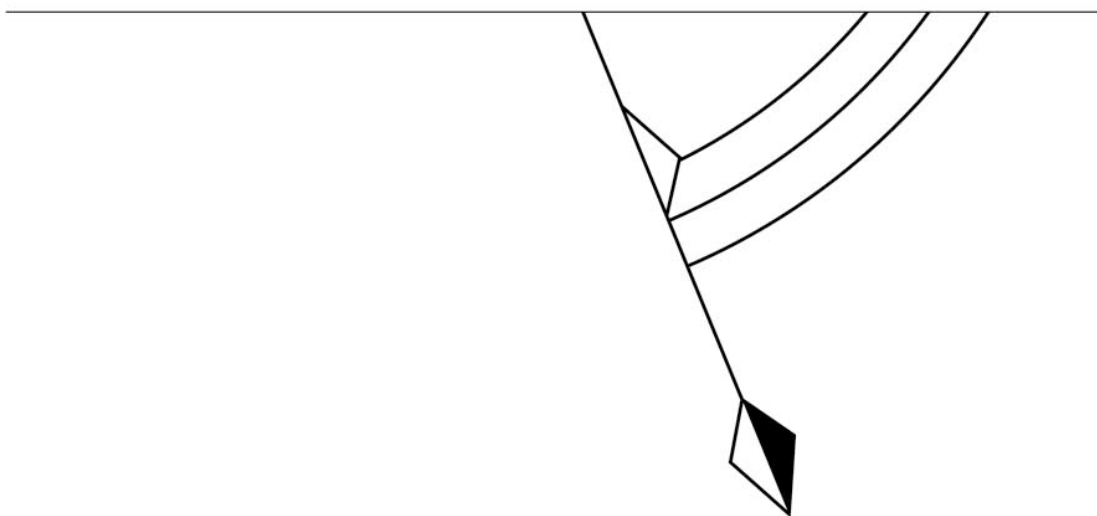


***Monitor overheveling  
GGZ van de AWBZ  
naar de ZVW***

***Eerste inventarisatie***

**Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport**



BMC  
juni 2008  
H.J. Ramakers  
Projectnummer: 106290  
Referentienummer: B1-2006-15189

# INHOUD

HOOFDSTUK 1	INLEIDING	3
HOOFDSTUK 2	OPZET	4
HOOFDSTUK 3	BEVINDINGEN	5
	3.1 Patiëntenperspectief	5
	3.2 Zorgverzekeraarsperspectief	7
	3.3 Zorgaanbiederperspectief	11
	3.4 Algemeen	14
	3.5 Conclusie	16

# Hoofdstuk 1

## Inleiding

Op 1 januari 2008 is de geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) na een voorbereidingsperiode van ruim twee jaar overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (ZVW). De overheveling houdt verband met de al lang lopende opschoning van de verschillende verzekeringscompartimenten. Daarbij gaat het erom dat alle geneeskundige zorg wordt ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (ZVW), waardoor er een grotere samenhang ontstaat tussen de verzekerbare, curatieve zorg. Het resultaat is dat alleen de langdurige zorg, in dit geval de langdurige GGZ, in de AWBZ achterblijft.

De invoering van de DBC-systematiek voor de curatieve GGZ is bedoeld om de vraagsturing in en transparantie van de curatieve GGZ te bevorderen en ruimte te creëren voor ondernemerschap<sup>1</sup>. De curatieve GGZ is met ingang van 1 januari 2008 overgegaan naar de DBC-systematiek. Daarbij is 2008 een overgangsjaar voor wat betreft het bestaande aanbod vanuit instellingen, dat wil zeggen dat de bekostiging op basis van de NZa-parameters plaatsvindt, maar de declaratie op basis van DBC's. Nieuwe zorgaanbieders en zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten hebben in een keer de stap gemaakt naar het bekostigen op basis van de DBC GGZ-systematiek.

De overheveling gaat gepaard met wijzigingen die merkbaar zijn voor alle betrokken partijen. De minister heeft aangegeven deze te zullen monitoren. Hierbij gaat het onder andere over de ingevoerde veranderingen en de gevolgen die deze hebben voor de veldpartijen, de klanten, de zorgverlening, de administratieve lastendruk, de bekostiging, de financiering en de toegang tot de zorg.

BMC is verzocht een monitor te ontwikkelen. Aangezien er op dit moment nog weinig concrete data voor handen zijn, is ervoor gekozen voor de zomer een eerste inventarisatie uit te voeren, die enerzijds inzicht geeft in de stand van zaken en anderzijds de basis vormt voor een structurele monitor. De eerste inventarisatie streeft daarmee niet naar diepgang en volledigheid. De werkzaamheden hiervoor zijn medio mei 2008 gestart en zijn in de tweede week van juni 2008 afgerond; de monitor wordt afgerond in het najaar van 2008. Bijgaand treft u de rapportage aan.

---

<sup>1</sup> Bron: de productstructuur DBC GGZ 2008 inclusief Informatieset, brochure werkgroep DBC GGZ.

## Hoofdstuk 2

### Opzet

Het onderzoek naar de stand van zaken van de overheveling GGZ per medio mei 2008 heeft vanuit verschillende perspectieven plaatsgevonden.

Allereerst is vanuit het perspectief van de *patiënt* nagegaan of, op welke wijze en in hoeverre patiënten consequenties ondervinden van de overheveling van de GGZ. Daarbij gaat het met name om de toegankelijkheid van de zorg, de keuzevrijheid en de financiële consequenties.

Vervolgens is het perspectief van de *zorgverzekeraars* gekozen.

