende oorzaken lagen daaraan ten grondslag. Het meest genoemd wordt het feit dat in de nieuwe financieringsystematiek de declaratie van de behandelingen (DBC's) pas achteraf plaatsvindt. Naarmate behandelingen langer duren ontstaat er in het nieuwe systeem een groter gat tussen het moment waarop de kosten gemaakt worden en het moment waarop de inkomsten volgen. Dat geeft liquiditeitsproblemen.

Een aantal factoren verergerde de situatie. Zo kwam ook van de behandelingen die wel werden afgesloten en voor de behandelingen in de eerste lijn (waar nog wel per verrichting wordt betaald), het declaratieverkeer door technische en organisatorische factoren moeizaam op gang. Vooral zelfstandig gevestigden ondervonden daar veel hinder van. Een enquête van de NVvP, medio 2008, onder de zelfstandig gevestigde

psychiaters leerde dat in dat jaar en tot dat moment de gemiddelde gedeclareerde omzet 27 % bedroeg van de omzet over dezelfde periode in het jaar ervoor (NVvP, 2008). Zelfstandig gevestigde hulpverleners hadden ondertussen forse investeringen in software en bijbehorende trainingen moeten doen. Daarnaast kregen aanbieders die overgingen tot het aanvragen van overbruggingskredieten te maken met de kredietcrisis en met de strenger wordende voorwaarden van banken. Op de achtergrond speelden de druk op de prijzen en de toenemende administratieve lastendruk mee (zie vorige paragraaf). (BMC, 2008; Ministerie van VWS, 2008e, 2008f; Van Rooijen, 2008.)

Waar de overheid streefde naar een 'zachte landing' voor de GGZ in het nieuwe stelsel, leek dat dus niet voor iedereen te lukken. Verschillende maatregelen werden in de loop van 2008 genomen om de acute problemen het hoofd te bieden. Vanuit het Ministerie van VWS werd geïnvesteerd in het vlot trekken van het declaratieverkeer. Daarnaast werden voorstellen gedaan voor bevoorschotting door verzekeraars, een reële compensatie van de zijde van de zorgverzekeraars voor de rente van leningen die aanbieders moeten afsluiten en de invoering van deel-DBC's (betaling na een aantal contacten, voordat de DBC helemaal is afgesloten) (Ministerie van VWS, 2008f).

De bevoorschotting lijkt uiteindelijk voor een deel op gang te zijn gekomen, zij het niet bij alle verzekeraars in eenzelfde tempo en in dezelfde omvang. Bovendien, zo merken aanbieders in de interviews op, stellen alle verzekeraars weer andere voorwaarden en heeft iedere zorgverzekeraar eigen procedures, waardoor het aanvragen van voorschotten weer een extra administratieve last op zich wordt. Eind 2008 zegde Zorgverzekeraars Nederland toe te bezien of daar wat meer convergentie in gerealiseerd kan worden (zie ook Ministerie van VWS, 2008f; Ministerie van VWS, 2008j).

Het algemene beeld bij veel aanbieders is dat in de eerste fase van het nieuwe stelsel teveel energie op is gegaan aan het financiële 'getouwtrek' en in het bijzonder aan de afwerende houding van sommige zorgverzekeraars. Sommige geïnterviewden vinden het principieel onjuist dat verzekeraars "gemeenschapsgeld op deposito's zetten", dat bestemd is voor hulpverlening die op datzelfde moment al geleverd wordt. Een van de geïnterviewden verwoordt het aldus: "Bestuurders moeten veel tijd en geld besteden aan het krijgen van centen. Dat verpest het klimaat." Zijn oplossing: "Als je bijvoorbeeld 3/4 gaat bevoorschotten, dan bevoorschot je nooit te veel. Dan kan je echt focussen op marktwerking en kwaliteit."

Resteert de vraag of alle financiële problemen van de aanbieders volledig zijn opgelost als het declaratieverkeer helemaal op orde is, afspraken over bevoorschotting helder zijn en iedereen weer gewend is aan de nieuwe situatie. Is er alleen sprake van overgangsproblemen of zijn er ook structurele problemen?

De financiële positie lijkt in ieder geval structureel onzekerder te zijn geworden. Zo lijken ook budgetgaranties onder de ZVW minder hard dan voorheen onder de AWBZ. Als een aanbieder aan het eind van het jaar onderproductie heeft geleverd, dient bijbehorende budget te worden ingeleverd. Wordt overgeproduceerd dan zijn de extra kosten in principe voor rekening van de aanbieder zelf, tenzij de aanbieder goed kan legitimeren dat die overproductie niet het gevolg is van inefficiënte bedrijfsvoering (maar bijvoorbeeld van een toename van het aantal cliënten) en de zorgverzekeraar hierin mee wil gaan. Een vraag is ook hoe lang de systematiek van budgetgaranties overeind zal blijven. ZN heeft zijn leden geadviseerd de budgetgaranties geleidelijk steeds verder te verlagen en toe te werken naar een toekomst waarbij er geen sprake meer is van garantie-budgetten. De NZa onderschrijft dit streven (zie onder andere NZa, 2008c).

Ook andere onderzoeken suggereren dat de financiële positie van GGZ-instellingen voorlopig precair zal blijven (Ernst en Young, 2008; Ministerie van VWS, 2008j). Ook veel GGZ-bestuurders zijn die mening toegedaan, zo bleek uit de rondgang van Psy (Van Rooijen, 2008). In onze eigen interviewronde geven enkele betrokkenen aan dat zij faillissementen niet uitsluiten. De vrees is dat daarbij niet zozeer, zoals beoogd, de prijs-kwaliteitverhouding bepalend zal worden voor het al dan niet financieel overleven (zie ook Hardeman, 2004), maar dat andere prikkels, onvolkomenheden in het systeem en externe factoren de doorslag zullen geven en dat men ook failliet kan gaan als men wel goede en doelmatige zorg levert. En omgekeerd: sommigen vrezen dat datgene wat nodig is om financieel overeind te blijven gaat afwijken van wat men vanuit overwegingen van goede en efficiënte zorg zou willen en kunnen doen.

Of de financiële problemen ook nu al gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg is nog niet goed te zeggen. In de interviews zeggen aanbieders en GGZ-medewerkers hun best te doen de kwaliteit zo goed mogelijk op peil te houden en cliënten zo weinig mogelijk van de administratieve en financiële perikelen te laten merken. In het onderzoek van Palm e.a. (2008) wordt niettemin al melding gemaakt van zorgvershraling, die zou vooral dreigen in de langdurige en intramurale zorg (waar cliënten minder makkelijk naar een andere aanbieder kunnen lopen); een signaal dat door verschillende geïnterviewden wordt bevestigd.

2.6 Conclusies

De eerste bevindingen over GGZ in de ZVW laten zien dat de veldpartijen positieve ontwikkelingen waarnemen, maar dat de er ook zorgen zijn om een aantal knelpunten en risico's. We zetten de belangrijkste, vanuit het veld gesignaleerde winst- en knelpunten op een rij.

Winstpunten:

- Meer aandacht voor transparantie
- Meer aandacht voor bedrijfsvoering
- Met de DBC's een instrument in handen om de productieprocessen in beeld te krijgen
- Meer profilering van aanbieders op wat men als sterke punten naar voren wil brengen

Knelpunten/risico's:

- Dominantie van het medisch (DBC-) model - knellend keurslijf
- Administratieve lastendruk, neigend naar bureaucratie
- Productie- en productiviteitsprikkel groter dan efficiency-prikkel
- Druk op prijzen - kwaliteitsverlies in plaats van doelmatigheidswinst
- Bedrijfsvoering bepalend - zorg volgt financiering in plaats van andersom
- 'Trek' naar kortdurende zorg en naar 'bedden'.
- Versnelde groei van enkelvoudige zorg en verschraling van langdurige zorg

De meningen in het veld lijken niet zozeer te verschillen over de pluspunten en de knelpunten/risico's op zich, maar wel over de mate waarin de eerste tegen de laatste opwegen. Meningen verschillen ook over de vraag of het bij de risico's en de knelpunten alleen om kinderziekten gaat of dat het gaat om structurele problemen, die inherent zijn aan het nieuwe systeem. Oplossingen kan men zich bijvoorbeeld voorstellen bij de procedurele knelpunten, zoals de administratieve lastendruk, productstructuur DBC's. Minder optimistisch lijken degenen die bezorgd zijn over de *zorginhoudelijke* consequenties van de nieuwe financieringskaders voor de GGZ, de trek naar de kortdurende zorg en verschraling van de langdurige zorg.

3 De praktijk van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

3.1 Inleiding

De overheveling naar de ZVW was de meest ingrijpende ontwikkeling in de financiering van de GGZ in de afgelopen periode. Maar ook binnen de AWBZ doen zich belangrijke ontwikkelingen voor, met consequenties voor de in de AWBZ overgebleven onderdelen van de GGZ. Voor een deel gaat het daarbij om 'lopende ontwikkelingen': effecten van eerdere maatregelen in het kader van de modernisering van de AWBZ en eerder beleid met betrekking tot specifieke voorzieningen zoals beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteitencentra. In paragraaf 3.2 zetten we deze kort op een rij. Voor een ander deel gaat het om (aankondigingen van) nieuwe maatregelen binnen de AWBZ. In hoofdstuk 1 noteerden we al dat de AWBZ vanuit het landelijke beleid in de loop van het afgelopen decennium steeds meer werd gezien als een te sterk uitgedijd en te inflexibel en ondoelmatig stelsel. Verschillende maatregelen zijn in die periode al genomen om tot een doelmatiger en vraaggestuurder stelsel te komen en om tot een scherpere afgrenzing van de door de AWBZ te dekken voorzieningen te komen. Nieuwe plannen daartoe werden in de loop van 2008 aangekondigd, in het bijzonder maatregelen om de AWBZ-aanspraken verder in te perken ('pakketmaatregel') en de invoering van een cliëntgebonden bekostigingssystematiek voor de functie verblijf (zorgzwaartepakketten). Beide maatregelen zouden begin 2009 van kracht worden (de invoering van de zorgzwaartepakketten werd uiteindelijk uitgesteld), maar wierpen in de loop van 2008 hun schaduw in de GGZ al vooruit. In paragraaf 3.3 en 3.4 bespreken we op welke wijze.

3.2 Lopende AWBZ-ontwikkelingen in 2008

In de interviewronde en in de analyse van de brancheliteratuur zijn de ervaringen van de afgelopen jaren (tot en met 2008) geïntervieweerd met de modernisering van de AWBZ. Het algemene beeld dat daaruit naar voren komt is tweeledig:

- ook binnen de AWBZ veranderen de verhoudingen tussen financiers en aanbieders; zorgkantoren stellen meer eisen en worden strenger als het gaat om de besteding van middelen (geen ruimte meer voor substitutie);
- binnen de AWBZ tendert de geestelijke gezondheidszorg onder invloed van de beleidsmaatregelen van de afgelopen jaren naar een minder maatschappelijk georiënteerde zorg en een meer institutioneel georiënteerde zorg.

We lichten de bevindingen kort toe.

Al in 2007 wees Van de Pol erop dat concurrentie ten onrechte uitsluitend vereenzelvigd wordt met de ZVW. "Binnen de AWBZ zijn de zorgkantoren al volop bezig om de concurrentie binnen de AWBZ vorm te geven" (Van de Pol, 2007). Het afschaffen van de contracteerplicht voor de extramurale AWBZ schiep daarvoor de ruimte. De wijze waarop de zorgkantoren die ruimte tot dusverre benutten komt op hoofdlijnen overeen met de wijze waarop de zorgverzekeraars dat binnen de ZVW doen: in jaarlijkse onderhandelingen met de zorgaanbieders worden productie- en prijsafspraken gemaakt, gekoppeld aan bonus-malusregelingen rond bijvoorbeeld transparantie-eisen. Garantiebudgetten en prijzen staan daarbij onder neerwaartse druk, waarbij die druk vooralsnog in sterkere mate van budgetplafonds dan van marktimpulsen uitgaat (zorgkantoren worden nagecalculeerd en lopen nog geen risico, al anticiperen ze mogelijk wel op veranderingen in die situatie). De NZa bepleitte in 2008 expliciet om de budgetgaranties verder omlaag te brengen en ook actiever in te zetten op doelmatigheidswinst (NZa, 2008c). De NZa wil op die manier ook ruimte bieden aan nieuwe aanbieders, die doorgaans forsere prijskortingen geven dan grote zorgaanbieders. Niet alle zorgkantoren gaan overigens onvoorwaardelijk mee in het streven van de NZa, zo blijkt uit het onderzoek van de NZa zelf. Sommige wijzen erop dat de grote aanbieders vaak beter scoren op de kwaliteitscriteria van de zorgkantoren en bovendien hogere kosten maken omdat zij ook onrendabele cliënten bedienen. Niettemin worden in de brancheliteratuur al langer ervaringen opgetekend met stringenter wordende zorgkantoren (Van Kerkhof 2006). Uit de inventarisatie van de NZa blijkt ook dat de door de zorgkantoren bij de zorginkoop gebruikte bonus-malusregelingen steeds geavanceerder en gedifferentieerder worden (NZa, 2008c). Vooruitlopend op mogelijke toekomstige ontwikkelingen hebben sommige zorgkantoren annex zorgverzekeraars inmiddels de procedures en de afdelingen voor GGZ-inkoop binnen de ABWZ respectievelijk de ZVW samengevoegd.

Wat betreft de zorg zelf is één van de meest opmerkelijke ontwikkelingen in de afgelopen jaren de zeer snelle groei van het beschermd wonen geweest (Van Hoof e.a., 2008). Enkele specifiek op het beschermd wonen gerichte veranderingen in de regelgeving in de eerste jaren van het huidige decennium, hebben die groei mogelijk gemaakt: het loslaten van budgetplafonds, groeirimte buiten de regionale planningskaders en verhoging van kapitaallasten. In de interviews wordt vastgesteld dat het beschermd wonen het politiek tij mee heeft gehad, hoewel er van grote wachtljsten ten tijde van deze maatregelen geen sprake was. De instroom kwam sindsdien dan ook niet meer alleen vanuit chronische (verblijfs)psychiatrie, maar ook vanuit 'de straat' (OGGZ-clieuten, verslaafden).

In de interviews wordt ook gewezen op de keerzijde van deze ontwikkeling: het achterblijven van de ontwikkeling van het begeleid zelfstandig wonen. De ontwikkeling van deze ambulante voorzieningen moest wél binnen de regionale planningskaders blijven. Bovendien verdwenen de mogelijkheden tot substitutie van beschermd wonen door

begeleid wonen; zorgkantoren zijn veel minder flexibel geworden en het systeem is meer rigide geworden, zo wordt gesignaleerd. Daardoor is volgens enkele geïnterviewden anno 2008 een situatie ontstaan waarin een aanzienlijk deel van populatie binnen het beschermd wonen door zou kunnen stromen naar begeleid zelfstandig wonen, maar waarin de capaciteit binnen het BZW daarvoor ontbreekt (een probleem dat vooral lijkt te spelen rond de zelfstandig gebleven RIBW's, die doorgaans geen ZVW-gefinancierde hulp bieden). De geïstitutionaliseerde zorg heeft daarmee binnen de AWBZ een impuls gekregen, zo luidt het, ten koste van ambulante, meer maatschappelijke georiënteerde ondersteuning.

Op het gebied van dagbesteding worden vergelijkbare ontwikkelingen waargenomen. Dagactiviteitencentra in de GGZ hebben sinds hun ontstaan drie functies gecombineerd: een laagdrempelige inloop-/ontmoetingsfunctie; ondersteuning bij educatieve activiteiten; en ondersteuning van arbeidsmatige activiteiten c.q. trajectbegeleiding. De betreffende voorzieningen waren lange tijd budget gefinancierd. Sinds enkele jaren is voor de twee laatst genoemde functies een individuele indicatie vereist. Dat betekent dat niet meer de vooraf afgesproken capaciteit, maar het aantal afgegeven indicaties de beschikbare middelen bepaalt. Geïnterviewden wijzen er op dat de indicatieverplichting een grotere administratieve lastendruk geeft en dat de doorgaans kleine en vaak cliëntgestuurde centra die lastendruk niet goed aankunnen. Men wordt weer afhankelijker van de grote GGZ-instellingen. Gesignaleerd wordt ook dat het moeilijker is geworden om vanuit de AWBZ ondersteunende activiteiten rond educatie en arbeid op te zetten, vanwege te lage tarieven, vanwege het feit dat pas iets kan worden opgezet als men vooraf voldoende cliënten daarvoor heeft geïnteresseerd, vanwege het gebrek aan continuïteit in de personeelscapaciteit en vooral vanwege het feit dat veel cliënten afhaken als een indicatie vereist is. Bijkomend knelpunt is dat de indicatieorganen weinig toeschietelijk zijn, aldus enkele geïnterviewden, en bijvoorbeeld een negatieve indicatie afgeven als een cliënt al op een wachtlijst voor de WSW staat. Per saldo raakt de dagbestedingsfunctie vanuit de AWBZ geïstitutionaliseerd en neemt het aantal mensen met chronisch psychische problemen af dat gebruik maakt van de meer maatschappelijke georiënteerde ondersteuningsvormen, zo luidt het.

In de interviews wordt geopperd dat bovenstaande ontwikkelingen in 2008 zijn versneld doordat de indicatieorganen anticiperen op nieuwe (pakket)maatregelen. Met name de indicaties voor de ambulante hulpverlening aan mensen met chronische psychische problemen zouden minder snel worden afgegeven, terwijl de indicaties die wel afgegeven worden, krappere zijn. Vektis stelt in de Zorgmonitor 2008 in zijn algemeenheid vast dat de duur van de geïndiceerde zorg steeds korter wordt (Vektis, 2008b). In het onderzoek van Palm e.a. geven GGZ-medewerkers aan dat aanbieders zich, anticiperend op nieuwe maatregelen, uit het ambulante deel van de AWBZ terugtrekken (Palm e.a., 2008).

Ook in de AWBZ, zo luidt de algemene conclusie over de lopende ontwikkelingen, nemen financiers en de eisen die zij stellen aan transparantie en prijzen een steeds

belangrijker rol in. Dat gaat nog niet gepaard met heel grote onzekerheden voor de gevestigde aanbieders of grote verschuivingen in de aanbiedersmarkt (afgezien van fusies), maar wel met signalen van een stringentere (volgens sommigen meer 'rigide') uitvoering van de AWBZ en een vrees voor een gestage afbouw van ambulante AWBZ-voorzieningen en een 're-institutionalisering' van maatschappelijke georiënteerde AWBZ-voorzieningen.

3.3 Anticiperen op de pakketmaatregel

In juni 2008 verscheen de nota *Zeker van zorg, nu en straks* (Ministerie van VWS, 2008). In de nota werd een beperking van het door de AWBZ gefinancierde pakket aangekondigd. Aanleiding voor deze aankondiging was de 'on geplande' en goeddeels 'onvoorzienne' groei van de AWBZ-uitgaven, die volgens de nota deels herleid kon worden tot een 'onbedoelde aanwending' ten gevolge van 'te ruime aanspraken'.

Tussen 2000 en 2007 stegen de jaarlijkse uitgaven aan de AWBZ van bijna 13 miljard in 2000 naar bijna 24 miljard in 2007 (Vektis, 2008b; zie ook Eggink e.a., 2008). Overigens stegen de uitgaven aan de ZVW (en de voorgangers daarvan) in deze periode in absolute cijfers nagenoeg even hard; relatief verliep de stijging bij de AWBZ echter sneller (Vektis, 2008b). Die uitgavenstijging verliep relatief stabiel met een lichte 'knik' naar boven vanaf 2004.

In de nota *Zeker van zorg, nu en straks* wordt met name de recentere stijging in de AWBZ-uitgaven onder andere op het conto geschreven van een sterke stijging van het aantal indicaties voor de functie ondersteunende begeleiding, veelal in de vorm van PGB's (Ministerie van VWS, 2008b). Als een van oorzaken van die stijging wordt gewezen op de openstelling van de functie ondersteunende begeleiding voor alle grondslagen (waar deze voorheen slechts voor de lichamelijke gehandicapten was gereserveerd). Daarbij zou het type begeleiding dat onder deze noemer werd gegeven zijn opgerekt, zowel qua activiteiten als qua doelgroepen. Volgens een veel gebruikt voorbeeld werden steeds vaker activiteiten als het doen van boodschappen bij ouderen vanuit de AWBZ bekostigd. Steeds vaker ook deden jongeren met aan autisme gerelateerde stoornissen of ADHD met succes een beroep op de AWBZ; bijvoorbeeld, zo luidde het, voor begeleiding bij bioscoopbezoek of naar het voetbalveld. Het waren deze jeugdigen, of eigenlijk hun ouders, die daarbij met name kozen voor besteding in de vorm van het persoonsgebonden budget. Ook deze groep groeide fors. Het een en ander leidde in de nota tot de conclusie dat: '...burgers die jaren geleden nog geen gebruik maakten van voorzieningen onder de AWBZ, de huidige mogelijkheden niet onbenut [laten] en een beroep [doen] op zorg en ondersteuning'. Die ontwikkeling diende te worden teruggedraaid: burgers moeten, waar mogelijk, weer hun eigen verantwoordelijkheid nemen (Ministerie van VWS, 2008b; 2005c; 2008g).

De aangekondigde pakketmaatregelen spitsten zich toe op de functies activerende en ondersteunende begeleiding. Kort samengevat ging het om de volgende maatregelen:

1. De AWBZ-functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling worden teruggebracht tot twee functies: begeleiding en behandeling.
2. Alleen mensen met matige of zware beperkingen komen in aanmerking voor begeleiding, mensen met een lichte beperking zijn zelf verantwoordelijk voor hun zelfredzaamheid en participatie.
3. De doelstelling voor begeleiding wordt beperkt tot het bevorderen en behouden van zelfredzaamheid (en het voorkomen van verwaarlozing of opnemings in een 24-uursvoorziening). Voor beperkingen bij het participeren in de samenleving is geen begeleiding meer mogelijk vanuit de AWBZ.
4. Het aantal uren begeleiding wordt gemaximeerd.
5. De grondslag psychosociaal wordt volledig geschrapt uit de AWBZ (nadat op 1 januari 2008 al een deel van de AWBZ-aanspraken op deze grondslag was komen te vervallen).
6. Een eigen bijdrage voor de functie begeleiding wordt ingevoerd.

De maatregelen zijn per 1 januari 2009 van kracht geworden, met uitzondering van de invoering van de eigen bijdrage; deze is verschoven naar een later tijdstip. Verder zijn bij de invoering van de pakketmaatregel enkele overgangsmaatregelen getroffen. Zo zouden al diegenen die in 2008 al een AWBZ-indicatie voor begeleiding hadden, in 2009 worden geherindiceerd. Voor diegenen voor wie de herindicatie lager of negatief uitvalt, zou dat geen onmiddellijke consequenties hebben, maar na een gewenningsperiode van enkele maanden. De Stichting MEE werd gevraagd cliënten waar nodig tijdelijk te ondersteunen bij het vinden van hulp elders. Verder werd een totaalbedrag van 200 miljoen euro uitgetrokken als tegemoetkoming in de kosten die andere domeinen, zoals gemeenten (WMO), de jeugdzorg of het onderwijs, moeten maken om de gevolgen van de pakketmaatregel op te vangen ('flankerend beleid'). Cliëntenorganisaties zijn financieel in de gelegenheid gesteld de gevolgen van de pakketmaatregel en het flankerend beleid voor cliënten te monitoren.

Verwachte consequenties

De pakketmaatregel werd in de nota *Zorg Zeker van zorg, nu en straks* onderbouwd vanuit de verwachting dat deze zou kunnen bijdragen aan herstel van de betaalbaarheid en financiële houdbaarheid van de AWBZ en aan een terugkeer naar wat als de oorspronkelijke doelstelling van de AWBZ werd beschouwd: zorg voor de kwetsbaarsten. Ook werd de verwachting uitgesproken dat de maatregel stimulansen zou kunnen bieden aan de eigen verantwoordelijkheid van burgers, aan het tegengaan van afhankelijkheid en aan het herstel van het evenwicht tussen collectieve en individuele verantwoordelijkheid (Ministerie van VWS, 2008b).

Wat betreft de concrete consequenties voor de toegang tot de AWBZ, werd voorafgaand aan de pakketmaatregel voorzien dat van de 225.000 mensen die in 2008 (onder meer) een aanspraak maakten op ondersteunende dan wel activerende begeleiding, circa 60.000 personen hun aanspraak op begeleiding in de nieuwe vorm zouden verliezen (Ministerie van VWS, 2008b). Het CIZ becijferde dat tot 2008 bij 23 % van de indicaties voor begeleiding een psychiatrische aandoening de dominante grondslag was en dat een derde daarvan volgens de nieuwe criteria niet meer in aanmerking zou komen voor AWBZ-begeleiding (CIZ / Hoeksma, Homans en Menting, 2008). Vermoedelijk zijn echter in 2008, ten gevolge van de overheveling van de GGZ naar de ZVW, de cijfers over het aantal indicaties bij psychische problemen flink gewijzigd. De Federatie opvang becijferde dat er in 2008 circa 15.000 á 16.000 volwassenen met psychische problemen zijn die AWBZ-begeleiding ontvangen en dat 5.000 daarvan hun recht op AWBZ-begeleiding zouden verliezen (Federatie Opvang, 2008). Daarbij zij aangetekend dat noch in de cijfers van het CIZ, noch in die van de Federatie Opvang, kinderen en jongeren zijn verdisconteerd. Ander onderzoek wijst erop dat dit een aanzienlijke groep is: in werden 2007 door de Bureaus Jeugdzorg ruim 40.000 indicatiebesluiten voor AWBZ-zorg genomen, waarvan verreweg het grootste deel voor begeleiding (Price-WaterhouseCoopers, 2008). Het Landelijk Platform GGZ schatte het aantal jeugdigen dat de AWBZ-aanspraak begeleiding zou verliezen op 50 % (Landelijke Platform GGZ, 2008a).

Ook al waren de kwantitatieve consequenties nog niet heel scherp in beeld, vanuit het veld werden in de loop van 2008 al wel enkele kanttekeningen geplaatst bij de mogelijke zorginhoudelijke en maatschappelijke gevolgen van de pakketmaatregel. Behalve de verschillende koepelorganisaties uit de zorg, zoals de *Federatie Opvang*, het *Landelijk Platform GGZ*, *Per Saldo* en bijvoorbeeld *Balans*, waren het met name de gemeenten, vertegenwoordigd door de VNG en de G27, die zich kritisch uitlieten over de voornemens. Ook in de interviewronde voor de themarapportage werden kritische kanttekeningen bij de maatregelen geplaatst, zowel vanuit de hoek van de zorgaanbieders, de cliënten, de gemeenten als die van de zorgverzekeraars. Met name de volgende risico's werden onder de aandacht gebracht:

- Lichte beperkingen mét hulp, kunnen zware beperkingen worden zonder hulp

Met name in de interviewronde wordt er door velen op gewezen dat de risico's vooral groot zijn voor diegenen die zich dankzij relatief lichte hulp redelijk tot goed kunnen redden. Indiciestellers zouden in deze gevallen de conclusie kunnen trekken dat betrokken cliënten slechts lichte beperkingen hebben en daarom niet meer voor AWBZ in aanmerking komen. Gewezen wordt op de risico's van verwaarlozing, maatschappelijke onzelfredzaamheid en isolement van diegenen die het zonder die hulp niet meer redden en die het niet lukt elders hulp te vinden. Sommigen verwachten dat het aantal 'draaideurpatiënten' toe zal nemen (VNG,2008). Een geïnterviewde vertelt over recente inspanningen vanuit de lokale OGGZ om mensen in zorg te krijgen: "We zijn nu in de fase dat die mensen met een steuntje in de rug weer naar zelfstandig wonen kunnen en

dat zijn juist de lichte groepen. En dan valt nu het budget, de begeleiding weg. Dan zijn we weer terug bij af." Ook voor de groep jeugdigen met een AWBZ-indicatie voor de functie begeleiding, veelal in de vorm van een PGB, zou de pakketmaatregel belangrijke gevolgen kunnen hebben en op termijn juist tot een grotere zorgafhankelijkheid kunnen leiden.

