

EINDRAPPORTAGE ONDERZOEK NAAR (NIET-) GECONTRACTEERDE GGZ IN DRIE DIAGNOSE- CATEGORIEËN

KLANT
KENMERK
AUTEURS

Ministerie van VWS
MvdH/JvE-BV/2840
Marion van den Hurk, Wouter Jongebreur, Jitske Nijhuis, Eline Reiff en
Maaïke Zoutenbier
23 maart 2022
Definitief

DATUM
VERSIE

Inhoudsopgave

1	Leeswijzer	3
2	Ter herinnering: onze opdracht	4
2.1	Kwalitatief onderzoek naar (niet-) gecontracteerde ggz in drie diagnosecategorieën	4
2.2	Een belangrijk onderdeel van het onderzoek: individuele gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars	6
2.3	Van bevindingen uit individuele gesprekken naar bredere toetsing en validatie in focusgroepen	6
3	Onze aanpak	7
3.1	Gesprekken met feitenclub	7
3.2	Literatuurstudie, analysekader en topiclijsten voor de individuele gesprekken	7
3.3	Selectie en respons van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de individuele gesprekken	7
3.4	Individuele gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars	10
3.5	Geanonimiseerde kernbevindingen	10
3.6	Focusgroepen met zorgverzekeraars en aanbieders van ambulante verslavingszorg	10
4	Geanonimiseerde bevindingen uit de individuele gesprekken	12
4.1	Wat zijn redenen voor al dan niet contracteren?	12
4.2	Wat zijn mogelijke verklaringen voor kostenverschillen tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg?	15
4.3	Wat is er te zeggen over de effectiviteit en doelmatigheid?	19
5	Kernbevindingen vanuit verschillende perspectieven	23
5.1	Het perspectief van cliënten	23
5.2	Het perspectief van zorgaanbieders	25
5.3	Het perspectief van zorgverzekeraars: voldoende goede en betaalbare ggz inkopen	27
6	Beschouwing, conclusies en aanbevelingen	29
6.1	Beschouwing op het vertrekpunt, de vraagstelling en de uitkomsten van dit onderzoek	29
6.2	Antwoorden per onderzoeksvraag	30
6.3	Bevindingen specifiek voor ambulante verslavingszorg	33
6.4	Bevindingen specifiek voor ambulante behandeling van somatoforme stoornissen	33
6.5	Bevindingen specifiek voor klinische angstbehandeling	34
6.6	Aanbevelingen	34
A.	Analysekader en topiclijst	36

1 Leeswijzer

Als je alles wilt weten, van opdracht en aanpak tot aanbevelingen, lees deze rapportage dan van het begin tot het einde. Wil je kennis nemen van de kernbevindingen, conclusies en aanbevelingen? Dan kun je hoofdstuk 5 en 6 lezen als zelfstandige hoofdstukken. De opdracht en de aanpak van het onderzoek staan beschreven in hoofdstuk 2 en 3. In hoofdstuk 3 gaan we ook in op de respons in dit onderzoek. In hoofdstuk 4 staan de geanonimiseerde bevindingen uit alle individuele gesprekken. Deze zijn gecontroleerd door de respondenten en vormen de basis voor hoofdstuk 5 en 6 en geven meer gedetailleerde informatie.

In de bijlagen zijn de volgende zaken opgenomen: het analysekader en een voorbeeld van een topiclijst voor de individuele interviews.

2 Ter herinnering: onze opdracht

2.1 Kwalitatief onderzoek naar (niet-) gecontracteerde ggz in drie diagnosecategorieën

In het bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019-2022 (hoofdlijnenakkoord ggz) zijn afspraken gemaakt om het contracteren zodanig te bevorderen dat het zowel voor zorgaanbieders als voor zorgverzekeraars de voorkeursoptie is om een contract te sluiten (zie onderstaand kader voor de letterlijke tekst uit het hoofdlijnenakkoord).

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn gezamenlijk in de werkgroep contractering aan de slag gegaan om uitvoering te geven aan de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord.

RELEVANTE AFSPRAKEN UIT HOOFDLIJENAKKOORD GGZ OVER HET BEVORDEREN VAN DE CONTRACTERING

a. Verdere verbetering contractering en verhoging van de contracteergraad

1. Het contracteerproces dient zorgverleners te ondersteunen om zinnige en zuinige zorg van goede kwaliteit te leveren en zorgverzekeraars te ondersteunen om voor hun verzekerden goede zorg doelmatig in te kopen. Daarbij bestaat er wederzijdse contracteervrijheid, moeten zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en moeten cliënten voldoende en heldere keuzemogelijkheden hebben.
2.

b. Belang van contractering

1. Contractering is het vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie, organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Zvw-partijen vinden de in de afgelopen jaren opgetreden groei van niet-gecontracteerde zorg onwenselijk daar waar het aantoonbaar ondoelmatige zorg betreft.
2. Er is gezamenlijk onderzoek uitgevoerd naar de kwantitatieve ontwikkeling van niet-gecontracteerde zorg in de ggz, en kwalitatief onderzoek naar de oorzaken en achtergronden van deze ontwikkeling en de gevolgen daarvan voor cliënten. Zvw-partijen geven gezamenlijk vervolg aan de uitkomsten van dit onderzoek.
3. Zvw-partijen hebben afspraken gemaakt om te investeren in het verbeteren van het contracteerklimaat voor de ggz (Good Contracting Practices). Het moet voor beide partijen de voorkeursoptie zijn om een contract proberen te sluiten. Partijen committeren zich daarom aan de naleving van de eerder gemaakte GCP afspraken en bespreken regulier of deze actualisatie behoeven.
4.

Bij partijen van het hoofdlijnenakkoord leven verschillende beelden over of en in hoeverre er verschillen bestaan tussen de gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz wat betreft de doelmatigheid. Significant Public heeft in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie van VWS) onderzocht welke verklaringen er zijn voor mogelijke verschillen in doelmatigheid tussen niet-gecontracteerde ggz en gecontracteerde ggz op basis van kwalitatief onderzoek. Het ging erom te duiden welke oorzaken ten grondslag liggen aan de geconstateerde verschillen in de kosten per patiënt en wat er te zeggen is over de effectiviteit, de behandelresultaten en andere uitkomsten. Daarnaast was de vraag wat de (specifieke) redenen (voor de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar) zijn om niet te contracteren. Met een objectiever beeld over de inhoud van de gecontracteerde en niet-gecontracteerde ggz hoopt de werkgroep contractering beter invulling te kunnen geven aan de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord.

Het kwalitatieve onderzoek richt zich op drie diagnosecategorieën: ambulante verslavingszorg, ambulante behandeling van somatoforme stoornissen en klinische angstbehandeling. Voor de onderzoeksvragen met aanvullende deelvragen verwijzen we naar het kader op de volgende pagina. Voor deze diagnosecategorieën is gekozen omdat de kosten per patiënt in deze categorieën duidelijk verschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders (bron:

Vektis, Ontwikkeling (niet-) gecontracteerde ggz 2016 - 2018). Ook in de rapportage op basis van data uit 2019¹ worden in deze drie categorieën de verschillen bevestigd.

ONDERZOEKSVRAGEN INCLUSIEF UITWERKING

Verslavingszorg

- a. Wat is de oorzaak van de hogere kosten per cliënt bij de niet gecontracteerde ambulante verslavingszorg? Welke factoren (lengte van de behandeling, intensiteit, behandelmix, et cetera) maken dat de kosten bij de betreffende aanbieders hoger liggen? Wat is de aard van deze factoren: welke zijn contextueel, welke hebben te maken met de aard van de (bijkomende) problematiek (complexiteit), welke hebben te maken met de behandelvisie en keuze voor specifieke behandelprogramma's, et cetera? Wat valt op in de vergelijking van deze onderliggende factoren tussen niet gecontracteerde en gecontracteerde aanbieders?
- b. Is er zicht op de effectiviteit van de zorg? Zijn er andere uitkomsten of behandelresultaten (in vergelijking met de gecontracteerde zorg)? Welke concrete informatie is bij de betreffende aanbieder beschikbaar over de behandelresultaten en uitkomsten van de zorg die wordt geleverd, hoe patiënten de zorg (hebben) ervaren en welk effect de behandeling heeft gehad? In hoeverre worden behandelmethoden ingezet die 'evidence based' zijn? Wat is hierover te zeggen in vergelijking met gecontracteerde aanbieders?
- c. Wat waren voor aanbieder en verzekeraar redenen om niet te contracteren? Wat is het karakter van de redenen om niet te contracteren?
- d. Wat is er te zeggen over de doelmatigheid in het licht van de effectiviteit zoals deze in dit onderzoek naar voren komt? In hoeverre speelt het al dan niet contracteren hierin een rol? Zo ja, hoe?

Somatoforme stoornissen

- a. Wat is de oorzaak van de hogere kosten per cliënt bij de niet gecontracteerde ambulante zorg bij somatoforme stoornissen?
- b. Is er zicht op de effectiviteit van de zorg? Zijn er andere uitkomsten of behandelresultaten (in vergelijking met de gecontracteerde zorg)?
- c. Wat waren voor aanbieder en verzekeraar redenen om niet te contracteren?
- d. Wat is er te zeggen over de doelmatigheid in het licht van de effectiviteit zoals deze in dit onderzoek naar voren komt? In hoeverre speelt het al dan niet contracteren hierin een rol? Zo ja, hoe?

Klinische angstbehandeling

- a. Is er een nadere karakterisering te geven van deze 'overige aanbieders'? Gaat het bijvoorbeeld om gespecialiseerde angstklinieken? Om welk type aanbieders en behandel aanbod gaat het in deze categorie? Gaat het om specifieke groepen cliënten?
- b. Wat is de oorzaak van de lagere gemiddelde kosten per cliënt bij de niet gecontracteerde zorg? Het gaat over een kleine maar dure groep (€ 20.000,- besparing per cliënt).
- c. Is er zicht op de effectiviteit van de zorg? Zijn er andere uitkomsten of behandelresultaten (in vergelijking met de gecontracteerde zorg)?
- d. Wat waren voor aanbieder en verzekeraar redenen om niet te contracteren?
- e. Wat is er te zeggen over de doelmatigheid in het licht van de effectiviteit zoals deze in dit onderzoek naar voren komt? In hoeverre speelt het al dan niet contracteren hierin een rol? Zo ja, hoe?

¹ Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde ggz 2016 - 2019, Vektis, 4 januari 2022.

2.2 Een belangrijk onderdeel van het onderzoek: individuele gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De kern van het kwalitatieve onderzoek naar de drie diagnosecategorieën waren individuele semigestructureerde interviews met gecontracteerde, deels gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders en met zorgverzekeraars. We hebben gekozen voor individuele en semigestructureerde interviews om goed en specifiek door te kunnen vragen op mogelijke oorzaken van en/of verklaringen voor verschillen in kosten van de behandeling van een patiënt. Zo hebben we een goed beeld kunnen vormen van de individuele situatie en werkwijze van de betreffende aanbieder, voordat we deze aanbieders in een focusgroep samen aan tafel hebben gezet.

2.3 Van bevindingen uit individuele gesprekken naar bredere toetsing en validatie in focusgroepen

In verdiepende groepsbijeenkomsten (focusgroepen) kregen zorgverzekeraars en zorgaanbieders de gelegenheid om te reageren op de uitkomsten uit de individuele gesprekken en hierover met elkaar door te praten om te komen tot een verdieping op verschillende onderwerpen. Op deze manier hebben we de onderbouwing van de uitkomsten voor de eindrapportage kunnen versterken.

3 Onze aanpak

In dit hoofdstuk lichten we de aanpak toe, die we hebben gevolgd en wat we hierin zijn tegengekomen. Dit geeft belangrijke achtergrond bij de bevindingen, conclusies en aanbevelingen.

3.1 Gesprekken met feitenclub

Wij zijn het onderzoek gestart met gesprekken met de leden van de feitenclub (vertegenwoordigers van LVPP, Platform Meerggz, PsyNIP, VWS en ZN). De feitenclub is onderdeel van de werkgroep contractering en trad op als begeleidingscommissie voor dit onderzoek. De gesprekken hebben ons geholpen bij het opstellen van het analysekader en de topiclijsten voor de individuele gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De gesprekken hebben ook geleid tot enkele aanscherpingen in de aanpak van het onderzoek. Zo hebben we een tussenstap ingebouwd door het analysekader en de topiclijsten voor te leggen aan de feitenclub ter bespreking in een gezamenlijke bijeenkomst. En hebben we met de feitenclub besloten om ons te richten op de zorgverzekeraars en zorgaanbieders in dit onderzoek en niet op andere experts.

3.2 Literatuurstudie, analysekader en topiclijsten voor de individuele gesprekken

Op basis van literatuurstudie en de gesprekken met de leden van de feitenclub hebben we een analysekader opgesteld. Dit analysekader vormde de basis voor de topiclijsten voor de individuele gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het analysekader en topiclijst voor contractering algemeen en voor verslavingszorg zijn opgenomen in bijlage A.

3.3 Selectie en respons van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de individuele gesprekken

De zorgverzekeraars hebben we benaderd via een oproep op ZN-net, het intranet voor zorgverzekeraars. Na deze oproep hebben drie zorgverzekeraars zich bij ons gemeld. Wij hebben alle drie de zorgverzekeraars gesproken.