Als derde perspectief is onderzocht welke gevolgen *zorgaanbieders* ondervinden van de overheveling.

Tot slot zijn enkele *algemene*, meer of minder samenhangende onderwerpen, die de overheveling gunstig of ongunstig kunnen beïnvloeden, onder de loep genomen.

In het onderhavige onderzoek is niet de stand van zaken rond de facturering opgenomen. Dit onderdeel wordt gemonitord door de begin 2008 geformeerde taskforce. Ook was het niet mogelijk om in het korte tijdsbestek een verantwoord beeld te schetsen van de werking van de DBC-systematiek in de GGZ.

Er is gebruik gemaakt van bestaande, structurele en incidentele registraties en rapportages van ZBO's (CVZ, NZa) en brancheverenigingen. In zijn algemeenheid geldt dat de overheveling recent heeft plaatsgevonden. Nog niet alle daarmee samenhangende operaties hebben plaatsgevonden of zij zijn pas zeer recent afgerond. Het gevolg daarvan is dat nog onvoldoende gesystematiseerde en betrouwbare informatie en ervaring beschikbaar is. Onderliggende inventarisatie is dan ook bedoeld om een schets te geven van de stand van zaken van de verschillende thema's. Dat neemt niet weg dat de onderzoekers zich tegen die achtergrond een beeld hebben kunnen vormen over de stand van zaken van de overheveling tot nu toe.

## Hoofdstuk 3

### Bevindingen

#### 3.1 Patiëntenperspectief

Vanuit patiëntenperspectief is met name de toegankelijkheid en keuzevrijheid onderwerp van onderzoek geweest. De overheveling van de geneeskundige GGZ naar het basispakket van de ZVW heeft onder andere tot doel om de toegankelijkheid op de langere termijn te vergroten.

Hier wordt ingegaan op de eigen bijdrage, het PGB en sturing van verzekerden.

##### 3.1.1 Eigen bijdrage

In 2008 is er een eigen bijdrage per zitting verschuldigd in geval van eerstelijns GGZ en tweedelijns psychotherapie.

Bij de eigen bijdrage wordt een onderscheid gemaakt tussen de eigen bijdrage in de eerste lijn en de eigen bijdrage voor psychotherapie in de tweede lijn. De eigen bijdrage in de eerste lijn is lager dan die in de tweede lijn, respectievelijk € 10,— (met een maximum van € 80,—) en € 15,60 per zitting met een maximum van € 702,— per jaar.

Nieuw ten opzichte van de situatie onder de AWBZ is het eigen risico voor GGZ-patiënten en de samenloop met de eigen bijdrage. Voorzover een verzekerde geen beroep doet op andere zorg in het kader van de ZVW dan alleen GGZ en alleen op grond daarvan kosten ten laste van diens verplicht eigen risico worden gebracht, is er sprake van een negatief financieel effect voor de verzekerde ten opzichte van de situatie onder de AWBZ. Dit beloopt maximaal € 150,—, zijnde het maximale eigen risico. In geval van eerstelijns psychologie is doorgaans na drie zittingen de grens bereikt, afhankelijk van de hoogte van het tarief dat de verzekeraar met de zorgaanbieder overeen is gekomen. Voor tweedelijns psychotherapie is de grens doorgaans na twee zittingen bereikt.

Bij het Landelijk Platform GGZ (LP GGZ) is geïnformeerd naar het aantal klachten dienaangaande. Het LP GGZ heeft aangegeven bezig te zijn met het opzetten van een landelijk meldpunt GGZ. Daarmee zouden dergelijke knelpunten kunnen worden geïnventariseerd. Tot nog toe heeft een dergelijke inventarisatie nog niet plaats kunnen vinden.

##### 3.1.2 PGB

In de ZVW is bij wijze van experiment de mogelijkheid opgenomen om bij aangewezen vormen van zorg een persoonsgebonden budget (PGB) te verstrekken. Daarbij gaat het om een PGB voor geneeskundige zorg, tenzij deze zorg wordt verleend in combinatie met verblijf. Het toe te kennen budget kan niet hoger zijn dan het bedrag dat bij restitutie zou worden vergoed.

In 2007 was de minister voornemens om de psychiatrische grondslag voor de functie activerende begeleiding in het kader van de AWBZ te schrappen.

Dit voornemen zou tot gevolg hebben, dat verzekerden die voor deze vorm van begeleiding, met als doel het aanbrengen en behouden van structuur in hun leven, een PGB ontvangen, deze niet zouden kunnen voortzetten. Immers, deze vorm van activerende begeleiding is niet aan te merken als geneeskundige zorg in het kader van de ZVW, noch zou het nog langer een AWBZ-aanspraak zijn. Dat zou betekenen dat deze verzekerden een beroep zouden moeten doen op het lagere PGB voor ondersteunende begeleiding, hetgeen ertoe zou kunnen leiden dat de overeenkomst met hun huidige zorgverlener mogelijk niet zou kunnen worden voortgezet.

De minister heeft eind 2007 alsnog besloten om de psychiatrische grondslag voor de functie activerende begeleiding in de AWBZ te behouden. Daarmee is het geschetste probleem opgelost. Er resteert mogelijk nog een groep van verzekerden met een PGB-budget voor activerende begeleiding, die op genezing is gericht. Op grond van de overgangsregeling behouden deze verzekerden hun PGB tot de geldigheidsduur van hun indicatie is verstreken, doch uiterlijk tot 1 januari 2009. Om hoeveel verzekerden het gaat, is op basis van het beschikbare materiaal niet vast te stellen. In het geldende indicatiebesluit AWBZ, dat ten grondslag ligt aan de toekenning van het PGB, wordt niet vermeld of de activerende begeleiding al dan niet 'op genezing gericht' is.