- *Toestroom in de OGGZ, maar onvoldoende capaciteit voor gemeenten voor vervolgtrajecten*

Een toestroom naar de OGGZ en daarmee naar de gemeentelijke voorzieningen wordt verwacht. De pakketmaatregel gaat echter niet gepaard met een structurele overheveling van middelen naar gemeenten. "Je moet toch een individueel aanbod gaan creëren als gemeenten", aldus een geïnterviewde. Voor zover gemeenten van zins en in staat zijn adequate voorzieningen te ontwikkelen zal dat in concurrentie moeten met andere voorzieningen voor andere groepen. Dat doet een groot beroep op de solidariteit. Gewezen wordt op de risico's van een omslag in het maatschappelijk klimaat, het wegebben van het draagvlak voor maatschappelijke participatie van mensen met langdurige psychische problemen en voor de voorzieningen die daarbij ondersteuning beogen te bieden.

- *Medicalisering*

De hogere toetredingsdrempels kunnen leiden tot een neiging om eerder en zwaardere diagnoses te stellen, om toch toegang tot zorg te krijgen. "Dan wordt mensen misschien aangepreut dat ze zieker zijn dan ze zijn om toch zorg te krijgen om toch iets te kunnen doen voor de cliënt. Dan wordt het meer medisch, minder maatschappelijk," aldus een geïnterviewde. In het algemeen wordt ook geconstateerd ook dat steeds vaker een diagnose het paspoort is voor voorzieningen en dat "De maatschappelijke druk om een diagnose te stellen" toeneemt.

- *Remuralisering*

Algemeen is de zorg dat, als gevolg van het samenspel van bovengenoemde factoren, niet alleen het beroep op de OGGZ, maar ook dat op zwaardere, intramurale zorg zal toenemen, zowel door volwassenen als door kinderen. Rekening wordt ook gehouden met de mogelijkheid dat cliënten in toenemende mate in zwaardere (intramurale of semimurale) zorg gehouden zullen worden, omdat de verwachting is dat de lichtere zorg niet toegankelijk of niet voorhanden is. Het risico van remuralisering is des te groter, zo wordt geopperd, omdat voor intramurale zorg makkelijker financiering te krijgen is dan voor voorzieningen als woonbegeleiding. "Duurdere zorg is makkelijker te financieren," aldus één van de geïnterviewden. Alles bij elkaar zou de pakketmaatregel dan eerder tot meer in plaats van minder kosten kunnen leiden, zo luidt het.

Proberen we een rode draad aan te wijzen in de kanttekeningen bij de pakketmaatregel, dan lijkt de vrees vooral te zijn dat versoering van de AWBZ tot een kloof leidt tussen enerzijds zorg en anderzijds ondersteuning bij maatschappelijke zelfredzaam-

heid en participatie. Dat zou dan een breuk betekenen met het verleden. Lange tijd werd AWBZ-zorgaanbieders nadrukkelijk opgedragen die kloof juist te dichten en hun voorzieningen zo in te richten dat mensen met handicaps niet alleen goede zorg kregen maar ook optimaal zouden kunnen meedoen in de samenleving, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van extramuraal zorgvormen. Die rol lijkt niet meer voor de AWBZ weggelegd. Reden voor bijvoorbeeld de G27 om niet te volstaan met een verzoek om overgangsmaatregelen, maar om te pleiten voor de ontwikkeling van een nieuwe, breed gedragen 'omvattende visie' op zorg, maatschappelijke ondersteuning en participatie (G27, 2008).

3.4 Anticiperen op de cliëntgestuurde bekostiging

Zoals gezegd stond 2008 voor wat betreft het AWBZ-gefinancierde deel van de GGZ niet alleen in het teken van de aangekondigde pakketmaatregel, maar ook van de voorbereiding van de zogenaamde zorgzwaartefinanciering, in de vorm van zorgzwaartepakketten (ZZP'en). Leidend beginsel bij de zorgzwaartefinanciering is dat niet de capaciteit van zorginstellingen, dat wil zeggen het aantal beschikbare plaatsen, uitgangspunt vormt van het bedrag dat zij ontvangen, maar de zwaarte van de zorgbehoefte van hun cliënten. Gesproken wordt van een 'persoonsvolgend systeem' van financiering, waarbij de hoogte van de bekostiging per cliënt verschilt en gerelateerd is aan een zorgzwaartepakket, ofwel aan een gestandaardiseerde/genormeerde beschrijving van het type en de hoeveelheid zorg waarop een cliënt aanspraak kan maken. De overweging is dat dit leidt tot een eerlijker verdeling van de middelen, maar ook tot een grotere vraaggerichtheid: na de indicatie van een cliënt voor een bepaald ZZP, kan deze met het zorgkantoor en de zorgaanbieder afspraken maken over de precieze invulling van de zorg (verplicht vastgelegd in een zorgplan). "De essentie van de ... zorgzwaartebekostiging is dat het geld de cliënt volgt naar de instelling van zijn keuze" (Ministerie van VWS, 2008g).

Het nieuwe systeem van ZZP-en werd met ingang van 1 januari 2008 als reken- en begrotingsmodel in de gehele AWBZ-sector geïntroduceerd. Dat gebeurde voorsnog als schaduwstelsel naast het bestaande financieringstelsel, om een geleidelijke overgang naar het nieuwe systeem te creëren. Voor zorgaanbieders waren er nog geen financiële risico's verbonden aan deze experimentele zorgzwaartefinanciering. Volgens de aanvankelijke planning zou het systeem op 1 januari 2009 daadwerkelijk worden ingevoerd. Dat is uiteindelijk slechts ten dele gebeurd. Met name voor de GGZ is de invoering van de zorgzwaartebekostiging naar aanleiding van signalen vanuit het veld uitgesteld.

Die signalen betroffen met name de zorg bij de instellingen dat zorgzwaartebekostiging grote en deels niet te voorziene financiële gevolgen voor hen met zich meebrengt. In de loop van 2008 werden in reactie op die zorg al enkele overgangsmaatregelen aangekondigd om die risico's te verminderen. De contracteerplicht zou, anders dan aanvankelijk in de bedoeling lag, gehandhaafd blijven tot 2011. Het plan om ook kapi-

taallasten, bedoeld voor de financiering van bijvoorbeeld nieuwbouw, in de tarieven van de ZZP'en te verdisconteren werd uitgesteld. Eerder al waren procedures voor een zogeheten herallocatietraject opgesteld. Bij herallocatie gaat het om de gevolgen van de zorgzwaartefinanciering voor de omvang van de toekomstige budgetten van de individuele AWBZ-instellingen. Herberekening van budgetten van instellingen op basis van de zorgzwaarteprofielen van hun cliënten zal in de meeste gevallen leiden tot een toename (of opbouw) dan wel een afname (afbouw) van het beschikbare budget voor de komende jaren (in sommige gevallen met meer dan 20 %). Instellingen met een populatie met een gemiddeld geringere zorgbehoefte zullen hun budget omlaag zien gaan, terwijl instellingen met patiënten met een naar verhouding grotere zorgzwaarte hun inkomsten op termijn zullen zien groeien. In concreto zal dit in de komende jaren leiden tot een verschuiving van gelden van de zogenaamde 'afbouwers' naar de 'groeiers'. Het herallocatietraject houdt in dat deze overgang geleidelijk zal plaatsvinden en over een aantal jaren wordt uitgesmeerd.

Een ander bezwaar luidde dat het zorgzwaartepakket een te statisch concept zou zijn voor de veelal sterk in tijd fluctuerende zorgbehoefte van chronische psychiatrische patiënten. Terwijl bijvoorbeeld in de sector verpleging en verzorging sprake is van een langjarige relatief stabiele zorgvraag, kan een psychiatrisch patiënt nu eens behoefte hebben aan intensieve begeleiding thuis en dan weer aan een verblijf in een kliniek. Ook de intensiteit van de ambulante begeleiding of intramurale zorg kan in de tijd sterk wisselen. Binnen de ZZP-systematiek is daar te weinig rekening mee gehouden, dat voorziet immers in een vaste zorgintensiteit per cliënt. De product- en tariefstructuur voor de ZZP'en zijn dan ook 'op drijfzand' gebaseerd en te 'instabiel', zo constateerde GGZ Nederland (Psy.nl, 2008c). Met name dit bezwaar van 'instabiliteit', tezamen met het grote aantal gelijktijdige veranderingen in het financieringsstelsel, deed GGZ Nederland besluiten om kenbaar te maken vooralsnog niet aan de introductie van het ZZP per 1 januari 2009 mee te zullen werken. Eind 2008 besloot het Ministerie de invoering van de ZZP'en in de GGZ uit te stellen, in afwachting van de resultaten van een onderzoek naar de nog bestaande knelpunten en mogelijke oplossingen.

ZZP en de gevolgen voor de zorg

De bezwaren tegen de ongewisse financiële consequenties van de ZZP-systematiek hebben in 2008 de meeste aandacht gevraagd. In de zijlijn – in verschillende onderzoeksrapporten, maar in de interviewronde – werden echter ook enkele kanttekeningen geplaatst bij de mogelijke consequenties van de invoering van de zorgzwaartebekostiging voor de zorg zelf (onder andere Grit e.a., 2008; Palm e.a., 2008). Gevreesd werd met name voor een afnemende onderlinge solidariteit tussen cliënten binnen instellingen ('gaat mijn geld niet naar de buurman'), een afwijzing door zorgaanbieders van cliënten die te weinig geld meebrengen, problematische financiering van dagbesteding binnen de ZZP'en (bovenop de eerder genoemde knelpunten rond dagbesteding) en een toenemende oriëntatie op beperkingen in plaats van op mogelijkheden. In hoeverre bovenstaande risico's reëel zijn, moet nog blijken.

3.5 Conclusies

De overheid koerst op een meer vraaggerichte, betaalbare, op de zorg voor de meest kwetsbaren ingerichte AWBZ. Dat gaat gepaard met een steeds belangrijker wordende, 'wakende' rol voor de financiers annex zorgkantoren/zorgverzekeraars. Ook in de AWBZ nemen transparantie-eisen toe en worden stringentere eisen aan de zorgverlening gesteld. Een concrete, recente maatregel binnen het AWBZ-beleid is de versobering van de aanspraken. In voorbereiding is een overgang naar cliëntgebonden bekostiging op grond van zorgzwaarte.

Vanuit het veld wordt meegewerkt aan de implementatie van deze maatregelen, maar worden ook vraagtekens geplaatst bij de mogelijke consequenties van het AWBZ-beleid. Vanuit de GGZ-aanbieders worden zorgen geuit over de nieuwe, soms wat rigide opstelling van de financiers, maar vooral over de ongewisheid van de financiële consequenties van ontwikkelingen in de AWBZ voor de instellingen. Bezwaren worden gemaakt tegen de 'stapeling' van veranderingen in de financiering en bekostiging van de zorg, waardoor financiële gevolgen niet meer te overzien zijn. Een doordacht en voorzichtig tempo wordt bepleit.

Zorginhoudelijke kanttekeningen vanuit het veld bij de ontwikkelingen in de AWBZ betreffen vooral de vraag of deze niet zullen leiden tot het wegvallen van de meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuningsvormen aan mensen met een handicap, tot een groeiende kloof tussen het domein van de zorg en het domein van de maatschappelijke participatie en tot een verschuiving van cliëntenstromen naar de zwaardere, intramurale zorg. Het zijn met name de grotere gemeenten die naar aanleiding van de ontwikkelingen in de AWBZ pleiten voor een nieuwe, breed gedragen, landelijke beleidsvisie op wat nodig is om mensen met (psychische) beperkingen te voorzien van goede zorg én goede ondersteuning bij hun sociale en maatschappelijke leven (G27, 2008).

4 De praktijk van de Wet Maatschappelijk Ondersteuning

4.1 Inleiding

Een derde financieringsbron voor de GGZ, naast de ZWV en de AWBZ, is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). De WMO trad op 1 januari 2007 in werking, in hoofdzaak als opvolger van de Welzijnswet en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. De bij deze wetten behorende budgetten werden overgeheveld naar de WMO. Daaraan toegevoegd werden de budgetten van de AWBZ-functie huishoudelijke verzorging en een aantal specifieke regelingen en subsidies uit de AWBZ. Tot die laatste behoorden budgetten voor een aantal meer 'maatschappelijk' georiënteerde GGZ-voorzieningen rond dienstverlening en collectieve preventie, de subsidieregeling OGGZ en de subsidieregeling zorgvernieuwingprojecten (bijvoorbeeld voor cliëntgestuurde projecten).

Bij de invoering in 2007 werd de WMO vooral gepresenteerd als participatiewet. De wet diende de maatschappelijke participatie te bevorderen van kwetsbare groepen, waaronder expliciet ook mensen met psychische problemen. Bij maatregelen rond andere onderdelen van het zorgstelsel werd en wordt veelvuldig op de participatie ondersteunende functie van de WMO geanticipeerd. De recente pakketmaatregelen in de AWBZ zijn daar een voorbeeld van.

In het kader van de Trendrapportage GGZ 2008 werd een achtergrondstudie uitgevoerd naar de eerste ervaringen met de WMO (Hasker, 2008). Geconstateerd werd dat de WMO in het eerste jaar na invoering voor wat betreft de ondersteuning van mensen met psychische problemen nog niet aan de verwachtingen kon voldoen. Gemeenten oriënteerden zich nog op voortzetting in het nieuwe kader van de activiteiten die voorheen uit de voorgangers van de WMO werden gefinancierd. De aandacht van gemeenten ging in 2007 ook sterk uit naar de inkoop van de vanuit de AWBZ naar de WMO overgehevelde *Huishoudelijke verzorging*. Voor een versterkte oriëntatie van gemeenten op de maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen, waren nog weinig aanwijzingen te vinden. Met name mensen met psychische problemen waren in veel gemeenten nog niet goed in beeld. Voor zover deze groep wel in beeld was, werd die beeldvorming gekenmerkt door een vereenzelviging van mensen met psychische problemen met de OGGZ-doelgroep, een groep waar gemeenten in het kader van de OGGZ, de maatschappelijke opvang en de verslavingszorg al langer een rol voor vervulden. Gesignaleerd werd ook dat de WMO voor aanbieders een onzekere financieringsbron was. Gemeenten hebben een grote beleidsvrijheid bij de besteding van de WMO-middelen. Voor een deel van de voorzieningen waarvoor de AWBZ-

budgetten begin 2007 naar de WMO werden overgeheveld (collectieve preventie, dienstverlening, cliëntgestuurde projecten, OGGZ), werd de financiering niet of niet volledig door gemeenten overgenomen. Gesignaleerd werd ook dat gemeenten elk hun eigen inhoudelijke prioriteiten stellen en hun eigen (aanbestedings)procedures kennen. Vooral voor aanbieders die veel met kleinere gemeenten te maken hebben, maakt dat de WMO een versnipperde, weinig aantrekkelijke en weinig lucratieve financieringsbron. Voor sommige GGZ-aanbieders was een en ander aanleiding zich niet meer op de WMO als potentiële financieringsbron te oriënteren.

In de achtergrondstudie van Trendrapportage GGZ 2008 werd ook geconstateerd dat de situatie per regio flink verschilde. Het algemene beeld was weinig positief, maar er waren ook regio's waar aanbieders de samenwerking met de gemeenten juist intensiverden en waar gemeenten wat meer oog hadden voor mensen met psychische problemen. Vooral vanuit de regio's met een wat sterkere cliëntenvertegenwoordiging, waren de geluiden wat positiever.

De quickscan van de Trendrapportage GGZ 2008 werd eind 2007 uitgevoerd en had betrekking op de allereerste ervaringen met de nieuwe wet. Sindsdien is een aantal nieuwe onderzoeksrapporten over de WMO verschenen. Ook in de interviewronde voor deze themarapportage is de vraag aan bod gekomen hoe de WMO zich volgens de betrokkenen verder heeft ontwikkeld, met name met betrekking tot de maatschappelijke ondersteuning en maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen.

In het vervolg van dit hoofdstuk zetten we de bevindingen uit die nieuwe rapporten en uit de interviewronde op een rij. Daarbij kijken we naar nieuwe aanwijzingen voor de inhoudelijke oriëntatie van gemeenten op de ondersteuning van mensen met psychische problemen. Verder besteden we apart aandacht aan de ontwikkeling van de positie van cliëntenorganisaties van mensen met psychische problemen binnen de WMO. Ten eerste omdat de inbreng en het eigen initiatief van cliënten c.q. 'burgers' een centrale plaats innemen in het WMO-gedachtengoed. Ten tweede omdat de cliëntenorganisaties en de door deze organisaties ontwikkelde voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning en participatie, veel meer dan voorheen (en veel meer dan de 'reguliere' GGZ-voorzieningen) zijn aangewezen op gemeentelijke financiering.

4.2 WMO-voorzieningen voor mensen met psychische problemen

In 2008 verschenen verschillende voortgangs- en onderzoeksrapportages over de WMO. Het Ministerie van VWS verstrekke periodieke voortgangsrapportages over de WMO aan de Tweede Kamer (Ministerie van VWS, 2007a, 2007b, 2008k). Het Sociaal Cultureel Planbureau voert een WMO-evaluatie-onderzoek uit, waarvan

in het augustus 2008 de eerste tussenrapportage verscheen (Van Houten e.a., 2008). En Movisie publiceerde in 2008 een onderzoeksrapport over de ervaringen in het veld met de WMO (Lub e.a., 2008).

De voortgangsrapportages van het Ministerie van VWS concentreren zich vooral op de thuiszorg. De maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische problemen in het kader van de WMO, komt in het algemeen nog nauwelijks aan bod. Wel werd in één van de eerste rapportages geconstateerd dat mensen met psychische problemen, dak- en thuislozen en verslaafden nog niet goed vertegenwoordigd waren in de inspraakorganen in het kader van de WMO, zeker niet in vergelijking met de groepen die al veel langer met gemeentelijk beleid te maken hebben, zoals ouderen en mensen met een lichamelijke beperking. Ook werd gesignaleerd dat de WMO als participatiewet nog niet goed uit de verf komt. In de laatste voortgangsrapportages ligt het accent opnieuw op de knelpunten in huishoudelijke ondersteuning en de thuiszorg (Ministerie van VWS, 2007a, 2007b, 2008k).

Het Sociaal en Cultureel Planbureau startte in 2008 een evaluatieonderzoek naar de WMO. De eindrapportage over het evaluatieproject wordt eind 2009 verwacht. In augustus 2008 verscheen de eerste tussenrapportage (Van Houten e.a., 2008). In deze rapportage wordt verslag gedaan van de resultaten van een schriftelijke enquête onder coördinatoren van het WMO-beleid van alle gemeenten over het beleid tot en met 2007 (respons 82 %). In de enquête werd (nog) niet zozeer gevraagd naar de praktijk van de WMO, maar vooral naar de plannen en de voornemens van de gemeenten.

In de tussenrapportage werd in de eerste plaats geconcludeerd dat in de ogen van de coördinatoren het aantal nieuwe taken in het kader van de WMO voor de gemeenten beperkt was, gelet op wat zij op basis van voorgaande wetten al deden. De WMO gaf weliswaar een impuls aan het opstellen van nieuwe beleidsplannen - hetzij integrale WMO-plannen, hetzij plannen over deelthema's - ook deze plannen bestonden vaak voor een groot deel uit een vervolg binnen een nieuw kader van eerder beleid. Ook de voorzieningen die in het kader van de WMO werden geboden, bestonden veelal ook voor de invoering van de WMO al. De onderzoekers sluiten niet uit dat een deel van de voorzieningen en een deel van het beleid naar aanleiding van de invoering van de WMO zijn uitgebreid of geïntensiveerd, maar vinden daar nog geen concrete aanwijzingen voor.

Verreweg de meeste gemeenten (72 %) geven aan geen specifiek WMO-beleid te voeren voor 'mensen met psychische problematiek'. Naar de betrokkenheid van (vertegenwoordigers) van GGZ-cliënten werd in het onderzoek niet expliciet gevraagd. Wel blijkt dat iets minder dan de helft van de gemeenten (43 %) 'belangenbehartigers van daklozen, verslaafden en slachtoffers huiselijk geweld' bij het WMO-beleid heeft betrokken. Ter vergelijking: ouderenorganisaties (96 %) en gehandicaptenorganisaties (92 %) werden in bijna alle gemeenten betrokken bij de ontwikkeling van het WMO-

beleid. Aanbieders in de verslavingszorg en de GGZ zouden wel redelijk goed in beeld zijn: 81 % van de respondenten gaf aan instellingen uit de GGZ- en verslavingssector bij het opstellen van het WMO-beleid te betrekken.

Over specifieke voorzieningen voor mensen met psychische problemen werden in de enquête weinig vragen gesteld. Wel gaf 69 % van de gemeenten aan via het WMO-loket informatie of advies over de GGZ te geven; 65 % gaf informatie of advies over de verslavingszorg. (Bij advisering over woningaanpassingen en hulp bij het huishouden zijn die percentages overigens weer aanzienlijk hoger, namelijk 100 respectievelijk 99 %). Verder meldde 69 % van de deelnemende gemeenten cliëntondersteuning te bieden aan mensen met chronische psychische problemen, doorgaans als onderdeel van reeds bestaande voorzieningen. Verder bleek dat vrijwel alle centrumgemeenten voorzieningen troffen op het gebied van de OGGZ, maar ook deze leken voor het overgrote deel ook vóór de WMO al te bestaan. Wel had de 'ketensamenwerking' volgens de coördinatoren een impuls gekregen door de WMO.

Movisie inventariseerde in 2008 de ervaringen van verschillende uitvoeringsorganisaties met de WMO (Lub e.a., 2008). Aan dit onderzoek namen verschillende organisaties deel op het gebied van zorg, welzijn en de 'civil society' (cliëntenraden, platforms). Het onderzoek kende echter geen deelnemers vanuit de GGZ. Overigens werden door de organisaties die wel bij het onderzoek betrokken waren, de nodige kritische kanttekeningen bij de WMO geplaatst, die ook voor mensen met psychische problemen relevant zijn. Zo werd geconstateerd dat er dankzij de WMO meer werd overlegd met andere partijen. Maar ook werd vastgesteld dat de WMO 'de afrekencultuur' bevorderde. Op een schaal van 1 tot 10 gaven de respondenten gemiddeld een 5,3 voor de gevolgen die de invoering van de WMO had voor de eigen organisatie en een 5,2 voor de WMO als geheel. Van de organisaties werkzaam binnen het domein van de zorg gaf tweederde aan niet te denken dat de WMO leidt tot een betere kwaliteit van de zorg voor kwetsbare burgers. Organisaties binnen dit domein zijn ook het minst positief over wat er door de WMO verbetert ten opzichte van de oude situatie. Organisaties opererend binnen het domein welzijn lijken zich beter thuis te voelen in de nieuwe situatie. In het algemeen werd echter vastgesteld dat het aanbod voor de kwetsbare burger achterbleef bij de verwachtingen (Lub e.a., 2008).

We concluderen uit de onderzoeksrapportages dat de WMO in termen van voorzieningen en gemeentelijk beleid vooral een voortzetting is van de twee wettelijke kaders waaruit deze is voortgekomen (Welzijnszet en WVG), dat zorgaanbieders de nodige twijfels hebben over de bijdrage van de WMO aan de kwaliteit van zorg voor kwetsbare burgers, dat aan mensen met psychische problemen in de onderzoeken nauwelijks aandacht wordt besteed en dat, voor zover dat wel gebeurt, er in de meeste gemeenten geen specifieke aandacht lijkt te zijn voor de ondersteuning van mensen met psychische problemen. Van een impuls van de WMO voor de participatie van kwetsbare groepen lijkt nog weinig sprake te zijn.

Ook in de interviewronde voor de themarapportage zijn de ervaringen met de WMO geïnventariseerd. Daaruit komt een vergelijkbaar, zij het iets genuanceerder beeld naar voren.

In de eerste plaats bevestigen de geïnterviewden het beeld dat ook uit al uit de quickscan van de Trendrapportage GGZ 2008 naar voren kwam: gemeenten oriënteren zich nog weinig op de ondersteuningsbehoeften van mensen met psychische problemen. Voor gemeenten is dit een relatief marginale groep binnen de totale WMO-doelgroep van mensen met beperkingen. Maar ook wordt gesignaleerd dat de GGZ zich in de ogen van veel gemeenten nog weinig actief opstelt, weinig 'maatschappelijk' georiënteerd is en onvoldoende aangeeft wat er op maatschappelijk vlak en in termen van maatschappelijke voorzieningen voor mensen met psychische problemen van gemeenten wordt verwacht. Gesignaleerd wordt ook dat er inmiddels flinke verschillen tussen regio's bestaan en dat die verschillen lijken toe te nemen.

Wat betreft de regionale verschillen is het overheersende beeld dat grote gemeenten zich meer op mensen met psychische problemen (kunnen) richten dan de kleinere gemeenten. Het beeld is ook dat de grote gemeenten zich daarbij in hoofdzaak nog steeds richten op de 'opvang'-kant. Dat uit zich onder andere in de deelname van de grote gemeenten in de financiering van ACT-teams voor de meest gemarginaliseerde mensen met psychische en/of verslavingsproblemen; veelal personen die via de maatschappelijk opvang of de OGGZ in beeld komen. Enkele grote gemeenten trekken daarin samen op met de in de eigen regio grootste zorgverzekeraar (zie o.a. Gemeente Rotterdam, 2008).

Gesignaleerd wordt tegelijk dat ook in de grote gemeenten de veel grotere groep van langdurig zorgafhankelijke GGZ-cliënten, die zich in de eigen woning weet te handhaven, buiten beeld blijft. Ook de participatiebehoeften van deze groep krijgen binnen de WMO geen aandacht. De WMO is, anders dan binnen de stelseldebates wel eens wordt voorgesteld, geen participatiewet, zo concluderen veel geïnterviewden.

Een en ander wil overigens niet zeggen dat betrokkenen geen rol voor gemeenten zien weggelegd bij het bevorderen van de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen. Eerder dan naar de WMO kijkt men daarbij echter naar de wettelijke kaders rond arbeid, inkomen, activering en reïntegratie. Als sector lijkt de GGZ zich weinig op deze kaders te oriënteren, maar individuele GGZ-medewerkers die actief zijn in de trajectbegeleiding van mensen met psychische problemen, doen dat wel. Gemeld wordt dat deze koers in sommige individuele trajecten succesvol is. In enkele gevallen komen er ook projecten van de grond waar meer cliënten van profiteren. Geconstateerd wordt echter ook dat het ontbreekt aan een structurele aanpak en een structureel beleid vanuit zowel gemeenten als GGZ. Dat maakt de benodigde investeringen om individuele begeleidingstrajecten bij maatschappelijke participatie van de grond te krijgen, onevenredig groot, met name in landelijke gebieden, waar hulpverleners met veel, kleine gemeenten te maken hebben. "Kwartier maken is het

probleem... en dat wordt nu helaas overgelaten aan de individuele trajectbegeleiding”, aldus één van de geïnterviewden. “En dan krijg je een geweldige versnippering” (zie ook hoofdstuk 6).

In de quickscan van de Trendrapportage GGZ 2008 werd geconstateerd dat de aandacht van gemeenten voor mensen met psychische problemen baat heeft bij een sterke cliëntenvertegenwoordiging in de regio. In de volgende paragraaf staan we wat uitgebreider stil bij de ontwikkelingen rond de rol en positie van cliëntenorganisaties en hun voorzieningen in de WMO.

4.3 Cliëntenorganisaties in de WMO

De potentiële invloed van cliëntenorganisaties op het gemeentelijke beleid is in de eerste plaats gelegen in het feit dat zij de noden van mensen met psychische problemen binnen de gemeentelijke overlegkaders voor het voetlicht kunnen brengen. De regionale organisaties leggen daarbij wellicht ook meer dan de reguliere GGZ de nadruk op maatschappelijke ondersteuningsbehoeften. Maar de cliëntenorganisaties hebben vaak ook een bredere functie. Veel cliëntenorganisaties hebben in de afgelopen 10 á 15 jaar zelf een breed scala aan activiteiten opgezet, waarin (ex-)cliënten van de GGZ participeren: cliëntgestuurde werkprojecten of activiteitencentra, cursussen voor en door cliënten, lotgenotencontacten, cursussen aan hulpverleners en het opleiden van cliënten voor participatie in inspraakorganen. Veel regionale cliëntenorganisaties hebben ook aan de wieg gestaan van de steunpunten cliëntondersteuning; organisaties die mensen met psychische problemen die hulp zoeken, op weg helpen. Ook deze steunpunten maken in grote mate gebruik maken van de inbreng van ervaringsdeskundigen. De verschillende activiteiten van de cliëntenorganisaties hebben voor een belangrijk deel kunnen ontstaan dankzij de subsidieregelingen voor zorgvernieuwing en collectieve preventie binnen de AWBZ. De budgetten van deze subsidieregeling zijn echter overgeheveld vanuit de AWBZ naar de WMO. Dat is ongeoormd gebeurd. De vraag dient zich aan hoe de cliëntenorganisaties en hun voorzieningen binnen de WMO zijn geland.

