

# ZIELENZORG IN DE AANBIEDING

*Marktwerking daagt GGZ uit tot vernieuwing, zeker in de eerste lijn*

De kortdurende geestelijke gezondheidszorg komt onder de Zorgverzekeringswet. Verzekeraars hebben echter nauwelijks ervaring met inkopen in de GGZ en zorgaanbieders niet met marktwerking. Voordeel lijkt dat er meer vraag komt naar functiedifferentiatie, vernieuwende zorgprogramma's en ketenzorg.

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

JAN ERIK DE WILDT  
RICHARD JANSSEN  
VICTOR POP

**P**er 1 januari 2008 zal de financiering van kortdurende geestelijke gezondheidszorg overgaan van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en de vergoeding van de eerstelijnspsycholoog in het basispakket komen.<sup>1</sup> Het betreft twee maatregelen die respectievelijk ruim drie miljard en zestig miljoen euro extra toevoegen aan het financiële kader van de Zorgverzekeringswet.<sup>2</sup>

Daarmee worden zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop van kortdurende geestelijke gezondheidszorg (< 1 jaar). Tegelijkertijd wordt in de tweedelijns GGZ de DBC-financiering geleidelijk ingevoerd.<sup>3</sup> De belangen zijn groot, want de omzet van GGZ-instellingen bestaat momenteel voor meer dan 50 procent uit opbrengsten uit kortdurende zorg. De totale kosten van GGZ-zorg zijn jaarlijks circa 5 miljard euro.<sup>4</sup>

Het bevorderen van marktwerking is één van de doelstellingen van de Zorgverzekeringswet. Het stelsel is nu anderhalf jaar operationeel en heeft tot forse dynamiek geleid in de zorg. Maar welke (markt-)effecten zijn nu te verwachten als het gaat om de overgang van kortdurende geestelijke gezondheidszorg naar de Zorgverzekeringswet?

#### AFSPRAKEN

De overheveling van ruim drie miljard euro van AWBZ naar Zorgverzekeringswet houdt in dat het financiële kader van die wet met circa 10 procent wordt uitgebreid. Dit bedrag wordt aan de zorgverzekeraars toegekend op basis van een normuitkering per verzekerde.<sup>5</sup> Er is op verzekerdeniveau echter nog weinig zicht op het gebruik van kortdurende geestelijke gezondheidszorg. Die gegevens worden namelijk pas sinds januari 2006 vastgelegd. De systematiek van de risicoverevening is daarom voor de kortdurende GGZ nog niet voldoende uitgekristalliseerd.

Om te voorkomen dat verzekeraars financieel in de problemen komen, zijn er afspraken gemaakt over risicoverevening. In 2008 vindt zodoende volledige nacalculatie plaats.<sup>6</sup>

De huidige marktwerking op de GGZ-verzekeringmarkt wordt met

name veroorzaakt door de aanvullende verzekeringen. Daarin willen zorgverzekeraars zich van elkaar onderscheiden. Ook is er een trend in de vorm van collectieve contracten.<sup>7</sup> In dat kader nemen zorgverzekeraars op verzoek van werkgevers psychosociale re-integratiezorg op in aanvullende pakketten of financieren dit uit arbotechnische overwegingen uit eigen budget.<sup>8</sup> Dit staat echter nog in de kinderschoenen.

Verzekeringsconcerns die inkomensverzekeringen afsluiten, zijn ook geïnteresseerd in snelle re-integratie. Dit leidt eveneens tot enige dynamiek op de verzekeringsmarkt.

#### ONZEKERHEID

De zorgmarkt bestaat uit vraag en aanbod. De vraag in de GGZ heeft specifieke kenmerken, waarmee ze zich onderscheidt van de reguliere curatieve zorg.<sup>9</sup> De onzekerheid en diversiteit in behandeling is er namelijk groter, er is minder zelfinzicht in de aandoening, financiële prikkels hebben minder effect en er zijn meestal grotere en ook sociale kosten aan verbonden.