Uit onderzoek naar de polissen en reglementen van zorgverzekeraars komt naar voren dat alle zorgverzekeraars hun verzekerden in de gelegenheid stellen om een PGB af te sluiten. Vanuit kwaliteitsoogpunt stellen zij de voorwaarde dat het daarbij om gekwalificeerde hulpverleners gaat, die in staat en gemachtigd zijn om geneeskundige zorg te bieden. De PGB-zorgaanbieders moeten daarmee aan dezelfde eisen voldoen als de gecontracteerde zorgaanbieders.

Wat de hoogte van het budget betreft, dit is nooit hoger dan datgene dat de zorgverzekeraars in het kader van de restitutiepolis vergoeden. Bij sommige verzekeraars is dit lager.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voert elk kwartaal een gegevensuitvraag bij zorgverzekeraars uit naar de kosten van de zorg. Uit de uitvraag over het eerste kwartaal 2008 komt naar voren dat een bedrag van circa € 2,1 miljoen voor het PGB GGZ is opgenomen<sup>2</sup>. Daarvan is een bedrag van € 0,3 miljoen daadwerkelijk uitgekeerd. De resterende € 1,8 miljoen betreft een balanspost, waarvan de achtergrond niet bekend is: geen informatie kon worden verkregen of aan deze balanspost PGB-contracten ten grondslag liggen.

De gegevens zijn afkomstig van vijf verzekeraars met een dekkingspercentage van 13,3% van het totale verzekerdenbestand. De overige verzekeraars hebben geen kosten opgegeven.

### *3.1.3 Sturing van verzekerden*

Zorgverzekeraars hebben in 2008 een beleid ingezet van het contracteren van preferente zorgaanbieders in de regio. Zowel kwaliteits- als doelmatigheids-overwegingen spelen daarbij een rol. Sturing van verzekerden vindt plaats doordat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders lager is dan 100%.

---

<sup>2</sup> Bron: CVZ, kwartaaluitvraag januari - maart 2008.

Voor de GGZ geldt dat er een brede contractering van zorgaanbieders heeft plaatsgevonden. Voor klinische zorg vindt 100% vergoeding plaats. Voor de ambulante GGZ bedraagt de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders gemiddeld 60-90%.

### **3.2 Zorgverzekeraarsperspectief**

Het contracteringsbeleid van de zorgverzekeraars is in verschillende opzichten een voortzetting van het beleid van de zorgkantoren. Deze keuze heeft tot doel gehad om de overgang van de op geneeskundige GGZ in de ZVW zo soepel mogelijk te doen verlopen.

#### *3.2.1 Representatiemodel*

Door de zorgverzekeraars is gekozen voor het zogenaamde representatiemodel op basis van regionaal marktleiderschap: de marktleiders in een bepaalde regio maken namens alle zorgverzekeraars productieafspraken met de regionale zorgaanbieders. Daarmee wordt voorkomen dat individuele zorgaanbieders in het overgangsjaar al met alle zorgverzekeraars aparte productieafspraken moeten maken, en omgekeerd. Daarmee wordt enerzijds aansluiting gezocht bij de praktijk die in het kader van de zorg in niet-concurrentiële markten in de ZVW gebruik is. De keuze voor dit model heeft geleid tot een beperking van de administratieve last. Het representatiemodel is slechts van toepassing op het maken van productieafspraken. Voor andere zaken zoals bijvoorbeeld de bevoorschotting moet wel met de individuele verzekeraar afspraken gemaakt worden.

#### *3.2.2 Contracteerbeleid*

##### *3.2.2.1 Instellingen*

In veel gevallen is door zorgverzekeraars aansluiting gezocht bij het aanbestedingsbeleid van de zorgkantoren voor de contractering 2007. Onderdeel van dat beleid is een budgetgarantie van circa 85 tot 95% voor de reeds gecontracteerde instellingen. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen zorg met verblijf en ambulante zorg. Afhankelijk van de mate waarin voldaan wordt aan de aanbestedingseisen op het gebied van kwaliteit, transparantie, tevredenheidsmetingen, prestatie-indicatoren en andere specifieke speerpunten, kan dit leiden tot een ophoging van het budget<sup>3</sup>. Een deel van de ruimte die op deze wijze bij de aanbesteding is ontstaan, is ingezet voor eerstelijnszorg. Hoe groot deze verschuiving is, is op dit moment niet te bepalen.

Teneinde de noodzakelijke kwaliteit te waarborgen hanteren zorgverzekeraars ten aanzien van de instellingen een HKZ-certificering als aanbestedingseis. Het blijkt dat het merendeel van de zorgaanbieders in de GGZ aan deze voorwaarde voldoet. Ofschoon het contracteringsbeleid van de verschillende zorgverzekeraars bepaalde overeenkomsten kent, zijn er ook duidelijke verschillen. Deze hebben betrekking op de hoogte van het garantiebudget, de waardering van de verschillende parameterwaarden in het aanbestedingsmodel, maar ook over de speerpunten van het contracteerbeleid. Daar waar de ene verzekeraar nadruk legt op de deelname aan doorbraakprojecten, legt de ander prioriteit bij het organiseren van ketenzorg, specifieke doelgroepen, het betrekken van cliënten bij de contractering, versterking van de eerstelijns, et cetera.