De indruk uit de brancheliteratuur en de interviews is dat die landing hard is geweest en dat veel cliëntenorganisaties in de afgelopen twee jaar in grote financiële problemen zijn gekomen. De volgende oorzaken worden daarvoor aangewezen:

- de afschaffing van de betreffende subsidieregelingen in de AWBZ;
- de financiële problemen en restricties van de GGZ-instellingen, die vaak als doorgeefluik van de subsidies fungeerden; veel instellingen staan positief tegenover de activiteiten van de cliëntenorganisaties, maar kunnen de vroegere budgetten niet uit eigen middelen handhaven, of zijn gebonden aan strakkere regelgeving, die de flexibiliteit van de besteding van de middelen verminderen;
- veel gemeenten tonen zich terughoudend in het financieren van de activiteiten van cliëntenorganisaties, of financieren slechts onderdelen en tegen lagere budgetten;

- gemeenten die wel financieren, willen dat andere gemeenten ook meebetalen; dat leidt tot een grote versnippering van de financieringsbronnen; voor elke afzonderlijke gemeentelijke subsidie moet een aanvraag worden ingediend en een lobby worden gevoerd;
- cliëntenorganisaties van mensen met psychische problemen moeten om de gemeentelijke aandacht concurreren met de vaak veel grotere en sterker met de gemeentelijke bestuursorganen en lokale politieke partijen verweven belangenorganisaties van andere groepen (ouderen, lichamelijk gehandicapten);
- zorgverzekeraars zien het niet als hun taak de activiteiten van cliëntenorganisaties te financieren; als een enkele verzekeraar wel geïnteresseerd is in bijvoorbeeld de ondersteuning van herstelcursussen, dient de betreffende cliëntenorganisatie te werken aan een set van kwaliteitseisen;
- door het versnipperd raken van de budgetten enerzijds en de toenemende verantwoordings-eisen van de financiers anderzijds, neemt de administratieve lastendruk onevenredig toe terwijl budgetten afnemen.

Veel aandacht is in de afgelopen periode uitgegaan naar de positie van de steunpunten cliëntondersteuning GGZ. De steunpunten zijn in de afgelopen 10 jaar door regionale cliëntenorganisaties in het leven geroepen om mensen met psychische problemen te ondersteunen bij het vinden van de juiste hulp. De meerwaarde van de steunpunten GGZ ten opzichte van bijvoorbeeld de WMO-loketten of de MEE is volgens het Landelijk Platform GGZ gelegen in de inzet van ervaringsdeskundigheid, het bereik van 'moeilijke' doelgroepen, de ondersteuning op meer levensgebieden (bijvoorbeeld ook arbeid, inkomen en wonen) en de verbinding met cliëntinitiatieven voor zelfhulp, lotgenotencontact en maatschappelijke participatie. In een brief aan de staatssecretaris signaleerde het Landelijk Platform dat de totale capaciteit van de steunpunten nog ruim te kort schiet, maar dat bovendien de continuïteit van bestaande steunpunten gevaar loopt door gebrek aan structurele financiering (LPGGZ, 2008b). In de brancheliteratuur wordt er naar aanleiding van de brief op gewezen dat her en der al steunpunten zijn verdwenen en dat dat in verschillende plaatsen op korte termijn zal gebeuren (Psy.nl, 2009). Gevreesd wordt dat veel cliënten daardoor van goede hulp verstoken zullen blijven, ook omdat het veld van de GGZ ingewikkelder is geworden (verschillende financieringskaders en toegangspoorten) en in het algemeen de toegang tot voorzieningen, ook buiten de GGZ, ingewikkelder wordt (LPGGZ, 2008b; Psy.nl, 2009).

De zorgen om de steunpunten GGZ lijken symptomatisch voor de algehele situatie van de regionale cliëntenorganisaties en hun uiteenlopende activiteiten en projecten. Gevreesd wordt vooral dat de expertise en de netwerken die in vele jaren binnen en rond de organisaties zijn opgebouwd, in snel tempo zullen verdwijnen en dat het weer opbouwen daarvan opnieuw veel tijd zal kosten. Voor de steunpunten pleitte het Landelijk Platform eind 2008 daarom voor een landelijk actieplan, dat onder meer de bestaanszekerheid van de huidige steunpunten moet waarborgen (bijvoorbeeld door oormerking van WMO-gelden). Voor de inbreng van cliëntenorganisaties in de gemeentelijke beleidsontwikkelingen is reeds eerder een tijdelijk stimuleringsprogramma

ingesteld (Programma Lokale Versterking). Betrokkenen in de interviewronde pleiten er echter ook voor om het rond de verschillende activiteiten van de cliëntenorganisaties niet bij tijdelijke stimuleringsmaatregelen te laten, maar om ook structurele oplossingen te zoeken (zie ook Grit e.a., 2008).

4.4 Conclusies

Recentere ontwikkelingen rond de WMO geven nog geen aanleiding om de conclusie uit de quickscan van de Trendrapportage GGZ 2008 te herzien. Eerder lijken mensen met psychische problemen een vergeten groep te worden in de WMO, tenzij het om 'OGGZ-clienten' c.q. 'overlastgevers' in de grote steden gaat. Binnen de verschillende rapporten die in 2008 over de WMO zijn verschenen wordt aan de ondersteuning van mensen met psychische problemen hoegenaamd geen aandacht besteed. Regionale cliëntenorganisaties voor mensen met psychische problemen, krijgen moeizaam voet aan de grond in de WMO en moeten activiteiten staken. Onderzoeken laten zien dat in het algemeen van een impuls van de WMO voor de ondersteuning en de participatie van kwetsbare groepen nog weinig sprake is. In de interviewronde wordt dat beeld bevestigd, in het bijzonder met betrekking tot mensen met psychische problemen. Kansen voor de participatie van mensen met psychische problemen worden wel gesignaleerd binnen andere gemeentelijke beleidskaders (werk en inkomen, activering, reïntegratie). Vooralsnog ontbreekt echter een structurele aanpak vanuit zowel de GGZ als de gemeenten om die kansen te benutten.

Twee kanttekeningen willen we nog bij deze bevindingen plaatsten. De eerste is dat bovenstaand beeld een 'dwarsdoorsnede' is, maar dat gemeenten ook van elkaar verschillen in de mate waarin zij aandacht besteden aan mensen met psychische problemen. De tweede kanttekening, door gemeenten zelf aangehaald, is dat waar de WMO tekort schiet in de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische problemen of kwetsbare groepen in het algemeen, dat niet per se een kwestie is van onwil of onwetendheid van de betreffende gemeenten, maar ook van het onvoldoende gefaciliteerd zijn (financieel, qua kennis) om die ondersteuning te kunnen bieden. In deze trant reageerde de G27 eind 2008 ook op de voorgenomen pakketmaatregelen in de AWBZ. "Mensen met matige of ernstige beperkingen hebben voor hun participatie specifieke individuele voorzieningen nodig. Het ligt niet voor de hand dat dit door gemeenten wordt georganiseerd vanuit de WMO." En: "Het is onwenselijk dat hervormingen in het stelsel voor zorg en welzijn versnipperd, ad hoc, louter financieel gestuurd en direct gepaard gaand met bezuinigingen worden doorgevoerd," De G27 spreken zich uit voor een consistent beleid, gebaseerd op een breed gedragen visie op wat nodig is om mensen met (psychische) beperkingen te voorzien van goede zorg én goede ondersteuning bij hun sociale en maatschappelijke participatie (G27, 2008).

5 De praktijk van de justitieel gefinancierde GGZ

5.1 Inleiding

Naast de ZVW, de AWBZ en de WMO is het Ministerie van Justitie een vierde financieringsbron van de GGZ. Het Ministerie van Justitie financiert met name de forensische zorg aan mensen met een strafrechtelijke maatregel.

In hoofdlijnen zijn drie segmenten te onderscheiden in de geestelijke gezondheidszorg aan mensen met een strafrechtelijke maatregel: zorg in het kader van TBS, in het kader van detentie of in het kader van reguliere GGZ onder 'drang' (Ministerie van Justitie, 2008). Tot 2007 werd deze 'strafrechtelijke forensische zorg' deels vanuit het Ministerie van VWS en deels vanuit het Ministerie van Justitie gefinancierd. Vanaf 2007 financiert het Ministerie van Justitie alle forensische GGZ in strafrechtelijk kader. De Directie Forensische Zorg van het Ministerie van Justitie heeft de taken van de zorgkantoren overgenomen en is vanaf 1 januari 2008 aangewezen als de zorginkoper van strafrechtelijke forensische zorg. De indicatiestelling wordt vanaf 1 januari 2008 gecoördineerd door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) voor het intramurale deel en de reclasseringsorganisaties voor het ambulante deel.

In dit hoofdstuk staan we kort stil bij twee aspecten van deze herschikking van de strafrechtelijke forensische zorg: de eerste ervaringen in het GGZ-veld met de wensen en (kwaliteits)eisen van de nieuwe financier en vragen rond de continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke maatregel.

5.2 Zorginkoop in de strafrechtelijke forensische GGZ

In de aanloop en de eerste fase van de overheveling van de voorheen vanuit VWS gefinancierde forensische GGZ naar het Ministerie van justitie, werden vanuit de GGZ een aantal zorgen geuit (zie o.a. NZa, Strafrechtelijke forensische zorg op reguliere plaatsen, 2008). Gesignaleerd werd dat Justitie en de GGZ verschillende posities innemen, die zouden kunnen botsen: Justitie redeneert vanuit beheersing van de justitiabele en legt een sterke nadruk op de beveiligingscomponent; de GGZ redeneert vanuit de zorg voor de patiënt en legt de nadruk op de behandelingscomponent. Gevreesd werd ook voor de mogelijke gevolgen van de dubbele rol van het Ministerie van Justitie: enerzijds beleidsmaker en anderzijds uitvoerder in de rol van zorginkoper. Gesignaleerd werd dat wat Justitie met algemeen beleid niet voor elkaar krijgt, men wellicht zou proberen te

realiseren via selectieve zorginkoop. In het verlengde daarvan werd de vrees uitgesproken dat Justitie c.q. de instellingen die reeds onder Justitie vallen, concurrenten zouden kunnen gaan worden van GGZ-instellingen. Zo zouden TBS-klinieken hun voorzieningen kunnen gaan uitbreiden of zouden gevangenen zelf hun zorgvoorzieningen kunnen gaan opzetten in plaats van deze bij de GGZ in te kopen. De vrees was ook dat de strafrechtelijke forensische zorg daarmee meer ingekapseld zou raken in het Justitiële circuit en verder van de samenleving zou komen te staan.

Mede met het doel deze zorgen weg te nemen, is vanuit het Ministerie een intensief traject in gang gezet om de overheveling in goede banen te leiden. Daarbij vervult onder andere het Projectbureau Vernieuwing Forensische Zorg in Strafrechtelijk Kader een belangrijke rol. Zorginkoopbeleid is geformuleerd en een Uitvoeringsprotocol is op schrift gesteld (Ministerie van Justitie, 2007, 2008). Daarbij wordt expliciet aangegeven dat gekozen wordt voor "continuïteit van eerder ingezet beleid bij de zorgaanbieders". "Het is niet de bedoeling grote wijzigingen aan te brengen en productieafspraken zullen veelal in lijn liggen met de afspraken van vorig jaar". Verder wordt nadrukkelijk afgezien, zo luidt het, van eenzijdige sturing en wordt gekozen voor dialoog: "Justitie zal zich inspannen om ... kennis en deskundigheid te vergaren over de nieuwe zorgaanbieders waar zij mee te maken krijgt en het speelveld van de zorginkoop waarin deze zorgaanbieders opereren. Justitie wil ... in een open dialoog met zorgaanbieders zoeken naar een balans tussen eigen doelstellingen, innovatie, en de doelstellingen en belangen van de zorgaanbieders van forensische zorg." Ook wordt aangegeven dat alle instellingen die al zorg leveren aan mensen met een strafrechtelijke titel, voorlopig opnieuw worden gecontracteerd conform de binnen de AWBZ geldende contracteerverplichting.

In de ervaringen van de veldpartijen klinkt overwegend waardering door voor de opstelling en de aanpak van het Ministerie van Justitie. Zo wordt in de interviewronde overwegend positief geoordeeld over de wijze waarop Justitie in de praktijk de zorginkoop aanpakt. "Er was koudwatervrees. Maar Justitie blijkt een betrouwbare financier te zijn," aldus één van de geïnterviewden. "Zorginkopers stellen zich leergierig op," wordt elders vastgesteld (NZa, 2008d). Geïnterviewden merken op dat Justitie oog heeft voor signalen vanuit het veld en ruimte biedt voor ketenzorg en innovatie. Zorginkopers "luisteren echt naar plannen" en stellen zich waar nodig flexibel op. Een pre is ook dat Justitie inzet op langdurige garantieafspraken, waardoor ontwikkeling en innovatie daadwerkelijk de ruimte krijgen. Verder zijn aanbestedingprocedures helder, zo luidt het. De grote GGZ-instellingen waarderen ook dat voor de bekostiging is gekozen voor de bij de DBC-systematiek van de ZVW aansluitende systematiek van Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties (DBBC).

Opgemerkt zij dat deze geluiden over Justitie nogal afwijken van die over de andere GGZ-financiers: gemeenten in het kader van de WMO en met name de zorgverzekeraars in het kader van de ZVW. In plaats van een eenzijdig opgelegd bonus-/malus-systeem en een druk op het afgeven van kortingen, kiest Justitie, zo lijkt het, voor een

gelijkwaardige, open samenwerking met het GGZ-veld. Mogelijk speelt daarbij een rol dat de positie en het beleid van Justitie, anders dan die van de zorgverzekeraars, niet aan concurrentie en marktprocessen onderhevig zijn. Bijkomend voordeel voor de instellingen is dat men binnen de strafrechtelijke forensische zorg met slechts één financier/zorginkoper te maken heeft, waar het in de WMO en de ZVW om een groot aantal financiers gaat. Dat schept duidelijkheid en beperkt de administratieve verplichtingen.

Toch zijn, na de eerste positieve ervaringen, nog niet alle zorgen bij de GGZ-instellingen verdwenen. Het NZa rapporteert over de vrees bij GGZ-aanbieders dat Justitie gaandeweg toch meer op de stoel van de behandelaar zal willen gaan zitten. Gesignaleerd wordt dat Justitie circulaire heeft ontwikkeld die volgens zorgverleners een sterke inbreuk maken op het zorgproces. Ook worden protesten aangetekend tegen voornemens van Justitie om afgevaardigden in de Raden van toezicht te plaatsen van instellingen die TBS-behandelingen bieden. Deze leden zouden rechtstreeks door het Ministerie van Justitie of op basis van een bindende voordracht worden benoemd. GGZ Nederland heeft aangegeven voorstander te zijn van onafhankelijk toezicht op een evenwichtige in- en verkooprelatie (bijvoorbeeld door de NZa) (NZa, 2008d).

In de interviewronde worden van de zijde van de RIBW's kanttekeningen geplaatst bij de invoering van de DBBC-systematiek. Sinds 2004 zijn er circa 400 cliënten met een strafrechtelijke maatregel in zorg bij de RIBW's in voorzieningen voor beschermd of begeleid wonen. Voor deze (en eventuele nieuwe cliënten) moeten de RIBW's mee in het volgens betrokkenen omvangrijke administratieve en verantwoordingsstelsel van de DBBC's. Dat levert een voor de relatief kleine zelfstandige RIBW's onevenredig grote administratieve lastendruk op (onevenredig veel groter ook dan voor de geïntegreerde GGZ-instellingen, die over een grotere administratieve capaciteit beschikken en bovendien in het kader van de ZVW al een DBC-administratie hebben opgetuigd). De administratieve lastendruk wordt nog eens versterkt door de inkoopprocedures, zo luidt het. De vrees bij de betrokken instellingen is dat zij op termijn hun rol in de forensische zorg zullen verliezen en dat anderen die zullen gaan innemen (bijvoorbeeld TBS-klinieken). Daarbij wordt ook de vrees uitgesproken dat de meer maatschappelijke georiënteerde ondersteuning zoals de RIBW's die plegen te bieden, plaats zal maken voor een meer repressieve, op gedragsmodificatie georiënteerde zorgcultuur.

5.3 Continuïteit van zorg

Tot de belangrijkste kanttekeningen bij de overheveling behoren die over de continuïteit van zorg. Hoe verder als de strafrechtelijke maatregel ten einde is of hoe te starten als de maatregel nog niet van kracht is geworden? Soms zijn het dezelfde forensische instellingen of afdelingen die zorg aan mensen met een strafrechtelijk maatregel bieden, die ook het voor- of natraject voor hun rekening nemen en die dus ook zorg bieden aan mensen bij wie geen strafrechtelijke maatregel (meer) van kracht is. In de intramurale

zorg zou dat een relatief klein deel van de cliëntèle van deze instellingen betreffen, maar in de ambulante tak van desbetreffende voorzieningen zou het volgens opgave van het Justitie om 75 % van de cliënten gaan (Ministerie van Justitie, 2007). Deze voorzieningen zijn voor hun financiering dus aangewezen op meer bronnen: niet alleen het Ministerie van Justitie, maar ook op de AWBZ of de ZVW. Soms ook dienen voor vervolgotrajecten niet alleen andere wettelijke financieringskaders, maar ook andere instellingen ingeschakeld te worden. In al deze gevallen is op het niveau van individuele behandel- of begeleidingstrajecten een naadloze overgang niet vanzelfsprekend.

Ook vanuit het Ministerie van Justitie zelf wordt veel aandacht gevraagd voor de continuïteit van zorg: "Hoewel Justitie niet verantwoordelijk is voor de inkoop van deze [niet-strafrechtelijke] forensische zorg, is deze zorg wel degelijk van belang voor Justitie." En "Er mag geen vacuüm ontstaan in de zorg, terwijl tevens moet worden voorkomen dat personen onnodig te maken krijgen met een wisseling van zorgaanbieders." Het Ministerie geeft aan voornemens te zijn bij de zorginkoop in te zetten op bredere zorgprogramma's, "waarbij alle relevante onderdelen gewaarborgd worden door de zorgaanbieder". Verder moet overleg met de zorgkantoren en zorgverzekeraars en het afstemmen van overeenkomstige informatiebehoeften soelaas beiden (Ministerie van Justitie, 2007; zie ook NZa, 2008d).

In hoeverre het probleem van de continuïteit van de zorg rond 'justitiabelen' in de praktijk goed ondervangen wordt, is nog niet te zeggen. De brancheliteratuur in en rond de GGZ geeft daar geen beeld van. Wel wordt in de interviewronde geconstateerd dat het verzekeraars niet altijd bekend is dat forensische zorg ook aan mensen zonder strafrechtelijke titel wordt geboden (en deels dus onder de ZVW valt; zie ook Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, 2008; Programma Vernieuwing Forensische Zorg, 2008). Een enkeling spreekt van afschuifgedrag rond 'grensvlakproblematiek'. Vanuit de hoek van de gemeenten wordt aangegeven dat het organiseren van de lokale 'keten' (OGGZ, maatschappelijke opvang, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg) er met het verschijnen van het Ministerie van Justitie als nieuwe partij niet eenvoudiger op is geworden. "We dachten de keten mooi rond te hebben en dan komt Justitie er weer bij." Extra complicatie is dat gemeenten georiënteerd zijn op de lokale en regionale samenwerking terwijl Justitie een landelijke inkoopfunctie vervult. "Dan is het moeilijk om ze in een regionale samenwerking te betrekken." Gewezen wordt ook op de incompatibiliteit van de verschillende registratiesystemen. Ook op het niveau van de individuele begeleidingstrajecten bemoeilijkt e.e.a. het realiseren van een sluitend ondersteuningssysteem: "Dan heb je voor één cliënt zoveel verschillende kaders."

De indruk is dat de continuïteit van zorg voorlopig een belangrijk aandachtspunt blijft. Dat geldt overigens niet alleen voor de zorg voor justitiabelen, maar ook voor andere personen en groepen die, gelijktijdig danwel volgtijdelijk, ondersteuning ontvangen of vragen vanuit verschillende financieringskaders. In hoofdstuk 6 staan we uitgebreider stil bij de signalen vanuit het veld over de continuïteit van zorg en de ketenzorg in brede zin.

5.4 Conclusies

Het onderbrengen van de financiering van alle geestelijke gezondheidszorg aan personen met een strafrechtelijke maatregel bij het Ministerie van Justitie, riep aanvankelijk de nodige vragen op vanuit de GGZ. Zorgen werden geuit over een mogelijke accentverschuiving van zorg naar beheersing, over concurrentie van justitiële voorzieningen met GGZ-instellingen en over de dubbele rol van Justitie als beleidmaker en -uitvoerder. In praktijkervaringen van de GGZ-instellingen tot dusver komt Justitie vooral naar voren als een betrouwbare, geïnteresseerde, coöperatieve en flexibele partij. De algemene toon over Justitie als zorginkoper is daarmee positiever dan die over de zorgverzekeraars. Wel blijven GGZ-aanbieders alert op een toenemende bemoeienis vanuit Justitie met inhoudelijke aspecten van de geboden zorg. Bij de RIBW's bestaat de vrees uit de markt gedrukt te worden, onder andere als gevolg van de hoge administratieve lastendruk van de DBBC-systematiek. Gewezen wordt ook op het risico van een verschuiving van een meer maatschappelijk georiënteerde naar een meer gedragsmodificerende aanpak. Verder blijven er zorgen over de continuïteit van zorg. Het is niet ondenkbaar dat een (ex-)justitiabele binnen een kort tijdbestek te maken heeft met zowel justitieel gefinancierde zorg als met de maatschappelijke opvang, openbare GGZ, reguliere GGZ en/of verslavingszorg ; ofwel, met ABWZ-, ZVW en/of WMO-gefinancierde voorzieningen. Dat vergt grote inspanningen op het gebied van de samenwerking en ketenzorg, zowel op systeemniveau als op individueel niveau.

6 De praktijk van de verkavelde financiering

6.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken zijn de ervaringen geïnventariseerd met de afzonderlijke, deels nieuwe financieringskaders voor de GGZ. Nieuw voor de GGZ is ook het feit dat men niet meer met één, maar met meer financieringsbronnen te maken heeft. Met name de grote instellingen schaken niet meer op één bord, maar op meer borden tegelijk. In dit hoofdstuk zetten we de consequenties van deze gespreide financiering op een rij. Eerst gaan we in op de bedrijfsmatige consequenties van het 'schaken op meer borden' (paragraaf 6.2). Vervolgens nemen we in paragraaf 6.3 de zorginhoudelijke gevolgen onder loep: lukt het om alle voorzieningen ook in het nieuwe stelsel goed te blijven financieren of vallen er voorzieningen tussen de mazen van de verschillende financieringskaders door? Tot slot staan we stil bij de ketenzorg in het nieuwe stelsel (paragraaf 6.4).

6.2 Kansen en belemmeringen in een verkavelde GGZ

Aan een verbreding van het aantal potentiële financieringsbronnen kleven voor de GGZ in bedrijfsmatige zin zowel voor- als nadelen, zo komt uit de brancheliteratuur en uit de interviews naar voren.

Een voordeel is dat meer potentiële bronnen ook meer kansen bieden. Vanuit de zijde van de verzekeraars wordt in de interviewronde het vermoeden uitgesproken dat de nieuwe situatie een stimulans zal zijn voor de ondernemingszin van de GGZ-instellingen. Daaraan wordt toegevoegd dat de nieuwe situatie van de GGZ op zich ook niet uitzonderlijk is: ook 'gewone bedrijven' hebben met verschillende financiers te maken. Van de zijde van de instellingen zelf wordt gesignaleerd dat de nieuwe situatie inderdaad een impuls is voor het actiever op zoek gaan naar middelen, overigens niet alleen binnen de reguliere financieringskaders, maar bijvoorbeeld ook bij fondsen en potentiële sponsors. Een enkeling overweegt om daar in de instelling een aparte medewerker voor vrij te maken.

Toch lijken de voordelen nog niet op te wegen tegen de gesignaleerde knelpunten. De volgende knelpunten komen uit de brancheliteratuur en de interviews naar voren:

- De administratieve lastendruk is fors toegenomen. Dat is niet alleen een gevolg van toenemende verantwoordingsvereisten binnen de afzonderlijke financieringskaders,

maar ook van het feit dat elk van deze financieringskaders andere administratieve werkzaamheden en verplichtingen kent. Ook de tijdinvestering in het maken van afspraken met financiers is, met de toename van het aantal financiers, fors toegenomen. Gevoegd bij de opeenstapeling van systeemveranderingen trekt een en ander een zeer sterke wissel op de bedrijfsvoering van de instellingen (zie o.a. Psy.nl, 2008d).

- Sommige voorzieningen kennen verschillende functies (bijvoorbeeld FACT-teams) en moeten voor hun financiering een beroep doen op meer bronnen. Dat vraagt afspraken met en afstemming tussen vele partijen. Complicerende factor daarbij is dat verschillende financiers primair naar hun eigen taak kijken en op voorhand geen rekening houden met de taakopvattingen van andere cofinanciers (De Boer e.a., 2008).
- Voor het maken van productieafspraken is zicht nodig op de patiëntenstromen binnen en tussen de verschillende financieringskaders. Die stromen zijn vooraf lastig te bepalen. Productieafspraken gelden ondertussen wel als plafond. Er is geen mogelijkheid van uitwisseling van over- of onderproductie tussen de verschillende kaders. De verschillende financieringsbronnen zijn geen communicerende vaten, maar staan op zichzelf. Dat levert extra financiële risico's op (zie o.a. Van Rooijen, 2008).
- De substitutiemogelijkheden zijn afgenomen. Bijvoorbeeld klinische afbouw in de AWBZ levert geen extra middelen op voor ambulante zorg in de ZVW. Een prikkel tot beddenreductie ontbreekt (beddenreductie is bedrijfseconomisch zelfs onrendabel). Ook binnen de afzonderlijke financieringskaders is de speelruimte volgens veel geïnterviewden afgenomen. Waar zorgkantoren voorheen de ruimte hadden om met individuele instellingen afspraken te maken over het extramuraal inzetten van middelen die aanvankelijk bestemd zijn voor intramurale voorzieningen, is die ruimte er nu niet meer; ook de zorgkantoren worden 'strakker' gehouden.
- Door de schotten tussen de verschillende financieringskaders en door de toegenomen rigiditeit binnen de afzonderlijke kaders zijn de flexibiliteit en de mogelijkheden tot innovatie afgenomen.

In de interviewronde uiten sommigen de vrees dat door de toegenomen overhead, maar ook door de belemmeringen voor substitutie, innovatie en extramuralisering, de geestelijke gezondheidszorg op systeemniveau eerder inefficiënter dan efficiënter zal worden. Gevreesd wordt ook voor de mogelijke repercussies van een dergelijke ontwikkeling op de zorg zelf.

6.3 Voorzieningen tussen zorg en samenleving

De spreiding van de GGZ-financiering over verschillende financieringsbronnen heeft niet alleen consequenties voor de bedrijfsvoering van de instellingen. Uit de brancheliteratuur en de interviews komt naar voren dat de 'herverkaveling' ook zorginhoudelijke consequenties heeft. Gesignaleerd wordt dat onderhandelingen ontstaan over de vraag welke

voorzieningen door wie gefinancierd moeten worden. De afzonderlijke financiers zullen de eigen uitgaven zoveel mogelijk willen beperken en de voorzieningen waarvoor zij verantwoordelijk zijn zo scherp mogelijk willen afbakenen. Daardoor kunnen ook leemtes ontstaan en kunnen sommige categorieën voorzieningen tussen wal en schip vallen.