Voor de gesprekken met zorgaanbieders hebben we van Vektis een lijst ontvangen van te benaderen zorgaanbieders. Deze lijst heeft Vektis opgesteld op basis van een mandaat vanuit een informatieverzoek van de partijen van het hoofdlijnenakkoord (van 7 april 2021). In aanvulling op dit mandaat hebben we Vektis gevraagd zorgaanbieders te selecteren die langer dan drie jaar bestaan, met een omzet in de Zvw van meer dan € 500.000,- en waar mogelijk rekening te houden met regionale spreiding.

De inhoud van het mandaat van Vektis voor het aanleveren van de gegevens staat weergegeven in tabel 1. Per diagnosecategorie staat weergegeven hoeveel zorgaanbieders per instellingstype Vektis binnen het mandaat mocht aanleveren. Tussenhaakjes staat telkens het totaal aantal zorgaanbieders weergegeven dat aan de selectiecriteria voldoet (N), en waaruit Vektis een steekproef heeft getrokken.

Diagnosecategorie	Gecontracteerde zorgaanbieders ²	Deels gecontracteerde zorgaanbieders ³	Niet-gecontracteerde zorgaanbieders ⁴
Ambulante verslavingszorg	4 aanbieders met gemiddelde dbc-prijs waarvan: 1. 3 verslavingszorginstellingen (N<10) 2. 1 ambulante instelling (N=20)	2 verslavingszorginstellingen met hoge dbc-prijs (N<10)	2 aanbieders met hoge dbc-prijs waarvan: i. 1 verslavingszorginstelling (N<10) ii. 1 ambulante instelling (N=17)
Ambulante behandeling van somatoforme stoornissen	4 ambulante instellingen met gemiddelde dbc-prijs (N=41)	2 ambulante instellingen met hoge dbc-prijs (N=54)	2 ambulante instellingen met hoge dbc-prijs (N=31)
Klinische angstbehandeling	2 overige aanbieders met gemiddelde dbc-prijs (N<10)	Geen (N<10)	2 overige aanbieders met lage dbc-prijs (N<10)

Tabel 1. Overzicht van mandaat van Vektis voor aanlevering namen van zorgaanbieders

Vektis heeft in de uitvoering van het mandaat geen rekening gehouden met de hoogte van de dbc-prijs van de geselecteerde zorgaanbieders ten opzichte van het gemiddelde. Ze hebben achteraf met ons gedeeld of de dbc-prijs bij de zorgaanbieders die we gesproken hebben rond het gemiddelde zat in 2018, of significant hoger of lager was dan gemiddeld⁵. Uit deze analyse bleek dat we geen enkele zorgaanbieder gesproken hebben met een significant lagere dbc-prijs dan gemiddeld. Alle niet-gecontracteerde zorgaanbieders die we gesproken hebben uit de aanlevering van Vektis hadden in 2018 een bovengemiddelde dbc-prijs. De gecontracteerde zorgaanbieders die we gesproken hebben hadden een gemiddelde of bovengemiddelde dbc-prijs.

Voor de selectie van zorgaanbieders heeft Vektis geput uit de door zorgverzekeraars verwerkte declaratiegegevens over 2018. Dit is de dataset waarop de constatering zijn gebaseerd, die ten grondslag liggen aan dit onderzoek. In tabel 2 staat de omvang van deze dataset weergegeven: het totaal aantal zorgaanbieders en cliënten in het bestand van Vektis uitgesplitst per diagnosecategorie, instellingstype en contracteringsgraad.

Diagnosecategorie, instellingstype	Volledige bestand Vektis	
	Totaal zorgaanbieders ⁶	Totaal cliënten
Ambulante verslavingszorg, verslavingszorginstellingen	28	13.200
Ambulante verslavingszorg, ambulante instellingen	65	1.500
Ambulante behandeling van somatoforme stoornissen, ambulante instellingen	155	8.300
Klinische angstbehandeling, overige aanbieders	12	700

Tabel 2. Overzicht van het totaal aantal zorgaanbieders en cliënten in het bestand van Vektis met verwerkte declaratiegegevens in 2018

Alle zorgaanbieders van de Vektis-lijst hebben we per e-mail gevraagd of ze met ons in gesprek willen. Bij deze e-mail zat een aanbevelingsbrief van de feitenclub. Bij geen reactie op de e-mail hebben we een reminder gestuurd en telefonisch contact gezocht. Wanneer een zorgaanbieder niet wilde meewerken, hebben we bij Vektis een nieuwe naam

² 99,5% van de omzet is gecontracteerd.

³ Minder dan 99,5% van de omzet is gecontracteerd en minder dan 99,5% van de omzet is niet-gecontracteerd.

⁴ 99,5% van de omzet is niet-gecontracteerd.

⁵ Zorgaanbieders het een dbc-prijs in het laagste percentiel of in het hoogste percentiel.

⁶ Niet al deze zorgaanbieders voldeden aan de selectiecriteria voor het onderzoek, een deel van de zorgaanbieders heeft een omzet van € 500.000,- of minder in de Zvw en/of bestaat drie jaar of korter.

opgevraagd (het mandaat ging over het aantal te spreken aanbieders, het zogenaamde netto mandaat). Vanwege de hoge non-respons, vroeg dit veel tijd van Vektis en waren er binnen de selectiecriteria voor klinische angstbehandeling geen te benaderen zorgaanbieders meer voorhanden. Daarom hebben we aanvullend enkele zorgaanbieders uit ons eigen netwerk en uit het netwerk van zorgverzekeraars benaderd. Dit heeft tot één extra gesprek geleid. Van deze zorgaanbieder kennen we de gemiddelde dbc-prijs niet ten opzichte van de overall gemiddelde prijs in de betreffende diagnosecategorie.

In tabel 3 staat een overzicht van het aantal zorgaanbieders dat we gesproken hebben per diagnosecategorie, het aantal zorgaanbieders dat niet of afwijzend heeft gereageerd (de non-respons) en indien van toepassing, het perspectief dat we missen door de non-respons. De zorgaanbieders die niet meewerkten hebben of aangegeven geen tijd te hebben, of ze hebben niet gereageerd op onze pogingen tot contact.

Uit de tabel blijkt dat in vergelijking met het mandaat van Vektis een aantal perspectieven ontbreekt. We hebben geen niet-gecontracteerde zorgaanbieders gesproken van klinische angstbehandeling. De populatie en steekproef waren erg klein waardoor er geen mogelijkheden waren om de steekproef en respons te vergroten (we hebben iedereen benaderd). Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat alle zorgverzekeraars bij klinische ggz werken met een machtingsbeleid. Hierdoor is er vertrouwen in de kwaliteit van de niet-gecontracteerde klinische angstbehandelingen (zie hoofdstuk 6).

Diagnosecategorie	Respons	Non-respons ⁷	Ontbrekend perspectief
Ambulante verslavingszorg	<ul style="list-style-type: none"> i. 3 gecontracteerde verslavingszorginstellingen ii. 2 ongecontracteerde verslavingszorginstellingen (waarvan 1 uit eigen netwerk) iii. 1 deels gecontracteerde verslavingszorginstelling (in 2018 niet-gecontracteerd) 	<ul style="list-style-type: none"> i. 2 ongecontracteerde verslavingszorginstellingen (waarvan 1 failliet) ii. 2 ongecontracteerde ambulante instellingen (waarvan 1 failliet) iii. 1 gecontracteerde verslavingszorginstelling iv. 1 deels gecontracteerde verslavingszorginstelling v. 2 gecontracteerde ambulante instellingen 	We hebben geen ambulante instellingen gesproken
Ambulante behandeling van somatoforme stoornissen	<ul style="list-style-type: none"> i. 2 gecontracteerde ambulante instellingen (waarvan 1 in 2018 niet-gecontracteerd) ii. 1 ongecontracteerde ambulante instelling 	<ul style="list-style-type: none"> i. 3 deels gecontracteerde ambulante instellingen (waarvan 1 failliet) ii. 4 volledig ongecontracteerde ambulante instellingen (waarvan 1 uit eigen netwerk en 2 uit het netwerk van zorgverzekeraars) iii. 3 gecontracteerde ambulante instellingen 	We hebben geen deels gecontracteerde ambulante instelling gesproken. En we hebben slechts één ongecontracteerde zorgaanbieder gesproken
Klinische angstbehandeling	<ul style="list-style-type: none"> i. 2 gecontracteerde overige zorgaanbieders 	<ul style="list-style-type: none"> i. 3 ongecontracteerde overige zorgaanbieders (waarvan 1 uit eigen netwerk) ii. 2 deels gecontracteerde overige zorgaanbieders 	We hebben geen niet-gecontracteerde overige zorgaanbieders gesproken

Tabel 3. Overzicht van de respons en non-respons voor de individuele gesprekken met zorgaanbieders

Bij ambulante behandeling van somatoforme stoornissen hebben we slechts één ongecontracteerde zorgaanbieder gesproken. In verhouding tot het aantal zorgaanbieders dat ambulante behandeling van somatoforme stoornissen levert

⁷ Zorgaanbieders die niet hebben meegewerkt, hebben aangegeven geen tijd te hebben, of niet hebben gereageerd op onze meerdere pogingen tot contact.

is het aantal aanbieders dat we gesproken hebben laag. Het aantal zorgaanbieders dat niet wilde meewerken was groot. Bij verslavingszorg hebben we een groot deel van de in de praktijk voorkomende variatie in beeld. Alleen het perspectief van ambulante instellingen ontbreekt; we hebben enkel verslavingszorginstellingen gesproken die ambulante verslavingszorg leveren.

We hebben in de gesprekken gemerkt dat in sommige gevallen de situatie van 2018 gewijzigd is: enkele niet-gecontracteerde zorgaanbieders in 2018 hebben nu (grotendeels) contracten met zorgverzekeraars. Waar dat het geval is, staat dat weergegeven in tabel 3.

3.4 Individuele gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars

In de maanden oktober, november en december 2021 hebben we in totaal 14 interviews gehouden met de respondenten uit tabel 3. We hebben voor deze gesprekken ruim de tijd genomen om de diepte te kunnen ingaan. De meeste gesprekken duurden ongeveer 1,5 uur. Voorafgaand aan het gesprek hebben we de gesprekspartners de topiclijst en informatie over het onderzoek gestuurd. We hebben de gesprekken voorbereid door de website van de gesprekspartner te bekijken. Bij de zorgverzekeraars hebben we ter voorbereiding ook de inkoopdocumenten over de ggz bestudeerd.

Bij de zorgverzekeraars spraken we met zorginkopers, teamleiders ggz, beleidsontwikkelaars en medisch adviseurs van een kleinere en twee grotere zorgverzekeraars. De hoofdonderwerpen van de gesprekken waren: zorgplicht, kenmerken van het zorglandschap en contractering.

Bij zorgaanbieders spraken we met bestuurders, zorgverkopers, psychiaters en beleidsmedewerkers. Bij de zorgaanbieders waren de hoofdonderwerpen van de gesprekken: kenmerken van de zorgaanbieder, de doelgroep, de inhoud van het zorgaanbod, kwaliteit en effectiviteit van de behandeling, en contractering.

We zijn in de gesprekken iteratief te werk gegaan. In latere gesprekken borduurden we voort op de bevindingen uit eerdere gesprekken. Hierdoor kregen we een verbreding van de verkregen perspectieven gedurende de interviews.

3.5 Geanonimiseerde kernbevindingen

Na afloop van de interviews hebben we de resultaten uit de gesprekken geanalyseerd en gekoppeld aan de onderzoeksvragen. Op basis hiervan hebben we per respondentgroep en per diagnosecategorie een informatiesheet opgesteld met de geanonimiseerde kernbevindingen. Deze informatiesheets hebben we voorgelegd aan de respondenten met de volgende vragen: Geeft de informatiesheet de essentie correct weer? En vertrouwen zij erop dat hun anonimiteit door deze weergave is gegarandeerd? Met de feedback van de respondenten hebben we de kernbevindingen op onderdelen aangepast. De gecontroleerde samenvattingen vormen samen de basis voor hoofdstuk 3 en 4 van deze tussenrapportage. We doen geanonimiseerd verslag van deze interviews om anonimiteit van de zorgaanbieders te kunnen garanderen.

3.6 Focusgroepen met zorgverzekeraars en aanbieders van ambulante verslavingszorg

Gezien het beperkte aantal zorgaanbieders dat we gesproken hebben over klinische angstbehandeling en de ambulante behandeling van somatoforme stoornissen zou voor deze diagnosecategorieën een focusgroep weinig toegevoegde waarde opleveren. Daarom hebben we na overleg met de feitenclub alleen focusgroepen georganiseerd voor zorgverzekeraars en aanbieders van ambulante verslavingszorg.

In de focusgroep met zorgverzekeraars brachten we verdieping aan op de resultaten uit de gesprekken met zorgaanbieders. We vroegen hen naar hun algemene reactie op de geanonimiseerde verslagen van de gesprekken met zorgverzekeraars en van de drie diagnosecategorieën en hebben de verdieping gezocht op de volgende onderwerpen:

-
- a. Redenen die zorgaanbieders aanvoeren voor het al dan niet aangaan van een contract met een zorgaanbieder;
 - b. Wat zij leren vanuit de gesprekken in relatie tot het bevorderen van de contracteringsgraad in de ggz;
 - c. De (on)mogelijkheden van zorgverzekeraars om grip te hebben op de kwaliteit en doelmatigheid bij gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

In de focusgroep met aanbieders van ambulante verslavingszorg bespraken we de resultaten uit de gesprekken die we met ieder van hen voerden en uit de gesprekken met zorgverzekeraars. We hebben ingezoomd op:

- a. Verschillende keuzes die zorgaanbieders maken in het behandelaanbod;
- b. Verklaringen van verschillen in kosten die niet altijd dezelfde richting op wijzen;
- c. Het contact met zorgverzekeraars;
- d. Contract- en inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars.