Van alle Nederlanders krijgt 40 procent ooit psychische klachten; jaarlijks kampt één op de vier Nederlanders met

psychische problemen.<sup>10</sup> Ook belandt per jaar ongeveer 4 procent van de Nederlanders in de gespecialiseerde GGZ (tweede of derde lijn) en komt ruim 8 procent met psychische klachten bij de huisarts.

Gezien de vergrijzing en toename van de problematiek in de huisartsenpraktijk zal het aantal psychische zorg- en hulpvragen eerder toe- dan afnemen.<sup>11</sup> Daarnaast is aangetoond dat er in de GGZ sprake is van onderbehandeling.<sup>12</sup> Beide aspecten zullen de druk op de kortdurende GGZ de komende jaren waarschijnlijk verder doen toenemen.<sup>13</sup>

In de eerste lijn wordt de kortdurende ambulante GGZ momenteel voornamelijk uitgevoerd door (in mindere mate) de huisarts, de eerstelijnspsycholoog, het algemeen maatschappelijk werk

en door vrijgevestigde beroepsbeoefenaars (psychotherapeuten). In de tweede lijn verlenen GGZ-instellingen dit type zorg. In toenemende mate worden tweedelijns SPV's echter gedetacheerd naar de eerste lijn en bestaan er daar ook consultatieregelingen door psychiaters.<sup>14</sup> De klinische zorg is het domein van gespecialiseerde GGZ-instellingen en zal dat de komende jaren ook grotendeels blijven.<sup>15</sup>

Behalve het vraag- en aanbodprincipe wordt de zorgmarkt mede bepaald door de zorgaanbieders. Door de functionele omschrijving in de Zorgverzekeringswet - niet de zorgaanbieder, maar het soort zorg is bepalend - kunnen in principe alle zorgaanbieders die binnen het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars vallen en aan vigerende kwaliteitseisen voldoen, kortdurende GGZ aanbieden.<sup>16</sup> Hierdoor ontstaat nu al een gedifferentieerder zorgaanbod. De verwachting is dat die trend in 2008 zal doorzetten.

#### GEDETACHEERD

In de tweede lijn zijn twee soorten zorginstellingen te onderscheiden: concernbouwers en netwerkorganisaties. De eerste groep streeft ernaar de regie over de gehele zorgketen te krijgen, de tweede

## *Nieuwe zorgaanbieders zullen zich in hoog tempo aanbieden op de GZZ-markt*

zoekt samenwerkingspartners en richt zich op gespecialiseerde taken. Alle tweedelijns GGZ-organisaties willen graag hun adherentiegebied veilig stellen en hebben om zorginhoudelijke en strategische redenen SPV's in de huisartsenpraktijk gedetacheerd.<sup>17</sup> Ook zijn er partijen die zich op de markt van de (kortdurende) GGZ richten, zoals PsyQ, een franchiseketen in de GGZ.<sup>18</sup> Naar verwachting zullen nieuwe zorgaanbieders zich in hoog tempo aanbieden op de GZZ-markt. Zij richten zich geheel op het ambulante deel van het basispakket, combineren het zorgaanbod met arbocuratieve zorg of zorg uit het aanvullende pakket. Ook zijn er steeds meer websites voor psychische zorg als substituuut voor traditionele geestelijke gezondheidszorg.<sup>19</sup> Deze lijken zich >>

<< bij uitstek te lenen voor kortdurende GGZ in de vorm van een therapeutisch aanbod op basis van E-health.

#### GIDSFUNCTIE

In de eerste lijn kunnen huisartsenpraktijken vanaf 2008 een praktijkondersteuner GGZ (PO-GGZ) aanstellen.<sup>20</sup> Hiermee is een budget gemoeid van 38,2 miljoen. De PO-GGZ heeft volgens VWS een gidsfunctie en biedt ondersteuning aan de eerstelijns GGZ-kerndisciplines bij vraagverheldering, het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn, kostenbeheersing en het vergroten van het probleemoplossend vermogen van de eerste lijn. Veldpartijen oriënteren zich nu op de organisatie hiervan. Op basis van een gemiddelde PO-GGZ gaat het om 700 tot 1000 FTE, hetgeen een forse herallocatie op de arbeidsmarkt kan betekenen.