Signalen in die richting worden onder andere afgegeven in het eerdergenoemde onderzoek van Palm e.a. (2008). In dit onderzoek geeft 81 % van de respondenten (en 86 % van de medewerkers uit de instellingen) aan dat de nieuwe financieringskaders naar hun indruk leiden tot het verdwijnen van voorzieningen of werksoorten (Palm e.a., 2008). Maar ook in de brancheliteratuur en in de interviewronde wordt erop gewezen dat bepaalde voorzieningen het in het nieuwe stelsel moeilijker hebben gekregen en soms in hun voortbestaan worden bedreigd. Daarbij gaat het voor een groot deel (maar niet uitsluitend) om voorzieningen voor mensen met langduriger of complexere problemen en om voorzieningen op het grensvlak van zorg en samenleving. Concreet worden de volgende categorieën voorzieningen en werksoorten genoemd:

- Psychiatrische Ondersteuning in de Huisartsenpraktijk (POH)
- Preventie, consultatie en algemene dienstverlening
- Integrale zorgteams, zoals teams voor (Functional) Assertive Community Treatment ((F)ACT) en teams voor Functional Family Therapy (FFT)
- Voorzieningen op het gebied van rehabilitatie en participatie

In de eerste twee gevallen gaat om voorzieningen waar specifieke subsidieregelingen voor bestonden, die in het nieuwe stelsel gedeeltelijk zijn weggefallen. In de laatste twee gevallen lijkt het om meer structurele knelpunten in het nieuwe stelsel te gaan. We lichten één en ander kort toe.

Psychiatrische Ondersteuning in de Huisartsenpraktijk (POH)

Eind 2007 waren circa 500 spv-en en andere gespecialiseerde verpleegkundigen vanuit de 2^e lijns GGZ gedetacheerd bij huisartsen. Doelstelling was om psychische problemen sneller in de 1^e lijn aan te pakken en op te lossen en zo de 2^e lijns GGZ te ontlasten. De detachering werd gefinancierd vanuit een speciale subsidieregeling in de AWBZ. Die subsidieregeling is per 1 januari 2008 komen te vervallen. Huisartsen werden geacht voortaan zelf psychiatrische verpleegkundige ondersteuners aan te stellen. Voor de financiering daarvan werd een bedrag van 38 miljoen euro vanuit de AWBZ overgeheveld naar de zorgverzekeraars.

In de praktijk blijkt de aanstelling van psychiatrisch verpleegkundige ondersteuners door de huisartsen echter niet goed van de grond te komen. Verschillende oorzaken worden daarvoor aangewezen. Zorgverzekeraars zouden nog niet warm lopen voor de voorziening. Voor zover zij regelingen treffen lopen de beleidslijnen sterk uiteen, waardoor onduidelijkheid ontstaat. Huisartsen aarzelen om het werkgeverschap op zich te nemen. En ook spv-en zelf lopen om zorginhoudelijke (beperkt aantal contacten), financiële en rechtspositionele redenen nog niet warm voor een directe aanstelling bij de

huisarts (Palm e.a., 2008; Van Delft, 2008c; Psy.nl 2008^e). De NZa en Zorgverzekeraars Nederland hebben inmiddels maatregelen genomen om een aantal van de belemmeringen weg te nemen. In hoeverre die maatregelen soelaas bieden, is ten tijde van het schrijven van dit rapport nog niet duidelijk.

Overigens worden ook door de instellingen zelf wegen gezocht om de praktijkondersteuning bij de huisartsen te kunnen continueren, bijvoorbeeld door de oprichting van zelfstandige 1^e lijnsorganisaties. Een voorbeeld is Indigo, dat is opgericht door een aantal grote, 2^e lijns GGZ-instellingen. Het leveren van POH-diensten door Indigo wordt door de initiatiefnemers nadrukkelijk als een optie genoemd (Van Delft, 2008c); een ontwikkeling waar in de interviewronde met name van de zijde van de bestaande eerstelijns-GGZ-hulpverleners kanttekeningen bij worden geplaatst: "Iedereen richt zich op de kortdurende behandeling, met allerlei ideologische verhalen over substitutie, maar daar komt niets van terecht," aldus één van de geïnterviewden. Spv-en zouden zich moeten richten op waar ze goed in zijn: de begeleiding van mensen met de complexe problemen, zo wordt geopperd.

Preventie, consultatie en algemene dienstverlening

Tot 2007 ontvingen GGZ-instellingen vanuit een aparte subsidieregeling in de AWBZ middelen voor niet-cliëntgebonden activiteiten rond preventie, consultatie en algemene dienstverlening. Met die middelen werd een breed scala aan activiteiten gefinancierd, zoals voorlichtingsbijeenkomsten bij andere maatschappelijke organisaties (gemeentelijke diensten, scholen), consultatie van huisartsen, politie of andere organisaties, trainingen voor risicogroepen, ondersteuningsgroepen voor mantelzorgers, participatie in regionale overlegorganen.

In 2007 is de betreffende subsidieregeling komen te vervallen. De bijbehorende budgetten werden overgeheveld naar de WMO. Het CVZ stelde vast dat collectieve preventie niet vanuit de ABWZ of de ZVW geboden mag worden. Individuele preventie wel, mits daar een indicatie voor is afgegeven (CVZ, 2007).

In hoofdstuk 4 constateerden we al dat gemeenten volgens de GGZ-instellingen over het geheel genomen terughoudend zijn geweest bij het overnemen van de financiering van de preventieve en dienstverleningsactiviteiten. Enkele instellingen proberen sindsdien de afzonderlijke activiteiten in rekening te brengen bij de potentiële afnemers, maar de belangstelling daarvoor bij die afnemers lijkt gering. Pogingen worden ook ondernomen om die activiteiten die zich daarvoor lenen, onder de noemer van individuele preventie onder te brengen in de ZVW. Ook de zorginkoop van preventie door de zorgverzekeraars blijft echter achter, zo wordt door enkele geïnterviewden geconstateerd, maar bijvoorbeeld ook door de RVZ (RVZ, 2008a, 2008b)). Bijkomende complicatie van financiering van preventie vanuit de ZVW is dat betreffende activiteiten dan ingepast moeten worden in de DBC-systematiek. Om bijvoorbeeld voor een cursus rondom preventie van depressie in aanmerking te komen moet dan eerst een DBC

geopend worden en een diagnose gesteld worden. Voor veel cliënten is dat een extra drempel, zo wordt geconstateerd, vooral wanneer de cliënt niet het idee heeft aan een psychiatrische aandoening te lijden, maar de cursus bijvoorbeeld wil volgen in het kader van een reïntegratietraject.

Veel activiteiten op het gebied van preventie, consultatie en algemene dienstverlening zijn ten gevolge van deze knelpunten inmiddels gestaakt, zo wordt gemeld in de interviewronde. Ook de Inspectie van de Gezondheidszorg signaleert dat de GGZ-preventie stagneert (IGZ, 2008). Dat wordt vooral betreurd omdat preventie- en dienstverleningsactiviteiten wel worden beschouwd als de 'smeerolie' van het systeem en essentieel voor de ontwikkeling en het functioneren van bredere, maatschappelijk georiënteerde zorgnetwerken rondom de GGZ (zie ook paragraaf 6.4).

Integrale zorgteams

In de afgelopen 15 jaar zijn voor GGZ-clieënten met langduriger en meervoudige psychische en sociale problemen vanuit de GGZ integrale zorgteams ontwikkeld. Vanuit één multidisciplinair team wordt medicatie en therapeutische hulp geboden, maar ook praktische ondersteuning, hulp bij het vinden en behouden van werk, behandeling van de verslaving, etc.. De bekendste voorbeelden zijn de teams voor (Functional) Assertive Community Treatment ofwel (F)ACT-teams (Van Veldhuizen e.a. 2008). In dergelijke integrale teams participeren verschillende deskundigen en steeds vaker ook ervaringsdeskundigen. De integrale teams bieden indien nodig intensieve hulp. Ketenpartners blijven ook betrokken en worden ook aangesproken. Maar de eindverantwoordelijkheid voor het ondersteuningspakket als geheel ligt bij het integrale team.

Belangrijkste motief voor het integreren van verschillende functies en het plaatsen van de algehele eindverantwoordelijk in één team is dat betreffende cliënten zelf niet altijd goed in staat zijn om zelf de benodigde ondersteuning op de verschillende levensgebieden te vinden en te mobiliseren. De teams vervullen ook een belangrijke rol in de afstemming tussen verschillende hulpverleners. Onderzoek bevestigt de effectiviteit van de integrale teams (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Aan de vooravond van de stelselwijziging in de GGZ werd al de vraag gesteld wat deze zou betekenen voor de financiering van de integrale teams: onder welk financieringsregime vallen deze voorzieningen, die elementen van onder andere de ZVW, de AWBZ en de WMO in zich dragen? Zullen ze, bijvoorbeeld als ze bij de ZVW ondergebracht worden, hun integrale werkwijze van de zorgverzekeraars mogen voortzetten? Of moeten de teams voor hun verschillende (geïntegreerde) functies op zoek naar verschillende financiers?

Uit de interviewronde komt naar voren dat de financiering van de integrale teams inderdaad aanmerkelijk complexer is geworden. Zorgverzekeraars zijn (nog) niet overtuigd van het belang van deze teams, constateren dat ze duur zijn en signaleren dat

de teams ook functies vervullen die niet des ZVW's zijn en dus niet voor rekening van de zorgverzekeraars zouden moeten komen. Ook gemeenten zien voor zichzelf slechts een beperkte rol weggelegd bij de financiering van de integrale teams; alleen de grote gemeenten dragen in het kader van de OGGZ en maatschappelijke opvang gedeeltelijk bij aan de kosten.

Gesignaleerd wordt dat de teams in het nieuwe stelsel ten gevolge van de financieringsproblemen niet meer kostendekkend kunnen werken. Opgemerkt wordt ook dat er door het wegvallen van substitutiemogelijkheden weinig groei ruimte meer is. Eerder dreigen de voorlopers van de integrale, ambulante zorg op financiële achterstand te raken. Een voorbeeld is de regio Noord-Holland Noord, waar in het afgelopen decennium sterk is ingezet op extramuralisering en op de ontwikkeling van (F)ACT teams. Daartoe werden middelen overgeheveld van 'bedden' naar ambulante zorg (de intramurale capaciteit van de regio ligt momenteel beduidend onder het landelijk gemiddelde). Die substitutie is in het nieuwe stelsel niet meer mogelijk. Wel kent de regio door de intensieve ambulante zorg relatief hoge ambulante kosten per Iza-cliënt in de ZVW en, doordat de overgebleven intramurale populatie zwaardere problematiek heeft dan de gemiddelde intramurale cliëntengroep, relatief hoge intramurale kosten per cliënt in de AWBZ. In de interviewronde wijzen betrokkenen erop dat wat in termen van zorgsoort per cliënt dure zorg is, op systeemniveau door het lagere intramurale zorggebruik potentieel kostenbesparend is. Zij merken echter ook op dat dit bredere systeembelang in de marktverhoudingen weinig pleitbezorgers kent en dat verzekeraars en in navolging daarvan ook de bedrijfsvoerders in de instelling zich vooral concentreren op het minimaliseren van de kosten per product (DBC's, ZPP's).

Pleitbezorgers van de integrale zorgteams merken ten slotte op dat deze teams in veel regio's nog onderontwikkeld zijn en nog niet richtlijnconform zijn opgetuigd, maar dat die onderontwikkelde zorg wel de maat is geworden voor de productstructuur van de DBC's. "Dit betekent dat overal in Nederland suboptimaal wordt behandeld en dat er dus suboptimale DBC's's worden geschreven. Maar deze DBC's zullen op den duur gaan bepalen welke zorg er kan worden geboden per aandoening. Zo dreigt voor de langdurige GGZ een vicieuze cirkel en een neerwaartse spiraal", aldus De Boer e.a. in een recent overzicht van de ACT-financiering (De Boer e.a., 2008).

Overigens zijn het niet alleen de ACT en FACT-teams die onder het nieuwe stelsel lijden. Ook intensieve, integrale ambulante voorzieningen in de jeugd-GGZ, zoals Family Functional Therapy (FFT) hebben te kampen met financieringsproblemen, zo geven betrokkenen in de interviewronde aan. Bij FFT worden interventies gepleegd in de instelling, maar ook thuis, op school en indien nodig in het juridische circuit. Ook hier geldt dat het soms om intensieve zorg gaat, met naast behandelcontacten ook relatief veel niet-behandelcontacten (met leraren, ouders, andere hulpverleners). Ook voor FFT geldt dat zorgverzekeraars geneigd zijn om wel het directe behandeldeel tot het eigen (ZVW-)domein te rekenen, maar niet de andere activiteiten.

Pleitbezorgers van ACT, FACT en FFT benadrukken dat deze integrale voorzieningen in de praktijk en blijkens onderzoek succesvolle antwoorden zijn op een steeds gesegmenteerder, gespecialiseerder en verbrokkelder rakende hulpverlening. Zij signaleren ook, met andere geïnterviewden, dat het nieuwe stelsel, door de verschillende financieringsstromen en de concurrentieverhoudingen, integrale hulp belemmert en er toe bijdraagt dat partijen zich terugtrekken op hun kernactiviteiten.

Rehabilitatie en participatie

Van oudsher wordt in de GGZ niet alleen aandacht besteed aan de psychische problemen, maar ook (zij het volgens sommigen nog te weinig) aan de context daarvan en aan de sociale en de maatschappelijke aspecten van de problemen van de client. Zo ontwikkelde zich in de loop van de vorige eeuw de sociale psychiatrie, vooral voor mensen met ernstiger psychische en sociale problemen. Bij lichtere problemen werd gesproken van psychosociale begeleiding. In de afgelopen decennia is de zogeheten rehabilitatiebenadering steeds meer de leidraad geworden voor de langdurige GGZ. Rehabilitatie is een werkwijze die erop gericht is om mensen door middel van een breed scala aan ondersteuningsvormen (waaronder behandeling) en op basis van eigen mogelijkheden, keuzen en herstelprocessen, in de gelegenheid te stellen een sociaal en maatschappelijk leven te leiden: thuis, in het gezin, in een baan, op school, bij de vrijetijdsbesteding of in relaties. Als onderdeel of als uitvloeisel van de rehabilitatiebenadering zijn vanuit de GGZ voorzieningen ontwikkeld op het terrein van reïntegratie en ondersteuning bij maatschappelijke participatie. Parallel aan deze ontwikkeling zijn in de afgelopen 15 jaar vanuit cliëntenzijde cliëntgestuurde participatieprojecten ontwikkeld. Op organisatieniveau werd gesproken over de ontwikkeling van 'maatschappelijke steunsystemen'.

Zeer breed wordt in de interviewronde gesignaleerd dat dit spectrum van de meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde benaderingen en voorzieningen in en rond de (langdurige) GGZ, in het nieuw stelsel onder druk is komen te staan. Geïnterviewden verschillen daarin nauwelijks in hun oordeel, hooguit in hun oordeel over de ernst van de consequenties.

Concreet gaat het om activiteiten die gericht zijn op ondersteuning bij het zelfstandig wonen, het ondersteunen of versterken van de sociale netwerken van cliënten, voorzieningen rond dagbesteding, arbeids- en onderwijstoeleiding en ondersteuning bij werken en leren. In de AWBZ, van waaruit deze voorzieningen tot 2008 werden gefinancierd, is steeds minder plaats voor deze activiteiten. In hoofdstuk 3 zagen we dat de AWBZ steeds meer wordt toegespitst op de asiel functie voor diegenen niet in staat geacht worden in de samenleving te participeren. Het bevorderen van maatschappelijke participatie is sinds 2009 ook geen doelstelling meer van de AWBZ. Die voorzieningen die nog wel vanuit de AWBZ worden gefinancierd, zoals het begeleid zelfstandig wonen en met name de dagactiviteitencentra, staan onder druk, zo bleek in hoofdstuk 3. Sommige voorzieningen zoeken hun toevlucht tot de ZVW. Zorgverzekeraars bewaken echter, conform hun rol in het nieuwe stelsel, scherp het domein van de ZVW. Hun

perspectief is dat de ZVW er is voor de geneeskundige GGZ c.q. voor behandeling, niet voor participatie. Zo wordt in de interviewronde van de zijde van de zorgverzekeraars opgemerkt dat men de indruk heeft dat veel GGZ-hulp betrekking heeft op deelnemen aan de samenleving (verwezen wordt naar het *Visiedocument langdurige zorg* van GGZ Nederland; GGZ Nederland, 2008b). "Maar dat is eigenlijk WMO." Gemeenten op hun beurt hebben in het algemeen nog weinig initiatieven getoond met betrekking tot de maatschappelijke ondersteuning en participatie van mensen met psychische problemen. De ongeoormerkte WMO-budgetten, dwingen hen daar ook niet toe. Voor zover er wel aandacht is voor mensen met psychische problemen, beperkt zich dat veelal tot de opvang- en OGGZ-kant (zie hoofdstuk 4). Sommige voorzieningen zoeken financieringsmogelijkheden in regelingen op het gebied van reïntegratie of sociale zekerheid. Die regelgeving wordt echter ervaren als complex en bureaucratisch. Structurele aandacht van desbetreffende voorzieningen voor mensen met psychische problemen ontbreekt. Financiering moet steeds opnieuw voor individuele trajecten via tijdrovende procedures bij elkaar gesprokkeld worden, zo luidt het.

Een veel aangehaald voorbeeld is de financiering van de methodiek van Individual Placement and Support (IPS). Kenmerkend voor deze methodiek is integrale hulp (IPS maakt vaak onderdeel uit van de activiteiten van de integrale zorgteams), begeleiding op individuele maat, snelle plaatsing op een arbeidsplek en continuïteit in de begeleiding op die arbeidsplek. Naar de effectiviteit van IPS is het nodige onderzoek verricht en inmiddels wordt de interventie beschouwd als 'evidence based'. Financiering van IPS blijkt echter zeer problematisch. Zorgfinanciers beschouwen de methodiek als sociale activering of reïntegratie. Financiers van reïntegratie- of activeringstrajecten beschouwen het als zorg, vinden de intensiteit en de kosten van de begeleiding te hoog of zijn niet gewend te werken met op individuele maat gesneden ondersteuningsvormen in plaats van standaardtrajecten. Voor zover financiering voor IPS gevonden wordt is die direct gebonden aan de uitvoering van individuele begeleidingstrajecten; voor de doorgaans tijdrovende voorbereidende of coördinerende activiteiten ontbreken structurele middelen. Dat laatste maakt IPS ook voor de GGZ-instellingen een onaantrekkelijke, want potentieel verliesgevend activiteit (zie o.a. Van Kerkhof, 2008; De Boer e.a., 2008).

Een kwantitatief overzicht van de consequenties van bovenstaande ontwikkelingen in de praktijk ontbreekt. Uit de interviewronde komt het beeld naar voren dat een deel van de voorzieningen zou zijn omgevallen. Voor een groot deel lijken de betrokken hulpverleners er, ondanks deze financieringsproblemen, nog in te slagen de bestaande voorzieningen op het gebied van rehabilitatie en participatie op enigerlei wijze overeind te houden. Ook deze laatste groep vreest echter voor de verdere toekomst. De financiering raakt gefragmenteerd, voor individuele trajecten moet gezocht worden naar gedifferentieerde oplossingen op decentraal niveau. Dat is tijdrovend, inefficiënt en kostbaar. Gesignaleerd wordt ook dat de rehabilitatiebenadering inhoudelijk weliswaar een steeds steviger 'evidence base' begint te krijgen, maar wat betreft de implementatie in de praktijk nog in de kinderschoenen staat. Die ontwikkeling dreigt nu vroegtijdig te

stagneren, zo is de vrees. Gewezen wordt met name op de risico's van het wegebben van de in de afgelopen decennia opgebouwde expertise, van medicalisering en remuralisering, van een groeiende kloof tussen zorg en samenleving en van het verder achterop raken van de participatie van mensen met psychische problemen. Gewezen wordt ook op het risico van kostenstijgingen binnen en buiten de GGZ ten gevolge van bovenstaande ontwikkelingen.

In de interviewronde worden overigens ook oplossingsrichtingen aangereikt. In het volgende hoofdstuk, bij de bespreking van de consequenties van het nieuwe stelsel voor de kwaliteit van de zorg voor mensen met langduriger psychische handicaps, komen deze aan bod.

6.4 Ketenzorg in het nieuwe stelsel

Naarmate psychische problemen langer duren of complexer worden en meer het karakter aannemen van een psychische handicap, ontstaan vaak ondersteuningsbehoeften op meer terreinen en wordt ketenzorg belangrijker. Zowel in de literatuur als in de interviewronde wordt tamelijk eensluidend geoordeeld dat het nieuwe financieringsstelsel nog onvoldoende voorwaarden voor een goede ketenzorg creëert en er in sommige opzichten juist belemmerend voor werkt. Dat geldt zowel voor de zorg aan volwassenen als aan jeugdigen.

Die belemmeringen liggen in de eerste plaats in het feit dat voor een goede ketenzorg de medewerking en samenwerking vereist is van verschillende financiers, elk met hun eigen eisenpakketten, bekostigingssystemen en verantwoordingsystemen. Soms gelden ook binnen dezelfde financieringsbron verschillende bekostigingssystemen (eerste lijn, tweede lijn). Breed wordt de mening gedragen dat dat de afstemming bemoeilijkt. Zo geeft in het onderzoek van Palm e.a. 71 % van de respondenten uit de GGZ-instellingen aan dat de 'knip in de GGZ' naar hun indruk leidt tot een toename van de afstemmingsproblemen (Palm e.a., 2008). Ook de IGZ signaleert dat door de versnippering van de financiering de ketenzorg onder druk komt te staan (IGZ, 2008). GGZ Nederland wijst in het *Visiedocument langdurende zorg* op de risico's van de verschillende schotten voor het vormgeven van zorg die is gericht op "herstel en gelijkwaardig burgerschap". De Boer e.a. merken in het Handboek (F)ACT op dat zorginhoudelijk en logistiek samenhangende zorg ook samenhangende financiering vergt en dat die nu ontbreekt (De Boer e.a., 2008). De RVZ geeft in de achtergrondstudie van het advies over de Zorginkoop aan, dat het nieuwe stelsel zorgbreed de samenwerking belemmert (RVZ, 2008b). In een reactie op het RVZ-rapport bevestigt het Ministerie van VWS overigens dat de schotten in de financiering de inkoop en bekostiging van ketenzorg bemoeilijken (Ministerie van VWS, 2008h).

In de interviewronde wordt vastgesteld dat het nieuwe stelsel ook risico's in zich draagt van afwenteling van verantwoordelijkheden. Niet alleen financiers, maar ook instellingen en zelfs afdelingen binnen instellingen trekken zich ten gevolge van strakkere financiële kaders terug op het eigen domein. 'Integraal werken' dreigt verliesgevend te worden. De strakkere regelgeving maakt het ook makkelijker om zich achter die regels te verschuilen, zo wordt in de interviewronde geopperd. Extra belemmeringen zijn de toegenomen productiedruk (waardoor investeringen in de noodzakelijke randvoorwaardelijke activiteiten rond afstemming en samenwerking niet weggeschreven kunnen worden en achterwege blijven); het verdwijnen van de financiering voor preventie en dienstverlening (van waaruit veel van de op samenwerking en ketenzorg gerichte activiteiten werden bekostigd); en de toegenomen concurrentieverhoudingen. Potentiële samenwerkingspartners zijn ook potentiële concurrenten geworden en "concurrentie doorbreekt de keten", zo luidt het. De sfeer waarin gesprekken over mogelijke samenwerking gevoerd worden, verandert, zo wordt gemeld. In de interviewronde wordt een enkele keer ook melding gemaakt van richtlijnen vanuit de GGZ-instelling om de samenwerking met bepaalde collega-instellingen te staken.

Complicerende factor bij bovenstaande knelpunten is, volgens verschillende geïnterviewden, het feit dat het in het nieuwe stelsel aan een duidelijke regievoerder ontbreekt. Verzekeraars zouden die rol niet op eigen initiatief oppakken en dat overlaten aan de aanbieders (zie ook RVZ, 2008a, 2008b). In de interviewronde wordt van de zijde van de zorgverzekeraars opgemerkt dat afstemming en ketenzorg vooral organisatieproblemen zijn en dat het aan de instellingen is hier iets mee te doen. Aanbieders voelen zich echter, ook als ze de regierol willen vervullen, door bovenstaande factoren steeds minder in de positie om die rol met succes op zich te nemen. In een recent, uitgebreid onderzoek naar regionale zorgnetwerken constateert Vorst overigens dat samenwerking en ketenzorg ook zonder een duidelijke regievoerder nog wel mogelijk zijn (Vorst, 2008). Hij spreekt van 'zelfregulerende zorgnetwerken'. De vorming van die netwerken vraagt echter om onderling vertrouwen, een lage regeldruk en een constante omgeving. Vorst constateert dat die voorwaarden momenteel niet aanwezig zijn en dat juist sprake is van een toenemende regel- en verantwoordingsdruk, snelle veranderingen in die regelgeving en de nodige voorzichtigheid in de onderlinge (concurrentie)verhoudingen. Dat belemmert de vorming van 'zelfsturende regionale zorgnetwerken', aldus Vorst (2008).

De problemen rond de versnipperde financiering en de belemmeringen voor ketenzorg worden als gezegd bevestigd door het Ministerie van VWS (Ministerie van VWS, 2008h, 2008i). Oplossingen worden onder andere gezocht in keten-DBC's en in functionele bekostiging voor de 1^e lijns zorg aan mensen met chronische gezondheidsproblemen. Ook in de interviewronde worden, specifiek voor de zorg aan mensen met psychische problemen, voorstellen gedaan om betere voorwaarden voor ketenzorg te creëren. In het volgende hoofdstuk komen deze aan bod.

6.5 Conclusies

De spreiding van de GGZ-financiering over verschillende financieringsbronnen heeft zowel consequenties voor de bedrijfsvoering van de instellingen als voor de voor de zorg zelf, zo blijkt uit het voorgaande. Instellingen geven aan dat zij te maken hebben met een toegenomen druk op de overhead. Schotten tussen de verschillende financieringskaders belemmeren substitutie en extramuralisering. Voor een aantal voorzieningen zijn specifieke subsidieregelingen in de AWBZ weggefallen, in het bijzonder voor Psychiatrische Ondersteuning in de Huisartsenpraktijk (POH), Preventie en dienstverlening en cliëntgestuurde projecten. Budgetten zijn overgeheveld naar de ZVW respectievelijk de WMO, maar binnen deze nieuwe kaders stuiten de betreffende voorzieningen volgens betrokkenen op verschillende barrières (POH in de ZVW) of worden de budgetten voor andere doeleinden aangewend (WMO).

Structurele knelpunten lijken in het nieuwe stelsel te ontstaan rond de financiering van integrale zorg c.q. integrale zorgteams en de financiering van meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde GGZ-voorzieningen. Geen van de verschillende financieringsbronnen voor de GGZ biedt momenteel afdoende bekostigingsmogelijkheden voor deze voorzieningen. Financiering dreigt te stagneren of wordt 'sprokkelenderwijs' vanuit verschillende bronnen bijeen gezocht. Dat wordt door betrokkenen als tijdrovend, inefficiënt en op termijn als verliesgevend en onhoudbaar beschouwd. Het nieuwe stelsel belemmert ook de flexibiliteit in individuele zorgtrajecten en bemoeilijkt de ketenzorg, zo luidt het.

Potentiële risico's van deze knelpunten betreffen volgens betrokkenen vooral de kwaliteit van de ondersteuning en de participatie van mensen met langdurige psychische handicaps. Een risico is dat ten gevolge van achterblijvende ondersteuning en participatie een verschuiving optreedt van de langdurige ambulante naar de intramurale GGZ. Een risico is ook dat cliënten in toenemende mate te maken krijgen met sociale en maatschappelijke problemen en uitkeringsafhankelijkheid. Een en ander zou kunnen leiden tot versnelde kostenstijgingen binnen zowel als buiten de GGZ.

7 Het nieuwe stelsel en de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg

7.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken zijn de eerste praktijkervaringen met de nieuwe financieringskaders besproken. Vanuit het perspectief van de verschillende financieringsbronnen en de nieuwe verhoudingen en regelgeving rond elk van die bronnen is op een rij gezet wat aanbieders merken van het nieuwe stelsel, zowel in hun bedrijfsvoering als in de zorg die zij bieden. Ook de visies daarop van andere betrokkenen zijn de revue gepasseerd.