---

<sup>3</sup> Bron: GGZ Nederland: Notitie 'Zorgverzekeraars en de curatieve GGZ', april 2008.

### 3.2.2.2 Vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten (tweede lijn)

Ten aanzien van de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten hebben zorgverzekeraars een ander beleid gevoerd. Gezien het grote aantal vrijgevestigden in de tweede lijn hebben er geen contract- en tariefonderhandelingen plaatsgevonden. Wel hebben enkele zorgverzekeraars een begin gemaakt met 'kwaliteitscontracten': door te voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen wordt een hogere vergoeding gegeven dan voor de 'basiscontracten'. Ook zijn er door zorgverzekeraars geen budgetgaranties voor de tweede lijn afgegeven. Zorgverzekeraars hebben doorgaans bij hen bekende vrijgevestigden aangeschreven en een contract aangeboden, inclusief tarief. Het tarief lag in veel gevallen onder het maximum NZa-tarief, doorgaans tussen de 90 en 95%. In welke mate vrijgevestigden ingegaan zijn op het contractvoorstel van de zorgverzekeraars is niet bekend.

### 3.2.2.3 Eerste lijn

De beoogde vrije tariefonderhandelingen voor de eerste lijn zijn evenmin van de grond gekomen. Het contracteerbeleid is vergelijkbaar met dat voor vrijgevestigden in de tweede lijn. Ook hier geldt dat zorgverzekeraars doorgaans bij hen bekende vrijgevestigden hebben aangeschreven en een contract aangeboden, inclusief tarief. Voor de eerste lijn variëren de tarieven tussen de € 75,— en € 83,— (inclusief eigen bijdrage). Ook voor de eerste lijn geldt dat niet bekend is hoe hoog de contracteringsgraad is. Vanuit het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) wordt erop gewezen dat er door zorgverzekeraars uiteenlopende afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de eigen bijdrage.

### 3.2.2.4 Praktijkondersteuning huisartsen

Het beleid van verzekeraars met betrekking tot de praktijkondersteuning huisartsen wordt gekenmerkt door overgang en ontwikkeling. Veelal worden bestaande samenwerkingsverbanden voortgezet. Daarnaast worden nieuwe initiatieven ontwikkeld. De bekostiging daarvan verloopt via verschillende constructies. Zo vindt bekostiging via het instellingsbudget plaats, maar ook via de NZa-beleidsregel Praktijk Ondersteuning Huisartsen (POH). Een enkele verzekeraar wenst geen POH-ondersteuning via de reguliere GGZ-instellingen in te kopen.

### 3.2.3 Inventarisatie productieafspraken en verrekenpercentage 2008<sup>4</sup>

In de maanden maart en april 2008 zijn door aanbieders en verzekeraars de productieafspraken voor 2008 ingediend bij de NZa. Op basis van door partijen aangeleverde gegevens (nog niet alle gegevens zijn beoordeeld en een aantal gegevens zijn nog niet volledig) kan met betrekking tot de budgetafspraken en de verrekenpercentages de onderstaande samenvatting worden gegeven.

---

<sup>4</sup> Bron: NZa, 2 juni 2008.

### 3.2.3.1 Budgetafspraken

De zogenoemde gebudgetteerde aanbieders hebben in januari 2008 de eerste rekenstaat 2008 ontvangen. Kort daarna is een tweede rekenstaat verstuurd, waarin een voorlopig verrekenpercentage is berekend ter compensatie van kapitaalslasten en indexeringsverschillen van de beleidsregelbedragen ten opzichte van de DBC-productstructuur. De rekenstaten dienden voor partijen als vertrekpunt voor de productieafspraken 2008. Op basis van de nu voorliggende afspraken kan voorlopig worden gesteld dat er een toename is van circa 1% van het overgehevelde budget uit de AWBZ. Hier zitten de afspraken met vrijgevestigde zorgaanbieders niet in.

Overgeheveld budget van AWBZ naar ZVW	* € miljoen
Overgeheveld exclusief indexering 2008	circa 2.910
Afspraken 2008	circa 2.942
Toename	circa 32

Partijen kunnen tot 15 september 2008 aanvullende afspraken indienen. De aanvulling kan een verhoging, maar uiteraard ook een verlaging van het budget inhouden. Bovengenoemde toename van het volume zal derhalve in de loop van dit jaar nog wijzigen. Na afloop van dit jaar wordt het budget van de aanbieder opnieuw berekend op basis van de werkelijke productie. Het alsdan berekende budget zal dienen als zeker gestelde inkomsten (bekostiging) van de aanbieder met dien verstande dat het budget moet worden geïnd door de declaratie van DBC's. Indien de DBC's een lagere of hogere omzet genereren zal het financieringstekort of overschot in 2008 worden opgenomen in het verrekenpercentage voor 2009.

### 3.2.3.2 Mate waarin aanbieders ten opzichte van het basisbudget zijn gecontracteerd

Bovengenoemde toename van de budgetten is niet onder alle aanbieders gelijkelijk verdeeld. In onderstaand overzicht wordt dat weergegeven. Overigens is het bekend dat een aantal aanbieders de productie en daarmee het budget heeft overgedragen aan andere aanbieders. Met name in de grote afwijkingen kleiner dan 90% en groter dan 110% (de overnemende partij) doet dit zich voor. Het is nu nog niet aan te tonen wat de verhouding is tussen prijs en hoeveelheid.