4 Geanonimiseerde bevindingen uit de individuele gesprekken

In dit hoofdstuk staan de geanonimiseerde bevindingen uit de individuele gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. We hebben de bevindingen geordend per onderzoeksvraag. Op onderdelen zit er overlap in de antwoorden op de onderzoeksvragen tussen de diagnosecategorieën, deze hebben we ontdebeld en geven we weer als generieke bevindingen. In aanvulling daarop geven we per onderzoeksvraag de bevindingen weer die specifiek zijn voor een diagnosecategorie (de specifieke bevindingen). Het grootste deel van de bevindingen uit gesprekken zijn meningen van onze gesprekspartners. Soms hebben onze gesprekspartners daarnaast kennis en informatie met ons gedeeld en hebben wij in aanvulling op de gesprekken aanvullende informatie opgezocht op websites en beleidsdocumenten. Waar dit het geval is hebben we achter een genoemd punt de toevoeging '(feit)' opgenomen.

4.1 Wat zijn redenen voor al dan niet contracteren?

4.1.1 Generieke bevindingen

1. De keuze voor geen contract is meestal de beslissing van een zorgaanbieder

- Zorgverzekeraars zeggen open te staan voor het sluiten van contracten met alle zorgaanbieders die aan de voorwaarden voor het leveren van ggz voldoen. Een zorgaanbieder kiest voor het al dan niet aangaan van een contract tegen de bij een zorgverzekeraar geldende voorwaarden.

2. Niet-gecontracteerde zorg kan tot betere vergoeding leiden ten opzichte van de kostprijs

- De vergoeding die een zorgaanbieder zonder contract ontvangt, hangt af van de polis van een verzekerde (feit).
- Bij een restitutiepolis ontvangt een zorgaanbieder tot maximaal 100% van het gemiddelde marktconforme tarief (feit).
- Volgens een zorgverzekeraar brengen niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de praktijk altijd dit maximale tarief in rekening; ook als de kostprijs lager is. Zorgaanbieders hoeven niet transparant te zijn over hun kostprijs.
- Bij een naturapolis ontvangen zorgaanbieders een lagere vergoeding, afhankelijk van de polis 65% tot 80% (feit). De bedoeling is dat de zorgaanbieder het resterende deel van de kostprijs bij de verzekerde in rekening brengt. Dat gebeurt meestal niet. Het verlies dat ze daarop maken compenseren ze volgens een verzekeraar met de winst op de restitutiepolissen. Zorgverzekeraars zeggen dat zorgaanbieders regelmatig cliënten stimuleren om een restitutiepolis af te sluiten.
- Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die we spraken vertelt een ander verhaal. Ze behandelen overwegend cliënten met een naturapolis. De eigen bijdragen die ze vragen hebben ze inkomensafhankelijk gemaakt. Zij vragen voor de hoogte van het inkomen geen bewijsvoering, maar gaan uit van onderling vertrouwen.
- Bij gecontracteerde zorg maken zorgverzekeraars afspraken over de gemiddelde kosten per patiënt. Dit doen ze niet bij niet-gecontracteerde zorg. Hierdoor kunnen niet-gecontracteerde zorgaanbieders net over de grens van een dbc declareren en een hogere vergoeding ontvangen (ook wel 'zaagtand' of 'upcoding' genoemd).

3. Zorgverzekeraars onderhandelen alleen met grotere zorgaanbieders

- Kleinere zorgaanbieders en zorgaanbieders die alleen ambulante behandelen kunnen alleen digitaal een overeenkomst sluiten. De voorwaarden hiervoor liggen vast. (feit)
- Volgens de kleinere zorgaanbieders maken zorgverzekeraars het voor hen lastig door extra administratieve vragen rondom verantwoording (bijvoorbeeld materiële controles, dossiercontroles).
- De digitale procedure zonder onderhandeling leidt tot ongunstige afspraken en er is geen contact mogelijk (zelfs niet bij een fout in het contract).
- Het is niet mogelijk om als kleinere zorgaanbieder in contact te komen met zorgverzekeraars. Contactgegevens zijn niet te vinden op de website.

-
- Zorgverzekeraars hebben volgens een gecontracteerde zorgaanbieder steeds minder zorginkopers in dienst om contacten met zorgaanbieders te onderhouden. Een enkele zorgaanbieder zegt dat het in coronatijd beter lukte om in contact te komen doordat de afspraken digitaal plaatsvonden.

4. Zorgverzekeraars hanteren een omzetplafond

- De zorgaanbieders die geen contracten hebben gesloten, noemen als belangrijkste reden dat de gehanteerde omzetplafonds groei in de weg staan. Het plafond wordt gebaseerd op de historische productie. Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zegt dat verzekeraars voor een contract voor 2022 de omzet van 2019 als maximum willen afspreken (feit). Dat betekent minder cliënten en medewerkers ontslaan. Als ze dat zouden doen, dan zou de organisatie omvallen; een organisatie heeft een zekere omvang nodig om een stabiele bedrijfsvoering te kunnen garanderen aan medewerkers en cliënten.
- Voor zorgaanbieders met een groei doelstelling staat contractering groei in de weg. Voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders is het niet mogelijk of heel lastig om in gesprek te raken met zorgverzekeraars. Contracten worden via de digitale procedure gesloten, waardoor het gesprek over groeimogelijkheden niet plaats kan vinden.
- De kleinere zorgverzekeraar hanteert alleen een omzetplafond voor de grotere zorgaanbieders (die ook klinisch behandelen), waarmee ze onderhandelen (feit).
- De grotere zorgverzekeraars die we gesproken hebben, hanteren voor alle zorgaanbieders een omzetplafond maar dat geldt niet voor alle zorgverzekeraars (feit). Bij één grotere zorgverzekeraar is alleen groei mogelijk in ambulante behandeling (feit).
- Verhoging van het plafond is op verzoek van de zorgaanbieder mogelijk. Voor het toekennen van een verhoging kijken zorgverzekeraars naar wachttijden, personeelscapaciteit van de zorgaanbieder en marktaandeel (feit).
- Bij-contracteren lukt volgens zorgaanbieders niet bij alle zorgverzekeraars (bij VGZ niet; bij Zilveren Kruis wel) terwijl er wel een doorleverplicht is. Dit heeft met name bij alle zorgaanbieders, maar zeker ook bij kleinere zorgaanbieders veel impact. Als deze aanbieder bijvoorbeeld € 200.000,- hierdoor niet betaald krijgt, is dat een grote druk op het financiële resultaat.
- Een grotere zorgverzekeraar ziet de laatste tijd nog weinig machtigingsaanvragen. Waarschijnlijk is er nog weinig niet-gecontracteerde zorg over door de mogelijkheid tot bij-contracteren.
- De gecontracteerde aanbieders herkennen bovenstaande: omdat zij beiden grote spelers zijn, hebben zij wel de mogelijkheid tot het gesprek met zorgverzekeraars (feit). Zij waarderen dit, al geven zij ook aan dat er niet altijd het mandaat en senioriteit aanwezig is bij de zorgverzekeraar om het inhoudelijke gesprek te voeren en daar waar nodig en nuttig beargumenteerd af te wijken van het gestelde inkoopkader.
- Een gecontracteerde zorgaanbieder zegt steeds meer te sturen op de afspraken die zij met zorgverzekeraars maken. Dat betekent dat bij het behalen van het omzetplafond cliënten ook worden afgewezen of er op de wachtlijst wordt geprioriteerd op basis van waar de cliënt verzekerd is. Dit maakt inzichtelijk waar de afspraken knellen. Het gaat daarbij niet alleen om het omzetplafond, maar ook om de overschrijding van de prijsafpraak per verzekerde (de ingekochte gemiddelde zorgwaarde).

5. De hoogte en de wijze van de financiële vergoeding verschilt

- Niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen bij cliënten het maximum NZa-tarief in rekening brengen. Dit maximumtarief is hoger dan het gemiddelde gecontracteerde tarief. Cliënten zullen afhankelijk van hun verzekering dan zelf 30 tot 40% moeten betalen.
- Zowel bij naturapolissen als bij restitutiepolissen is het tarief dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders van de zorgverzekeraar ontvangen volgens hen ongunstig. Ze zeggen dat zorgverzekeraars niet eerlijk zijn over het gemiddelde gecontracteerde tarief en dat het tarief dat ze ontvangen sterk verschilt tussen zorgverzekeraars.
- Een niet-gecontracteerde aanbieder zegt in staat te zijn om de behandeling binnen de vaste vergoeding (een vast percentage van de gemiddelde marktconforme prijs) uit te voeren. Om deze reden worden er geen kosten in rekening gebracht bij de cliënt. Deze aanbieder is dan ook niet duurder dan de gecontracteerde aanbieders.
- Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder brengt bij verslavingszorg geen eigen bijdrage in rekening bij cliënten met een naturapolis. Bij behandeling van eetstoornissen doen ze dit wel.
- Het niet in rekening hoeven brengen van een eigen bijdrage bij cliënten is voor gecontracteerde zorgaanbieders het argument om wel te willen contracteren. Zij ontvangen, ongeacht de polis van de cliënten, van verzekeraars eenzelfde (in principe kostendekkend) tarief.

6. Onderhandelingen met zorgverzekeraars vragen veel tijd en leveren weinig op

- Een gecontracteerde zorgaanbieder zegt een dagdeel tot een dag per week bezig te zijn met de contacten met zorgverzekeraars van september tot en met november.
- Zorgaanbieders stuiten op de beperkte bevoegdheid van een inkoper, dat kan soms lastig zijn en leidt soms tot extra overleg op een ander niveau, en ergernis bij zorgaanbieders. De inkopers hebben volgens de zorgaanbieders een opdracht vanuit de zorgverzekeraar waar ze in het gesprek niet van afwijken. Sommige gesprekspartners noemden dit 'Japanse onderhandelingen': je voert een gesprek met iemand die eigenlijk niets te zeggen heeft.
- Een andere gesprekspartner noemt vooral de complexiteit van de ggz en het gebrek aan transparantie als verklaring voor het weinig opleveren van gesprekken. Hierdoor is het voor zorgverzekeraars ingewikkeld om zicht te hebben op de vraag naar zorg en daarop passend aanbod in te kopen.
- Zorgaanbieders zijn positief over de gesprekken met zorgverzekeraars als het gaat over goede zorg leveren en innovaties toepassen.

7. Sommige zorgverzekeraars sturen op de inhoud en de gemiddelde kosten per cliënt

- Zorgverzekeraars hebben volgens zorgaanbieders eigen ideeën over wat goede zorg is met weinig bewijs en/of draagvlak in het veld. Bovendien hebben ze allemaal verschillende ideeën over wat goede zorg is. Ze gedragen zich alsof zij de enige zorgverzekeraar in het land zijn. Zorgaanbieders zouden gebaat zijn bij een grotere uniformiteit ten aanzien van de eisen die zorgverzekeraars aan zorgaanbieders stellen.
- Zorgverzekeraars kopen geen zorg in het buitenland in. Hierover is volgens een zorgaanbieder geen gesprek mogelijk, ook niet bijvoorbeeld als de kliniek in het buitenland in eigen beheer is met ISO-certificering.
- CZ stuurt op een gemiddelde prijs per cliënt (feit). Twee zorgaanbieders geven aan dat om die reden CZ-cliënten soms minder passende zorg ontvangen. Dat leidt vaker tot recidive en een duurdere behandeling als gevolg.
- Afspraken over kosten per cliënt betekent dat er bij het overschrijden van de door de zorgverzekeraar ingekochte parameters wordt ingegrepen op het aantal te behandelen verzekerden of de gemiddelde prijs per verzekerde. Cliënten die niet binnen de kaders van de door de zorgverzekeraar ingekochte zorg vallen, worden afgewezen en teruggestuurd naar de verwijzer en naar Zorgbemiddeling. Dit maakt inzichtelijk waar de afspraken knellen.
- Zorgverzekeraars stellen eisen aan de intake (zoals een duale intake waarin de keuze voor BGGZ of SGGZ in één gesprek gemaakt kan worden); het idee is dat dit bijdraagt aan juiste zorg op de juiste plek (feit). Volgens zorgaanbieders zijn er ook zorgverzekeraars die afspraken willen maken over het percentage cliënten dat alleen een intake krijgt.
- Sommige zorgverzekeraars stellen de eis dat er zorgprogramma's zijn voor de behandeling.
- Een kleinere zorgverzekeraar vergoedt one-size-fits-all behandelingen niet, ook niet als de aanbieder geen contract heeft. Hier zijn verschillende rechtszaken over geweest waarin de zorgverzekeraar deze lijn altijd heeft kunnen verdedigen.

8. Contractering is beter voor de cliënten

- Gecontracteerde zorgaanbieders kiezen voor contracteren zodat hun cliënten niet met een eigen bijdrage geconfronteerd worden.

9. Willen meedoen in het systeem

- Zorgaanbieders die nadelen van contracteren noemen, kiezen vaak toch voor contracteren omdat ze mee willen doen in het systeem. Het is daarvoor wel nodig dat zorgverzekeraars ook willen samenwerken met zorgaanbieders.
- Een gecontracteerde zorgaanbieder vindt contractering horen bij de maatschappelijke functie.
- Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder werkt toe naar contractering zodat ze gesprekspartner kunnen zijn aan regionale tafels.