Eerstelijnspsychologen zijn tevreden dat de eerste acht behandelingen in het basispakket komen.<sup>21</sup> Minder te spreken zijn zij over de eigen bijdrage van tien euro per sessie. Bovendien zijn meestal minstens twee sessies nodig om de problematiek van de patiënt helder te krijgen; dan resten nog slechts zes sessies voor therapie.

De Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE) schat dat in Nederland circa 1250 eerstelijnspsychologen werken. Door opname in het basispakket zal er extra vraag ontstaan die nu, vaak wegens het ontbreken van vergoedingen, niet kan worden beantwoord. Om de verwachte extra druk aan te kunnen, moeten er meer eerstelijnspsychologen komen.<sup>22</sup>

Daarnaast is voor eerstelijns psychologische hulp adequate triage van belang om te voorkomen dat de zorg te laagdrempelig wordt.

#### ONDER DRUK

Het algemeen maatschappelijk werk heeft in de eerste lijn een status aparte. Het wordt gefinancierd vanuit het gemeentefonds. Door de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) ontstaat bij gemeenten geleidelijk meer aandacht voor de eerstelijnszorg in combinatie met preventie en openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). De middelen uit het gemeentefonds staan echter onder druk en zijn per definitie beperkt.<sup>23</sup> Ook bestaat er een verschil in uitgangspunt tussen WMO en Zorg-

verzekeringwet. Zo kent de WMO geen aanspraken ofwel rechten op zorg, maar is de wet een uitvloeisel van gemeentelijk en politiek beleid. De beleidsvrijheid die daardoor bestaat, betreft ook het algemeen maatschappelijk werk. Het is dus maar de vraag of de beschikbare fte's hiervoor in elke gemeente blijft behouden.<sup>24</sup> Ook is het denkbeeldig dat gemeenten zich focussen op materiële taken, waardoor er feitelijk minder capaciteit komt. Mogelijk voeren zij een eigen bijdrage in, waardoor de lage drempel voor algemeen maatschappelijk werk verdwijnt.<sup>25</sup>

Geïntegreerde multidisciplinaire

ten gevolge van de overheveling van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet op de zorginkoopmarkt een zestal factoren van belang.

1. Het is de vraag of een zorgverzekeraar daadwerkelijk zorg wil en kan inkopen in de kortdurende GGZ. De verzekeraar krijgt een budget dat is gebaseerd op een nog niet uitgekristalliseerd normuitkeringsstelsel en heeft geen of weinig zicht op het niveau van de individuele verzekerde. Ook is er geen concrete ervaring met het inkopen van (gedifferentieerde) geestelijke gezondheidszorg. Bij het zorgkantoor is de inkoop namelijk vooral gericht op

*De zorgmarkt  
zal flink worden  
omgewoeld*

samenwerkingsverbanden, meestal te vinden in gezondheidscentra, vormen een uitzondering in de eerstelijnszorg. Daar zijn in het kader van het zorgaanbodplan psychosociale zorgprogramma's opgenomen, die al door de zorgverzekeraars al zijn gecontracteerd.<sup>26</sup>