Afspraken per aanbieder ten opzichte van basisbudget	% aanbieders
Minder dan 90% van het basisbudget 2008	5
90 - 100 % van het basisbudget 2008	34
100 - 110 % van het basisbudget 2008	45
Meer dan 110% van het basisbudget	<u>15</u>
	100

### 3.2.3.3 Verrekenpercentage aanbieders zonder verblijf

Naast het budget dienden partijen eveneens DBC's af te spreken volgens de productstructuur DBC GGZ. Ervan uitgaande dat zowel de budgetparameters enerzijds als de productstructuur anderzijds een adequate bekostiging inhouden voor de te verlenen zorg zou de uitkomst van het budget gelijk moeten zijn aan de geraamde opbrengst van de DBC's. In onderstaande tabel wordt inzicht gegeven in de verrekenpercentages van de aanbieders zonder verblijf. Het betreft dus uitsluitend ambulante zorg. Vastgesteld kan worden dat bij circa 80% van de aanbieders sprake is van een dekkende/meer dan dekkende opbrengst uit de DBC's. De verrekenpercentages houden rekening met een correctie voor de Indexering, waardoor de budgetparameter-bedragen vergelijkbaar zijn met de DBC-productstructuur. (Ter toelichting: een negatief verrekenpercentage houdt in dat de DBC-declaratie wordt verlaagd omdat de geraamde DBC-jaaropbrengst hoger is dan het afgesproken budget. Voor een positief verrekenpercentage geldt uiteraard het omgekeerde.)

Verrekenpercentage aanbieders zonder verblijf	% aanbieders
Hoger negatief dan -/-10%	10
-/-10 tot 0%	68
0 tot 10%	8
Meer dan 10%	<u>14</u>
	100

### 3.2.3.4 Verrekenpercentage aanbieders met verblijf

Bij de aanbieders met verblijf spelen meer factoren een rol die van invloed zijn op het verrekenpercentage. De belangrijkste zijn de kapitaallasten en de individuele componenten die met name verband houden met de kliniek. Ook deze verrekenpercentages houden rekening met een correctie voor de indexering en zijn daarnaast gerelateerd aan het totale budget.

Verrekenpercentage aanbieders met verblijf	% aanbieders
Hoger negatief dan -/-10%	6
-/-10 tot 0%	44
0 tot 10%	27
10 tot 20%	6
Meer dan 20%	<u>16</u>
	100

### 3.2.4 Verevening

Momenteel lopen zorgverzekeraars geen risico voor wat betreft de GGZ. Zorgverzekeraars worden in 2008 volledig nagecalculeerd. Dit is het gevolg van het feit dat bij de overheveling uit de AWBZ onvoldoende betrouwbare gegevens over de historische zorgconsumptie op verzekerdeniveau beschikbaar waren voor een betrouwbaar vereveningsmodel. Dat is voornamelijk terug te voeren op de gebrekkige transparantie van het bekostigingsmodel in de AWBZ.

Met de introductie van de DBC's en de DIS-registratie worden gegevens over de zorgconsumptie op verzekerdenniveau verkregen, die van belang zijn voor de ontwikkeling van een betrouwbaar vereveningsmodel. Momenteel wordt aan de ontwikkeling daarvan gewerkt.

### **3.3 Zorgaanbiederperspectief**

#### *3.3.1 Algemeen*

De overheveling van de geneeskundige GGZ van AWBZ naar ZVW heeft veranderingen op verschillende terreinen teweeg gebracht. De contractering geschiedde niet meer door de zorgkantoren, maar door de zorgverzekeraars. Daarnaast werd, na twee jaar enkel registreren in DBC's nu ook gestart met het declareren in DBC's.

#### *3.3.2 Contractering*

De keuze van zorgverzekeraars voor het representatiemodel heeft ertoe bijgedragen dat de administratieve belasting voor *instellingen* beperkt is gebleven. Het representatiemodel kan vergeleken worden met de zorgkantoorconstructie, die ook is gebaseerd op marktlederschap van de concessiehouder.

Dit heeft als consequentie gehad dat in de verschillende regio's een bestendinging van het bestaande beleid heeft plaatsgevonden. Het contracteerbeleid was er onder andere op gericht zorgaanbieders een zachte landing te laten maken. Dat is in grote lijnen gelukt. De aanbestedingsmodellen van zorgverzekeraars hebben als uitkomst gehad dat er sprake was van een hoge mate van budgetgarantie voor de reeds bekende instellingen. De hoogte is afhankelijk van de mate waarin voldaan wordt aan de aanbestedingseisen.

Keerzijde van het bestendig beleid is dat relatief nieuwe aanbieders nog niet die groei hebben kunnen realiseren, die zij het afgelopen jaar hebben weten te bereiken, aangezien verzekeraars terughoudend contracteren.

Onvrede bestaat er bij zorgaanbieders over de contractafspraken die gemaakt konden worden over dienstverlening. Voor 2008 heeft een groot aantal zorgaanbieders bezwaar aangetekend tegen de hoogte van de NZa-korting. De zorgverzekeraars hebben zich op dat punt volgend opgesteld.

Voor de vrijgevestigden in de eerste en tweede lijn is onder het verzekeraarsperspectief al geschetst dat er geen daadwerkelijke contract- en tariefsonderhandelingen hebben plaatsgevonden, maar dat door de zorgverzekeraars een contractaanbod aan vrijgevestigde zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn is gedaan. Er heeft nog geen systematische gegevensverzameling plaatsgevonden ten aanzien van de contracteringsgraad op landelijk en regionaal niveau.