10. Grotere gecontracteerde zorgaanbieders kunnen niet overleven zonder contracten

- Een grote gecontracteerde zorgaanbieder zegt niet zonder contract te kunnen. Hun hele organisatie en bedrijfsvoering is ingericht op het leveren van gecontracteerde zorg (zoals de afdeling zorgverkoop, de planning- en controlcyclus en de afdeling financiën).

4.1.2 Specifieke bevindingen voor klinische angstbehandeling

1. Zorgverzekeraars beperken de contractering van klinische ggz

- Een grotere zorgverzekeraar laat geen nieuwe zorgaanbieders toe die alleen klinische behandeling leveren. Hierdoor hebben zorgaanbieders van klinische zorg geen mogelijkheid om voor contracteren te kiezen.

2. Zorgverzekeraars hanteren omzetplafonds voor specialistische klinische ggz

- Door ambulantisering in de tweedelijns ggz komt er meer vraag naar klinische angstbehandeling bij de gespecialiseerde ggz-zorgaanbieders. Dat gaat niet goed samen met de omzetplafonds. Of, zoals een zorgaanbieder het verwoordt: "Het aanpassen van het klinisch aanbod op de gestegen vraag is een onmogelijke opdracht. Zonder de steun van iedere individuele zorgverzekeraar, in de vorm van aanpassingen van de zorgbudgetten en gemiddelde prijs, levert dit onaanvaardbare risico's op voor de zorgaanbieder."

3. De voorwaarden van zorgverzekeraars zijn risicovol voor zorgaanbieders

- De hoogte van de behandelkosten hangt samen met de casemix van cliënten. De gecontracteerde zorgaanbieders van klinische angstbehandeling die wij spraken, zijn juist gespecialiseerd in het behandelen van cliënten met een complexe problematiek. Het sturen op gemiddelde kosten per cliënt maakt dat hogere behandelkosten voor rekening van de zorgaanbieder zijn.

4.2 Wat zijn mogelijke verklaringen voor kostenverschillen tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg?

4.2.1 Generieke bevindingen

1. Het behandelen van een specifieke (complexere) doelgroep versus het behandelen van alle doelgroepen

- Gecontracteerde zorgaanbieders richten zich op alle doelgroepen (iedereen welkom), maar hebben vaker cliënten in behandeling met complexe problematiek.
- Niet-gecontracteerde zorgaanbieders richten zich volgens gecontracteerde zorgaanbieders vaker op mensen die sociaal maatschappelijk beter functioneren of minder complexe problematiek hebben. Een gecontracteerde zorgaanbieder vraagt zich af of deze cliënten in de specialistische ggz thuishoren.
- De door Vektis gehanteerde diagnosecategorieën zijn niet homogeen; hierin zit een diversiteit aan doelgroepen en diagnoses. Bij één gecontracteerde zorgaanbieder van klinische angstbehandeling zitten hier zowel cliënten in die voor een vast traject één week komen, als cliënten die tot maximaal een jaar klinisch behandeld worden.

2. Het al dan niet zelf behandelen van comorbiditeit (bijkomende problematiek)⁸

- We zien een verschil in het behandelen van comorbiditeit tussen aanbieders. Bij alle onderzochte diagnose-categorieën is er vaak sprake van comorbiditeit; een combinatie met depressie of angststoornis komt vaak voor.
- De exclusiecriteria van de gesproken aanbieders wisselen sterk. Overeenkomsten zijn dat crisis(gevoeligheid)/suïcidaliteit een exclusiecriteria is, net als niet spreken van de Nederlandse of Engelse taal. Afhankelijk van de aanbieder zijn ook voorliggende stoornissen (zoals lvb, agressie, psychotische stoornis, persoonlijkheidsstoornis) exclusiecriteria. Aanbieders maken soms onder de dbc van de diagnosecategorie van het onderzoek wel een start met de behandeling van deze problematiek.
- De meeste zorgaanbieders behandelen comorbiditeit mee als de dbc van het onderzoek de primaire stoornis is. Een gecontracteerde zorgaanbieder van verslavingszorg behandelt comorbiditeit niet zelf.
- Als aanbieders een cliënt niet in behandeling nemen omdat een andere stoornis duidelijk op de voorgrond staat of te complex is om mee te behandelen, verwijzen ze door naar een ggz-zorgaanbieder of terug naar de huisarts.
- De gecontracteerde zorgaanbieders en de deels gecontracteerde zorgaanbieder werken breed samen met andere aanbieders in de regio (GGZ, GHZ, RIBW) om zo gezamenlijk alle benodigde behandeling aan een cliënt te kunnen bieden.

3. One-size-fits-all of maatwerk met variatie in intensiteit en doorlooptijd

- Gecontracteerde zorgaanbieders bieden een breed spectrum aan behandelingen (verschillende standaarden die van elkaar verschillen in mate van intensiteit) waardoor ze per cliënt het best passende aanbod kunnen doen (matched care). Er is geen vast draaiboek voor behandeling van de vaak complexe problematiek van hun gevarieerde doelgroep. Het behandelplan bepalen ze samen met de cliënt (veelal na een multidisciplinaire intake).

⁸ Vektis kijkt niet over dbc's heen naar de totale kosten. Mogelijk geeft dit een ander beeld.

Een zorgaanbieder zegt daarbij expliciet dat als ze niet denken dat de wens van de cliënt bijdraagt aan herstel ze de behandeling niet leveren. De gecontracteerde zorgaanbieders geven aan dat de variatie in behandelduur en -intensiteit te groot is om een zinvol gemiddelde hierover te noemen.

- Enkele zorgaanbieders werken wel volgens een vast stramien waarbinnen ze maatwerk toepassen.
- Dit geldt ook voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die we spraken. Ze passen maatwerk toe binnen een vaste structuur van evidence based behandel aanbod.
- Een deels gecontracteerde zorgaanbieder van verslavingszorg levert diverse behandeltrajecten, waaronder vaste groepstrajecten met verschillende intensiteiten, deeltijdbehandelingen en individuele behandelingen. Alle afgestemd op de zorgvraag en zorgzwaarte van de cliënt.
- Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van verslavingszorg heeft een vast behandeltraject met twee dagen per week groepsbehandeling gedurende 12 weken, in combinatie met individuele behandeling voor de finetuning op maat. Soms is individuele begeleiding langer nodig. Ze denken daarom na over het uitbreiden van het aanbod hierop. Volgens hen leidt een vaste aanpak tot hogere doelmatigheid en kwaliteit.
- Ook een one-size-fits-all aanpak die wel evidence based is past volgens de gecontracteerde zorgaanbieders niet bij de ggz waarin matched care juist heel belangrijk is. En de andere kant: niet-gecontracteerde zorgaanbieders hebben volgens een gecontracteerde zorgaanbieder meer ruimte om te doen wat goed is voor de cliënt. Dat lukt niet als een zorgverzekeraar de parameters te strak zet.

4. Het al dan niet leveren van nazorg

- Bij alle gecontracteerde zorgaanbieders is nazorg een onderdeel van het behandeltraject. Een psychiater omschreef het als volgt: "Verslaving is een terugvalstoornis. Mensen moeten zelf chronisch aan de bak, dat vergt vele behandelingen." Een van de gecontracteerde zorgaanbieders van klinische angstbehandeling levert, deels ambulante, nazorg in de hele breedte van welzijn voor blijvend resultaat.
- Volgens zorgverzekeraars en gecontracteerde zorgaanbieders ontbreekt deze nazorg bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De niet-gecontracteerde zorgaanbieders die we spraken leveren deze nazorg wel. Ze leren, net als de gecontracteerde zorgaanbieders hun cliënten te veranderen in de eigen omgeving.

5. Elke zorgaanbieder maakt binnen het kwaliteitsstatuut eigen afwegingen over de in te zetten deskundigheidsmix

- Zorgaanbieders maken een eigen mix met gz-psychologen, klinisch psychologen, psychiaters, gz-psychologen, basispsychologen, systeemtherapeuten, verslavingsartsen, verpleegkundig specialisten, sociotherapeuten, psychomotore therapeuten, gz-agogen, psychotherapeuten, cognitieve gedragstherapeuten en fysiotherapeuten. Afhankelijk van de diagnose en het behandelplan wordt de behandelmix samengesteld.
- Bij een gecontracteerde zorgaanbieder vindt de behandeling zoveel mogelijk plaats door basispsychologen in aanvulling op de psychiater of klinisch psycholoog.
- Een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder van verslavingszorg heeft de keuze gemaakt voor een wat duurdere deskundigheidsmix zodat dezelfde behandelaren de verslaving en eventuele comorbiditeit kunnen behandelen. Het gaat om meer psychiaters, klinische psychologen en psychotherapeuten en minder gz- en basispsychologen.
- Een van de gecontracteerde zorgaanbieders van klinische angstbehandeling zegt een dure deskundigheidsmix in te zetten doordat ze veel klinisch psychologen in dienst hebben en slechts twee medewerkers met een mbo-opleiding (activiteitenbegeleiders). Ze hebben geen basispsychologen in dienst.
- Eén van de gecontracteerde aanbieders geeft aan dat zij de behandelmix bij een groot deel van de cliënten anders in zou kunnen vullen: zij zien op basis van eigen effectiviteitsonderzoek dat de behandeling door een basispsycholoog net zo effectief kan zijn als door een gz-psycholoog. De zorgverzekeraar stuurt op een vaste behandelmix, terwijl maatwerk goedkoper en net zo effectief kan zijn. Volgens één zorgaanbieder keuren zorgverzekeraars declaraties af als er geen psychiater directe behandeling levert. Daardoor zetten ze meer psychiaters in dan volgens hen nodig is.

6. Overige verklaringen

- Bij alle (deels) gecontracteerde zorgaanbieders die we spraken is online behandeling een mogelijk onderdeel van de behandeling ('blended').

-
- De gecontracteerde zorgaanbieders leveren ook crisiszorg (via de huisarts(enpost)), de deels gecontracteerde zorgaanbieder niet.

4.2.2 *Specifieke bevindingen voor ambulante verslavingszorg*

1. Het al dan niet zelf behandelen van comorbiditeit

- Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder stelt dat verslavingszorg geïntegreerd zou moeten zijn in andere behandelingen (en niet als afzonderlijk traject) zodat elke andere behandeling als eerste stap aandacht heeft voor verslaving als dit speelt.

2. Praktisch gerichte gedragstherapie of met name inzichtgevende behandeling

- De gecontracteerde zorgaanbieders leveren cognitieve gedragstherapie (praktisch op gedrag gericht). Enkele gecontracteerde zorgaanbieders stellen dat het zoeken naar oorzaken in het verleden het aanpassen van het gedrag in het hier en nu in de weg kan staan.
- Bij gecontracteerde zorgaanbieders bestaat de indruk dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders vaak ook inzichtgevende behandeling aanbieden (bijvoorbeeld psychotherapie). Deze behandelingen hebben volgens de gecontracteerde zorgaanbieders niet de voorkeur/zijn niet evidence based. De niet-gecontracteerde zorgaanbieder die we spraken levert schematherapie (een combinatie van psychotherapie en cognitieve gedragstherapie). Volgens hen leidt die combinatie tot stabiel en blijvend herstel.
- Focus op de verslaving of ook alles eromheen (mogelijk focust niet-gecontracteerde zorgaanbieder zich minder op de verslaving is veronderstelling van gecontracteerde zorgaanbieder).

3. One-size-fits-all of maatwerk met variatie in intensiteit en doorlooptijd

- Volgens een gecontracteerde zorgaanbieder zijn niet-gecontracteerde zorgaanbieders vaak ontstaan vanuit mensen die zelf verslaafd zijn geweest. Ze bieden de behandeling aan die bij die persoon heeft gewerkt en waarvoor geen wetenschappelijke evidentie is. Het is one-size-fits-all door ervaringsdeskundigen (één gecontracteerde zorgaanbieder noemt het 12 stappen model als voorbeeld). Deze one-size-fits-all aanpak kwamen we in de gesprekken zowel tegen bij een deels-gecontracteerde als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- Een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder de we spraken past, net als de gecontracteerde zorgaanbieders, maatwerk toe binnen een vaste structuur van evidence based behandelaanbod. Mensen komen daar eens of soms twee keer per week voor individuele behandeling en/of groepsbehandeling. De eerste zes weken tot drie maanden richt een behandeling zich op de verslaving. Daarna verschuift de aandacht naar de onderliggende problematiek.

4. Het overwegend behandelen in een groep of juist individueel

- De deels gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieder bieden overwegend groepsbehandeling aan ('intensief en duurder maar ook effectief') waar nodig aangevuld met individuele behandeling.
- Volgens de niet-gecontracteerde zorgaanbieder geeft de groep veel steun, herkenning en motivatie. Een gecontracteerde zorgaanbieder noemt het leren van elkaar als voordeel van groepsbehandeling met daarbij de kanttekening dat groepsbehandeling niet voor iedere cliënt geschikt is.
- De andere gecontracteerde zorgaanbieders leveren een mix van individuele en groepsbehandeling.