In dit hoofdstuk keren we terug naar de centrale onderzoeksvragen: wat zijn volgens de partijen in het veld de consequenties van het nieuwe stelsel voor kwaliteit van de zorg en welke voorzieningen en cliëntengroepen lijken meer of juist minder te profiteren van het nieuwe stelsel? Mede op geleide van de bevindingen uit de vorige hoofdstukken belichten we deze vragen vanuit drie perspectieven. Allereerst bespreken we de impact van het nieuwe stelsel op de aandacht voor de kwaliteit van de zorg in zijn algemeenheid. Komt er volgens de betrokkenen daadwerkelijk, conform het streven van de rijksoverheid, meer aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid in de GGZ? In welke vorm? En met welke consequenties? Het tweede perspectief is dat van de kortdurende GGZ. Vooral in dit segment van de GGZ werden voorafgaand aan de hervormingen en onder invloed van de marktwerking de nodige bewegingen en kwaliteitsimpulsen verwacht. Wat is daarvan al zichtbaar? En het derde perspectief is dat van de langdurige, meer complexe zorg; een segment dat volgens de verwachtingen vooraf minder onder de invloed van marktwerking zou komen te staan maar niettemin ook een aantal ingrijpende gevolgen van de nieuwe kaders zou kunnen ondervinden. Welke impulsen gaan van het nieuwe stelsel uit voor kwaliteit van de langdurige GGZ?

7.2 Aandacht voor kwaliteit

7.2.1 Investerings in transparantie

De aandacht voor de kwaliteit van de GGZ en met name voor het inzichtelijk maken van die kwaliteit, is in de afgelopen periode onmiskenbaar toegenomen. Het bevorderen van de kwaliteit, cliëntgerichtheid en transparantie van de zorg zijn ook speerpunten van het overheidsbeleid en belangrijke doelstellingen van het nieuwe stelsel (Ministerie van VWS, 2008d, 2008g). Daartoe is onder andere ingezet op ruimte voor nieuwe aanbieders, contracteervrijheid voor zorgverzekeraars, de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en verantwoordingsrapportages van zorgaanbieders over de kwaliteit van zorg.

In de interviewronde wordt het belang van de toegenomen aandacht voor de kwaliteit van zorg breed onderkend, zij het dat bij de wijze waarop een en ander concreet gestalte krijgt ook kanttekeningen worden geplaatst.

Het meest positief over de huidige ontwikkelingen lijken de zorgverzekeraars. Zij signaleren, zo noteerden we al in hoofdstuk 2, dat de GGZ lange tijd een 'black box' is geweest. De nieuwe concurrentieverhoudingen zullen daar verandering in brengen. Zorgverzekeraars willen inzicht in de aard en de kwaliteit van de zorg die zij contracteren. Alle zorgverzekeraars hanteren een zorginkoopstelsel dat aanbieders die dit inzicht aan de hand van harde cijfers kunnen bieden, daarvoor beloont. Sommige geven in de zorginkoopplannen aan geleidelijk over te zullen stappen van procesgericht naar uitkomstgericht bekostigen. Niet meer het aanleveren van gegevens maar de uitkomsten van de zorg en klantervaringen zullen steeds meer centraal komen te staan in de onderhandelingen en toekenning van financiële middelen (zie onder andere Agis, 2008; Zorgverzekeraars Nederland, 2009). Zo wordt in het nieuwe stelsel kwaliteit en kwaliteitsmeting veel nadrukkelijker dan voorheen gekoppeld aan financiering.

Zorgverzekeraars constateren wel dat het voor veel GGZ-instellingen nog wennen is aan de nieuwe situatie en dat het nog zoeken is naar de juiste taal om over zorginhoud en zorgkwaliteit te spreken en naar de juiste instrumenten en methodieken om zorginhoud en zorgkwaliteit in beeld te brengen. Niettemin menen zij dat het feit dat behandelingen standaard en tussentijds met behulp van effectmetingen met klanten geëvalueerd worden, op zich al een grote feedback op de kwaliteit van zorg en cliënten een grotere stem in die behandelingen zal geven. Op termijn zal ook benchmarken mogelijk worden. Die aanbieders die zichtbaar de hoogste kwaliteit en doelmatigheid bieden, zullen leidend worden en anderen zullen van de betreffende methoden leren en deze gaan overnemen. Een en ander zal leiden tot meer kwaliteit en meer uniformiteit in de zorg voor verschillende klantengroepen, zo is de veronderstelling.

Concreet werden anno 2008 verschillende methoden en instrumenten gehanteerd c.q. door de zorgverzekeraars gepropageerd om de prestaties en de kwaliteit van de GGZ inzichtelijk maken. Tot die instrumenten en methoden behoren onder andere de verschillende CQ-indices voor het meten van klantervaringen. Voor wat betreft effectmetingen is een breder scala aan instrumenten in beeld. Qua methodiek wordt gewerkt aan de invoering van de zogeheten Routine Outcome Monitoring. Ook die kent verschillende varianten. Van de zijde van de zorgaanbieders wordt er op gewezen dat deze diversiteit in de door de zorgverzekeraars gepropageerde methodieken en instrumenten het voor hen ingewikkelder maakt om steeds in het juiste format aan informatiebehoeften van de zorgverzekeraars te voorzien. Zij vrezen ook dat een te snelle en onzorgvuldige invoering van de verschillende verantwoordingsystemen tot ongenueanceerde beeldvorming over de kwaliteit van zorg leidt. Die laatste vrees lijkt door de zorgverzekeraars niet te worden gedeeld. Wel erkennen zij dat er meer convergentie gewenst is met betrekking

tot de in te zetten methoden en instrumenten. Daar wordt aan gewerkt door de grote zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland, zo luidt het.

De toegenomen aandacht voor de kwaliteit van zorg lijkt er ook toe te leiden dat zorgaanbieders zich in dit opzicht nadrukkelijker gaan profileren. Niet alleen door de gewenste kwaliteitsinformatie aan te leveren, maar ook in de vorm een toegenomen aandacht voor bejegeningaspecten, een toename van pr-activiteiten, het 'vermarkten' van hun producten en door specialistische voorzieningen op te zetten. Die specialisering lijkt door de zorgverzekeraars te worden toegejuicht. In de interviewronde wordt van de zijde van de zorgverzekeraars geconstateerd dat GGZ-instellingen op dit moment vaak heel erg breed werken, maar dat de kwaliteitsimpulsen vanuit het nieuwe stelsel er toe zullen leiden dat instellingen zich meer dan nu gaan toeleggen op zaken waar ze goed in zijn en andere zaken aan anderen overlaten, die dat beter kunnen. Anderen constateren dat verzekeraars en inmiddels ook enkele aanbieders toe lijken te willen werken naar een stelsel van specialistische centra voor specifieke aandoeningen. Ook nieuwe aanbieders profileren zich veelal met een specifiek aanbod voor een specifieke doelgroep.

Van de zijde van aanbieders wordt ook aangegeven dat de nieuwe verhoudingen ertoe hebben geleid dat interne werkprocessen kritisch tegen het licht worden gehouden om te bezien waar doelmatigheidswinst kan worden geboekt. Aanbieders en beroepsverenigingen nemen ook initiatieven om tot een effectievere en doelmatiger individuele zorgplanning te komen, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van zogeheten 'zorgpaden' en door verder te werken aan (multi- én monodisciplinaire) richtlijnontwikkeling.

De conclusie luidt dat de toegenomen aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid als zondanig breed wordt gedragen. Maar er worden als gezegd ook kanttekeningen geplaatst bij de wijze waarop een en ander concreet gestalte krijgt. Die kanttekeningen betreffen vooral de kwantificering en de toegenomen 'meetdwang' rond kwaliteit van zorg en de administratieve lastendruk, tijd en kosten die daarmee gepaard gaan.

7.2.2 Kwantificering van de zorg

Kanttekeningen bij de 'kwantificering' van de kwaliteit van de GGZ en de daarmee gepaard gaande administratieve lastendruk komen vooral van de werkvloer maar ook van de directies van de GGZ-instellingen. De kwantitatieve methoden om de kwaliteit van zorg vast te stellen zouden vaak te 'bot' en ongenueanceerd zijn. Zorgverzekeraars lopen veel te hard van stapel en de zorg wordt teveel ge-simplificeerd. Sommigen vrezen voor een cultuuromslag die niet zozeer leidt tot een groter kwaliteits- en kostenbewustzijn, maar doorslaat naar 'dashboardmanagement' en naar een oppervlakkige afrekencultuur. Ook de neiging om protocollair werken leidend te maken, doet volgens sommigen afbreuk aan de mogelijkheden om cliënten zorg op individuele maat te bieden. "Het draait in de zorg niet meer om de mensen, maar om productie, procedures en profilering," (zie onder ander Peeters, 2008; zie ook Blomgren & Sunden, 2008).

Concreet wordt met name tegen de toegenomen administratieve lastendruk en de 'bureaucratisering' van de zorg geprotesteerd. "Er ontstaat een ongelooflijk bureau-cratisch circus ... om te legitimeren wat we allemaal gedaan hebben", aldus een geïnterviewde. In het eerder aangehaalde onderzoek van Vorst geeft 80 % van de ondervraagde organisaties aan een toegenomen regeldruk te ervaren (Vorst, 2008). In het onderzoek van Palm e.a. meldt twee derde van de respondenten dat met verantwoording en registratie ruim 20 % van de tijd op gaat (Palm e.a., 2008). Bestuurders van GGZ-instellingen geven aan dat het administratieve apparaat noodgedwongen fors is gegroeid, maar signaleren dat ook voor de hulpverleners de administratieve lastendruk fors is toegenomen.

Deze ontwikkelingen leiden niet tot een efficiëntere zorg maar in eerste instantie juist tot extra kosten, zo wordt opgemerkt. Veel geïnterviewden geven aan dat dit doelmatigheidsverlies van een dusdanige omvang is dat die met efficiëncymaatregelen elders in de organisatie en in de zorg nauwelijks of niet is op te vangen. Gevreesd wordt dat deze ontwikkelingen, gevoegd bij de toegenomen druk op de prijzen, ook hun weerslag zullen hebben op de kwaliteit van de zorg. "Je kunt geld maar één keer uitgeven." In het onderzoek van Palm e.a. geeft 60 % van de respondenten aan dat er in het nieuwe stelsel minder tijd is voor cliënten (Palm e.a., 2008).

De toegenomen verantwoordingsverplichtingen en de wijze waarop die concreet gestalte krijgen, gevoegd bij de toegenomen productiedrang en de invoering van productienormen, lijken ook hun weerslag te hebben op de motivatie en arbeidssatisfactie van veel medewerkers in de GGZ. In het onderzoek van Palm e.a. geeft 89 % van de respondenten aan een verslechtering in de arbeidsomstandigheden te ervaren t.o.v. enkele jaren geleden. In de interviewronde wordt geconstateerd dat frustraties toenemen, dat de bevlogenheid bij velen dreigt weg te ebben en dat ook dit uiteindelijk zijn weerslag heeft op de zorg voor cliënten.

Bij deze signalen zij aangetekend dat de vraag om verantwoording en transparantie door nagenoeg alle betrokkenen in de sector als zeer legitiem wordt aangemerkt. Het breed gedragen bezwaar luidt dat het evenwicht zoek is tussen de kosten en de baten van de wijze waarop die verantwoordingsverplichtingen op dit moment over de sector worden uitgerold. Dat gebrek aan evenwicht dreigt een negatieve weerslag te hebben op de doelmatigheid en de kwaliteit van zorg.

7.2.3 Kanttekeningen rond innovatie, diversiteit en regie

Naast bovenstaande kanttekeningen bij het streven naar meer transparantie in de zorg, worden ook andere signalen afgegeven over potentiële risico's van het nieuwe stelsel voor de kwaliteit van zorg. Die betreffen voor een deel specifieke deelsectoren, in het bijzonder de langdurige GGZ, zo zagen we in het vorige hoofdstuk al. Verderop in dit hoofdstuk komen deze uitgebreider aan bod. Hier bespreken we eerst nog enkele meer algemene kanttekeningen bij de impact van het nieuwe stelsel op de innovatiemoge-

lijkheden van zorgaanbieders, de keuzemogelijkheden van cliënten en de rol daarin van de zorgverzekeraars.

Het nieuwe stelsel en de concurrentieverhoudingen beogen onder andere een impuls te bieden aan innovatie in de zorg. De noodzaak om het beter te doen dan de concurrent zet instellingen voortdurend aan tot het ontwikkelen en implementeren van nieuwe, betere methoden en werkwijzen, zo is de veronderstelling. In de interviewronde wordt erop gewezen dat innovatie ook vraagt om vertrouwen, samenwerking, ontwikkelruimte en regelruimte. Die voorwaarden zijn in het nieuwe stelsel (nog) onvoldoende aanwezig en worden er zelfs voor een deel door belemmerd, zo wordt gesignaleerd. De concurrentieverhoudingen, de productiedruk en de strakke kaders van de financiers leiden tot een focus op het behalen van onmiddellijke prestaties. Middelen voor ontwikkeling en implementatie nemen af. Waar wel vernieuwingen worden doorgevoerd dreigt aan voorbereiding en het creëren van de voorwaarden voor een goede inbedding te weinig tijd te worden besteed, waardoor de kans op mislukking toeneemt. Ook de RVZ stelt in de achtergrondstudie bij het advies over de Zorginkoop vast, dat het huidige stelsel een rem zet op nieuwe initiatieven. "Voor elke verstrekking heeft de overheid bepaald wat de definitie moet zijn van het product. Dat staat innovatie en afspraken over clusters van producten, preventie en ketenafspraken in de weg" (RVZ, 2008b).

Kanttekeningen worden ook geplaatst bij de impact van het stelsel op een ander aspect van de kwaliteit van de GGZ: de keuzemogelijkheden voor cliënten. Het nieuwe stelsel moet leiden tot een grotere diversiteit in aanbieders en aanbod van GGZ en op die manier de keuzemogelijkheden van cliënten vergroten. Een goed overzicht over de absolute aantallen ontbreekt, maar zeker is dat in afgelopen jaren inderdaad een aantal nieuwe aanbieders in het veld van de GGZ is verschenen. De indruk is echter ook dat de groei van het aantal nieuwe aanbieders vooralsnog beperkt is en dat hun aandeel in de markt nog niet verder dan enkele procenten reikt. Bovendien gaat het voor een deel om het samengaan van zelfstandig gevestigden binnen meer of minder georganiseerde verbanden. Verder heeft ook een groot aantal fusies tussen de grotere instellingen plaatsgevonden. Per saldo zijn de keuzemogelijkheden voor cliënten in de GGZ waarschijnlijk nog niet heel erg toegenomen. Wel wordt in de interviewronde overigens gesignaleerd (en door zorgverzekeraars toegejuicht) dat de GGZ onder invloed van de wens om meer protocolair te gaan werken, tendert naar meer uniformiteit in plaats van meer diversiteit. Dat zou echter de keuzemogelijkheden van cliënten juist weer beperken.

Vaak wordt in dit verband ook gewezen op de ontwikkelingen rond de PGB in de ZVW. Zorgverzekeraars hebben in de ZVW de mogelijkheid, maar niet de verplichting, cliënten in de gelegenheid te stellen te kiezen voor een PGB. In de AWBZ had eind 2007 circa 10 % van de cliënten voor een PGB gekozen (Grit e.a., 2008). In het nieuwe stelsel blijken echter weinig mensen een PGB op basis van de zorgverzekeringswet aan te vragen (NZa, 2008a; Van Delft, 2008b; De Vries en Vos de Wael, 2008). Oorzaken daarvoor worden gezocht in een gebrekkige informatievoorziening over het PGB,

gebrekkige ondersteuning bij het aanvragen ervan en strenge voorwaarden voor en beperkingen aan het gebruik van het PGB. “Terwijl we met een PGB meer keuzevrijheid willen creëren, perken de zorgverzekeraars deze juist in”, zo luidt het van de zijde van de belangenvereniging van budgethouders, Per Saldo (Van Delft, 2008b). In het algemeen concluderen zowel de belangenvereniging als de NZa dat er bij zorgverzekeraars weinig draagvlak is voor het PGB. Verzekeraars lijken te betwijfelen of budgethouders op een verantwoorde manier met het geld kunnen omgaan en zelf de verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de kwaliteit van de ingekochte zorg. “De meerwaarde van het PGB zit vooral in de mogelijkheden voor innovatie en bestedingsvrijheid voor de consument. Die mogelijkheden worden nauwelijks benut,” aldus de NZa (2008a).

Van veel kanten wordt overigens opgemerkt dat cliënten in de hele stelselwijziging en in het bijbehorende ‘kwaliteitsproces’ nog erg weinig aan bod komen. Grit e.a. hebben recent een zorgbrede inventarisatie gemaakt van de positie van de cliënten in het nieuwe stelsel (Grit e.a., 2008). Zij constateren dat op tal van fronten de ‘derde partij’ nog ver achter blijft bij de andere twee, zowel op individueel als op organisatieniveau. Zij signaleren ook dat belangen van verzekeraars niet volledig samenvallen met die van de cliënten en in dit opzicht ook niet altijd een impuls zijn voor keuzevrijheid of voor de beste kwaliteit tegen de laagste prijs.

Een uitgebreid onderzoek naar de rol van de zorgverzekeraars in relatie tot de kwaliteit van zorg is verricht in de eerder genoemde achtergrondstudie bij het advies van de RVZ over de Zorginkoop (RVZ, 2008b). Een groot knelpunt is volgens de auteurs de zwak ontwikkelde inkoopfunctie bij de zorgverzekeraars. De RVZ beschouwt een goed ontwikkelde zorginkoopfunctie als cruciaal voor het realiseren van de doelstellingen van het nieuwe stelsel en het borgen en verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. De auteurs van de achtergrondstudie constateren echter dat de zorginkoop in kwantitatieve zowel als kwalitatieve zin (zeer) onderontwikkeld is. Becijferd wordt dat de totale formatie van de zorginkoopafdelingen van alle zorgverzekeraars in Nederland circa 500 personen bedraagt. Die formatie zou met een factor 7 tot 10 moeten toenemen om op het gewenste niveau te komen en de binnen het stelsel vereiste rol te kunnen vervullen, aldus de auteurs. Verzekeraars blijken echter niet in de zorginkoop te investeren, er wordt juist op bezuinigd. De zorginkoop wordt beschouwd als een administratieve en niet als een strategische functie. Bijbehorende kosten worden beschouwd als beheerskosten en er vinden geen investeringen plaats in de kwaliteit van de inkopers (waar bovendien een groot verloop in is). Binnen de organisatie heeft de zorginkoop een marginale positie. Zorgverzekeraars focussen, onder invloed van de commerciële afdelingen, vooral op het verkrijgen van zoveel mogelijk verzekerden en daarbinnen op de premiestelling en de service, zo luidt het (RVZ, 2008b; zie ook RVZ, 2008c). De NZa komt in zijn rapport over de Zorgverzekeringsmarkt in 2008 tot vergelijkbare bevindingen. Deze constateert dat de concurrentieslag op premies inmiddels geluwd is, maar dat daarmee in het algemeen de dynamiek alweer grotendeels uit de zorgverzekeringsmarkt verdwenen lijkt. De selectieve zorginkoop, maar ook de regierol

van de zorgverzekeraars binnen de gezondheidszorg zijn in die nieuwe status quo niet goed tot ontwikkeling gekomen, zo luidt het (NZa, 2008b).

Opgemerkt zij dat de GGZ voor de zorgverzekeraars een kleine sector is (minder dan 10 % van het ZVW-budget). Dat maakt, bij de reeds bescheiden formatie van de zorginkoop, de neiging om te investeren in de inkoopfunctie en de regiefunctie voor de GGZ wellicht nog iets minder groot.

7.2.4 Suggesties vanuit het veld

In de interviewronde zijn van verschillende kanten suggesties gedaan om meer profijt te halen uit de kwaliteitsimpulsen die van het nieuwe stelsel uitgaan. Die suggesties gaan over de betrekkingssfeer, de informatie-uitvraag, de inbreng van cliënten en de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. We zetten ze ter afsluiting van deze paragraaf kort op een rij.

Er bestaat door alle beleids-, regel- onderhandel- en verantwoordingsdrukte momenteel de nodige ruis in de verhoudingen tussen aanbieders en financiers, tussen aanbieders onderling en tussen hulpverleners en managers. In de landelijke pers werd op enig moment gesproken van een algehele 'sfeer van wantrouwen' in de zorg. (Financieel Dagblad, 2008). In de interviewronde merkt een geïnterviewde op: "Dat is een beetje het punt waar iedereen tegenaan loopt: dat medewerkers het idee hebben dat het vertrouwen weg is." Het adagium van de minister van Volksgezondheid luidt dat "...we gaan van verondersteld vertrouwen naar verdiend vertrouwen". In de interviewronde wordt door velen bepleit om dit adagium niet zover door te voeren dat een verziekte sfeer ontstaat. Voorgesteld wordt om een bepaald niveau van in de dagelijkse omgang noodzakelijk basisvertrouwen weer wat meer tot vertrekpunt te nemen in de onderlinge contacten en verhoudingen tussen alle betrokkenen.

Een suggestie is ook om te bezien of de informatie-uitvragen van financiers en management veel beter afgestemd en gedoseerd kunnen worden. "We moeten van de versnippering van die verantwoording af. Er moet één kader komen voor maatschappelijke verantwoording. En dat moet in één document komen," aldus een geïnterviewde. Alle partijen – rijksoverheid, inspectie, zorgverzekeraars, gemeenten, aanbieders, cliëntenorganisaties, brancheorganisaties, beroepsverenigingen – zouden zich vervolgens aan dat ene verantwoordingskader moeten conformeren. Enkele geïnterviewden stellen ook voor om niet zo nadrukkelijk op uitsluitend kwantitatieve methoden in te zetten, maar bijvoorbeeld financiers uit te nodigen voor periodieke werkbezoeken. Gesuggereerd wordt ook om met visitatiecommissies te werken. Voorgesteld wordt om in ieder geval de tijd te nemen om tot een goed verantwoordingsstelsel te komen, en niet ad hoc tal van instrumenten en verplichtingen over de sector uit te storten. Voorgesteld wordt om daarbij ook te bezien of het somatische model eigenlijk wel zo geschikt is voor het inzichtelijk maken van de activiteiten van de GGZ en de kwaliteit van die activiteiten; dat model knelt en wringt momenteel op teveel plaatsen.

In het hele kwaliteitssysteem zoals dat momenteel wordt opgetuigd is de cliënt opvallend afwezig (tenzij als respondent op een vragenlijst), zo wordt van veel kanten opgemerkt. De positie van de cliënten is in het algemeen binnen het nieuwe stelsel (nog) zwak. Dat geldt in het bijzonder voor de positie van de GGZ-client. Die zwakke positie bevordert niet de kansen op een meer vraaggestuurde zorg. Bepleit wordt dan ook om op alle fronten in te zetten op een versterking van de positie van cliënten. Bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van methodieken en instrumenten om de kwaliteit van de zorg vast te stellen, maar ook bij de zorginkoop door de financiers.

Gesuggereerd wordt ten slotte om toe te werken naar evenwichtiger verhoudingen en een open, inhoudelijke dialoog tussen financiers, aanbieders en cliënten. Financiers, met de zorgverzekeraars voorop, zouden nadrukkelijker met aanbieders en cliënten kunnen kijken naar een meerjarenperspectief voor de zorg in de regio, ieders rol in het realiseren van dat perspectief en de benodigde regelruimte en middelen om dat perspectief te bereiken. Kwaliteitsbeleid zou dan nadrukkelijker aan dit meerjarenperspectief gerelateerd kunnen worden, waarbij ook de rol van de zorgverzekeraar zelf in het realiseren van de beleidsdoelstellingen onderwerp van evaluatie is. Een voorwaarde voor dit scenario is dat zorgverzekeraars in de positie verkeren en de juiste prikkels ontvangen om hun rol binnen het zorgstelsel op deze wijze in te vullen. Nog niet duidelijk is of in de huidige constellatie aan die voorwaarde is voldaan.

7.3 De kortdurende GGZ

7.3.1 Impulsen voor de kortdurende GGZ

De GGZ is een breed werkveld met een groot aantal uiteenlopende hulpvormen voor een brede, diverse cliëntengroep. Het nieuwe stelsel zal niet voor alle hulpvormen en cliëntengroepen hetzelfde uitpakken, zo was de veronderstelling aan de vooravond van de hervormingen. Verondersteld werd dat vooral de kortdurende, enkelvoudige zorg van de hervormingen zou profiteren. Uit de interviewronde komt het beeld naar voren dat die veronderstelling juist is gebleken en dat het nieuwe stelsel met name impulsen biedt aan de kortdurende zorg. Een belangrijke factor daarin lijkt het gegeven dat het nieuwe stelsel een inherente prikkel bevat tot productiegroei en dat die groei het eenvoudigst en het snelst is te bewerkstelligen in de hulpverlening aan mensen met enkelvoudige problematiek. De volgende aspecten spelen daarbij een rol.

- Het opzetten van nieuwe voorzieningen voor kortdurende zorg vraagt, anders dan de complexe langdurige zorg, relatief weinig investeringen in gebouwen, organisatie of lokale samenwerkingsverbanden. Dat maakt, in een marktstelsel, de kortdurende zorg voor nieuwe aanbieders of voor bestaande aanbieders die in nieuwe regio's willen gaan opereren, een aantrekkelijker deelsector dan de complexe, langdurige zorg.

- Voor de kortdurende GGZ wordt nog een omvangrijke potentiële clientèle vermoed. Verwezen wordt naar epidemiologische gegevens waaruit naar voren komt dat jaarlijks bijna een kwart van de volwassenen bevolking aan een psychische stoornis lijdt. Slechts een klein deel daarvan komt momenteel in aanraking met de GGZ. Gesproken wordt over een grote hoeveelheid mensen met 'onbehandelde problematiek', vooral op het gebied van de 'common disorders' (angst, depressie). Er lijkt, kort gezegd, nog een grote, onverzadigde groeiemarkt voor de kortdurende GGZ te zijn. "Er is een enorme latente vraag richting GGZ," zo wordt ook van de zijde van zorgverzekeraars in de interviewronde gesignaleerd.
- Ook zorgverzekeraars zelf oriënteren zich momenteel vooral op de kortdurende zorg. In de eerste plaats omdat verreweg het grootste deel van de (potentiële cliënten) van kortdurende zorg gebruik maakt. Mogelijk profileren zorgverzekeraars zich ook liever met goede zorg voor de veel voorkomende 'common disorders' dan met complexe zorg voor mensen met zware problematiek. In de tweede plaats kennen zorgverzekeraars, als financiers, een inherente drang om te bezien hoe de behandelduur beperkt gehouden kan worden. In hoofdstuk 2 signaleerden we dat van de inkoopprocedures prikkels uitgaan voor het vervangen van langdurende zorgtrajecten voor kortdurende zorgtrajecten. Soms wordt dit ook expliciet als doelstelling in de zorginkoopplannen geformuleerd.
- Protocollering van de zorg, standaardisering en stroomlijning van zorgprocessen en transparantie staan hoog op de agenda en hebben hoge prioriteit van de zorgverzekeraars. Aan deze vereisten is eenvoudiger te voldoen in de kortdurende, enkelvoudige dan in de langdurende, complexe zorg. Ook het model van de DBC-systematiek past beter op de enkelvoudige zorg, dan op de langdurige zorg.
- Voor zorgverzekeraars zijn nieuwe aanbieders aantrekkelijke partners omdat deze hun keuzemogelijkheden vergroten en de concurrentie tussen de aanbieders bevorderen. Ook nieuwe aanbieders concentreren zich om bovenstaande redenen vooral op de kortdurende, enkelvoudige GGZ voor volwassenen. Nieuwe aanbieders profileren zich ook sterk met een protocollaire, in tijd beperkte werkwijze. "Dat is onze MacDonaldfilosofie: als je bij MacDonalds in Eindhoven of Ede komt weet je vooraf hoe de Big Mac smaakt," aldus een vertegenwoordiger van de nieuwe aanbieders in de interviewronde. Vertegenwoordigers van de geïntegreerde instellingen signaleren dat zorgverzekeraars voor wat betreft de kortdurende zorg een voorkeur lijken te hebben voor de kleinere, nieuwe aanbieders, onder andere omdat deze voor lagere prijzen werken, maar mogelijk ook vanwege de strakke, protocollaire en daarmee 'transparante' werkwijze. (Zorgverzekeraars zetten de 'oude instellingen' veelal aan tot een concentratie op de complexere zorg, hetgeen overigens een zeer forse verschuiving op de GGZ-markt zou impliceren; het grootste deel van de cliënten van de grote instellingen ontvangt kortdurende zorg – mogelijk aanzienlijk korter nog dan bij veel nieuwe aanbieders.)