#### CONTRACTEREN

De zorginkoopmarkt van de GGZ is de afgelopen jaren vormgegeven door de zorgkantoren. Dit gebeurde in het kader van de AWBZ. Hoewel deze wet nauwelijks prikkelt tot marktconforme inkoop, koos een aantal concessiehouders - zorgverzekeraars die de functie van zorgkantoor uitvoerden - ervoor te anticiperen op de overheveling van de kortdurende GGZ. Zo werkten de zorgkantoren van CZ en Agis de afgelopen jaren met aanbestedingsprocedures.<sup>27</sup> Door het verschil in uitvoering van de inkooprol, zijn er echter flinke regionale verschillen ontstaan in de wijze waarop zorgkantoren contracteren. Op dit moment is

volume, prijs en wachtlijstbeheersing van, hoofdzakelijk, al bestaande grootschalig georganiseerde zorgaanbieders (GGZ-instellingen). GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben trouwens recentelijk wel een inkoop- en verkoopgids GGZ gepresenteerd.<sup>28</sup>

2. Door het systeem van normuitkeringen en verevening zijn de prikkels beperkt om tot kwalitatieve en doelmatige zorginkoop te komen. Risico's worden afgedekt door vangnetconstructies en overgangsmaatregelen. In 2008 vindt 100 procent nacalculatie plaats.

3. Zowel zorgverzekeraars als gemeenten nemen taken over van het zorgkantoor. Deze (relatief) nieuwe spelers ontbreekt het vooralsnog aan kennis, ervaring en routinematige afstemming. Ook bestaat er een scheidslijn tussen twee financieringsregimes: de ZVW en de WMO. Het kost tijd om een nieuwe relatie tussen de twee uit-

## SAMENVATTING

- voeders op te bouwen. Het is niet onlogisch dat in een dergelijke ontwikkelingsfase op de bestaande situatie wordt voortgebouwd. Dit komt neer op het contracteren van grote GGZ-instellingen, zeker omdat de eerstelijns GGZ-partijen momenteel nog maar in beperkte mate een alternatief vormen.
- In de gespecialiseerde GGZ wordt de DBC-financiering ingevoerd. Dat kost de zorgverzekeraars veel tijd en energie, waardoor zij zich minder kunnen richten op zorginkoop. Daarnaast is het kosteneffect van de DBC-invoering nog onbekend. In verband met die onzekerheden zijn zorgverzekeraars terughoudend bij de inkoop van de kortdurende GGZ.
  - Naar verwachting gaan zorgverzekeraars experimenteren met de PO-GGZ en zullen zij eigen beleid ontwikkelen om invulling te geven aan de (nog te verschijnen) NZa-beleidsregel.<sup>29</sup> De macrobudgettaire ruimte van ruim 38,2 miljoen biedt voldoende mogelijkheden voor een eerste opzet. Binnen de regionale ondersteuningsstructuren is al vanaf 2006 voorzien in versterking van de eerstelijns GGZ om de overheveling van de kortdurende GGZ op te vangen.<sup>30</sup>
  - De concurrentie op de verzekeringsmarkt, de daarmee gepaard gaande verliezen bij zorgverzekeraars en schaalvergroting leiden tot reorganisaties en fusies bij zorgverzekeraars.<sup>31</sup> Dat heeft ook invloed op de effectiviteit van de zorginkoop.

### FRANCHISEFORMULES

De overheveling van de kortdurende GGZ van AWBZ naar Zorgverzekeringswet zal de komende jaren voor de nodige dynamiek zorgen. Verzekeraars krijgen hierdoor meer mogelijkheden om integrale en samenhangende verzekeringsproducten aan te bieden.

Tegelijkertijd zal de vraag naar (kortdurende) geestelijke gezondheidszorg toenemen, waardoor zowel in de eerste als de tweede lijn een aanzienlijk beroep wordt gedaan op de beschikbare capaciteit.