5. Niet-gecontracteerde ambulante verslavingszorg is niet altijd volledig ambulant

- Uit de gevoerde gesprekken met zorgaanbieders kwam naar voren dat dit voortkomt uit een vrij abrupte invoering van een machtigingsplicht voor ongecontracteerde klinische behandelingen. Deze gold ook voor lopende behandelingen. Zorgverzekeraars zouden in die periode te weinig capaciteit (medisch adviseurs) hebben gehad om alle machtigingsaanvragen te beoordelen. Om financiering veilig te stellen hebben zorgaanbieders incidenteel de keuze gemaakt om onder de genoemde omstandigheden enkele geleverde behandelingen in ambulante minuten te declareren. De verblijfskosten worden in deze situaties dan op een andere manier betaald (worden bijvoorbeeld vergoed door de cliënt zelf of door een kerk).
- Dit leidt tot hoge kosten voor ambulante behandeling, bijvoorbeeld dagelijks van 09.00 tot 21.00 uur met verblijf elders (bijvoorbeeld hotel op eigen kosten of kosten van kerk). Zorgverzekeraars zien in declaraties bijvoorbeeld 12.000 minuten ambulant waarbij een dbc kort openstaat. Zo'n behandeling is standaard zes weken voor iedereen ongeacht de aandoening (en soms ook nog in Zuid-Afrika of op Bonaire).

-
- Een gecontracteerde zorgaanbieder merkt hierover op dat het haaks staat op de opdracht aan de ggz om bedden af te bouwen. Deze aanbieder noemt het ambulant declareren van klinische zorg een vorm van oneerlijke concurrentie.
- 6. Door wachtlijsten komen cliënten te laat op de juiste plek terecht waardoor de stoornis ernstiger is geworden**
- Bij een gecontracteerde zorgaanbieder is de wachttijd voor alcoholverslaving langer de treetnorm in enkele regio's. Dit komt met name door personeelstekort. Hierdoor bestaat de indruk dat cliënten soms in eerste instantie noodgedwongen kiezen voor een ongecontracteerde zorgaanbieder.
 - Bij een deels gecontracteerde zorgaanbieder is de wachtlijst onder de treetnorm. Cliënten kunnen snel terecht voor zowel een intake als een behandeling. Er is een heel duidelijk overzicht van alle cliënten die in- en uitstromen waardoor hier goed op geanticipeerd kan worden.

4.2.3 Specifieke bevindingen voor ambulante behandeling van somatoforme stoornissen

1. Het behandelen van een specifieke (complexere) doelgroep versus het behandelen van alle doelgroepen

- Binnen somatoforme stoornissen is veel variatie. De aanbieders die wij hebben gesproken richten zich op wisselende doelgroepen. Eén aanbieder richt zich op de brede somatoforme stoornissen, inclusief SOLK. De tweede aanbieder richt zich met name op conversiestoornissen en in mindere mate ook hypochondrie. De derde aanbieder (niet-gecontracteerd) richt zich specifiek op somatische symptoomstoornissen.
- De niet-gecontracteerde aanbieder biedt specialistische zorg aan cliënten met langdurige problematiek. Dit zijn vaak cliënten die elders uitbehandeld zijn, dan wel deze specialistische zorg nodig hebben (matched care). Zij sturen hier specifiek op in een uitgebreide intake- en screeningsprocedure.

2. Opstellen van het behandelplan

- We zien dat alle aanbieders investeren in een goede intake en screening. Vanuit de intake wordt een behandelplan opgesteld. Het behandelplan wordt altijd gebaseerd op de geldende behandelrichtlijnen en kwaliteitskaders. Alle aanbieders geven aan dat zij het behandelplan echt samen met de cliënt opstellen. Bij twijfel wordt er bij één (gecontracteerde) aanbieder specifiek aangegeven dat zij soms een korte behandeling starten van een aantal sessies en vervolgens samen met de cliënt kijken of de behandeling voldoende aanslaat, of dat een doorverwijzing doelmatiger is.
- Het behandelplan kenmerkt zich door een duidelijk startpunt en eindpunt, meetbare doelen en tussenevaluaties. Op basis van de gesprekken lijken alle aanbieders dit in ongeveer dezelfde mate te doen, in de praktijk zullen er misschien verschillen zijn. Deze zijn op basis van alleen interviews lastig vast te stellen. De duidelijke kop en staart zorgen ervoor dat de behandeltrajecten doelmatig zijn en zo kort als nodig duren.
- De interventies die in worden gezet wisselen: zo zet de niet-gecontracteerde aanbieder in op een bredere mix van behandeldisciplines, waarbij ook de fysiotherapeut een belangrijke rol heeft binnen de ggz-behandeling. Een gecontracteerde aanbieder geeft aan bewust niet met fysiotherapie te werken, omdat deze behandeling niet evidence based is.

4.2.4 Specifieke bevindingen voor klinische angstbehandeling⁹

1. Het behandelen van een specifieke doelgroep of openstaan voor iedereen

- Er is veel variatie in de problematiek van cliënten die klinische angstbehandeling ontvangen: van een enkelvoudig psychotrauma tot ernstige PTSS.
- Beide gecontracteerde zorgaanbieders bieden specialistische zorg aan cliënten met complexe problematiek. Ze nemen alleen cliënten in behandeling voor wie behandeling in bij reguliere tweedelijns ggz-aanbieder niet toereikend is.
- Een deel van de doelgroep van de gespecialiseerde zorgaanbieders spreekt geen Nederlands. Daarom zetten ze tolken in bij de behandeling.

⁹ Deze bevindingen zijn gebaseerd op gesprekken met gecontracteerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars. We hebben geen niet-gecontracteerde aanbieders van klinische angstbehandeling gesproken.

-
- De niet-gecontracteerde zorgaanbieders focussen zich in het algemeen op de behandeling van een specifieke angststoornis (zoals PTSS) in een afgebakend, relatief kortdurend traject. Hieraan was de afgelopen jaren een tekort. Dit zou tot een groei van niet-gecontracteerd aanbod hebben kunnen leiden. Een belangrijke oorzaak van dit tekort is de sterke toename van het aantal cliënten met PTSS in de afgelopen jaren. Dit komt mogelijk doordat mensen eerder hulp zoeken bij klachten en doordat behandelaars het beter herkennen.¹⁰
 - 2. **Het al dan niet zelf behandelen van comorbiditeit (bijkomende problematiek)**
 - Beide gecontracteerde zorgaanbieders behandelen ook bijkomende problematiek. Dat hoort volgens hen bij de complexiteit van de situatie van hun cliënten. Bijkomende problematiek is niet alleen psychi(atri)sch van aard, maar betreft ook problemen op andere levensgebieden van cliënten (zoals problemen met de veiligheid of verblijf).
 - De ernst van de bijkomende en onderliggende problemen van cliënten, naast de hoofddiagnose, vragen bij beide gecontracteerde zorgaanbieders vaak om een lange(re) opname.
 - 3. **Het betrekken van naasten in de behandeling**
 - Beide gecontracteerde zorgaanbieders betrekken waar nodig ook kinderen en andere naasten in de behandeling. Dit gebeurt sowieso als onderdeel van het cliëntensysteem, onder de dbc van de cliënt die centraal staat. Voor intensievere behandeling van gezinsleden hebben de zorgaanbieders gezinskamers beschikbaar. Bij een zorgaanbieder vindt klinische behandeling in een gezinskliniek alleen plaats als de naasten een eigen diagnose hebben, via een aparte dbc. Bij de andere zorgaanbieder vindt de behandeling van kinderen plaats onder de dbc van de ouder.
 - 4. **Overige verklaringen**
 - Bij een van de gecontracteerde zorgaanbieders is veiligheid van belang, dit vraagt om inzet van diverse extra middelen (onder andere extra eisen aan het gebouw, inzet beveiligers, genderspecifieke opname, anoniem kunnen registreren). Bij de andere zorgaanbieder is dit de reden dat er exclusiecriteria worden gesteld aan de behandeling. Gekozen is voor een 'open' kliniek met behandeling op basis van vrijwilligheid (en intrinsieke motivatie van patiënt).

4.3 Wat is er te zeggen over de effectiviteit en doelmatigheid?

4.3.1 Generieke bevindingen

1. **Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen zorgverzekeraars met machtigingsbeleid en een cessieverbod invloed uitoefenen op de declaraties**
 - Machtigingsbeleid betekent dat een zorgaanbieder vooraf aan de zorgverzekeraar moet vragen of een behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Alle zorgverzekeraars die we spraken hanteren een machtigingsbeleid voor klinische behandeling (feit). De kleinere zorgverzekeraar zegt weinig machtigingen toe te kennen omdat zorgaanbieders onvoldoende kunnen onderbouwen waarom de betreffende zorg onder de Zvw valt.
 - Een cessieverbod betekent dat een zorgaanbieder niet zelf mag declareren bij de verzekeraar maar dat declareren door de verzekerde gebeurt. Het al dan niet hanteren van een cessieverbod verschilt per zorgverzekeraar. De kleinere zorgverzekeraar hanteert geen cessieverbod vanuit de gedachte dat het makkelijker is om bij een zorgaanbieder een declaratie af te wijzen dan bij een verzekerde. De grotere zorgverzekeraars hanteren wel een cessieverbod (een zorgverzekeraar vanaf 2020). Een van de verzekeraars maakt een uitzondering voor verslavingszorg omdat daarbij het risico aanwezig is dat de verzekerde het ontvangen geld niet gebruikt voor het betalen van de behandeling (feit).
2. **De eisen over de monitoring van behandelresultaten verschillen per zorgverzekeraar**
 - Een grotere zorgverzekeraar ziet ROM (Routine Outcome Monitoring) als waardevol instrument (maar mag ook ander instrument voor effectmeting zijn) en verwacht dat de voortgang van de behandeling een structureel gespreksonderwerp is in de behandelkamer (feit).
 - Een andere grotere zorgverzekeraar voert vooral het gesprek over het werken volgens de geldende richtlijnen en zorgstandaarden en heeft een limitatieve lijst van keurmerken waaruit zorgaanbieders kunnen kiezen.

¹⁰ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/posttraumatische-stressstoornis/cijfers-context/trends#node-trend-prevalentie-ptss-de-huisartsenpraktijk>

-
- De kleinere zorgverzekeraar doet zelf analyses op recidive en stelt als eis dat er in het primaire proces meetinstrumenten gebruikt worden.
 - Aanleveren van prestatie-indicatoren voor het Zorginstituut op basis van wet- en regelgeving is een algemene landelijke eis (feit).
- 3. Elke zorgaanbieder maakt eigen keuzes in de wijze van monitoring**
- Alle aanbieders geven aan veel aan monitoring van de effectiviteit en klanttevredenheid te doen.
 - Bij een gecontracteerde zorgaanbieder controleert de psychiater de zorgdossiers op doorlooptijd en gaan ze het gesprek aan met medewerkers over afsluiten.
 - De gecontracteerde zorgaanbieders die we spraken gebruiken ROM ondanks kanttekeningen 'zeggen vooral wat over tevredenheid cliënten'. De deels gecontracteerde zorgaanbieder bespreekt de ROM-resultaten met de cliënt tijdens de intake en aan het eind van de behandeling.
 - Voor klanttevredenheid wordt de CQI gebruikt, maar ook noemen de aanbieders de recensies en rating op websites als Zorgkaart Nederland.
 - Veel zorgaanbieders die we spraken volgen de recidive cijfers voor zover ze daar zicht op hebben (dit kan alleen voor cliënten die bij dezelfde zorgaanbieder terugkomen). Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder merkt hierover op dat de voortgang van behandelingen wordt gemonitord door middel van vragenlijsten naar succes en recidive en regelmatige MDO's waar altijd een psychiater bij aanwezig is. De recidive cijfers zijn naar eigen zeggen laag. Op basis van deze informatie concluderen aanbieders dat de zorg die zij leveren (blijvend) effectief is.
 - Ook na de behandeling worden cliënten nog een tijd gevolgd (in ieder geval door één ongecontracteerde aanbieder en één gecontracteerde aanbieder). Op die manier wordt terugval in kaart gebracht en of de opgetreden verbeteringen ook op lange termijn worden behouden.
 - Bij de ambulante behandeling van somatoforme stoornissen gebruiken zorgaanbieders naast de ROM, SCL90, SK48 of een eigen ontwikkeld effectiviteitsmeetinstrument.
 - Een psychiater van een gecontracteerde zorgaanbieder van ambulante verslavingszorg zegt dat het doel is dat iemand uiteindelijk abstinent is. Gebruikt iemand nog een aantal maanden na de behandeling? Dit kan je vaak terugvinden in het dossier.
 - Een niet-gecontracteerde en een deels gecontracteerde zorgaanbieder van ambulante verslavingszorg volgen het uitvalpercentage (het aantal cliënten dat een behandeling afbreekt) waarbij de deels gecontracteerde zorgaanbieder ook het moment in kaart brengt waarop cliënten de behandeling afbreken.
 - Een van de gecontracteerde zorgaanbieders van klinische angstbehandeling monitort het individuele behandeltraject met de BSI-klachtenlijst.
- 4. De grotere zorgverzekeraars vergoeden een groot deel van de ongecontracteerde zorg**
- Voor gecontracteerde en ongecontracteerde zorg geldt dezelfde wet- en regelgeving. Zo moet ook ongecontracteerde zorg voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk en onder de Zvw vallen.
 - De kleinere zorgverzekeraar vergoedt vanuit dit criterium niet alle niet-gecontracteerde zorg. Ze vergoeden zorg en behandeling alleen als deze voldoet aan de contractvoorwaarden (waaronder voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk). Daarbij maken ze geen verschil tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg. Vooral ongecontracteerde ambulante verslavingszorg wijzen ze op deze grond geregeld af.
 - De grotere zorgverzekeraars zeggen in principe alle niet-gecontracteerde ambulante zorg te vergoeden. Achteraf vinden controles plaats om na te gaan of er sprake is van verzekerde zorg, of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk en of de zorg doelmatig is. Dit gebeurt steekproefsgewijs of na een signaal. Op voorhand afwijzen proberen ze te vermijden, onder andere om rechtszaken te voorkomen.
- 5. Ggz-standaarden geven nog veel ruimte voor eigen keuze**
- Alle aanbieders geven aan conform de protocollen en richtlijnen te werken. De precieze invulling van de inzet is maatwerk, afhankelijk van de aard van de stoornis, in samenspraak met cliënt. Zorgaanbieders lijken op basis van individuele gesprekken met elkaar van mening te verschillen over wat evidence based is en zetten verschillende interventies in (feit).
 - Er zou volgens een gecontracteerde zorgaanbieder beter gematcht moeten worden welke cliënt welk aanbod nodig heeft (matched care). Behandelingen kunnen op zich wel evidence based zijn, maar dat wil nog niet zeggen dat de behandeling het beste past bij een cliënt.