Voorzover door vrijgevestigden in de eerste en tweede lijn geen gebruik is gemaakt van het contractaanbod van zorgverzekeraars of zij anderszins geen contract met een verzekeraar hebben, kunnen patiënten gebruik maken van het restitutiestelsel. De behandelaar kan in dit geval doorgaans een hoger tarief in rekening brengen dan in het geval dat deze een contract met een zorgverzekeraar heeft afgesloten.

Daar waar de eerstelijns tarieven voor vrijgevestigden met een contract tussen de € 75,— tot € 83,— liggen, brengen eerstelijnspsychologen zonder contract doorgaans tarieven bij hun patiënten in rekening tussen de € 85,— en € 95,—. In de tweede lijn tekent zich hetzelfde af: daar waar de contracttarieven tussen de 90 tot 95% van het NZa-tarief liggen, brengen tweedelijns behandelaars zonder contract het volledige NZa-tarief bij hun patiënten in rekening. Aangezien zorgverzekeraars doorgaans voor niet-gecontracteerde zorg tussen de 60 tot 90% van de kosten vergoeden, betekent dit voor verzekerden een lastenverzwaring; zij moeten immers het verschil zelf bijbetalen.

Een van de opgetreden veranderingen van het contracteerbeleid is de versterking van de eerstelijnszorg, doorgaans ten koste van de tweedelijns ambulante zorg bij de instellingen. De omvang daarvan is nog niet vast te stellen.

### *3.3.3 Kwaliteit*

De 'zachte landing' voor wat betreft de instellingen wil niet zeggen dat er niks veranderd is. Zorgaanbieders worden in toenemende mate geconfronteerd met eisen ten aanzien van de kwaliteit van de zorg. Uniform is de eis van HKZ-certificering. De verdere invulling ervan is per verzekeraar verschillend.

Het heeft in een aantal gevallen geleid tot een aanscherping van een aantal bestaande prioriteiten en een introductie van nieuwe elementen: ketenzorg, doorbraakprojecten, zorg voor specifieke doelgroepen, innovatie, klantgerichtheid, et cetera. Omdat de aanscherping nog geen verregaand karakter had, hebben de meeste zorgaanbieders aan deze eisen kunnen voldoen en hebben deze kwaliteitseisen nog geen grote consequenties gehad op het budget.

### *3.3.4 Liquiditeit en declaratie*

De AWBZ werd gekenmerkt door budgetbekostiging van zorgaanbieders. Op grond van productie- en daaruit voortvloeiende budgetafspraken werden zorgaanbieders maandelijks bevoorschot. De verantwoording van de geleverde zorg vond achteraf plaats, doorgaans niet op persoonsniveau. Naast de budgetbekostiging was dit ook mogelijk door de zorgkantoorconstructie, waardoor er geen toerekening van kosten naar de zorgverzekeraar van de verzekerde noodzakelijk was.

Dit heeft tot gevolg dat bij de overheveling van de GGZ naar de ZVW en de introductie van de DBC-systematiek de inkomsten van een zorgaanbieder per verzekeraar vooraf niet goed zijn vast te stellen. Enerzijds is niet met zekerheid vast te stellen welke DBC's en bijbehorend tarief er zullen worden gedeclareerd, anderzijds is er onzekerheid over de aantallen gedeclareerde DBC's per verzekeraar. Temeer omdat in de jaren voorafgaand aan de overheveling (door een gebrekkige vulling van het DIS) onvoldoende inzicht is ontstaan in de GGZ-consumptie.

De omzetonzekerheid wordt nog versterkt naarmate de keuzemogelijkheden voor de verzekerde tussen zorgaanbieders groter is. De keuze voor een systeem van declaratie achteraf ligt dan ook voor de hand.

Dit brengt met zich mee, dat in de overgang van het ene systeem naar het andere een liquiditeitsvraagstuk voor de zorgaanbieders ontstaat. Dit geldt zowel voor de instellingen als voor de vrijgevestigden.

### Bevoorschotting en beleidsregel rentevergoeding<sup>5</sup>

Bevoorschotting heeft als voordeel dat zorgaanbieders niet worden geconfronteerd met een tekort aan financiële middelen.

Daar staat tegenover dat bevoorschotting in een declaratiesysteem bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot administratieve lasten leidt. Daarnaast leidt het bij zorgverzekeraars tot incassoproblematiek en financieringskosten. Dat laatste is een reden dat niet alle zorgverzekeraars tot bevoorschotting over zijn gegaan. Dat neemt niet weg dat inmiddels alle zorgverzekeraars bereid zijn gevonden onder voorwaarden voorschotten te verlenen. Een voorwaarde van sommige aanbieders is dat bevoorschotting alleen plaatsvindt aan zorgaanbieders in die regio's waarin de betreffende zorgverzekeraar marktleider is<sup>6</sup>. Vanuit zorgaanbieders wordt erop gewezen dat zorgverzekeraars verschillende voorwaarden verbinden aan de bevoorschotting van zorgaanbieders. Inzicht in deze voorwaarden zijn op dit moment niet voorhanden. Met name zorgaanbieders die te maken hebben met verschillende zorgverzekeraars geven aan dat de administratieve last door de verschillende bevoorschottingsvoorwaarden groot is. Er zijn geen gegevens bekend over de mate waarin gebruik gemaakt wordt van bevoorschotting door zorgverzekeraars. In die gevallen waarin geen bevoorschotting plaatsvindt, wordt gebruik gemaakt van de beleidsregel rentevergoeding van de NZa, in combinatie met kredietverlening door banken. Voor de GGZ-instellingen bieden deze maatregelen van zorgverzekeraars en NZa in zijn algemeenheid soelaas om de overgangsproblematiek op te vangen.