De zorgmarkt zelf zal flink worden omgewoeld, waarbij sprake zal zijn van grootschalige fusies en de introductie van nieuwe franchiseformules en kleinschalige toetreders. Uiteindelijk zal de zorginkoopmarkt door de nieuwe toetreders interessanter worden voor de zorg-

- De kortdurende GGZ gaat over van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.
- De vraag naar kortdurende GGZ is groot, maar het ontbreekt aan gedetailleerde gegevens. Zorgverzekeraars zullen deze zorg moeten inkopen; bestaande en nieuwe zorgaanbieders zullen die gaan verkopen.
- Er ontstaan nieuwe mogelijkheden voor eerstelijns kerndisciplines: eerstelijns psychologen komen in het basispakket en er wordt een praktijkondersteuner GGZ geïntroduceerd bij de huisartsen, maar ook tweedelijns GGZ-instellingen melden zich. Er komt meer differentiatie.
- Zorgverzekeraars zullen in het overgangsjaar 2008 gaan experimenteren en de marktwerking krijgt een impuls.

verzekeraars. Door de overheveling van de kortdurende GGZ krijgt de marktwerking in de zorg dus een impuls. Vooral de eerste lijn wordt uitgedaagd om op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg te komen tot functiedifferentiatie en zorgconcepten, zoals die al bestaan voor ketenzorg gericht op bijvoorbeeld hart-, long- en diabetespatiënten. ■

J.E. de Wildt,  
MHA, directeur Commonsense interim- & projectmanagement

prof. dr. R.T.J.M. Janssen,  
bijzonder hoogleraar Economie en Organisatie van de gezondheidszorg; universiteit van Tilburg en voorzitter van de raad van bestuur Mondriaan Zorggroep Heerlen

dr. V.J.M. Pop,  
huisarts en hoogleraar eerstelijnszorg, vakgroep klinische gezondheidspsychologie, Universiteit van Tilburg

Belangenverstrengeling: R. Janssen is voorzitter van de Raad van Bestuur van een GGZ-instelling, J.E. de Wildt verricht opdrachten voor eerstelijns partijen en V. Pop is mede-initiatiefnemer van een eerstelijns GGZ-zorgprogramma.

Correspondentieadres: csense@planet.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## VELDWERK

### Zorgelijk



'Hé, hallo, Jan! Hoe gaat het tegenwoordig?' Midden in de stad word ik op enthousiaste toon aangesproken.

Mijn begroeter is een voormalige manager van ons ziekenhuis, die een mooie baan elders heeft gevonden.

'Hé hallo... Prima! Hoe gaat het met jou?' Er ontspint zich een aangenaam gesprek, maar er is één ding dat me ernstig afleidt: hoe heet hij ook weer?

Pas bij het beëindigen van het gesprek schiet zijn voornaam me te binnen. Eigenlijk als hij al wegfiets. 'Dag, Arie...' De achternaam ont-schiet me even.

Ik heb dat steeds vaker. Zodra ik iemand zie buiten de bekende context, heb ik moeite om de naam te vinden. Ik weet dat het hoort bij mijn stijgende leeftijd. Maar leuk is het niet.

Ook als bedrijfsarts vind ik dit zorgelijk. Onze werkende bevolking vergrijsd ongeveer net zo snel als ik. Het aantal jongeren neemt af en steeds meer mensen zullen doorwerken tot 65 jaar en ouder. Werkgevers moeten zich voorbereiden om maatwerk te leveren bij de inpassing van oudere werknemers. Zij zullen op hun beurt rekening moeten houden met demotie tijdens hun laatste werkjaren.

Maar bedrijven en werkgevers zijn, tot op de dag van vandaag, helemaal niet ingesteld op individueel personeelsbeleid. Hedgefondsen en grootaandeelhouders zien personeel uitsluitend als productiefactor. 'Intensieve menshouderij' noemt organisatieadviseur Jaap Peters dat. Rationeel uitmelken en vervolgens afdanken. In de jaren tachtig gebeurde dat via de WAO. Sinds de jaren negentig vooral via VUT of prepensioen.