-
- Volgens een gecontracteerde zorgaanbieder is het lastig om iets te zeggen over de effectiviteit en doelmatigheid in de behandelkamer. Op papier werken volgens de ggz-standaarden betekent niet vanzelfsprekend dat alle zorgprofessionals dit in de praktijk goed toepassen. Zorgverzekeraars kunnen hier een beeld van krijgen door te kijken naar de wijze van scholing en de stappen die een cliënt doorloopt van intake, het opstellen van een behandelplan tot en met het doorlopen van een behandeling.
 - Eén gecontracteerde zorgaanbieder doet een oproep aan zorgverzekeraars om behandelaanbod dat niet evidence based is af te wijzen voor vergoeding (ook ongecontracteerd).

6. Overig

- One-size-fits-all past volgens de gecontracteerde zorgaanbieders niet bij gespecialiseerde ggz die is gericht op het individu. Dat kan geen standaardprogramma zijn.

4.3.2 Specifieke bevindingen voor ambulante verslavingszorg

1. Ggz-standaarden geven nog veel ruimte voor eigen keuze

- De deels gecontracteerde zorgaanbieder past met name cognitieve gedragstherapie toe. Daarnaast zetten ze de volgende behandelmethodes in: psycho-educatie als onderdeel van CGT, sociale vaardigheidstraining, psychomotore therapie, gedragstherapeutische relatietherapie, MBCT, EMDR en elementen uit de Minnesota 12 stappen (een combinatie van de best werkende evidence based behandelmethodes volgens deze zorgaanbieder).
- Als mensen niet zelf aan de bak willen, gaan ze soms ergens anders heen (voor bijvoorbeeld psychotherapie). Dit zogenaamde shopgedrag past bij verslavingsproblematiek (door schaamte en terugval op zoek naar een andere behandeling die hen kan redden). Vaak komen ze dan toch weer terug.
- Volgens gecontracteerde zorgaanbieders zijn er in de verslavingszorg (niet-gecontracteerde) zorgaanbieders die gericht zijn op winstmaximalisatie, en die niet werken volgens erkende richtlijnen.

2. Er is discussie over behandeling in het buitenland

- Critici gebruiken als argument dat een belangrijk evidence based aspect van de behandeling van verslaving zit in de integratie met het dagelijks leven en het aanleren van een andere leefstijl in de eigen leefomgeving. Dat is in het buitenland niet mogelijk.
- Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die we spraken stelde daartegenover dat in de eerste fase van herstel het juist goed werkt dat iemand uit zijn dagelijkse leefomgeving is. De cliënt kan niet vluchten of terugvallen. Volgens deze zorgaanbieder is het uitvalpercentage bij behandeling in het buitenland veel lager dan bij behandeling in Nederland. Na de eerste intensieve behandeling vindt de re-integratie in de eigen leefomgeving plaats. Daarvoor bieden ze standaard ambulante nazorg aan (een dagdeel per week groepstherapie en individuele gesprekken) en daarna eventueel de mogelijkheid tot dagbehandeling van twee dagen per week. Dit leidt volgens de zorgaanbieder tot lage terugvalpercentages.
- Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die we spraken heeft voor Zuid-Afrika gekozen omdat ze daar al 30 jaar ervaring hebben met verslavingszorg. Het personeel is ook goedkoper waardoor ze gemiddeld genomen met hoger opgeleid personeel kunnen werken. Ook de huur van het pand is goedkoper. Ook voor Zuid-Afrika hebben ze een kwaliteitscertificaat.

3. Overig

- Verslavingszorg zou in zijn algemeenheid volgens de gecontracteerde zorgaanbieders doelmatiger kunnen met meer preventie, positieve gezondheid en vroegsignalering.

4.3.3 Specifieke bevindingen voor klinische angstbehandeling

1. Ggz-standaarden geven nog veel ruimte voor eigen keuze

- De kortdurende PTSS-behandelingen kunnen goed werken, ook bij complex trauma, maar daarmee is de totale behandeling vaak niet klaar. Als de oorzaak bijvoorbeeld een onderliggende persoonlijkheidsstoornis is, zal er daarna nog ggz-behandeling nodig zijn. Zicht op eventuele (onderliggende) klachten en stoornissen ontstaat vaak pas na de PTSS-behandeling.
- Een van de gespecialiseerde gecontracteerde zorgaanbieder zet verschillende elementen in die op zichzelf bewezen zijn. Ze doen zelf onderzoek naar de effectiviteit van de combinatie van behandelmethoden (niet vergoed door zorgverzekeraar).

2. Machtigingsbeleid van zorgverzekeraars zorgt voor controle op doelmatigheid vooraf

- Zorgverzekeraars hanteren bij niet-gecontracteerde klinische zorg een machtigingsbeleid. Dat betekent dat een zorgaanbieder vooraf toestemming moet vragen voor declaratie. Ze wijzen niet veel machtigingen af. Ze gaan wel het gesprek aan over de inhoud en de behandelstappen die horen bij medisch noodzakelijk verblijf. De klinische angstbehandelingen lijken overwegend inhoudelijk goed ingericht en te voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Zorgverzekeraars beoordelen dit op basis van de duur van de behandelingen, welke behandeling(en) worden toegepast en de ingezette deskundigheidsmix per behandeling.

5 Kernbevindingen vanuit verschillende perspectieven

Dit hoofdstuk bevat een samenvatting van de bevindingen uit de individuele gesprekken en focusgroepen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars zoals weergegeven in hoofdstuk 4. We zoomen in op de bevindingen die we vaker hebben gehoord en die de kern van de verschillende perspectieven weergeven. Daarmee geeft dit hoofdstuk een beeld van de rode draad uit alle gesprekken en vormt het de basis voor de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6. We geven dit weer als verhalen vanuit het perspectief van fictieve cliënten, fictieve zorgaanbieders en fictieve zorgverzekeraars. We hebben voor deze vorm gekozen omdat we in de gesprekken gezien hebben dat elke zorgaanbieder en elke zorgverzekeraar een eigen verhaal heeft en dat deze verhalen niet altijd in een eenduidig beeld zijn samen te vatten. In de focusgroepen, waarin we de verschillende perspectieven bij elkaar brachten, nam gedurende het gesprek het begrip voor het perspectief van de ander toe. Voorbeelden hiervan zijn: meer begrip tussen zorgaanbieders over de gemaakte keuzes in het behandelaanbod; zorgaanbieders hadden begrip voor de moeilijke positie van zorgverzekeraars om goede ggz in te kopen in een zo versnipperd zorgveld; en zorgverzekeraars begrepen dat zorgaanbieders graag met hen in gesprek willen.

5.1 Het perspectief van cliënten

5.1.1 *Opzoek naar effectieve en passende verslavingszorg*

Jeroen is verslaafd aan alcohol. Hoe lang precies, dat weet hij niet. Hij denkt ongeveer negen jaar. Jeroen is journalist, is 46 jaar, heeft twee kinderen (van 12 en 14) en woont gescheiden van zijn gezin in een klein appartementje in Amsterdam-West. Hij heeft al wel eens geprobeerd te stoppen met drinken maar wil er nu echt vanaf. Zijn werk en zijn relaties lijden er onder, hij slaapt nauwelijks nog en voelt zich steeds vaker depressief. Hoe komt hij ervan af? Zou een zelfhulpgroep iets voor hem zijn? Hij heeft dat al eens geprobeerd. Hij denkt dat professionele hulp beter werkt. Misschien naar het buitenland voor behandeling en dan als herboren terugkomen? Hij gaat op internet op zoek.

Als hij effectieve verslavingsbehandeling intypt is de eerste hit die hij tegenkomt 'Behandelprogramma's verslavingszorg niet altijd bewezen' (Zorginstituut Nederland, 2014). Al verder klikkend op de link leest hij dat ruim de helft van de verslaafden na een behandeling binnen een jaar terugvalt. Dat wil hij niet, hij wil een behandeling die werkt. Dus gaat hij verder zoeken. Als hij 'beste verslavingsbehandeling' intypt zakt de moed hem in de schoenen. Hij komt zoveel verschillende aanbieders tegen, met behandelingen die van elkaar verschillen. Bij alle zorgaanbieders is de eerste stap detoxificatie. Ook zeggen alle zorgaanbieders dat ze nazorg leveren. Maar hoe ziet de behandeling zelf eruit, na de detoxificatie? Wat is voor hem de beste keuze? Hij klikt een aantal namen aan om meer te weten te komen. De websites van de aanbieders geven veel informatie:

- a. Er zijn gespecialiseerde verslavingszorginstellingen met een gevarieerd behandelaanbod, individueel en in een groep, met een aantal vaste stappen. Als het nodig is, is ook klinische behandeling mogelijk. Cognitieve gedragstherapie is de basis van de behandeling. Ze bepalen per persoon op maat wat het beste past. Hoe intensief dat is en hoe lang de doorlooptijd is, staat van te voren niet vast. Dat maatwerk spreekt hem aan. Maar de onzekerheid over wat het van hem vraagt vindt hij lastig.
- b. Hij komt ook een zorgaanbieder tegen met een duidelijk, vast aanbod, volgens het Minnesota 12 stappen model: twee dagen per week groepsbehandeling gedurende 12 weken, in combinatie met individuele behandeling voor de finetuning op maat. Zou dat kunnen, voor iedereen eenzelfde behandeltraject? Deze zorgaanbieder biedt ook behandelingen in het buitenland aan. Hij klikt door en droomt weg bij de mooie foto's van de kliniek in Zuid-Afrika. De eigen bijdrage valt hem mee. Wat zou een vliegticket kosten?
- c. Verder zoekend komt hij een zorgaanbieder tegen met enkele vaste trajecten waaronder vaste groepstrajecten met verschillende intensiteiten, deeltijdbehandelingen en individuele behandelingen. Alle afgestemd op de

zorgvraag en zorgzwaarte van de cliënt. Deeltijdbehandeling, dat is hij nog niet eerder tegengekomen, zou dat wat voor hem zijn? Deze zorgaanbieder is ooit (al lang geleden) opgericht door iemand die zelf verslaafd is geweest. Dat geeft hem vertrouwen.

- d. Een zorgaanbieder heeft op de website staan dat ze alleen de verslaving behandelen. Mocht er na de verslavingsbehandeling andere behandeling nodig zijn, dan verwijzen ze door naar een andere aanbieder. Hij denkt niet dat het nodig is, maar het idee om dan weer op zoek te moeten naar de beste behandeling staat hem tegen.

Hij gaat even een stukje wandelen om alle informatie op hem te laten inwerken. Bij hem om de hoek valt zijn oog op een klein bord 'ambulante verslavingszorg', in een appartementencomplex waar een vroegere vriend van hem woont. Voor hij het zelf weet is hij naar binnen gelopen, een medewerker biedt hem een kop koffie aan en geeft hem een brochure mee om thuis te lezen: één of twee keer in de week een behandeling, individueel en soms ook in een groep. Ze beginnen altijd met de behandeling van de verslaving en daarna besteden ze aandacht aan de onderliggende problematiek, zeggen ze. Als hij thuis op de website klikt ziet hij dat je bij deze zorgaanbieder een eigen bijdrage moet betalen: maximaal 30% van de behandelkosten, inkomensafhankelijk. Daar moet hij even over nadenken. Misschien toch eens met de zorgverzekeraar bellen, wat zouden zij adviseren?

5.1.2 *Op zoek naar effectieve en passende behandeling voor een somatoforme stoornis*

Op weg naar de zoveelste afspraak met de huisarts weet Saskia het ook niet meer. Sinds haar auto-ongeluk op de snelweg blijft ze last houden van heel veel rugpijn. De pijn is zo heftig dat ze zeer regelmatig verzuimt van haar werk en ze ook geen zin meer heeft in de leuke dingen van het leven. Zo is ze al in geen maanden meer in de sportschool geweest. Ze begrijpt niet waarom er nog steeds geen oorzaak van haar pijn gevonden is, ze maakt zich hier ongerust over. Haar hoop was gevestigd op de laatste orthopeed, ze heeft er al vier bezocht, maar die heeft na uitgebreid onderzoek ook geen verklaring voor haar klachten gevonden.

Haar huisarts zucht want ze ziet dat Saskia opnieuw een afspraak heeft gemaakt om te praten over haar chronische pijn. In het dossier leest ze de brief van de orthopeed en ziet dat er opnieuw geen verklaring voor haar pijn is gevonden. De huisarts besluit het gesprek dadelijk een andere wending te geven en screent voor het spreekuur welke opties ze heeft om Saskia te helpen met haar klachten. Het gedrag en de klachten zijn te ernstig om in haar eigen praktijk op te pakken. Saskia heeft gespecialiseerde hulp nodig. Wat kan ze haar adviseren?