- Een laatste belangrijke impuls van het nieuwe stelsel voor de kortdurende GGZ is het onderbrengen van de eerste lijns GGZ in de basisverzekering. Daarmee wordt de eerstelijns GGZ voor een veel grotere groep potentiële cliënten aantrekkelijk. En voor zorgverzekeraars is substitutie van duurder tweedelijns zorg door goedkopere eerstelijns zorg een interessante optie. “Een van de opgetreden veranderingen van het contracteerbeleid is de versterking van de eerstelijnszorg”, aldus BMC in de eerste rapportage van de *Monitor Overheveling GGZ* (BMC, 2008).

7.3.2 Praktijkontwikkelingen in de kortdurende GGZ

In de praktijk krijgen de impulsen die van het nieuwe stelsel uitgaan voor de kortdurende GGZ, op verschillende manieren vorm.

Eerder merkten we op dat er al enige tijd sprake lijkt van een groei van kleinschalige aanbieders in het veld van de kortdurende GGZ, maar dat exacte cijfers nog niet voorhanden zijn. Van de zijde van de verzekeraars wordt gesignaleerd dat het aantal aanbieders van kortdurende GGZ ‘groeit als kool’. Anderen menen dat die groei tengevolge van de kinderziekten in het nieuwe stelsel en met name de complicaties rond de DBC-declaraties in 2008 (tijdelijk) is afgeremd en dat het marktaandeel van de nieuwkomers vermoedelijk nog gering is. Niettemin verwachten zorgverzekeraars dat het aantal kleinschalige aanbieders in de kortdurende GGZ weer verder zal groeien en dat vooral psychiaters en psychologen de grote instellingen zullen verlaten om zelf groepspraktijken te gaan opzetten.

Al langere tijd zijn ook de initiatieven bekend van enkele grote instellingen om te komen tot een landelijk netwerk van voorzieningen voor kortdurende GGZ voor lichtere problematiek. PsyQ is hiervan een bekend voorbeeld. Kenmerkend voor PsyQ is een sterk protocollaire werkwijze binnen een strak tijdpad, met een klantvriendelijke uitstraling en tegen lage prijzen. Een ander voorbeeld is Indigo, dat meer is georiënteerd op aansluiting bij de eerste lijn. Gesproken wordt van ‘generalistische’ (versus specialistische) GGZ. De gedachte is dat cliënten eerst zo dicht mogelijk bij hun eigen leefomgeving dienen te worden behandeld. Pas als dit niet effectief is komt specialistische zorg in beeld. Voorzieningen worden zo dicht mogelijk bij de huisartsen, bijvoorbeeld in gezondheidscentra gevestigd (zie onder andere Van Rooijen, 2006). Overigens geldt ook voor deze initiatieven dat 2008, het jaar van de feitelijke overheveling van de GGZ naar de ZVW, vooral een jaar van consolidatie lijkt te zijn geweest, maar dat de landelijke ambities overeind zijn gebleven.

Ook sommige grote instellingen profileren zich dus sterk in de kortdurende GGZ en bewegen in de richting van de eerstelijns GGZ. De snelle ontwikkeling van E-mental health past volgens sommigen ook in de groeiende oriëntatie van bestaande instellingen op laagdrempelige, goedkope, op de eerste lijn georiënteerde GGZ-voorzieningen voor een breed publiek.

De beweging van de grote instellingen naar de eerste lijn leidde aanvankelijk overigens ook tot enige onvrede bij de eerstelijns psychologen, die er met de grote instellingen belangrijke concurrenten bij kregen. In de interviewronde wordt er echter op gewezen dat de toestroom van cliënten naar de eerstelijns psychologen vanaf begin 2008 sterk is gestegen en dat de cliëntenpopulatie bovendien breder wordt (niet meer alleen hoger opgeleiden). "De eerstelijns doelgroep is gewild en er is groei. Het zorggebruik neemt toe," zo wordt opgemerkt. Van de zijde van de zorgverzekeraars wordt ook gesignaleerd dat eerstelijnspsychologen in reactie op de toenemende concurrentie eigen groepspraktijken starten.

Een andere beweging in de kortdurende GGZ is die in de richting van arbeidsgerelateerde problematiek en reïntegratie. Adviesbureaus wijzen op de potentiële groeiemarkt op het gebied van "arbeid en psyche" (zie onder andere BS Health Consultancy, 2008). Bijna 10 % van het verzuim en 36 % van de langdurige arbeidsongeschiktheid is gerelateerd aan psychische klachten. GGZ-aanbieders spelen hierop in door specifieke dienstverlening aan te bieden aan werkgevers. Financiering vindt deels plaats vanuit de zorgverzekering. Ook voor zorgverzekeraars is dit een aantrekkelijke markt omdat werkgevers een belangrijk distributiekanaal vormen. Circa 60 % van de afgesloten verzekeringen bestaat uit collectieve verzekeringen; verreweg het grootste deel daarvan zijn collectieve contracten met werkgevers (NZa, 2008b). In aanvullende pakketten richten zorgverzekeraars zich op de arbeidsgerelateerde psychische problemen bijvoorbeeld in de vorm van een dekking voor vroegtijdige interventies, deelname aan preventieprogramma's, bedrijfsmaatschappelijk werk, mediation of coaching. Behalve vanuit de zorgverzekering vindt financiering van de kortdurende, arbeidsgerelateerde GGZ ook plaats door werkgevers of op basis van regelgeving en verzekeringen op het gebied van arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en reïntegratie. Voor de voorzieningen op deze terreinen hebben werkgevers ook contact met andere bedrijven, die volgens de NZa vaak weer onderdeel uitmaken van hetzelfde concern als waartoe de zorgverzekeraar behoort. "Werkgevers kiezen er duidelijk voor om hun gezondheidsbeleid te integreren met de arbo- en verzuimcontracten" (NZA, 2008b). En verzekeraars denken na over combinaties van zorgverzekeringspolissen en andere polissen, zo wordt in de interviewronde gesignaleerd. Zo ontstaat een organisatorische infrastructuur rond de markt voor 'arbeid en psyche', een markt die vooral gericht is op het werkende deel van de bevolking. PsyQ Business en (al langere tijd) de HSK-groep zijn voorbeelden van organisaties die zich op deze markt richten en die een snelle groei doormaken.

Nog een andere, nieuwe ontwikkeling in de kortdurende GGZ is het aanbieden van kortdurende, intensieve behandeling in een van het nodige comfort voorziene, resortachtige setting. Een deel van de kosten wordt als 'klinische behandeling' in DBC's weggeschreven. De aan het extra comfort gebonden meerkosten zijn voor rekening van de cliënt (of diens werkgever). Vooral in de verslavingszorg zijn deze voorzieningen in opkomst, waarbij veel ervan zijn opgezet door bestaande GGZ-instellingen. Voorbeelden zijn Addiction Solutions, Jellinek Privé en RosaSana.

Concluderend: de kortdurende GGZ lijkt zich, onder de invloed van het nieuwe stelsel, tot een dynamische groeimarkt te ontwikkelen, waarbij verschillende marketing- en organisatieconcepten, landelijke labels en franchise-formules en kleinschalige, lokale initiatieven naast elkaar ontstaan.

7.3.3 Kanttekeningen: 'Grenzen aan de groei?'

Bij de hierboven beschreven impulsen voor en ontwikkelingen in de kortdurende GGZ worden zowel in de bracheliteratuur en onderzoeksrapporten van de afgelopen periode, als in de interviewronde ook kanttekeningen geplaatst. Gewezen wordt op de volgende potentiële risico's.

- *Een ontwikkeling in de richting van een 'confectie-GGZ'.*

In de vorige paragraaf constateerden we al dat sommigen vrezen dat protocollering en standaardisering van zorgprocessen afbreuk doet aan de kwaliteit van de zorg. De GGZ is een werkveld met veel verschillende disciplines en invalshoeken. Eén daarvan – de medische invalshoek - is in het nieuwe stelsel dominant geworden, zo wordt gesignaleerd. Andere en bredere benaderingen komen in de verdrinking. Sommigen vrezen dat er voor cliënten uiteindelijk niet meer maar minder te kiezen zal zijn, dat klachtgerichte, cognitieve gedragstherapie straks als panacee voor alle problemen geldt (Van Kalmthout, 2008) en dat het voor hulpverleners moeilijker wordt zorg op individuele maat te bieden. Gevreesd wordt ook voor de zorg aan cliënten die zich niet in de 'confectie-GGZ' laten inpassen.

- *Een ongecontroleerde groei van de kortdurende GGZ.*

De drang die van het nieuwe stelsel uitgaat tot voortdurende productiegroei en het aanboren van nieuwe markten is volgens het RVZ de belangrijkste impuls voor verdere kostenstijgingen in de zorg (RVZ, 2008b). Deze productie- en expansiedrang, gevoegd bij het feit dat de potentiële clientèle van de (kortdurende) GGZ in de miljoenen personen loopt (een veelvoud van de huidige clientèle), doet velen vrezen voor een ongebreidelde groei van de kortdurende, ZVW-gefinancierde GGZ. "Initiatieven die gericht zijn op de grote 'depressie-bulk' nemen hand over hand toe", aldus een van de geïnterviewden. "Er is sprake van een vlucht naar voren," aldus een ander. In het Jaarbericht van Zorgverzekeraars Nederland wordt erop gewezen dat de AWBZ-pot een deksel had en de uitgaven eindig waren. "Het gevolg waren wachtlijsten, maar de zorg was beheersbaar. Nu zou de vraag oneindig kunnen worden, vooral doordat de GGZ-zorg laagdrempeliger wordt." (Zorgverzekeraars Nederland, 2008). Een van de geïnterviewden verwoordt het aldus: "Het toegenomen maatschappelijk draagvlak, het afnemen van het stigma, de manier waarop huisartsen ermee omgaan, de openingen die internet biedt, al die factoren sturen allemaal dezelfde kant op: de drempel naar de GGZ wordt lager en de verwachtingen ten aanzien van de GGZ worden hoger. En dat is een groot maatschappelijk goed. Maar het is wel een maatschappelijk goed dat tot een enorme volume-toename leidt." Betrokkene voegt daaraan toe: "Zorgverzekeraars reageren daarop door, uitgaand van het begrip

marktwerking, middelen over te hevelen van geïntegreerde GGZ-aanbieders naar de aanbieders van enkelvoudige zorg." Met als resultaat: "Het geld stroomt naar de lichte stoornissen." Enkele jaren geleden wees Kösters er in een toekomstverkenning van de GGZ op dat rond de reguliere GGZ een brede schil van diensten op het gebied van psychische ondersteuning bestaat (Kösters, 2005). "Veel GGZ-technieken worden ook buiten de GGZ-sfeer toegepast." Een parallelle ontwikkeling zou kunnen ontstaan waarbij, naast de groei van de kortdurende GGZ, die 'externe' sferen ook steeds meer binnen de schil van de ZVW worden gebracht (vergelijk de kortdurende reïntegratie-trajecten).

- *Het in de verdrukking komen van de langdurende GGZ.*

Velen vrezen dat de snelle groei van de kortdurende GGZ ten koste zal gaan van (kwaliteit) van de langdurende GGZ. "Het gevaar is dat de zorg aan mensen met de zwaardere stoornissen in de verdrukking gaat komen", aldus één van de geïnterviewden. Gevreesd wordt dat ook de druk op de prijzen ten gevolge van de concurrentie in de kortdurende zorg afgewenteld zal worden op de langdurige zorg. Onderbemensing en zorgvershraling in de intramurale zorg zouden het gevolg zijn. De kwaliteit van de ambulante langdurige zorg zou ook onder druk komen te staan, hetgeen weer zijn weerslag zal hebben op de opnamecijfers. Signalen over de druk op de langdurige zorg komen begrijpelijkerwijs vooral van de direct betrokkenen bij deze deelsector van de GGZ. De positie van de zorgverzekeraars is minder eenduidig. Hierboven noteerden we al dat zorgverzekeraars zich vooralsnog vooral op de kortdurende zorg oriënteren. "Veel verzekeraars hebben nog niet door dat heel veel psychiatrie chronisch of reciverend van karakter is", aldus een geïnterviewde. Niettemin kan uit het Jaarbericht van Zorgverzekeraars Nederland worden opgetekend dat men "bang [is] dat veel geld naar de lichte patiënten zal gaan, terwijl juist chronische patiënten goede zorg nodig hebben (Zorgverzekeraars Nederland, 2008).
- *Het ontstaan van een kloof tussen curatieve en langdurige GGZ en tussen GGZ voor werkenden en niet-werkenden.*

De GGZ raakt door de herverkaveling en door de marktwerking gesegmenteerd. Eén van die segmenten zal de kortdurende zorg zijn voor mensen met lichte problemen. Sterk daaraan geliëerd zou zich een GGZ voor werkenden kunnen ontwikkelen, gericht op het voorkomen van uitval uit of snelle reïntegratie in het arbeidsproces. In het rapport van Palm e.a. wordt de vrees uitgesproken dat deze deelsector en betreffende cliënten om economische redenen voorrang zullen krijgen (Palm e.a., 2008). Daarnaast zou, afgezonderd van de kortdurende GGZ een separate langdurige GGZ kunnen gaan ontstaan, waarin behandeling, herstel en participatie op de achtergrond raken. Bovendien zou de ketenzorg voor diegenen voor wie behandeling in het kortdurende circuit geen soelaas blijkt te bieden, of voor wie tijdelijk intensievere ondersteuning of een klinische opname nodig is, door het ontstaan van afzonderlijke deelmarkten onder druk kunnen komen te staan. Per saldo dreigt het brede middengebied van de sociale psychiatrie (decennia terug kernelement van de Riagg-vorming;

Vijselaar e.a., 2009), met zijn nadruk op continuïteit tussen klinische en ambulante zorg en tussen behandeling en maatschappelijke ondersteuning, in een niemandsland terecht te komen.

7.3.4 Suggesties vanuit het veld

In de volgende paragraaf gaan we dieper in op de consequenties van het nieuwe stelsel voor (de kwaliteit van) de langdurige GGZ. Andere factoren dan bovenstaande komen daarin ook aan de orde en suggesties vanuit de interviewronde voor het oplossen van knelpunten in de langdurige zorg zullen ook daar worden besproken.

Hier noemen we kort nog enkele suggesties met betrekking tot de groei van de kortdurende GGZ en de consequenties dáárvan voor de houdbaarheid van het (GGZ-)stelsel. De meningen over die consequenties lopen uiteen. Sommigen menen dat kortdurende GGZ preventief werkt op het ontstaan van langdurige psychische problemen en dat het in behandeling nemen van meer mensen met lichte problemen op termijn zal leiden tot een afname van de groep mensen met ernstiger problemen. Een tijdelijke versnelde uitgavengroei in de GGZ zal zich dan op de langere termijn terugbetalen in een lager beroep op de langdurende GGZ. Ook wordt de opvatting gehuldigd dat het sneller in behandeling nemen van mensen met psychische problemen tot minder uitval uit en snellere reïntegratie in het arbeidsproces leidt. Uitgavenstijgingen in de GGZ zullen zich dan elders in de economie terugverdienen. Anderen geloven minder in deze effecten of menen dat ze niet zullen opwegen tegen een door de markt- en marketingontwikkelingen voortdurend stijgende behoefte aan professionele GGZ-hulp bij psychische klachten en een voortdurende verbreding van het GGZ-domein.

Laatstgenoemden menen dat een keuze gemaakt zal moeten worden tussen hetzij het accepteren van deze groei en van bijhorende groei van de collectieve uitgaven aan de GGZ, hetzij het doorvoeren van een pakketmaatregel. Die maatregel hoeft niet te bestaan uit het afsnijden van hulp voor mensen met lichtere problemen. Ook kan gekozen worden voor het beperken van de aanspraken tot lichte vormen van zorg (internetbehandeling, psycho-educatie, voorlichting) en/of het nadrukkelijk onderbrengen van de zorg voor deze groep bij de huisartsen, met een stevige consultatieve ondersteuning, maar ook een scherpe bewaking van de grenzen van de tweedelijns GGZ.

Erkend wordt dat een dergelijk traject technisch de nodige complicaties zal geven. Hoe dan ook wordt door velen de verwachting gedeeld dat ook zonder een dergelijk traject in de komende jaren een discussie zal ontstaan over de grenzen van de GGZ. "Wat is psychische problematiek en wat is levensproblematiek en wat moet je op welke manier oplossen," zo verwoordt één van de geïnterviewden de centrale vraag van deze discussie.

7.4 De zorg voor mensen met langduriger psychische problemen

7.4.1 Consensus over een kernprobleem

Bij een aanzienlijke groep GGZ-cliënten gaan de psychische problemen niet binnen een beperkte tijdspanne weer over, maar nemen die problemen het karakter aan van een meer of minder ingrijpende, langduriger en bij sommigen zelfs permanente handicap. De psychische problemen krijgen een grotere impact op het functioneren op andere terreinen (relaties, werk) en problemen op die andere terreinen hebben weer hun weerslag op het psychische welzijn (vereenzaming, zingeving). Pogingen om te herstellen krijgen het karakter van een strijd die op vele fronten gestreden moet worden. Daarbij wisselen goede en minder goede perioden elkaar af.

Veel is in de afgelopen decennia geschreven over de consequenties van een dergelijke situatie voor de ondersteuningsbehoeften van betrokkenen en voor de eisen waaraan die ondersteuning dient te voldoen. Vereist is primair, zo luidt het, een brede blik en oriëntatie van betrokken hulpverleners, met oog voor de specifieke, individuele omstandigheden en behoeften van de betreffende cliënt en voor de samenhang tussen die omstandigheden, problemen en behoeften. Vereist zijn verder flexibiliteit - de ruimte om snel en adequaat in te spelen op veranderende omstandigheden en behoeften - en continuïteit en samenhang in de geboden ondersteuning door de tijd en over verschillende psychische, relationele en maatschappelijke aandachtsgebieden heen.

Het belangrijkste knelpunt van het nieuwe stelsel, zo luidt de zeer breed gedragen opvatting (zowel in de interviewronde als in de literatuur), is dat dit stelsel niet goed is toegesneden op de zorg aan mensen - volwassenen zowel als jeugdigen - bij wie de psychische problemen inderdaad het karakter van een handicap dreigen aan te nemen of al hebben aangenomen. Daarbij is het niet één specifieke oorzaak, maar een samenloop van verschillende factoren, die tezamen (en elkaar op onderdelen versterkend) de kwaliteit van de zorg aan mensen met langduriger psychische problemen/handicaps sterk onder druk zetten. Veel van die factoren zijn op verschillende plaatsen in de voorgaande hoofdstukken al aan de orde geweest. We zetten ze hieronder nog eens op een rij.

7.4.2 Cumulatie van knelpunten in de langdurige zorg

Factoren die de kwaliteit van de zorg aan mensen met langduriger psychische problemen/handicaps onder druk zetten, zijn te verdelen in drie categorieën: factoren die betrekking hebben op

- a. de regelgeving en ontwikkelingen binnen de afzonderlijke financieringskaders
- b. de afstemming tussen de verschillende financieringskaders
- c. de verhouding tussen zorginhoudelijke en bedrijfsbelangen binnen de GGZ-instellingen

Ad a. Regelgeving en ontwikkelingen binnen de afzonderlijke financieringskaders

- Het DBC-model en in het algemeen het dominante 'geneeskundige' model in de ZVW, is volgens velen een te simplistisch model voor de zorg aan mensen met psychische handicaps. Het houdt onvoldoende rekening met het gegeven dat die psychische problemen vaak niet enkelvoudig zijn niet altijd binnen een bepaalde tijdspanne weer over gaan. Het houdt ook onvoldoende rekening met de verwevenheid van psychische problemen onderling, met de verwevenheid van psychische en sociale en maatschappelijke problemen, met de psychosociale of maatschappelijke ondersteuningsbehoeften van mensen met langduriger psychische problemen, met fluctuaties in die hulp- en ondersteuningbehoeften en met de noodzaak van samenwerking, belangenbehartiging en 'kwartier maken' binnen bredere ondersteuningsnetwerken rondom de cliënt. Het biedt ook te weinig ruimte voor de benodigde flexibiliteit en continuïteit van zorg. Het is een te rigide en langs vele kanten knellende systematiek. Ook de door het nieuwe stelsel gestimuleerde trend naar protocollering en standaardisering van zorgprocessen in de ZVW, is lastig te verenigen met de vereiste flexibiliteit in de zorg aan mensen met langdurige psychische problemen.
- De AWBZ wordt gaandeweg steeds meer ingeperkt tot een financieringsstelsel voor 'asielzorg' aan mensen met de meest ernstige problemen, die geacht worden niet (meer) in de samenleving te kunnen participeren. Meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuningsvormen aan mensen met een handicap vallen weg uit de AWBZ. De afzonderlijke financiering van 'asielzorg' maakt ook de aansluiting van AWBZ-zorg bij enerzijds herstelgerichte zorg en anderzijds meer maatschappelijk georiënteerde ondersteuning gecompliceerder. Het leidt ook tot een focus op beperkingen in plaats van mogelijkheden. Risico's zijn volgens geïnterviewden vooral groot voor diegenen die zich dankzij relatief lichte AWBZ-hulp tot dusverre redelijk tot goed kunnen redden.
- Mensen met psychische problemen zijn tot dusverre een vergeten groep in de WMO, tenzij het om 'OGGZ-clienten' gaat. Onderzoeken laten zien dat in het algemeen van een impuls van de WMO voor de ondersteuning en de participatie van kwetsbare groepen nog weinig sprake is. In de interviewronde wordt dat beeld bevestigd, in het bijzonder met betrekking tot mensen met psychische problemen. Gemeenten zelf wijzen erop dat er teveel verantwoordelijkheden naar de WMO geschoven worden, zonder de middelen om die verantwoordelijkheden op een adequate wijze op zich te nemen.
- Regionale cliëntenorganisaties vervullen (in potentie) een meervoudige functie in het ondersteuningsaanbod aan mensen met psychische handicaps in de regio's. Die functies betreffen het wegwijs maken van cliënten in het voorzieningenaanbod in de regio, het bieden van laagdrempelige ontmoetings- en participatiemogelijkheden en informatievoorziening aan lokale beleidmakers. Bestaande organisaties krijgen na overheveling van de budgetten van de AWBZ naar de WMO echter moeizaam financiële voet aan de grond bij de gemeenten of moeten activiteiten staken.

Ad b. Afstemming tussen de verschillende financieringskaders

- Ketenzorg aan mensen met psychische handicaps is moeilijker geworden door de spreiding van de zorg over verschillende financieringskaders, door een grotere rigiditeit en complexer wordende verantwoordingsystemen binnen elk van die financieringskaders en door het wegvallen van de financiering voor 'netwerken' en 'kwartier maken' (collectieve preventie en dienstverlening; in de interviewronde ook wel als de 'smeerolie' van het systeem aangeduid). Extra belemmeringen zijn de toegenomen productiedruk en de toegenomen concurrentieverhoudingen. De 'herverkaveling' van de GGZ draagt ook het risico in zich van afwenteling van verantwoordelijkheden. Niet alleen financiers, maar ook instellingen en zelfs afdelingen binnen instellingen trekken zich ten gevolge van strakkere financiële kaders terug op het eigen domein. De strakkere regelgeving maakt het ook makkelijker om zich achter die regels te verschuilen, zo wordt in de interviewronde geopperd.
- Sommige voorzieningen voor mensen met psychische handicaps integreren verschillende functies en moeten voor hun financiering in het nieuwe stelsel een beroep doen op meer bronnen. Dat geldt in het bijzonder voor die voorzieningen waarbij vanuit één plek bredere, integrale ondersteuning op verschillende levensgebieden wordt geboden. Voorbeelden zijn (F)ACT, IPS of FFT, voorzieningen die in het leven zijn geroepen voor mensen met psychische handicaps die minder goed in staat zijn om zelf de benodigde hulp op die verschillende gebieden te mobiliseren en coördineren. De financiering van deze voorzieningen raakt versnipperd en schiet daardoor vaker tekort.
- Ook de meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde benaderingen en voorzieningen in en rond de (langdurige) GGZ dreigen in het nieuwe stelsel tussen de wal en het schip van de verschillende financieringskaders te vallen en niet goed meer gefinancierd te kunnen worden. Concreet gaat het om activiteiten die gericht zijn op ondersteuning bij het zelfstandig wonen, het ondersteunen of versterken van de sociale netwerken van cliënten, voorzieningen rond dagbesteding, arbeids- en onderwijstoeleiding en ondersteuning bij werken en leren. Zorgverzekeraars bewaken scherp de 'geneeskundige' grenzen van de ZVW en beschouwen meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde ondersteuningsvormen als 'niet des ZVW's'. Binnen de AWBZ worden de maatschappelijk georiënteerde voorzieningen steeds minder gefinancierd. Binnen de WMO stellen veel gemeenten andere prioriteiten.
- Een regievoerder voor de zorg en ondersteuning aan mensen met psychische handicaps ontbreekt in het nieuwe stelsel. Geen van de partijen verkeert momenteel in de positie of heeft er baat bij om die rol op zich te nemen. Ook op landelijk niveau zijn de verantwoordelijkheden voor het beleid met betrekking tot deze groep gespreid geraakt over verschillende directies en departementen.

Ad c. Verhouding tussen zorginhoudelijke en bedrijfsbelangen

- De bedrijfsvoering is erg bepalend geworden voor de zorginhoudelijke beleidsbeslissingen van de instellingen. “Niet ‘wat is nodig?’ maar ‘wat kunnen we declareren?’ wordt de zorginhoudelijke leidraad voor veel aanbieders”, aldus één van de geïnterviewden. Een ander voegt toe: “Bewezen goede zorg wordt nu aangepast om het in het financieringssysteem te persen.” Weer een ander meldt: “Alle taken die men niet kan benoemen als ‘behandeling’ worden gemarginaliseerd.”
- Het stelsel bevordert een door bedrijfsmatige overwegingen ingegeven verschuiving van middelen naar de kortdurende zorg, waardoor de langdurende zorg in knel dreigt te komen. Zorgverzekeraars oriënteren zich vooral op de kortdurende zorg. “Verzekeraars hebben onvoldoende oog voor de chronische populatie,” aldus één van de geïnterviewden. Ook veel nieuwe en bestaande aanbieders oriënteren zich vooral op kortdurende danwel de ‘geneeskundige’ zorg. Binnen die deelsector wordt het grootste groeipotentieel verwacht.
- Tegenover de verschuiving naar de kortdurende zorg, staat het gegeven dat de intramurale zorg als de ‘cash cow’ van de grote instellingen fungeert; een gegeven dat ook door de top van die instellingen, al dan niet tot hun spijt, wordt bevestigd. Cliënten opnemen en opgenomen houden is lucratief. “Het systeem is pro-kliniek,” aldus een geïnterviewde (waarbij er ook op wordt gewezen dat Nederland internationaal gezien al over een grote intramurale capaciteit beschikt). “Bedden zijn geld,” aldus een ander. En “bedden zijn de kurk waarop wij drijven”. Gesignaleerd wordt ook dat “bedden bouwen in trek want lucratief ” is en dat “intramurale productie veel veiliger [is] dan ambulante productie”. “Er is sprake van een vlucht naar steen”, aldus een andere geïnterviewde. Daarbij komen instellingen die hun ambulante zorg aan mensen met langdurige psychische problemen willen versterken, voor een lastig dilemma te staan. Ook zij moeten, om die ambulante zorg te kunnen betalen, meer mensen en meer mensen langer opnemen. Eén van de geïnterviewden meldt: “Ik denk dat er met het vervangen van bedden door goede ambulante zorg nog heel wat winst te behalen is, maar wij doen dat op dit moment niet, omdat het financieel volstrekt onaantrekkelijk is.” Ook de trend bij zorgverzekeraars om ambulante zorg meer naar de nieuwe en kleine aanbieders te dirigeren, versterkt bij de geïntegreerde instellingen de neiging om de klinische poot van het bedrijf te versterken.
- Substitutiemogelijkheden zijn afgenomen. Het vervangen van intramurale zorg voor (intensieve) ambulante zorg is daardoor voor de instellingen extra onaantrekkelijk geworden. Ook binnen de afzonderlijk financieringskaders is de speelruimte volgens veel geïnterviewden overigens afgenomen. Waar zorgkantoren voorheen de ruimte hadden om met individuele instellingen afspraken te maken over het extramuraal inzetten van middelen die aanvankelijk bestemd zijn voor intramurale voorzieningen, is die ruimte er nu niet meer; ook de zorgkantoren worden ‘strakker’ gehouden.