Bedrijfsartsen hebben nog nooit een beleidsbepalende rol kunnen spelen bij ontwikkelingen in het human resource management. Misschien kunnen nu ze een rolletje krijgen bij de introductie van meer duurzaamheid in de personele bedrijfsvoering. Al was het maar uit eigenbelang. ■

Jan Maasen

de bedrijfsarts

---

#### Literatuurlijst

1. Ministerie van VWS. Kamerbrief. Den Haag, 11 juli 2007.
2. Ministerie van VWS, Kamerbrief. Den Haag, 1 september 2006.
3. Ministerie van VWS. Voorhang tarifiering tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg. Den Haag, 11 juli 2007.
4. Beleidsagenda VWS 2007. Den Haag, september 2006.
5. CVZ zorgvereenigingsfonds 2007 Diemen; Ministerie van VWS risicovereveningsmodel 2008 Den Haag, 24 september 2007
6. Ministerie van VWS. Overheveling GGZ per 1 januari 2008. Den Haag, 11 juli 2007.
7. Ruth, LM van, e.a. 55% van de Nederlanders > 18 jaar is verzekerd via een collectief contract. Utrecht, Nivel, 16 maart 2007.
8. Kruidvat aanvullende verzekeringen pakket beter en best, [www.kruidvat.nl](http://www.kruidvat.nl)
9. Culyer AJ e.a. *Handbook of Health Economics*. Heslington UK/Elsevier, 2000.
10. Ministerie van VWS. Dossier GGZ. Den Haag, [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl), 2007.
11. Verheij RA, e.a. LINH Feiten en cijfers in de huisartsenzorg in Nederland 2001-2005 Nivel/Wok, Utrecht/Nijmegen, laatste update 18 augustus 2006.
12. Coenen RJP e.a. Effecten van integratie van eerste en tweedelijns gezondheidszorg in de GGZ voor ouderen. Altrecht/Universiteit van Utrecht, 2007.
13. Bakker de DH. e.a. Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Utrecht/Bilthoven, Nivel/RIVM, 2005.
14. Ministerie van VWS. Versterking van de eerstelijns GGZ. Den Haag 19 juli 2002
15. Poel P van de. Prikkel voor GGZ instellingen. In: *Zorgvisie*. Maarssen, augustus 2007.
16. Wet BIG, Kwaliteitswet zorginstellingen, [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).
17. Bensing J. Nivel/LOVE congres. Den Haag, 12 februari 2007; Wildt JE de; steekproef 428 huisartsen voorjaar 2007: 60 % maakt gebruik van een SPV-er (nog niet gepubliceerd)
18. PsyQ is een initiatief van Parnassia, GGZ instelling in Den Haag.
19. Spek V. Effectiviteit van online zelfhulp. Universiteit van Tilburg, 2007.
20. Ministerie van VWS. Voorhang beleidsregel bekostiging praktijkondersteuner huisartsenzorg. Kamerstuk, Den Haag, 27 april 2007.
21. Ministerie van VWS. Overheveling GGZ per 1 januari 2008. Den Haag, 11 juli 2007.
22. LVE. Jaarbericht 2005. Amsterdam, 2006.
23. VNG. Verdeelmodel WMO. Den Haag, 6 oktober 2006.
24. De veldnorm '6000 inwoners = 1 fte algemeen maatschappelijk werk' wordt gehanteerd.
25. GGZ-Nederland. 'Gemeente neemt GGZ-taken niet serieus'. Amersfoort, april 2007.
26. LVG en ZN. Zorgaanbodplan in het kader van de financiering van de module geïntegreerde eerstelijnszorg. Utrecht/Zeist, 2006.
27. EU richtlijn 2004/18/EG.
28. Zorgverzekeraars Nederland. Persbericht: DBC-gids startsein voor inkoop ggz binnen de Zorgverzekeringswet. Zeist, 22 augustus 2007.
29. Ministerie van VWS. Aanwijzing bekostiging praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ. Den Haag, 26 juli 2007.
30. NZA. Beleidsregel uitbreiding regionale ondersteuning eerstelijnszorg. Utrecht, 1 januari 2006 (CV-0000-17.0-4).
31. Statistisch Bulletin van De Nederlandse Bank. Verliezen zorgverzekeraars basisverzekering € 560 miljoen in 2006. Amsterdam, 30 maart 2007.