De huisarts ziet dat er best wel een aantal zorgaanbieders in de buurt is en dat deze aanbieders behoorlijk specifiek zijn in de diagnoses die ze behandelen. Snel checkt ze de exclusiecriteria omdat veel pijn vaak een reden is om niet mee te mogen doen aan de therapie. Gelukkig heeft ze onderliggend lijden al uitgesloten. En ze ziet dat er voor comorbiditeit meestal wel aandacht is. Alle behandelplannen zien er goed uit qua opzet: er is een duidelijke structuur en er worden metingen gedaan om de voortgang in kaart te brengen. De inhoud is wel verschillend, soms met fysiotherapie, soms met ontspanningstherapie of cognitieve gedragstherapie. Gelukkig geven de meeste instellingen aan dat het steeds maatwerk is zodat Saskia iets kan vinden wat bij haar past.

Na het consult gaat Saskia naar huis. Het gesprek was lastig geweest voor haar omdat er eerst vooral naar de fysieke kant van haar klachten gekeken werd en nu meer naar de psychische kant. De huisarts heeft het goed uitgelegd en haar een verwijfsbrief meegegeven. Saskia is bereid veel te proberen, als het maar helpt haar oude leven terug te vinden. Met de polis van haar zorgkostenverzekering in de hand kijkt ze naar wat er mogelijk is qua vergoedingen en ze zoekt aanbieders in de buurt. Het gepuzzel met haar polis, hoe het zit met gecontracteerde en ongecontracteerde zorg en welke aanbieders wel of niet-gecontracteerd zijn is niet eenvoudig. Gelukkig vindt ze een zorginstelling met mooie referenties en ze belt met hen voor het maken een afspraak.

5.2 Het perspectief van zorgaanbieders

5.2.1 *Ambulante verslavingszorg leveren als grotere zorgaanbieder*

Zorgaanbieder De Goede Gewoonte staat bekend als de expert voor verslavingszorg in de regio. Daar zijn er maar acht van in Nederland. Binnen de verslavingszorg zijn ze groot, maar binnen het hele ggz-zorglandschap zijn ze een kleinere partij. Ze leveren het hele palet aan verslavingszorg: ambulante verslavingszorg op maat, intensief of kortdurend, in een groep of juist individueel, met programma's voor specifieke doelgroepen zoals mensen met een licht verstandelijke beperking. Ze leveren ook klinische zorg, voor mensen die dat, tijdelijk, echt nodig hebben. En als mensen verslaafd blijven en daardoor niet meer kunnen functioneren in de maatschappij kunnen zij bij hen wonen in een beschermde woonomgeving. Ze werken vanuit de visie van matched care: geen standaard behandeltrajecten, maar per individu kijken wat nodig is en helpt. Natuurlijk wel vanuit evidence based methodieken. Cognitieve gedragstherapie staat bij hen centraal in de behandeling.

Met alle zorgverzekeraars hebben ze een contract. Zorgverzekeraars stuurden de afgelopen jaren op gemiddelde prijs per cliënt, volume en kwaliteit. Hoe dat er vanaf nu gaat uitzien, met het zorgprestatie model, vinden ze nog spannend. Net als de zorgverzekeraar, zo hebben ze gemerkt. Ze zijn groot genoeg om bij zorgverzekeraars aan tafel te komen. Dat wil niet zeggen dat dit tot goede voorwaarden leidt. De afspraken over gemiddelde prijs per cliënt en het volume passen volgens De Goede Gewoonte helemaal niet bij de ggz. Daarvoor is de vraag naar ggz veel te onvoorspelbaar. Soms bewegen zorgverzekeraars ook wel mee met de zorgvraag en krijgen ze een jaar ruimte voor groei. En soms lukt bijcontracteren helemaal niet. Dat heeft ze op één locatie wel eens flink in de problemen gebracht. Gedurende lopende behandeltrajecten overschreden ze het omzetplafond. Ze kregen geen extra budget en waren verplicht de trajecten af te ronden. Dat heeft ze veel geld gekost. Gelukkig hadden ze een kleine buffer opgebouwd. Ze snappen echt wel dat zorgverzekeraars tegendruk geven om te voorkomen dat de zorgkosten te hard stijgen maar zoals ze het nu doen is het nadelig voor organisaties en cliënten. De kosten per cliënt proberen ze laag te houden door zoveel mogelijk met basispsychologen te werken.

De kwaliteitseisen die zorgverzekeraars stellen begrijpen ze niet altijd. Van een zorgverzekeraar moeten ze een duale intake doen om in één gesprek te kunnen beoordelen of een cliënt in de basis of specialistische ggz thuishoort. Van een andere zorgverzekeraar moeten ze voor alle behandelingen zorgprogramma's uitwerken. Het is natuurlijk ook lastig voor een zorgverzekeraar om zicht te hebben op de kwaliteit. Zelf weten ze natuurlijk ook niet wat er in de behandelkamer gebeurt. Ze houden zicht op de kwaliteit door te monitoren of cliënten na een behandeling abstinente zijn en blijven. De psychiater kijkt daar de zorgdossiers op na. Hij volgt ook de doorlooptijd van een behandeling en gaat met medewerkers in gesprek als hij denkt dat een behandeling te lang duurt. Daarbij worden alle medewerkers geschoold in de visie van De Goede Gewoonte en de stappen in het behandeltraject.

Ze hebben een hele zorgverkooporganisatie opgezet om aan alle voorwaarden van zorgverzekeraars te kunnen voldoen, dat kost veel geld. En dat terwijl er aan de andere kant veel geld verspild wordt aan de financiering van ongecontracteerde zorg door zorgaanbieders die maar wat doen. Iedereen kan ook zomaar verslavingszorg leveren. Ze zouden willen dat daar strengere voorwaarden voor waren. Dan zouden zorgverzekeraars al die controles bij aanbieders zoals zij niet nodig hebben, en zouden ze er meer op kunnen vertrouwen dat erkende zorgaanbieders goede zorg leveren. Intern mopperen ze best vaak op zorgverzekeraars, daarbij verzuchten ze dan ook regelmatig dat ze blij zijn dat ze hun rol niet hebben in het zorgveld, het is geen benijdenswaardige positie volgens hen. Want wat kunnen ze nu eigenlijk doen tegen zorgaanbieders zonder contract die waardeloze zorg leveren? Misschien kunnen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en VWS hier meer samen in optrekken? Ze zijn benieuwd of de overleggen tussen ZN en de Nederlandse ggz over instrumentarium, waarmee zorgverzekeraars kunnen inkopen op kwaliteit, daarbij gaan helpen.

De vele ongecontracteerde zorgaanbieders hebben tot grote versnippering in het zorgveld geleid. Dat is een groot probleem in de verslavingszorg. Zo kunnen cliënten 'rond shoppen' van de ene zorgaanbieder naar de andere en

telkens weer opnieuw beginnen. Ze proberen dan eens een behandeling hier en dan weer daar. Dat werkt niet. Ze zouden willen dat zorgverzekeraars daar iets aan zouden doen. Ze hebben data en kunnen in de regio sturen op het zorgaanbod over zorgaanbieders heen. En zou VWS niet ook iets kunnen doen aan dat versnipperde zorgveld in de ggz?

5.2.2 *Ambulante verslavingszorg leveren als kleinere zorgaanbieder*

Hij is trots op zijn organisatie. Ze hebben een duidelijk behandeltraject voor mensen met een verslaving. Het traject gaat uit van de Minnesota 12 stappen waarbij groepsbehandeling een belangrijke rol speelt. Ze werken met een mix van behandelaren en ervaringsdeskundigen. Cliënten weten precies waar ze aan toe zijn als ze starten met de behandeling: 2 dagen per week, gedurende twaalf weken een groepsbehandeling. Daarbij bieden ze individuele behandeling. Ze bieden een combinatie van cognitieve gedragstherapie, schematherapie, psycho-educatie en systeemtherapie. Hij gelooft in de combinatie van gedragstherapie en inzichtgevende therapie voor een stabiel en blijvend herstel.

Cliënten zijn tevreden en ook medewerkers werken graag bij hen. Ze zijn gespecialiseerd in verslavingszorg. Als cliënten bijkomende problemen hebben die om een afzonderlijke behandeling vragen, verwijzen ze daarvoor door naar een ggz-aanbieder in de omgeving.

Hij baalt ervan dat ze door collega's zorgaanbieders en zorgverzekeraars nog altijd bestempeld worden als 'zorgcowboy'. Ze hebben een ISO-certificaat, hun behandelmethoden zijn evidence based en ze zien weinig terugval en uitval bij hun cliënten. Hoezo zorgcowboy? Zou een contract met zorgverzekeraars helpen om van dat stempel af te komen? Hij heeft er al vaker over nagedacht maar het heeft veel nadelen. Het lastigste zijn de omzetplafonds die de meeste zorgverzekeraars hanteren, gebaseerd op de omzet van 2 jaar geleden. En ze zijn de afgelopen jaren alleen maar gegroeid. Dat zou het failliet van de organisatie betekenen. En ze kunnen minder cliënten behandelen terwijl de vraag alleen maar toeneemt. Hij heeft al verschillende keren geprobeerd om in gesprek te komen met zorgverzekeraars maar het lukt meestal niet. Wat hij ook probeert, hij wordt doorverwezen naar de procedure voor digitaal contracteren op de website. Zijn organisatie is voor zorgverzekeraars kennelijk niet belangrijk. Daar begrijpt hij niets van: huisartsen en andere ggz-aanbieders in de regio verwijzen naar hun door en ze zijn altijd bezig met innovatie. Zo zijn ze dit moment aan het nadenken over het aanbrenge van enige variatie in het vaste behandeltraject om te kunnen differentiëren in intensiteit, afhankelijk van de zorgzwaarte van de cliënt. Met één zorgverzekeraar heeft hij binnenkort wel een afspraak. Dat is gelukt dankzij een psycholoog, die voorheen bij een zorgverzekeraar werkte als medisch adviseur. Hij kijkt er naar uit om de zorgverzekeraar te laten kennismaken met zijn mooie organisatie.

Voor de cliënten zou het fijn zijn, een contract met zorgverzekeraars, dan hoeven ze geen eigen bijdrage meer te betalen. De eigen bijdrage brengen ze lang niet altijd in rekening, omdat cliënten dat simpel weg niet kunnen betalen. Dat betekent dat ze in de meeste gevallen een lagere vergoeding ontvangen dan gecontracteerde zorgaanbieders. Tenzij een cliënt een restitutiepolis heeft; dan is de vergoeding beter. Maar cliënten stimuleren om een restitutiepolis te nemen zou hij nooit doen, dan jaag je de cliënt op kosten. Gelukkig kunnen ze voor de verslavingszorg rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareren. Als dat via cliënten zou moeten lopen, zou dat een ramp zijn.

Zou het helpen om lid te worden van de Nederlands ggz? Dat kreeg hij laatst als tip. Zou je dan meer serieus genomen worden als kleinere zorgaanbieder?

5.2.3 *Specialistische angstbehandeling leveren als landelijke zorgaanbieder*

Als specialistische behandelkliniek, met locaties verspreid over het hele land, is het niet gemakkelijk de kwaliteit overall even hoog te houden verzucht Bram. En voor die kwaliteit wil hij graag strijden, als derdelijns-centrum heb je naast alle behandelingen ook een belangrijk innoverende component. Binnen de ggz is evidence based werken steeds belangrijker en zij hebben de kennis, de contacten en positie om aan onderzoek te doen en behandelmethodes goed te evalueren. De nieuwste methode uit Amerika lijkt hele mooie resultaten op te leveren voor mensen met ernstige en

complexe angsten en trauma's. Wat jammer dat de verzekeraars dit niet vergoeden, hoe kom je dan tot vernieuwingen in de zorg. Gelukkig is er het vernieuwingsfonds dat gedeeltelijk gevuld wordt met onderzoeksgelden en giften van oud cliënten.

Cliënten zijn er nog steeds genoeg en omdat er meer aandacht voor is geweest de laatste tijd herkennen de huisartsen de complexe problematiek ook steeds beter. Er worden steeds vaker, tijdig, cliënten gediagnosticeerd en naar hen verwezen. Met de tweedelijns-ggz was er altijd al een goed contact en nog steeds sturen ze de meest complexe cliënten door. De populatie wordt steeds diverser, gelukkig groeit het arsenaal van interventies en behandelingen om cliënten te helpen ook. Het meest complexe stukje van de behandeling is vaak het betrekken van de familie en het gezin. Het is ook lang, vaak bijna een jaar om met elkaar in therapie te zijn.

De nieuwste therapieën vragen meer van zijn vastgoed tegenwoordig, hoe krijg ik dit allemaal geregeld denkt Bram als ik de verzekeraars niet aan boord krijg met de innovatie. Ik wil eigenlijk niet groeien in aantallen cliënten maar de sector vooral verder helpen met kennis en bewezen therapieën. Natuurlijk hebben we daar cliënten en hun familie voor nodig maar meer cliënten liever niet. Toch lijkt het de enige manier om de innovatie te betalen. De kennis van de zorginkopers bij verzekeraars en hun mandaat schieten volgens Bram tekort. Bram begrijpt dit wel, maar neemt er geen genoegen mee. Zouden wij als centrum geen academische status kunnen krijgen? Dan kunnen we andere tarieven krijgen zodat innovatie wel betaald wordt. Bram bedenkt dat hij dit punt eens moet aansnijden bij de raad van bestuur, terwijl hij opnieuw naar de tolkentelefoon belt. Zijn nieuwste cliënten spreken een heel speciaal dialect uit Ethiopië en hij wil daar eerst een tolk voor vinden zodat ze kunnen starten met de therapie.