- De klinische zorg is de cash-cow, maar door de concurrentie in de kortdurende zorg en de druk op de prijzen dreigt wel een verschraling op te treden van de intramurale zorg. Onderbemensing is volgens sommigen al aan de orde. Voorzieningen (waaronder zowel recreatieve als therapeutische) voor intramurale cliënten staan onder druk. Gevoegd bij de voorgaande punten betekent dit dat meer mensen in een schraler wordende intramurale omgeving terecht zouden komen.
- Voor die instellingen die zich inzetten voor een brede, maatschappelijk georiënteerde zorg en ondersteuning voor mensen met langdurige psychische problemen, drijven de inhoudelijke missie en de bedrijfsbelangen uiteen. De voor het realiseren van die missie benodigde (zorg)activiteiten zijn moeilijker te financieren en worden onvoldoende gedekt. Daar toch in investeren zet de financiële positie verder onder druk. Voorlopers van ambulante langdurige GGZ worden daar in financiële zin voor gestraft omdat financiers en bedrijfsvoerders zich onder druk van de marktverhoudingen focussen op de prijzen per product in plaats van op de overall kosten en opbrengsten op systeemniveau.

7.4.3 Risico's voor de langere termijn

Het voorgaande laat zien dat verschillende, deels samenhangende en elkaar versterkende factoren de kwaliteit van de zorg aan mensen met langduriger psychische handicaps onder druk dreigen te zetten. Dit samenstel van knelpunten brengt voor de langere termijn verschillende risico's met zich mee, zo wordt gemeld in de interviewronde. Die risico's zijn samen te vatten in de volgende drie hoofdpunten.

- *Stagneren van vermaatschappelijking, rehabilitatie en participatie.*
Het stelsel draagt het risico in zich dat de vermaatschappelijking van de GGZ stagneert en dat de voor een goede, maatschappelijk georiënteerde zorg voor deze groep benodigde samenwerkingsverbanden afkalven. Het risico is ook dat de langdurige, ambulante zorg in de problemen komt en dat de ontwikkeling van de rehabilitatie- en herstelbenaderingen in de langdurige GGZ stagneren. Deze benaderingen zijn in de voorgaande decennia, mede onder invloed van overheidsbeleid, steeds breder verspreid geraakt en hebben een steeds steviger 'evidence base' gekregen, maar de implementatie in de praktijk zou onder invloed van bovenstaande factoren achter kunnen blijven of zelfs teruggedraaid kunnen worden. De GGZ zou dan weer 'medicaliseren'. Participatie van mensen met psychische handicaps is dan geen aandachtspunt meer.
- *Marginalisering van mensen met psychische handicaps.*
Bovenstaande ontwikkelingen kunnen leiden tot (verdergaande) marginalisering van mensen die in verband met een psychische handicap voor langere tijd de aansluiting met het maatschappelijke leven missen. Mensen met psychische handicaps kunnen dan nog slechts terecht in een 'geneeskundig' georiënteerde GGZ of, als dat geen soelaas meer biedt, in een sobere, meer op de asiel functie ingerichte AWBZ-GGZ. De

bemoeienissen van de GGZ met 'uitbehandelde' psychiatrische patiënten nemen af, tenzij in het kader van deze asielfunctie. Bij diegenen die zich van de geneeskundige of de verblijfs-GGZ afwenden, zou het beroep op de OGGZ kunnen groeien. Een en ander kan ook gevolgen hebben voor de beeldvorming over mensen met psychische handicaps en het draagvlak voor maatschappelijke participatie van deze populatie.

- *Uitgavenstijgingen binnen en buiten de GGZ.*

De collectieve uitgaven voor voorzieningen aan mensen met psychische handicaps zouden, naast die voor de kortdurende GGZ, in een versneld tempo kunnen gaan stijgen ten gevolge van een medicalisering van de langdurige zorg (meer inzet van dure zorg), een toenemende beroep op de intramurale GGZ en toenemende kosten op andere terreinen (sociale zekerheid, huisvesting, OGGZ, justitie).

De omvang van deze risico's is op dit moment nog niet goed in te schatten. Wel wijzen veel geïnterviewden erop dat het aantal knelpunten aanzienlijk is en ook een aanzienlijke groep cliënten kan raken. Het gaat niet alleen om diegenen die tot de 'harde kern' van de chronische psychiatrie behoren, maar om al die volwassenen en jeugdigen bij wie de psychische problemen niet als 'enkelvoudig' te typeren zijn en bij wie die problemen na een reguliere behandeling nog niet over zijn en een forse impact hebben op het sociale en maatschappelijke leven. Die groep is naar verwachting kleiner dan de circa 800.000 personen die jaarlijks een beroep doen op de GGZ, maar waarschijnlijk aanzienlijk groter dat de circa 80.000 die op grond van hun psychiatrische problematiek en functioneringsniveau tot de chronische psychiatrische populatie worden gerekend (en waarvan overigens ook verreweg het grootste deel zelfstandig woont). Ook in termen van de huidige GGZ-uitgaven gaat het vermoedelijk om een aanzienlijke groep. Cliënten die van kortdurende zorg gebruik maken vormen weliswaar de grootste groep; het grootste deel van de uitgaven gaat momenteel naar de (intra- en semimurale) zorg aan mensen met langdurige psychische problemen (Van Hoof e.a., 2008; zie ook Vektis, 2008a).

Een relatief grote populatie zou dus de gevolgen kunnen ondervinden van bovenstaande knelpunten in het nieuwe stelsel. De grootste zorg gaat bij veel geïnterviewden niettemin uit naar de zelfstandig wonende cliënten met de meest complexe en hardnekkige psychische en sociale problemen. "Ik ben bang dat er pas over een paar jaar inzicht komt in wat het stelsel betekent voor mensen met chronische, complexe problematiek. En dan moeten we het op Netwerk en Nova zien," zo meldt één van de geïnterviewden.

7.4.4 Initiatieven en suggesties vanuit het veld

Bestaande voorzieningen op het gebied van de (ambulante) langdurige GGZ en revalidatie proberen op verschillende manieren en met wisselend succes bovenstaande knelpunten het hoofd te bieden. Daarbij wordt naar gedifferentieerde oplossingen gezocht, afhankelijk van de lokale omstandigheden en de beleidslijnen van het instellingsmanagement, de zorgverzekeraars, het zorgkantoor en de gemeenten in de regio. In alle gevallen lijken de voor het rond krijgen van de financiering benodigde tijd en

investerings te zijn toegenomen. Ook het aanspreken van sponsors en 'goede doelen' om de financiering rond te krijgen, neemt volgens enkele geïnterviewden af. De financiering wordt daarmee 'lokaler en tijdelijker van aard', aldus één van de geïnterviewden.

Daarnaast zijn er lokaal initiatieven om tot een meer gestructureerde aanpak van de problemen te komen. Een voorbeeld is het Transitieproject in de regio Noord-Holland Noord. In dit project is een overleggroep op regionaal in het leven geroepen van alle financiers en aanbieders. Knelpunten worden geïnventariseerd en voorstellen voor oplossingen binnen de huidige financieringsregels en meer structurele oplossingen worden geformuleerd. Daarnaast wordt een vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de kosten van een regio met een sterke ambulante langdurige GGZ versus de kosten van een regio met een sterkere intramurale tak (De Boer, e.a., 2008).

Ook bij sommige zorgverzekeraars lijkt de aandacht voor de problematiek van de langdurige GGZ toe nemen. Een enkele zorgverzekeraar heeft onder andere met het oog op de langdurige GGZ de zorginkoop voor de ZVW en de AWBZ geïntegreerd. Eerder maakten we melding van de initiatieven van zorgverzekeraars in enkele grote steden om samen met gemeenten te komen tot financiering van ambulante voorzieningen voor cliënten die zich op het grensgebied van GGZ en maatschappelijke opvang bevinden; een aanpak die overigens minder goed mogelijk is in de kleinere gemeenten, waar het ontbreekt aan voldoende 'massa', zo wordt in de interviewronde opgemerkt. Zorgverzekeraars Nederland heeft inmiddels aangegeven meer aandacht te gaan besteden aan de ketenzorg in de GGZ. "De GGZ beperkt zich niet tot één domein. Er is nauwe samenhang met de AWBZ, WMO en justitie. Klanten gaan van het ene naar het andere domein maar de zorg moet gewoon doorgaan." Een project wordt aangekondigd om zicht te krijgen op betreffende 'klantprofielen' en de effecten van de schotten tussen de verschillende financieringskaders (Zorgverzekeraars Nederland, 2009).

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg wil meer aandacht gaan besteden aan de "kwetsbare groepen" in de GGZ (IGZ, 2008). Groei van de GGZ-hulpvraag, marktwerking en stelselwijzigingen maken extra aandacht voor deze groepen nodig, aldus de Inspectie. De "regie op ketenzorg" moet goed geregeld zijn. En: "De Inspectie zal erop toezien dat de meest kwetsbare patiënten zoveel mogelijke de regie over het eigen leven terug te krijgen.[...] Daarbij gaat het om ... het herstel van het vermogen van de betrokkenen om zelf sturing te geven aan wonen, werk en welzijn."

Vanuit de rijksoverheid zijn er nog geen specifiek op de langdurige GGZ gerichte maatregelen aangekondigd. Wel heeft het Ministerie van VWS aangekondigd in bredere zin toe te willen werken naar een betere ketenzorg voor mensen met een chronische ziekte. Daarbij ziet het Ministerie een belangrijke rol weggelegd voor de eerste lijn. Via 'functionele bekostiging' kopen zorgverzekeraars het totale, integrale zorgpakket voor een cliënt in bij een 'zorggroep', die er vervolgens voor verantwoordelijk is dat binnen dat budget alle benodigde zorg wordt georganiseerd, gecoördineerd en geleverd. Deze

'zorggroepen' zijn niet per se bestaande instellingen maar kunnen ook op lokaal of regionaal niveau 'geïntegreerde samenwerkingsverbanden' zijn (Ministerie van VWS, 2008g, 2008h, 2008i).

Lokaal zowel als landelijk lijkt de aandacht voor de knelpunten rond de langdurige GGZ toe te nemen. Veel geïnterviewden betwijfelen echter of deze lokale initiatieven en de toegenomen landelijke aandacht voor de ketenzorg voldoende zijn om deze knelpunten op te lossen. Verschillende suggesties worden gedaan voor aanvullende maatregelen. Deze hebben betrekking op beperkte aanpassingen binnen het stelsel en ingrijpender aanpassingen aan het stelsel zelf. Ook worden suggesties gedaan met betrekking tot de rol van de rijksoverheid in de verdere ontwikkeling van de langdurige GGZ. We zetten de verschillende voorstellen kort op een rij.

Suggesties voor aanpassingen binnen het huidige stelsel

- *Aanpassingen aan de DBC-systematiek in de ZVW.*
Aanbevolen wordt om te bezien of chronische en complexe problematiek een duidelijker plek gegeven kan worden in de productstructuur van de GGZ, bijvoorbeeld door de psychiatrische diagnose daarin een minder prominente plaats te geven en ook ruimte in te bouwen voor andere persoonskenmerken en voor omgevingskenmerken. Niet de psychiatrische diagnose, maar ondersteuningsbehoeften zouden dan het vertrekpunt kunnen zijn. Voorgesteld wordt om te komen tot breder geformuleerde 'zorgpaden' voor verschillende categorieën cliënten, met daarin ook aandacht voor sociale en maatschappelijke factoren en voor continuïteit van zorg.
- *Bewaken van het budget voor de langdurige GGZ.*
Voorgesteld wordt om nadrukkelijker de beschikbare middelen voor de langdurige GGZ te bewaken en te voorkomen dat een groei van de kortdurende zorg ten koste gaat van de langdurige GGZ.
- *Herordening van prikkels voor investeringen in langdurige ambulante versus intramurale zorg.*
Voorgesteld wordt om te bezien of door middel van beleidsregels de ambulante langdurige zorg in financiële zin aantrekkelijker gemaakt kan worden voor zorgaanbieders en de intramurale zorg minder aantrekkelijk.
- *Het temporiseren van de afbouw van de 'maatschappelijke' elementen in de AWBZ.*
Voorgesteld wordt om pas tot ingrijpende maatregelen in de ABWZ over te gaan zodra de continuïteit van de maatschappelijke ondersteuning aan mensen met psychische handicaps binnen andere financieringskaders zeker is gesteld.

- *Een minder vrijblijvende WMO.*

De WMO zou minder vrijblijvend gemaakt kunnen worden door compensatieplicht te expliciteren, met name waar het mensen met psychische handicaps betreft.

Suggesties voor aanpassingen aan het huidige stelsel

- *Marktwerking selectiever doorvoeren.*

Voorgesteld wordt om te bezien of een scherper onderscheid gemaakt kan worden in zorgsectoren waar de marktwerking en concurrentie ruim baan krijgen en zorgsectoren waarin juist samenwerking wordt gepropageerd en ondersteund.

- *Integreren van de financiering van de langdurige GGZ.*

Voorstellen worden gedaan om te bezien of budgetten vanuit de ZVW, de AWBZ en de WMO vrijgemaakt en overgeheveld kunnen worden naar een apart fonds van waaruit een samenhangend aanbod aan mensen met langdurige psychische problemen wordt gefinancierd. Een en ander zou aangevuld kunnen worden met budgetten die bestemd zijn voor reïntegratie en activering. De vanuit de verschillende financieringskaders vrijgemaakte en bij elkaar gevoegde middelen voor de langdurige GGZ kunnen op verschillende manieren worden ingezet:

- Ter financiering van specifieke, integrale voorzieningen zoals, ACT, FFT en IPS.
- Ter financiering van individuele 'rugzakjes' c.q. PGB's voor een brede ondersteuning op het gebied van zorg, welzijn en arbeid).
- Ter financiering van een regionaal, geïntegreerd zorgaanbod, onder politieke, regionale aansturing.

- *Wegnemen van hindernissen voor substitutie.*

Voorstellen worden gedaan voor meer structurele maatregelen om substitutie van intramurale zorg door intensieve ambulante zorg weer mogelijk en aantrekkelijk te maken. Bovenstaande integratie van financieringsbronnen, maar ook het overhevelen van de overgebleven AWBZ-onderdelen naar de ZVW zou een deel van de huidige inflexibiliteit kunnen wegnemen.

- *Structurele financiering van collectieve preventie, dienstverlening en de inbreng van cliëntenorganisaties.*

Voorgesteld wordt om te bezien of tot structurele en geormerkte financiering kan worden gekomen van die activiteiten die niet direct cliëntgebonden zijn, maar wel van belang voor de totstandkoming van goede, samenhangende ondersteuning aan mensen met psychische handicaps (de 'smeerolie' van het stelsel). Gedoeld wordt op voorzieningen op het gebied van collectieve preventie, kennisoverdracht en dienstverlening. Voorgesteld wordt ook om een structurele basisfinanciering te overwegen voor cliëntenorganisaties die zich bewezen hebben, hetzij het vanuit de ZVW, de AWBZ of de WMO, hetzij vanuit de aangekondigde nieuwe Patiëntenwet.

- *Invoering van een stimuleringsfonds*

Voorgesteld wordt om de invoering te overwegen van een stimuleringsfonds voor vermaatschappelijking. Veel van de vernieuwingen in de langdurige GGZ in de afgelopen vijftien jaar zijn tot stand kunnen komen dankzij het zorgvernieuwingsfonds, zo luidt het. Een dergelijk fonds biedt de nodige flexibiliteit en regelruimte en kan als 'motor' voor vernieuwing fungeren. Een dergelijk fonds kan ook in de komende jaren een stimulant zijn voor verdergaande vernieuwing van de langdurige GGZ.

Suggesties met betrekking tot de rol van de rijksoverheid

Bovenstaande aanpassingen binnen en aan het stelsel vragen om een stimulerende en op onderdelen actieve rol van de rijksoverheid. Ook in het algemeen wordt in de interviewronde breed de mening gedeeld dat de rijksoverheid een belangrijke(r) rol kan vervullen in de verdere ontwikkeling van de ondersteuning van mensen met langduriger psychische handicaps. Die potentiële rol spitst zich toe op twee aspecten:

- *Landelijke regie*

Bepleit wordt om te bezien of en op welke wijze de rijksoverheid zich nadrukkelijker kan opwerpen als de bewaker van de belangen van die doelgroepen waarvoor het stelsel ongunstig uitpakt. De overheid zou rond de zorg voor mensen met langduriger psychische problemen met name weer wat nadrukkelijker de regierol c.q. de rol van marktmeester op zich kunnen nemen. Daarbij gaat het om de regierol over de verschillende financieringskaders heen. Ook zou de overheid nadrukkelijker normstellend kunnen zijn, bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal beschikbare ACT- of IPS-plaatsen, de positie van cliëntenorganisaties, de ketenzorg, de bouwstenen daarvoor en de regionale regieverantwoordelijkheid. Bepleit wordt om vanuit de rijksoverheid een visiedocument op te stellen, waarin de landelijke speerpunten en de regionale probleemeigenaren worden aangewezen en op basis waarvan regio's hun plannen verder vorm geven; een en ander onder 'financiële druk'.

- *Integraal beleid*

Bepleit wordt om te bezien of en op welke wijze gekomen kan worden tot een integraal beleid voor de ondersteuning van mensen met psychische handicaps. Zowel aspecten van gezondheidszorg, huisvesting als scholing en arbeid zouden daarin aan bod kunnen komen. "Een heel groot gebied tussen zorg en participatie dient opnieuw gedefinieerd te worden", aldus één van de geïnterviewden. Betrokkenheid van meer VWS-directies (curatieve zorg én langdurige zorg) en meer Ministeries (naast VWS met name het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) is daarbij aan de orde. Bepleit wordt onder andere om te bezien of structureel uit de bestaande middelen voor reïntegratie en activering, budgetten vrijgemaakt kunnen worden voor de maatschappelijke ondersteuning (bij arbeid en scholing) van mensen met psychische handicaps. Bepleit wordt in het algemeen om beleid met betrekking tot de ondersteuning van mensen met psychische handicaps niet meer te beperken

tot GGZ- of gezondheidszorgbeleid, maar om andere sociale en maatschappelijke domeinen nadrukkelijk in dat beleid te integreren en om in te zetten op een minder vrijblijvende rol van andere maatschappelijke sectoren en partijen in de (financiering van de) ondersteuning van mensen met psychische handicaps.

7.5 Conclusies

De aandacht voor de kwaliteit van zorg is in het nieuwe stelsel toegenomen. Volop wordt gewerkt aan de ontwikkeling en implementatie van methoden en instrumenten om de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken. Enkele kanttekeningen worden vanuit het veld gemaakt bij de wijze waarop dat gebeurt. Sommigen vinden dat het werken aan transparantie te gehaast, te onzorgvuldig en te ongecoördineerd gebeurt en dat de 'meetdwang' veel kostbare tijd kost tegen nog onvoldoende heldere baten. Gesignaleerd wordt ook dat, met betrekking tot de kwaliteit van de GGZ, het nieuwe stelsel in zijn huidige vorm innovatie teveel belemmert, dat de rol van cliënten nog niet goed uit de verf komt en dat zorgverzekeraars de hun toebedachte rol - selectief inkopen en mede organiseren van goede zorg - nog niet goed kunnen waarmaken. Bepleit wordt om te bezien of de kwaliteitsimpulsen die van het nieuwe stelsel uitgaan beter benut kunnen worden, door tot een eenvoudiger, centraal gecoördineerde verantwoordings-systematiek te komen, meer regelruimte en 'vertrouwen' binnen het stelsel toe te laten en te investeren in een sterkere positie van cliënten. Bepleit wordt ook om de aandacht voor kwaliteit meer te integreren in meerjarenafspraken tussen aanbieders en financiers over het gewenste toekomstperspectief.

De kortdurende zorg aan mensen met relatief lichte psychische problemen profiteert volgens de partijen in het veld het meest van het nieuwe stelsel. Het stelsel bevordert de ordening van de GGZ in goed af te bakenen, scherp in tijd begrensde, geprotocolleerde behandeltrajecten voor enkelvoudige stoornissen. Het stelsel bevat ook een aantal mechanismen die tot snelle uitbreiding van de kortdurende zorg aanzetten. In de kortdurende GGZ wordt ook het grootste groeipotentieel vermoed. Het voor een steeds breder publiek toegankelijk worden van de collectief gefinancierde GGZ wordt als een 'groot goed' beschouwd, maar ook van een aantal kanttekeningen voorzien. Gevreesd wordt met name voor een ongecontroleerde groei van de kortdurende GGZ ten koste van de kwaliteit van de langdurige GGZ.

Die vrees wordt versterkt door de constatering dat het stelsel minder gunstig uitpakt voor de zorg aan mensen bij wie de psychische problemen het karakter aannemen van een langduriger handicap. Een samenstel van een aantal elkaar versterkende factoren zet de kwaliteit van de zorg aan mensen met langduriger psychische problemen/handicaps volgens betrokkenen onder druk. Die factoren hangen samen met regelgeving binnen de afzonderlijke financieringskaders, met de afstemming danwel afwenteling tussen de verschillende financieringskaders en met het uiteen drijven van het bedrijfsbelang van

de instelling en het belang van zorg aan mensen met langduriger psychische problemen. Met name de ambulante, integrale en/of meer maatschappelijke georiënteerde voorzieningen voor mensen met psychische handicaps staan volgens velen onder druk. Het nieuwe stelsel biedt juist wel impulsen aan uitbreiding van de intramurale zorg, zij het onder gelijktijdige dreiging van verschraling van die zorg. Het risico van deze prikkels, zo wordt geconcludeerd, is dat het kwaliteitsniveau dat mogelijk is in de ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen niet wordt gehaald, dat herstel- en participatiemogelijkheden van deze groep onbenut blijven en dat de kosten stijgen door medicalisering, een groeiend gebruik van intramurale voorzieningen en toenemende kosten in andere sectoren. Gevoegd bij de snelle groei van de kortdurende zorg dreigt het nieuwe stelsel dan langs verschillende wegen bij te dragen aan een versnelde groei van de GGZ-uitgaven.

Diverse suggesties worden vanuit het veld aangedragen om bovenstaande risico's te ondervangen. Die suggesties betreffen zowel aanpassingen binnen het stelsel als aanpassingen aan het stelsel zelf. Verder wordt zeer breed vanuit het veld gewezen op de wenselijkheid van een landelijke regie als het gaat om de belangen van de doelgroepen waarvoor het stelsel ongunstig uitpakt, om het corrigeren van ongewenste prikkels en om het tegengaan van onbedoelde kostenstijgingen.

8 Samenvatting en conclusies

Het nieuwe financieringsstelsel voor de GGZ heeft tot dusverre voor de nodige dynamiek gezorgd. Maar het is nog niet klaar. Verschillende overgangsmaatregelen zijn nog van kracht. De belangrijkste daarvan betreffen 'vangnetconstructies' in de ZVW, om de nog niet goed in te schatten risico's van het nieuwe stelsel voor de aanbieders en zorgverzekeraars op te vangen. Deze vangnetten zullen in de komende jaren verder afgebouwd worden, zo is het voornemen. Zorgverzekeraars zullen daadwerkelijk risicodragend gaan worden en prijzen zullen steeds meer worden vrijgegeven. Gelijktijdig zal een risicovereveningsysteem voor de GGZ worden ingevoerd, dat moet voorkomen dat zorgverzekeraars dure GGZ-cliënten gaan weren. Een verdere overheveling naar de ZVW van GGZ-voorzieningen die nu nog vanuit de AWBZ worden gefinancierd, wordt overwogen (Ministerie van VWS, 2008d).

De verwachting is dat ook de relaties tussen aanbieders en financiers zich in de komende periode verder zullen ontwikkelen. Risicoprofielen voor de aanbieders, maar ook voor de financiers nemen toe. Het representatiemodel in de GGZ komt mogelijk te vervallen, onderhandelingen zullen met afzonderlijke zorgverzekeraars plaats vinden. Financiers zullen daarbij mogelijk een grotere bemoeienis met de bedrijfsvoering van de zorgaanbieders wensen. De RVZ verwacht zorgbreed ook een grotere differentiatie in inkoopformules en contractvormen (waaronder intensievere samenwerkingsverbanden tussen aanbieders en verzekeraars) en de opkomst van tussenpersonen. Verwacht wordt ook dat aan de zijde van de aanbieders het fusieproces zal doorzetten en dat anderzijds faillissementen niet zijn uit te sluiten.

De in dit rapport gesignaleerde ontwikkelingen zijn zo beschouwd niet meer dan voorboden van wat mogelijk nog te gebeuren staat. Daarbij lijkt bij veel geïnterviewden het gevoel te bestaan - enkelen verwoorden het ook expliciet op deze wijze - dat de overgang naar het nieuwe financieringsstelsel de belangrijkste en veruit meest ingrijpende ontwikkeling zal blijken te zijn in de psychiatrie en de GGZ in de afgelopen vier tot vijf decennia.

In dit afsluitende hoofdstuk kijken we nog niet zover vooruit. Dat kan ook nog niet. De consequenties van het nieuwe stelsel zullen volgens betrokkenen weliswaar groot zijn, veel van de in praktijk gesignaleerde ontwikkelingen zijn ook nog heel pril. Sommige van de verwachte trends 'dienen zich aan' maar zijn in praktijk nog niet manifest. Verder is van veel nieuwe ontwikkelingen nog niet duidelijk of deze te duiden zijn als overgangsprikelen of het begin van structurele veranderingen.

Een toekomstverkenning was ook niet het doel van deze themarapportage. Het doel was een inventarisatie te maken en een kwalitatief overzicht te bieden van de eerste

ervaringen met het nieuwe stelsel en van de eventuele verschillen en overeenkomsten in de perspectieven van betrokkenen op de consequenties van de vernieuwingen. Wat dit betreft heeft de studie laten zien dat de eerste ervaringen met de nieuwe financieringskaders, de meningen daarover en de perspectieven daarop uiteen lopen. Sommigen nemen vooral positieve ontwikkelingen waar, anderen maken zich meer zorgen over een aantal knelpunten. De studie laat echter ook zien dat niet zozeer de achterliggende analyses van de betrokkenen verschillen, maar vooral de waarde die aan de winstpunten wordt toegekend, de inschatting van de ernst van de knelpunten en het oordeel over de tussenbalans die op basis van de afweging van positieve en negatieve ervaringen kan worden opgemaakt. Met name de activiteiten rond het transparant maken van de zorg, de kansen voor de kortdurende GGZ en de (ernstiger dan wel minder ernstige) risico's voor de zorg aan mensen met langduriger psychische problemen, lopen daarbij als een rode draad door de bevindingen van de themarapportage.

In dit slothoofdstuk zetten we de belangrijkste, vanuit het veld aangedragen aandachtspunten met betrekking tot de consequenties van het nieuwe stelsel nog eens kort op een rij. We geven een overzicht van de positieve signalen. We benoemen nog eens puntsgewijs die aspecten van het nieuwe stelsel waar op dit moment vanuit het veld met het oog op gesignaleerde knelpunten aandacht voor wordt gevraagd. En we sluiten af met een overzicht van de suggesties die vanuit het veld worden aangedragen om die knelpunten op te lossen.

8.1 Aandachtspunten in het nieuwe stelsel

Positieve signalen die vanuit het veld worden afgegeven over de consequenties van het nieuwe stelsel, hebben vooral betrekking op de toegenomen aandacht voor de bedrijfsvoering en het (strategisch) management in de GGZ. De volgende ontwikkelingen worden gemeld.