Door *vrijgevestigde psychiater, psychotherapeuten en eerstelijnspsychologen* wordt aangegeven dat de bevoorschottingsregels van de verschillende verzekeraars als te afwijkend van elkaar worden bevonden, waardoor de uitvoerbaarheid ervan voor de individuele vrijgevestigde als knellend wordt ervaren. Naarmate de spreiding van de patiëntenpopulatie over verschillende zorgverzekeraars groter is, staat dit een effectieve bevoorschotting in de weg. Er is behoefte aan afstemming van de voorwaarden die verzekeraars aan bevoorschotting stellen. Momenteel worden besprekingen gevoerd tussen de brancheorganisaties van vrijgevestigden (NVvP, NVVP, NIP) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) om te komen tot meer uniformiteit in de voorwaarden.

Tot slot zijn de voorwaarden waaronder vrijgevestigden bij banken kredieten kunnen verkrijgen afwijkend van die van GGZ-instellingen.

Door het gebrek aan substantieel onderpand zijn de rentevergoedingen die vrijgevestigden moeten betalen doorgaans hoog. Daarnaast wordt de beleidsregel rentevergoeding als te ingewikkeld en ontoereikend ervaren.

### Declaratieverkeer

De geschetste liquiditeitsproblematiek wordt in hoge mate versterkt, doordat in de afgelopen periode het elektronisch declaratieverkeer niet goed functioneerde. Het gevolg is dat in de afgelopen periode het declaratieverkeer en uitbetaling door zorgverzekeraars uiterst beperkt is geweest.

---

<sup>5</sup> Hier wordt bedoeld op de NZa-beleidsregel 'Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ'.

<sup>6</sup> GGZ Nederland: Notitie 'Zorgverzekeraars en de curatieve GGZ', april 2008, pagina 7 - 14.

Door NVvP, NVVP en NIP wordt aangegeven dat dit voor vrijgevestigden grote impact heeft. De declaratie van de DBC is ook direct het inkomen van de vrijgevestigde beroepsbeoefenaar. Gezien deze problematiek heeft de minister een taskforce declaratieverkeer ingesteld, die enerzijds concrete ondersteuning biedt en anderzijds de voortgang monitort. Uit de rapportages van de taskforce komt naar voren, dat in de loop van het tweede kwartaal 2008 het betalingsverkeer langzaam op gang komt en vorderingen maakt.

### *3.3.5 Praktijkbeëindiging vrijgevestigden*

Vanuit de NVVP, NVvP en NIP wordt aangegeven dat in de afgelopen periode circa 300-350 vrijgevestigden hun tweedelijns praktijk hebben beëindigd<sup>7</sup>. Daarbij gaat het om praktijken van uiteenlopende omvang: vrijgevestigden die zowel een dienstverband hebben bij een instelling en daarnaast een kleine, aanvullende praktijk voeren, maar ook vrijgevestigden die een qua omvang substantiële praktijk voeren.

Hierboven is de omvang van het aantal praktijkbeëindigingen aangegeven.

De redenen zijn verschillend:

- Liquiditeitsproblematiek.
- Kosten van de investeringen in software en training, voortvloeiend uit de verplichtingen van de DBC-registratie en het elektronisch declaratieverkeer zonder adequate vergoeding.
- Ingewikkeldheid van de DBC-registratie (tweede lijn).
- Vervroegde uittrekking veelal door bovenstaande redenen.
- Pensionering.

Van diegenen die niet om leeftijdsredenen zijn gestopt, zijn geen exacte aantallen bekend op welke wijze zij emplooi hebben gevonden. Wel is vast te stellen dat zij:

- Aansluiting hebben gezocht bij een tweedelijns franchiseorganisatie (van minimaal twee van deze organisaties is bekend dat zij inmiddels wachtlijsten kennen voor psychologen en psychotherapeuten die zich willen aansluiten).
- Bij een GGZ-instelling zijn gaan werken, dan wel hun dienstverband aldaar hebben uitgebreid.
- Zijn uitgeweken naar de eerste lijn, waar geen DBC-registratie geldt.
- Werkzaam zijn buiten het verzekeringscircuit.

Er zijn geen gegevens beschikbaar of en in hoeverre de praktijkbeëindigingen tot wachtlijsten leiden of dat patiënten een andere behandelaar hebben kunnen vinden. Vanuit de kring van patiënten en zorgaanbieders wordt in dit verband wel gewezen op een verschraving van het zorgaanbod en keuzevrijheid voor patiënten.

## **3.4 Algemeen**

### *3.4.1 Administratieve lasten*

Om te kunnen beoordelen of de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de ZVW een vergroting van de bureaucratie tot gevolg heeft gehad, zijn twee zaken van belang.

---

<sup>7</sup> Bron: NVVP-ledenenquête.

Ongetwijfeld leidt de invoering van de DBC-systematiek tot een verdergaande registratie dan datgene dat gebruikelijk was onder de AWBZ. Zeker in de beginperiode leidt dit bij zorgverleners tot extra administratieve lasten. Zorgverleners ervaren dat vaak als belastend. Daar staat tegenover dat de transparantie van de zorg onder de AWBZ te wensen overliet. De verzekeraar had nauwelijks inzicht in aard, kwaliteit en omvang van de zorg die hij bekostigde.

De verzekeraar/zorgkantoor kon slechts terugvallen op een tijdrovend systeem van materiële controle. Het streven is om in de toekomst het systeem van materiële controle te vereenvoudigen.

