

Ggz-evaluatie: minder zorg en toch

Het eerste half jaar van de nieuwe ggz-structuur is achter de rug. *De Eerstelijns* ging op onderzoek uit en kwam met de volgende resultaten. De zorgplicht van zorgverzekeraars staat onder druk. Ondanks minder zorg toch wachtlijsten. Een evaluatie op drie niveaus.

De POH-ggz-formatie bij de huisartsen is toegenomen, zowel in bestaande situaties als nieuwe aanmeldingen. De detachering vanuit de ggz-instelling in persoon van SPV'ers komt veel voor. Daarnaast nemen groepjes huisartsen POH-ggz meer in dienst nu de formatie per normpraktijk is uitgebreid en de continuïteit verzekerd lijkt. Er dreigt in sommige regio's een mismatch voor POH-ggz. De eerstelijnszorg werkt klachtgericht, terwijl de beschikbare SPV'ers omgeschoold moeten worden vanuit een diagnosegerichte werkwijze. Innovatie in bedrijfsprocessen door de inzet van digitale tools of e-health blijft nog beperkt. Daardoor ontstaat er druk op de POH-ggz, omdat de laagdrempelige instroom zonder eigen bijdrage voor patiënten aantrekkelijk is. Dit is een gemiste kans en de eerstelijnszorg kan hier beter op scoren.

verloopt de terugverwijzing vanuit de specialistische ggz trager dan verwacht. Tot slot hebben zorgverzekeraars terughoudend gecontracteerd (op 90 tot 95 procent van het beschikbare budget in de ggz) en omzetplafonds gecreëerd, waardoor patiënten niet in kunnen stromen in de basis-ggz en op de wachtlijst belanden. Populaire praktijken klagen over gebrek aan flexibiliteit en bereidheid om de volumes aan te passen. Huisartsenpraktijken dreigen te verstopten. Zorgverzekeraars hebben weinig ervaring met individuele zorgvraag per patiënt, omdat in het verleden bulkcontracten in de AWBZ werden gesloten. In aanloop naar de afbouw van de post-risicovereeniging nemen zorgverzekeraars geen risico. Door de POH-ggz komen er relatief weinig patiënten voor producttypering "kort" in aanmerking. Basis-ggz experimenteert met groepsbehandelin-

gescherpt. Vanuit de wetregulering, maar ook door de zorgverzekeraars. De verschillen in visie en voorwaarden door zorgverzekeraars worden vrijwel onwerkbaar genoemd. Daarnaast hanteren zorgverzekeraars soms minimale omzetvolumes om transactiekosten te



Populaire praktijken klagen over gebrek aan flexibiliteit en bereidheid om de volumes aan te passen

Basis-ggz

De instroom in de basis-ggz blijft daarentegen achter. Redenen hiervoor zijn de snelle succesvolle interventie in de huisartsenpraktijk, de voorwaarde dat er sprake moet zijn van een (vermoeden van een) DSM-stoornis en het eigen risico dat de (volwassen) patiënten moeten betalen bij een verwijzing. Daarnaast

gen om met bepaalde groepen intensieve patiënten zorgminuten efficiënter in te kunnen zetten. De consultatieve functie komt het best tot zijn recht in organisaties die zowel een basis-ggz als specialistische ggz aanbieden. Zelfstandig vrijgevestigde ggz-aanbieders hebben het moeilijk. De eisen aan de basis-ggz zijn aanzienlijk aan-

beperken. Dat leidt er toe dat vrijgevestigden zich noodgedwongen aansluiten bij grotere, veelal monodisciplinaire samenwerkingsverbanden. In enkele gevallen is er sprake van georganiseerde samenwerking met zorggroepen van huisartsen.

Specialistische ggz

De specialistische ggz ziet net als de ziekenhuizen een daling in de productie. Het eigen risico en de herinvoering van de verwijzingskaart¹ zijn de belangrijkste redenen. Daarnaast zijn de eisen voor verwijzing naar de specialistische ggz aangescherpt. In bepaalde gevallen

wachlijsten

kan de gedetacheerde SPV'er vanuit de huisartsenpraktijk de basis-ggz omzeilen of vanuit de combinatieorganisaties kunnen patiënten vanuit de basis-ggz eerder worden doorverwezen naar de specialistische ggz. Ook het terugverwijzen van bijvoorbeeld chronische pa-

ze de specialistische ggz-instellingen vast te prikken op maximale gemiddelde kosten per patiënt, waarbij de organisaties verantwoordelijk worden voor de overschrijdingen en zorgverzekeraars de (verzekerings!)risico's af-schuiven. Op basis van de schadelast

van de zorgverzekeraars het eerste half jaar, zullen bij ongewijzigd beleid de macro-ggz-zorgkosten onderschreden worden, maar zijn er wel problemen in de continuïteit die met een flexibele opstelling van zorgverzekeraars kleiner zouden zijn. Minister Schippers heeft op 2 juni in een brief aan de Tweede Kamer aangegeven dat zorgverzekeraars voldoende zorg moeten inkopen, maar een macro-overzicht ontbreekt.

Patiënten

Patiënten en mantelzorgers ervaren weinig verschil in behandeling. Maar laten zich vooral leiden door kosten of een bestaande behandelrelatie. De laagdrempelige toegang tot de POH-ggz wordt als waardevol ervaren. In enkele transmurale DBC-ggz-experimenten betalen patiënten een eigen risico van nul euro en zijn er geen belemmeringen voor de zorg op de juiste plaats. Daar wordt op basis van zorginhoudelijke argumenten de patiënt verwezen of terugverwezen. Er is nog geen definitief zicht op de totale zorgkosten in deze experimenteer-regio's, maar de eerste inzichten laten aanzienlijk lagere kosten zien. <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

tiënten verloopt nog moeizaam door exploitatiebelangen. Maar ook door de eerstelijnszorg, die zijn handen vol heeft aan de andere patiëntencategorieën en juist huiverig is om chronische patiënten te includeren. Toch zijn er ook enkele specialistische ggz-instellingen die zich focussen en de juiste patiënt op de juiste plaats in samenhang met de basis-ggz en huisartsen proberen te realiseren. Soms in een los samenwerkingsverband, soms in een *joint venture*.

Zorgverzekeraars hebben ook in de specialistische ggz de productievolumes beperkt. Daarmee proberen ze de substitutie te sturen. Tegelijk proberen

Behandelingsdilemma

Een eerstelijns psycholoog mag een patiënt maximaal X behandelen. In het verleden kon een patiënt de resterende Y-zittingen zelf betalen en de behandeling afmaken. Zorgverzekeraars hadden geen zicht op deze kosten, omdat deze privaat werden betaald of in de aanvullende verzekering, maar dan is dat anders geadmistreerd. In de huidige contracten met de ELP staat dat er geen factuur aan patiënten mag worden gestuurd bij dezelfde behandeling. De ELP heeft nu de keuze om de behandeling te stoppen, de patiënt onbetaald door te behandelen of een nieuwe indicatie op te geven en hiermee te frauderen. Zorgverzekeraars zijn op de hoogte van dit probleem, maar passen de regelgeving niet aan.

| De Eerstelijns De tragiek van de verwijskaart april 2014