Positieve signalen met betrekking tot bedrijfsvoering en (strategisch) management

- Het kostenbewustzijn bij de aanbieders is toegenomen. Het nieuwe stelsel geeft prikkels af voor kostenmanagement.
- De middelen voor interne sturing op de bedrijfs- en productieprocessen zijn toegenomen.
- Met de invoering van de DBC-registratie krijgen aanbieders en financiers beter zicht op de productieprocessen.
- De aandacht voor kwaliteit en transparantie is in het nieuwe stelsel gegroeid.
- Geïnvesteed wordt in de ontwikkeling en implementatie van instrumenten om de zorg en de kwaliteit van de zorg inzichtelijker te maken.
- Het stelsel bevordert de ordening van de GGZ in goed af te bakenen, scherp in tijd begrensde, geprotocolleerde behandeltrajecten.
- Het stelsel biedt (zij het volgens sommigen nog onvoldoende) ruimte aan nieuwe aanbieders.

- Het stelsel geeft prikkels af voor een verhoogde aandacht voor strategisch management van bestaande aanbieders.
- De spreiding van de financiering over verschillende financieringskaders zet aanbieders aan tot het zoeken naar nieuwe mogelijkheden en nieuwe allianties.
- Aanbieders profileren zich sterker op wat men als de sterke punten naar voren wil brengen.
- Nieuwe, specialistische voorzieningen en klinieken hebben onder invloed van het bovenstaande de wind mee.
- Aanbieders gaan actiever op zoek naar nieuwe marktsegmenten en naar 'onbehandelde problematiek'.
- Vooral de kortdurende zorg krijgt onder invloed van bovenstaande factoren een krachtige impuls.
- De aandacht voor de eerste lijns GGZ neemt toe.
- Dwarsverbanden ontstaan rond het voorkómen van en reïntegratie bij ziekteverzuim.

Bovengenoemde ontwikkelingen tezamen zorgen voor een nieuwe, volgens sommigen niet eerder vertoonde dynamiek in de GGZ. Maar als gezegd wordt ook aandacht gevraagd voor een aantal knelpunten in het nieuwe stelsel. Die knelpunten betreffen in hoofdzaak de wijze waarop de toegenomen aandacht voor kwaliteit en transparantie concreet vormt krijgt en de consequenties van het nieuwe stelsel voor de zorg aan mensen (volwassenen én jeugdigen) met langduriger psychische problemen.

Knelpunten met betrekking tot transparantie, verantwoording en kwaliteit

Melding wordt gemaakt van en aandacht wordt gevraagd voor de volgende knelpunten rond de impact van het nieuwe stelsel op de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ in het algemeen:

- Het werken aan transparantie verloopt volgens sommigen te gehaast, te onzorgvuldig en te ongecoördineerd.
- De toegenomen 'meet- en registratiedwang' kost veel tijd tegen nog onvoldoende heldere baten.
- De administratieve lastendruk is toegenomen.
- De DBC-systematiek wordt in het hulpverleningsproces zelf soms als een knellend keurslijf ervaren.
- Samen met de drang tot protocollering leidt die systematiek volgens sommigen tot 'confectie-GGZ', die wellicht goedkoper en transparanter maar niet per se doelmatiger of effectiever is.
- De overhead dreigt te groeien ten gevolge van de toename van het aantal financiers waarmee afspraken moeten worden gemaakt en waaraan verantwoording moet worden afgelegd.
- Het nieuwe stelsel zet financiers aan tot het scherp afbakenen van de door henzelf te financieren zorg. Het nieuwe stelsel wordt in dit opzicht als rigide ervaren.
- Die rigiditeit gaat gepaard met risico's voor afwenteling en belemmeringen voor innovatie en ketenzorg.

- Zorgverzekeraars nemen volgens sommigen nog onvoldoende de verantwoordelijkheid (of zijn nog onvoldoende geëquipeerd) voor hun rol in het stelsel als medeorganisator en regievoerder van goede (keten)zorg.
- Zorgverzekeraars concentreren zich nog sterk op kosten per product en laten zich volgens sommigen nog onvoldoende aanspreken op hun rol in de totstandkoming van een kwalitatief hoogstaand en doelmatig totaalpakket aan voorzieningen in de GGZ.

Het nieuwe stelsel heeft dus gezorgd voor een grotere aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid, maar bevat volgens velen ook een aantal neveneffecten en onbedoelde prikkels die die doelmatigheid en kwaliteit juist onder druk dreigen te zetten. De grootste zorgen gaan wat dit betreft uit naar de consequenties van het stelsel voor de zorg aan mensen met langduriger psychische problemen of handicaps. In aanvulling op de bovenstaande worden voor deze groep vanuit het veld de volgende knelpunten gesignaleerd.

Knelpunten in de zorg aan mensen met langduriger psychische problemen

- Het stelsel zet aan tot productiegroei in en een verschuiving van middelen naar de kortdurende zorg; gesignaleerd wordt dat dit ten koste dreigt te gaan van de zorg aan mensen met langduriger psychische problemen.
- De DBC-systematiek past niet goed bij de in de langdurige zorg vereiste flexibiliteit en continuïteit van zorg en houdt onvoldoende rekening met de verwevenheid van psychische en sociale problemen en met fluctuaties in de ondersteuningsbehoeften van mensen met langduriger psychische problemen. Ook de trend van protocollering past niet goed bij de vereiste van flexibiliteit in de langdurige zorg.
- De in de ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen vereiste ketenzorg laat zich in het nieuwe stelsel moeilijker organiseren door de spreiding van de zorg over verschillende financieringskaders, door een grotere rigiditeit binnen elk van die financieringskaders, door het wegvallen van de financiering voor 'netwerken' en 'kwartier maken' en door de nieuwe concurrentieverhoudingen.
- De financiering voor voorzieningen die verschillende functies integreren - 'integrale teams' voor ACT, FACT, IPS en FFT - is complexer geworden. De financiering van deze voorzieningen raakt versnipperd en schiet daardoor vaker tekort. Daarmee komt bewezen goede langdurige zorg in het nieuwe stelsel in de problemen.
- Sociaal en maatschappelijk georiënteerde benaderingen en voorzieningen in en rond de langdurige GGZ dreigen in het nieuwe stelsel tussen de wal en het schip te vallen. Daarbij gaat het om activiteiten die gericht zijn op ondersteuning bij het zelfstandig wonen, het ondersteunen of versterken van de sociale netwerken van cliënten, voorzieningen rond dagbesteding, arbeids- en onderwijstoeleiding en ondersteuning bij werken en leren. Zorgverzekeraars beschouwen de meer sociaal en maatschappelijk georiënteerde GGZ-ondersteuningsvormen vaak als 'niet des ZVW's'. De AWBZ biedt steeds minder mogelijkheden voor de financiering van GGZ-voorzieningen die georiënteerd zijn op het bieden van ondersteuning bij maatschappelijke participatie. En de maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische problemen komt in de WMO nog niet goed van de grond.

- Een regievoerder voor de organisatie van de zorg en ondersteuning aan mensen met psychische handicaps ontbreekt.
- Veel van de van oudsher vooral op de belangen van cliënten met langduriger psychische problemen georiënteerde regionale cliëntenorganisaties, waarvan de budgetten naar de WMO zijn overgeheveld, verkeren in financiële problemen.
- Het nieuwe stelsel zet aan tot een groei van intramurale zorg, ten koste van de langdurige en intensieve ambulante hulp aan mensen met langdurige psychische problemen. Bedden zijn de 'cash-cows' van de instellingen. Substitutiemogelijkheden van intramurale zorg voor (intensieve) ambulante zorg zijn door de schotten tussen financieringskaders afgenomen. Prijsconcurrentie in de kortdurende zorg leidt onder tussentijdse tot zorgvershraling in de intramurale voorzieningen.
- Financiële en bedrijfsmatige belangen van de instellingen lopen door bovenstaande factoren niet meer parallel met het belang van goede langdurige GGZ.

Samengevat staan volgens betrokkenen met name de ambulante, integrale en/of meer maatschappelijke georiënteerde voorzieningen voor mensen met psychische handicaps onder druk. Potentiële risico's zijn dat het kwaliteitsniveau van de ondersteuning van mensen met langdurige psychische problemen ver verwijderd blijft van wat mogelijk is, dat herstel- en participatiemogelijkheden van deze groep onbenut blijven en dat de kosten stijgen door medicalisering, een groeiend gebruik van intramurale voorzieningen en toenemende kosten in andere sectoren. Gevoegd bij de snelle groei van de kortdurende zorg dreigt het nieuwe stelsel dan langs verschillende wegen bij te dragen aan een versnelde groei van de GGZ-uitgaven.

8.2 Suggesties vanuit het veld

Het nieuwe stelsel bevat een aantal positieve impulsen voor de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ, maar er zijn ook knelpunten. In de voorgaande hoofdstukken zijn verschillende suggesties vanuit het veld de revue gepasseerd, om die knelpunten het hoofd te bieden. Die suggesties hebben betrekking op een betere geleiding en benutting van de kwaliteits- en doelmatigheidsimpulsen in het nieuwe stelsel in zijn algemeenheid en op maatregelen ter bescherming en bevordering van de kwaliteit van dat deel van de GGZ dat volgens velen in het nieuwe stelsel onbedoeld onder druk is komen te staan: de zorg aan mensen met langduriger psychische problemen. We zetten de suggesties ter afsluiting van dit rapport kort op een rij.

Met betrekking tot het werken aan (de transparantie van) de kwaliteit en doelmatigheid van de GGZ worden de volgende suggesties in overweging gegeven:

- Een betere afstemming en coördinatie van de informatie-uitvragen van financiers en management.
- Totstandkoming van één verantwoordingskader voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg, te onderschrijven door de rijksoverheid, de inspectie, de

zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, aanbieders, cliëntenorganisaties en brancheorganisaties.

- Transparantie niet alleen bewerkstelligen door middel van kwantitatieve methoden, maar ook door middel van kwalitatieve methoden, zoals visitaties.
- In het verantwoordingsinstrumentarium ruimte inbouwen voor zorg die zich minder goed in het medische schema van stoornis-behandeling-effect laat invoegen.
- De DBC-productstructuur voor de GGZ in bovenstaande zin herzien.
- Tijd nemen om tot een goede en genuanceerde verantwoordingssystematiek te komen.
- Versterken van de positie van de cliënt in het stelsel en in de verantwoordings-systemen
- Aandacht voor kwaliteit verbinden aan meerjarenperspectieven/-afspraken en aan zowel de rol van de aanbieders als die van de financiers bij het realiseren van de afgesproken doelstellingen.
- Binnen de meerjarenafspraken meer experimenteeruimte en innovatieruimte inbouwen.
- Nadrukkelijker een evenwichtige dialoog en bijbehorend 'basisvertrouwen' als vertrekpunten nemen voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in de GGZ.

Specifiek ter bescherming en bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg en ondersteuning aan mensen met langduriger psychische problemen worden de volgende suggesties in overweging gegeven:

- Ontwikkeling van een productstructuur die uitgaat van bredere ondersteunings-behoeften en rekening houdt met omgevingsfactoren.
- In het verlengde daarvan: ontwikkeling van bredere 'zorgpaden' voor verschillende categorieën cliënten, met daarin ook aandacht voor sociale en maatschappelijke factoren en voor continuïteit van zorg.
- Het selectiever doorvoeren van marktwerking en het aanwijzen van de langdurige GGZ als deelsector waarin niet zozeer concurrentie maar primair samenwerking wordt gepropageerd en ondersteund.
- Het integreren van de financiering van de langdurige GGZ, bijvoorbeeld vanuit een fonds dat wordt gevuld vanuit de ZVW, de AWBZ en de WMO, eventueel aangevuld met budgetten die bestemd zijn voor reïntegratie en activering.
- Bovenstaande, geïntegreerde budgetten inzetten voor:
 - Individuele 'rugzakjes' voor een brede ondersteuning op het gebied van zorg, welzijn en arbeid;
 - Financiering van 'integrale voorzieningen' zoals ACT, FFT en IPS;
 - Financiering van een regionaal, geïntegreerd zorgaanbod, onder politieke, regionale aansturing.
- Invoering van prikkels ter stimulering van intensieve ambulante versus intramurale zorg.
- Wegnemen van hindernissen voor substitutie.
- Structurele financiering voor niet cliëntgebonden activiteiten op het gebied van collectieve preventie, kennisoverdracht, dienstverlening en 'kwartier maken' (de 'smeerolie' van het systeem).

- Structurele financiering van regionale en lokale cliëntenorganisaties.
- Invoering van een stimuleringsfonds voor experimenten en vernieuwingen in de langdurige GGZ.
- Temporiseren van de afbouw van de AWBZ onder gelijktijdige, minder vrijblijvende opbouw van de lokale maatschappelijke ondersteuning.

Tot slot wordt naast, maar ook nauw verwant aan bovenstaande suggesties, vanuit het veld in overweging gegeven om te komen tot een landelijke regie als het gaat om de belangen van mensen met langdurige psychische problemen en om het voorkómen van kostenstijgingen bij een afnemende kwaliteit van de langdurige GGZ. De overheid zou een rol kunnen vervullen bij het wegnemen van ongewenste en onbedoelde prikkels en het tot stand brengen van een actief stimuleringsbeleid. De overheid zou meer normenstellend kunnen zijn met betrekking tot het aantal beschikbare ACT- of IPS-plaatsen, de positie van cliëntenorganisaties, de ketenzorg, de bouwstenen daarvoor en de regionale regieverantwoordelijkheid. Verder zou de overheid een rol kunnen vervullen in de totstandkoming van een omvattender, integraal beleidskader voor de ondersteuning van mensen met psychische handicaps; een beleidskader dat zich niet beperkt tot GGZ- of gezondheidszorgbeleid, maar ook andere, sociale en maatschappelijke domeinen omvat en dat inzet op een minder vrijblijvende rol van andere maatschappelijke sectoren en partijen in de (financiering van de) ondersteuning van mensen met psychische handicaps.

Welke van de vanuit het veld in overweging gegeven maatregelen meer of minder realistisch, haalbaar en noodzakelijk zijn, is geen onderwerp geweest van deze themarapportage. Een aanvullende suggestie zou wel zijn om in overleg met alle betrokken partijen in de komende periode een structurele poging te doen daar meer zicht op te krijgen.

Bijlage 1 Referenties

- Agis Zorgverzekeringen (2008). *Zorginkoopprocedure 2009 curatieve GGZ-instellingen*. Amersfoort: Agis Zorgverzekeringen.
- Blomgren, M. & E.Sundèn (2008). Constructing a European Health Care Market: The private healthcare company Capio and the strategic aspect of the drive for transparency. *Social Science & Medicine*, 67, 1512-1520.
- BMC (2008). *Monitor overheveling GGZ van de AWBZ naar de ZVW. Eerste inventarisatie*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- BS Health Consulyancy (2008). *GGZ langs de meetlat: Onderzoek naar de mogelijkheden om de marktpositie te versterken en het rendement te verbeteren*. Haarlem: BS Health Consultancy.
- Centrum Indicatiestelling Zorg / Hoeksma, Homans & Menting (2008). *Onderzoek effecten pakketmaatregelen AWBZ*. Driebergen, Enschede: CIZ, Hoeksma, Homans & Menting.
- College voor Zorgverzekeringen (2007). *Preventie verzekerd*. Diemen: CVZ.
- De Boer, M., N.Adrichem, & R.van Veldhuizen (2008). Financiering. In R.v.Veldhuizen, M.Bähler, D.Polhuis, & J.van Os (Eds.), *Handboek FACT* (pp. 239-251). Enschedé: De Tijdstroom.
- De Vries, A. & N.Vos de Wael (2008). *Experimenteren met de hakken in het zand. Rapportage regelingen pgb-GGZ van de zorgverzekeraars*. Utrecht: Per Saldo, Landelijke Platform GGz, Stichting Kwadraad.
- Eggink, E., E.Pommer & I.Woittiez (2008). *De ontwikkeling van AWBZ-uitgaven*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ernst & Young (2008). *Financiële barometer gezondheidszorg 2008*. Rotterdam: Ernst en Young.
- Evers, C. (2008). *Privacy-schending in de geestelijke gezondheidszorg!?* Utrecht: Kennispunt 2008, Faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie.
- Federatie Opvang (2008). *AWBZ factsheet pakketmaatregelen*. Amersfoort: Federatie Opvang.
- Financieel Dagblad (2008). Wantrouwen blokkeert steeds vaker innovaties in zorgsector. *Financieel dagblad* 08-11-2008.
- G 27 (2008). *Kiezen voor visie! Reactie van de G 27 op de voorgenomen hervormingen in de AWBZ*. Nijmegen: G 27.
- Gemeente Rotterdam (2008). *Intentieverklaring Plan van Aanpak kwetsbare personen*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam.
- GGZ Nederland (2007). *GGZ in de WMO: feiten cijfers en knelpunten*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2008a). *Zorgverzekeraars en de curatieve GGZ*. Amersfoort: GGZ Nederland.

- GGZ Nederland (2008b). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Grit, K., H.van de Bovenkamp, & R.Bal (2008). *De positie van de zorggebruiker in een veranderend stelsel. Een quick scan van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus MC Universitair Medisch Centrum Rotterdam.
- Hardeman, E. (2004). "Prima als af en toe een instelling failliet gaat". *Psy* 8, 12, 6-10.
- Hasker, J. (2008). Quicksan eerste ervaringen met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. In: F.van Hoof, L.Fotiadis, J.Vijselaar, & J.Hasker (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 1. Organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2008). *'Sterk van geest'; naar herstel van regie*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Kösters, T. P. (2005). *GGZ op een keerpunt: sectorstudie Geestelijke Gezondheidszorg*. Amsterdam: ING Medinet.
- Landelijk Platform GGZ (2008a). *Bezuinigingen AWBZ onverantwoord. Persbericht*. Utrecht: LPGGZ.
- Landelijk Platform GGZ (2008b). *Cliëntondersteuning in de GGZ onvoldoende. LPGGZ pleit voor gezamenlijk actieplan*. Utrecht: LPGGZ.
- Lub, V., A.Sprinkhuizen & M.Alblas (2008). *De uitvoering van de WMO in beeld*. Utrecht: Movisie.
- Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen (2007). *Zorginkoopbeleid forensische zorg 2008-2011*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, Directie Forensische Zorg (2008). *Uitvoeringsprotocol Forensische Zorg in een Strafrechtelijk Kader*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie (2009). *Begroting forensische zorg*. E-mail-correspondentie 18 maart 2009.
- Ministerie van VWS (2006). *Beleidsvisie GGZ*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2007a). *Voortgangsrapportage Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2007b). *Tweede voortgangsrapportage WMO*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008a). *Begroting Ministerie van VWS 2009*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008b). *Zeker van zorg, nu en straks - DLZ/KZ-2856771 - 13 juni 2008*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008c). *Uitwerking AWBZ pakketmaatregel - DLZ/ZI-U-2877632 - 16 september 2008*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008d). *Beleidsvoornemens GGZ in de ZVW 2009 - CZ/CGG-2866429 - 2008*. Den Haag: Ministerie van VWS.

- Ministerie van VWS (2008e). *Voortgangsrapportage GGZ in de ZVW - CZ/CGG-2850363 - 21 mei 2008*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008f). *AO overheveling GGZ - CZ/cgg-2855159 - 25 juni 2008*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008g). *Beleidsagenda 2009*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008h). *Standpunt op RVZ-advies zorginkoop* (Rep. No. Z/M-2863015). Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008i). *De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging* (Rep. No. CZ/EKZ/2898021). Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008j). *Planning curatieve GGZ - CZ/CGGZ 2894735 - 18 december 2008*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (2008k). *Derde voortgangsrapportage WMO*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (2008). *Indicatiestelling Forensische Zorg (IFZ)*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008). *Verslag enquête gehouden onder Zelfstandig Gevestigde Psychiaters (ZGP)*. Utrecht: NVvP.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2008a). *Rapport brede evaluatie PGB*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2008b). *Zorgverzekeringsmarkt 2008. Ontwikkelingen beoordeeld door de NZa*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2008c). *Monitor extramurale AWBZ-zorg. Analyse van de marktontwikkelingen in 2007 en 2008*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2008d). *Strafrechtelijke forensische zorg op reguliere plaatsen*. Utrecht: NZa.
- Nederlandse Zorgautoriteit (2009). *Uitvoeringstoets curatieve GGZ. Naar vrije prijzen in de GGZ*. Utrecht: NZa.
- Palm, I., F.Leffers, T.Emons, V.v.Egmond & S.Zeegers (2008). *De GGZ ontwricht. Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Wetenschappelijk Bureau SP.
- Peeters, B. (2008). GGNET in opstand tegen marktwerking. *Psy* 12, 10, 4-5.
- PriceWaterhouseCoopers (2008). *Analyse van de instroom in de pgb-regeling via Bureau jeugdzorg*. Amsterdam: PriceWaterhouseCoopers.
- Programma Vernieuwing Forensische Zorg (2008). *Afbakening forensische zorg*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Psy.nl (2008a). GGZ Nederland vreest groot verlies van banen. www.psy.nl 13-11-2008.
- Psy.nl (2008b). GGZ-instellingen sturen manifest naar zorgverzekeraars. www.psy.nl 02-12-2008.
- Psy.nl (2008c). GGZ niet gelukkig met invoering van zorgzwaartepakketten. www.psy.nl 08-08-2008.
- Psy.nl (2008d). GGZ gooit kont tegen de krib. www.psy.nl 21-11-2008
- Psy.nl (2008e). Huisarts neemt geen praktijk-ondersteuner in zijn praktijk. www.psy.nl 02-09-2008

- Psy.nl (2009). GGZ-steunpunten dreigen geheel te verdwijnen. *www.psy.nl* 20-01-2009.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008a). *Zorginkoop*. Den Haag: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008b). *Zorginkoop heeft de toekomst. Maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Zorginkoop*. Den Haag: RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2008c). *Onderhandelen met zorg. Achtergrondonderzoek naar het contracteren van zorg door verzekeraars en zorgaanbieders. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Zorginkoop*. Den Haag: RVZ.
- Uvit & CZ (2008). *Zorginkoopplan 2009 GGZ-ZVW*. Alkmaar: Uvit.
- Van de Pol, F. (2007). Concurrentie in de GGZ. In: J.N. Keeman, P.W. de Leeuw; J.A. Mazel & F.G. Zitman (red.). *Het medisch jaar 2007*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van der Oord, S. & M. Geurts (2008). DBC's en stepped care in de kinder- en jeugd-GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 63, 802 - 807.
- Van der Sande, R., F. van Hoof & G. Hutschemakeers (1992). *Vraag en aanbod in de Riagg*. Utrecht: Nederlands Centrum geestelijke Volksgezondheid.
- Van Delft, S. (2008a). Hoofdbreken over DBC's. *Psy* 12, 7, 15.
- Van Delft, S. (2008b). Zorgverzekeraars zien weinig in PGB. *Psy* 12, 4, 18.
- Van Delft, S. (2008c). Praktijk-ondersteuner gaat aarzelend aan de slag. *Psy* 12, 5, 15.
- Van Hoof, F., L.Fotiadis, J.Vijselaar & J.Hasker (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 1. Organisatie, structuur en financiering*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Houten, G., M.Tuynman & R.Gilsing (2008). *Eerste tussenrapportage WMO-evaluatie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Kalmthout, M. (2008). Psychotherapie, wetenschap en de DBC-systematiek. In C.v.Nijnatten & G.Hutschemaerkers (Eds.), *De klinisch psycholoog als scientist practitioner. Opstellen over de verhouding van wetenschap en praktijk*. Nijmegen, Utrecht: Radboud Universiteit, MGv.
- Van Kerkhof, M. (2006). Zorgkantoren kijken vooral naar prijs. *Psy* 10, 6, 7.
- Van Kerkhof, M. (2008). Ingewikkelde regelgeving verlamt reïntegratie. *Psy* 12, 10, 26-32.
- Van Rooijen, M. (2006). GGZ verovert eerste lijn. *Psy* 10, 4, 6-7.
- Van Rooijen, M. (2008). GGZ-instellingen in financiële problemen. *Psy* 12, 11, 4-7.
- Van Schooneveld, E. (2007). De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in vogelvlucht. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2, 340-353.
- Van 't Land, H., J. Grolleman, K. Mutsaers & C. Smits (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2. Toegang en zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Veldhuizen, R., M.Bähler, D.Polhuis, & J.van Os (red.). *Handboek FACT*. Enschedé: De Tijdstroom.
- Vektis (2008a). *Chronisch zieken en gehandicapten. Zorgthermometer, zomer 2008*. Zeist: Vektis.

- Vektis (2008b). *Zorgmonitor 2008, Financiering van de zorg in 2007*. Zeist: Vektis.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2008). *Pakketmaatregel AWBZ. Brief aan de leden 12-11-2008*. Den Haag: VNG.
- Vijselaar, J., F.van Hoof & I.Kok (2009). Van lappendeken naar regionale integratie. Trends in organisatie en beleid in de GGZ, 1970-2000. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 64, 223-239.
- Vos, C. (2008). "Verzekeraars gedragen zich als oligarchen". Interview Marleen Barth. *De Volkskrant* 12 november 2008.
- Vorst, J. (2008). *Zorg naar de top. Complexiteitstheoretisch onderzoek naar regionale zorgnetwerken. Proefschrift*. Enschedé.
- Zorgverzekeraars Nederland (2008). *Jaarbericht 2007*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland (2008). *In- en verkoopgids DBC GGZ 2009. Kwaliteits- en profielinformatie voor zorgverzekeraars en GGZ-aanbieders*. Zeist, Amersfoort: Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland.
- Zorgverzekeraars Nederland (2009). *Notitie Jaarplan 2008*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.
- Zorgvisie.nl (2008). *Platform laakt concurrentievervalsing*. www.zorgvisie.nl 19-03-2008.

Bijlage 2 Lijst van geïnterviewde personen

GGZ-organisaties

De heer Kees Boer, GGZ Noord-Holland-Noord
Mevrouw Teeja Bongaards, GGZ Nijmegen
Mevrouw Corine Brekelmans, GGZ Nederland
De heer Jos Droës, Parnassia
De heer Marco Essed, Lionarons
De heer Rutger Jan van der Gaag, Karakter, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
De heer Goof van Gemert, GGZ Nederland
Mevrouw Ellen de Haan, GGZ Nederland
Mevrouw Susanne de Haas, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
De heer Christoph Hrachovec, Gelderse Roos
De heer Lex de Jong, GGZ Nederland
Mevrouw Debbie Kamstra, AMC De Meren
De heer Hugo Kuyper, Radar
De heer Fred Leffers, GGNet
De heer Marcel Lekkerkerker, Calder Holding
Mevrouw Marlies van Loon, SBWU
Mevrouw Annemarie van der Meer, Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde
Psychotherapeuten
Mevrouw Yvonne Moolenaar, GGZ Nederland
De heer Peter Niesink, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
De heer Dick Nieuwpoort, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
De heer Wubbo Petersen, GGZ Westelijk Noord-Brabant
De heer Remmers van Veldhuizen, GGZ Noord-Holland-Noord
De heer Marc Verbraak, HSK Groep
De heer Frits Verschoor, Parnassia
De heer George Witte, Rivierduinen
Mevrouw Lidy Zaat, Anton Constandse
De heer Spencer Zeegers, GGZ Oost Brabant
De heer Jan-Willem van Zuthem, Kwintessence

Clënten-organisaties

De heer Jan Coolen, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
Mevrouw Astrid Nolet, RCO de Hoofdzaak
Mevrouw Liesbeth Reitsma, Landelijk Platform GGZ
De heer Nic Vos de Wael, Kwadraad, Landelijk Platform GGZ

Zorgverzekeraars

De heer Ronald Luijk, Zorgverzekeraars Nederland
Mevrouw Anouk Mateijssen, Agis Zorgverzekeringen
Mevrouw Maureen Olsman, VGZ Zorgverzekeraar
De heer Martin Potjens, Zorgverzekeraars Nederland
De heer Rob Laane, UVIT

Gemeenten

De heer Jan van Corven, gemeente Eindhoven
De heer Hans de Haan, gemeente Utrecht
De heer Ico Kloppenburg, Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Mevrouw Marga Vink, gemeente Utrecht

Kenniscentra

Mevrouw Anne-Marie van Bergen, Movisie
De heer Jaap van Weeghel, Kenniscentrum Rehabilitatie, GGZ Dijk en Duin