De AWBZ wordt gekenmerkt door een ontkoppeling van geld- en informatiestromen. Aan de ene kant is er de bekostiging op basis van een systeem van budgetafspraken en nacalculatie op instellingsniveau, aan de andere kant is er het systeem van materiële controle en verantwoording achteraf op verzekerdeniveau. In de praktijk leidt dit bij instellingen tot een systeem van dubbele registraties, die moeilijk op elkaar aansluiten. Met de invoering van een declaratiesystematiek op verzekerdeniveau in de ZVW worden de geld- en informatiestromen aan elkaar gekoppeld, hetgeen tot meer uniformiteit in de registratie leidt en derhalve tot een afname van de administratieve lastendruk. De vraag is hoe beide, dat wil zeggen de DBC-registratie en uniformering van geld- en informatiestromen zich tot elkaar verhouden. Dat vraagt om aanvullend onderzoek.

Het overgangsjaar 2008 wordt gekenmerkt door beide systemen, doordat budgetafspraken conform de NZa-beleidsregels plaatsvinden. Dit impliceert in het overgangsjaar een tijdelijke toename van de administratieve last.

#### *3.4.2 Inning eigen bijdragen*

In 2008 zijn verzekerden die eerstelijns zorg en tweedelijns psychotherapie krijgen een eigen bijdrage per zitting verschuldigd. Net als bij de AWBZ innen de zorgverleners deze, met uitzondering van de eerste lijn, waarvoor enkele zorgverzekeraars de inning voor hun rekening nemen. Voor de tweedelijns psychotherapie doet zich het probleem voor, dat de systematiek van eigenbijdrageheffing per zitting niet strookt met de DBC-systematiek. Binnen de DBC-systematiek worden geen zittingen geïdentificeerd, waardoor het voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars bijzonder moeilijk is om dit administratief te verwerken. De softwarepakketten en de Vektisstandaard zijn daar niet op ingericht. Verder kunnen zorgverzekeraars niet vaststellen hoeveel eigen bijdragen dienen te worden afgestort, dan wel in mindering op de DBC-declaratie dienen te worden gebracht. Op regionaal niveau wordt er naar oplossingen gezocht om dit probleem op te lossen.

#### *3.4.3 Regierol bij wisseling van financieringsstroom binnen de GGZ*

Door de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de ZVW is er voor een deel van de GGZ-cliëntèle een knip opgetreden. Patiënten die langer dan een jaar een beroep doen op GGZ met verblijf komen dan ten laste van de AWBZ. Dat betekent dat die verzekerde een indicatie dient aan te vragen. In de praktijk zal het zo zijn dat de GGZ-instelling daarover waakt. Instellingen richten daarop hun administratieve organisatie in. Indien de verzekerde geen indicatie heeft en de zorg wordt voortgezet, zal deze zorg immers niet bekostigd mogen worden. Momenteel doen zich op dit vlak geen grote problemen voor en worden ook niet verwacht.

#### *3.4.4 Behandeling van onverzekerde*

Uit onderzoek van de Sociale Verzekeringsbank kom naar voren, dat er circa 300.000 onverzekerden zijn. Een deel daarvan zal bestaan uit cliënten met GGZ-problematiek, waaronder dak- en thuislozen, verslaafden en anderen. Hoe groot de groep onverzekerde cliënten met GGZ-problematiek is, valt niet goed vast te stellen. Dat kan pas op het moment dat zij een beroep op zorg doen. Onderzocht kan worden of dit aanknopingspunten biedt om meer zicht te krijgen op de omvang van deze groep.

Het feit dat deze cliënten onverzekerd zijn, wil niet zeggen dat zij geen beroep op zorg kunnen doen. In geval van de noodzaak van acute zorg zal deze ook geboden worden. Dat is ook het moment dat, eventueel met tussenkomst van gemeentelijke sociale diensten, het onderbrengen bij een verzekeraar mogelijk is.

### **3.5 Conclusie**

De overheveling van de geneeskundige GGZ van AWBZ naar ZVW per 1 januari 2008 is een omvangrijke operatie die twee jaar is voorbereid door het ministerie, de ZBO's en de veldpartijen. Het jaar 2008 is aangemerkt als overgangsjaar, waarin beoogd werd patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders zacht te laten indalen in de schoot van de ZVW. Het is te vroeg om te concluderen of dit voor alle partijen is gelukt. Het beeld tekent zich af dat dit voor de GGZ-instellingen redelijk gaat lukken. Bij de vrijgevestigden daarentegen is eerder sprake van een harde landing. Deze laatste groep heeft veel last (gehad) van het moeizaam op gang komen van het elektronisch declaratieverkeer, de introductie van de DBC-systematiek en de samenhangende softwareproblematiek en toenemende administratieve lasten. Ook zorgverzekeraars lijken een zachte landing te maken, mede dankzij de 100% risicoverevening. In hoeverre cliënten hinder ondervinden van de praktijksluitingen van vrijgevestigde is niet vast te stellen. Wel kan worden gesteld dat verzekerden die een beroep (moeten) doen op de restitutieregelingen van zorgverzekeraars omdat hun behandelaar geen contract heeft, geconfronteerd worden met extra kosten. De maatregelen van de minister ten aanzien van de activerende begeleiding eind 2007 lijken soelaas te hebben geboden.

De afgelopen periode hebben veldpartijen de nodige inspanningen gedaan om de problemen die bij de overheveling de kop opstaken het hoofd te bieden. Deze aandacht zal onverminderd nodig zijn om de nog lopende vraagstukken op te lossen.