5.3 Het perspectief van zorgverzekeraars: voldoende goede en betaalbare ggz inkopen

Marieke is zorginkoper voor de ggz bij een grote zorgverzekeraar. Ze koopt voor één regio de gehele specialistische ggz in: van ambulant tot klinisch, bij instellingen en vrijgevestigden. Ze koopt niet apart in voor verschillende diagnose-categorieën maar maakt afspraken met zorgaanbieders over het gehele behandelaanbod. De laatste jaren zijn er in haar regio veel, vooral kleinere zorgaanbieders bijgekomen. Haar indruk is dat deze zich vooral richten op ambulante verslavingszorg, behandeling van somatoforme stoornissen en PTSS-behandelingen (behandeling van posttraumatische stressstoornissen). De toename van het aantal zorgaanbieders dat somatoforme stoornissen behandelt kan ze niet zo goed plaatsen. Voor deze behandelingen is de wachttijd nooit lang. Wat meer aanbieders die PTSS en verslaving behandelen juicht ze toe. Voor PTSS nemen de wachttijden al jaren toe. En voor verslavingszorg komen ze af en toe iets boven de treeknorm uit. Voor de behandeling van een alcoholverslaving is de gemiddelde wachttijd nu 15 weken (net boven de treeknorm) (Wachttijden ggz 2021, Nza, 2022). Ze heeft gelukkig nooit signalen gehad dat er problemen zijn met het waarmaken van de zorgplicht als zorgverzekeraar.

Ze is blij met het beleid dat inkopers alleen onderhandelen met grotere zorgaanbieders. Kleinere zorgaanbieders en aanbieders die alleen ambulant behandelen kunnen digitaal een overeenkomst sluiten waarbij de voorwaarden vastliggen. Het is voor alle zorgaanbieders mogelijk om een contract te sluiten waardoor verzekerden keuzevrijheid hebben en de wachttijden binnen de perken blijven met een beperkt aantal zorginkopers. Ze hoort wel eens dat zorgaanbieders en vrijgevestigden het vervelend vinden dat ze geen contact kunnen krijgen met een zorgverzekeraar. Zelf heeft ze hier niet veel last van. Hoewel ze wel benieuwd is naar die ene kleine zorgaanbieder: veel huisartsen verwijzen naar hen door en op ZorgkaartNederland hebben ze een score van 9,1.

De vaste voorwaarden die gelden voor digitaal contracteren geven haar vertrouwen in de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. De omzetplafonds en de afspraken over de gemiddelde prijs per cliënt voorkomen dat de omzet bij een zorgaanbieder jaarlijks stijgt. Zo houden ze de schadelast binnen de perken. Uit het feit dat de meeste zorgaanbieders al jaren bestaan en behandelen onder de geldende voorwaarden maakt ze op dat de tarieven die de zorgverzekeraar vergoedt passend zijn.

De eis dat de behandeling volgens de stand van de wetenschap en de praktijk geleverd moet worden geeft wat houvast over de kwaliteit zonder dat ze alle richtlijnen, standaarden en onderzoeksresultaten voor alle ggz-aandoeningen hoeft te kennen. Daarnaast voert de zorgverzekeraar controles uit op declaratiedata en op zorgdossiers. Ze realiseert zich dat dit houvast niet zo stevig is als bij de grotere zorgaanbieders waarmee ze in gesprek is. Gelukkig is er altijd nog de medisch adviseur die bij casuïstiek kan meekijken.

Ze maakt zich wel wat zorgen om de ongecontracteerde ambulante behandeling. Met de klinische behandeling door ongecontracteerde zorgaanbieders zit het wel goed denkt ze. Daar werken ze met een machtingsbeleid waardoor aanbieders voordat ze een behandeling starten toestemming moeten vragen aan de zorgverzekeraar. Medisch adviseurs toetsen op medisch noodzakelijk verblijf en kwaliteit.

Wat betreft de ambulante behandelingen denkt ze dat ze deze soms ook vergoeden als deze niet aan de voorwaarden voldoen die voor gecontracteerde zorgaanbieders gelden. Ze weet heus wel dat het niet allemaal zorgcowboys zijn, maar ze zitten er wel tussen, denkt ze. Zou het systeem van machtigingen en de beoordeling door een medisch adviseur hierbij nog behulpzaam kunnen zijn? We willen wel dat de verzekerden goede en passende zorg krijgen. Sommige, voorheen ongecontracteerde zorgaanbieders hebben de laatste jaren een mooie professionaliseringslag gemaakt. Met één van hen heeft ze binnenkort een afspraak.

Ze weet van een kleine zorgverzekeraar dat ze voor de vergoeding van ongecontracteerde zorg dezelfde voorwaarden hanteren als voor gecontracteerde zorg. Dit leidt vaker tot afwijzingen en soms ook tot rechtszaken. Deze zorgverzekeraar kent alle zorgaanbieders in de regio en heeft contact met hen over wat ze doen. Hij kan inspirerend vertellen over hoe ze 'de 3-en en de 4-en' en de zorgaanbieders met een 'one-size-fits-all' aanpak niet vergoeden. Ze maken veel gebruik van data om onderbouwd het gesprek te kunnen aangaan.

Misschien toch eens bespreken met haar manager. Hoewel die dan wel weer zal beginnen over artikel 13 waarin staat dat de verzekerden recht hebben op vergoeding van zorg bij een ongecontracteerde zorgaanbieder. Ze vindt dit wel ingewikkeld. Het lijkt er soms op dat iedereen zomaar zorgaanbieder kan worden en een vergoeding kan krijgen terwijl voor gecontracteerde zorgaanbieders allerlei voorwaarden gelden.

In de wet staat toch dat verzekerde zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk? Wat is dat eigenlijk? Als ze het weleens met zorgaanbieders heeft over hun verslavingsbehandeling, hoort ze verschillende visies. En jammer genoeg is er ook niet één manier om kwaliteit te meten. Ze zou willen dat ze meer tijd had om het hier met zorgaanbieders over te hebben. Met de grotere zorgaanbieders, in de onderhandelingsprocedure, gaan gesprekken vaak vooral over volume en prijsafspraken. Kwaliteit en hun rol in het zorglandschap komen veel minder aan bod.

6 Beschouwing, conclusies en aanbevelingen

We starten dit hoofdstuk met een beschouwing op het vertrekpunt, de vraagstelling en de uitkomsten van dit onderzoek. Vervolgens beantwoorden we de onderzoeksvragen. Ten slotte doen we een aantal aanbevelingen.

6.1 Beschouwing op het vertrekpunt, de vraagstelling en de uitkomsten van dit onderzoek

Allereerst hebben we veel waardering voor al onze gesprekspartners bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars die de tijd genomen hebben om met ons in gesprek te gaan over vaak gevoelige onderwerpen. Alle zorgaanbieders die we hebben gesproken, waren gepassioneerd over hun behandelaanbod en organisatie en maakten op ons een professionele indruk. Met de gesprekken die we gevoerd hebben, hebben we naar ons idee de in de praktijk voorkomende variatie goed in beeld. Daarmee bieden de opgehaalde bevindingen naar onze inschatting een illustratief beeld van mogelijke verklaringen.

Zoals we in hoofdstuk 5 hebben weergegeven, zijn er verschillende perspectieven op het vraagstuk dat we hebben bestudeerd in dit onderzoek. Het verhaal verschilt per zorgaanbieder, gecontracteerd of niet-gecontracteerd, kleiner of groter, tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en ook soms tussen zorgverzekeraars onderling. We hebben de verschillende perspectieven bij elkaar gebracht en vertegenwoordigers van verschillende perspectieven met elkaar in gesprek laten gaan. Voordat we op basis van de bevindingen de antwoorden formuleren op de onderzoeksvragen, vinden we het van groot belang om eerst een beschouwing te geven op de veronderstellingen vooraf en het vertrekpunt van ons onderzoek. Dat geeft een betere context om de antwoorden op de onderzoeksvragen goed te duiden en te interpreteren.

6.1.1 *Geen eenduidige verklaring voor kostenverschillen tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg*

Het onderzoek is vertrokken vanuit de constatering in het onderzoek van Vektis dat in drie diagnosecategorieën significante kostenverschillen bestaan tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Doel van dit onderzoek was om mogelijke verklaringen te vinden voor deze verschillen. Wij komen tot de conclusie dat de door Vektis geconstateerde verschillen in kosten per cliënt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde aanbieders niet eenduidig verklaard kunnen worden door verschillen in doelmatigheid, kwaliteit of anderszins. Het wel of niet gecontracteerd zijn, is niet dé verklarende factor voor de kostenverschillen.

De verschillen tussen zorgaanbieders onderling, of ze nu wel of niet gecontracteerd zijn, zijn minstens zo groot als tussen deze twee groepen. De verschillen worden meer veroorzaakt door de keuzes die zorgaanbieders maken in het behandelaanbod, de (complexiteit van de) doelgroep die de zorgaanbieder in behandeling heeft, en de wijze waarop de zorgaanbieder is georganiseerd. Veel gesprekspartners benoemden dat het ggz-zorglandschap te versnipperd is. Zowel de eenvoud waarmee je een ggz-aanbieder kunt worden als ook de ruimte die standaarden en richtlijnen bieden om een eigen invulling te geven aan het behandelaanbod werken dit in de hand. We kunnen daarom ook niet constateren dat verschillen in doelmatigheid of kwaliteit de verklaring vormen voor kostenverschillen tussen zorgaanbieders.

6.1.2 *De invloed die zorgverzekeraars middels contractering hebben op de kwaliteit lijkt beperkt*

Wat voor de verschillen in kosten geldt, geldt ook voor verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders. Ook deze verschillen zijn aanwezig door het gehele aanbod heen en houden zich niet aan 'de grenzen' van wel of geen contract. De mogelijke aanname dat contractering door zorgverzekeraars plaatsvindt op basis van een onderscheid dat ze maken op kwaliteit, klopt slechts zeer ten dele. Volgens onze gesprekspartners bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn er

zorgaanbieders die niet in aanmerking komen voor een overeenkomst met een zorgverzekeraar omdat de kwaliteit niet aan de geldende standaarden voldoet. Zorgverzekeraars wijzen zorgaanbieders op deze grond af, maar hebben geen zicht op de aantallen. Wij hebben geen zorgaanbieders gesproken bij wie dit van toepassing is.

Zorgverzekeraars geven aan dat ze met alle zorgaanbieders die aan de inkoopvoorwaarden voldoen een contract sluiten. Zorgverzekeraars zijn op basis van artikel 13 van de Zvw verplicht ook de niet-gecontracteerde zorg te vergoeden, en zullen dit bij de rechter moeten aanvechten als ze vinden dat dit onrechtmatig is, omdat niet wordt voldaan aan de vereisten voor kwaliteit van zorg.

Door de ruimte die de geldende standaarden en richtlijnen geven, de verschillende keuzes die zorgaanbieders daar binnen maken en de vele aandoeningen en stoornissen, is inkopen op kwaliteit in de ggz een moeilijke opgave. Er is geen uniformiteit in behandelaanbod en ook niet in het monitoren van uitkomsten. En in de behandelkamer kijken is geen optie. Ze kunnen het onderscheid van een rapportcijfer 6, 7 of 8 niet maken, maar ze hopen wel, op basis van signalen van verzekerden en/of analyse van de declaratiegegevens, de (zware) onvoldoendes te constateren en daarop te handelen. Zorgverzekeraars zeggen bij zorgaanbieders waarmee ze in gesprek zijn een beter beeld van de kwaliteit te hebben dan bij andere (veelal kleinere en ongecontracteerde) zorgaanbieders.

Door de variatie in kosten per cliënt en in de kwaliteit tussen zorgaanbieders, ongeacht of ze een contract hebben met een zorgverzekeraar of niet, kunnen we niet zeggen dat er verschillen zijn in doelmatigheid die samenhangen met het al dan niet hebben van een contract met een zorgverzekeraar. Een deels gecontracteerde zorgaanbieder zei hierover: *“We behandelen een cliënt echt niet anders als deze verzekerd is bij een zorgverzekeraar waarmee we geen contract hebben.”*

6.1.3 *De oorzaak van niet contracteren ligt niet alleen bij de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar*

De uiteindelijke beslissing voor niet contracteren ligt vaak bij de zorgaanbieder. Elke zorgaanbieder maakt uiteindelijk een eigen afweging of hij de voorwaarden accepteert waaronder de zorgverzekeraar een contract wil aangaan. Dat betekent niet dat de oorzaak van het niet tot stand komen van een contract eenzijdig bij de zorgaanbieder ligt. Alle niet-gecontracteerde zorgaanbieders die we hebben gesproken in het kader van dit onderzoek geven aan dat ze liever wel een contract hadden gesloten met de zorgverzekeraar. De condities, zowel op inhoud als vorm, waaronder ze het contract moeten aangaan, doet hen echter in sommige gevallen anders besluiten. Het grootste bezwaar is dat ze vanwege hun historische omzet niet in gesprek komen met de zorgverzekeraars en ‘veroordeeld zijn’ tot de digitale procedure en voor hun gevoel ‘moeten tekenen bij het kruisje’. Ze weten bij de grotere zorgverzekeraars nauwelijks in contact te komen met de betreffende zorginkoper. Kleinere zorgaanbieders die wel een contract hebben uiten dit zelfde bezwaar. In de zorginkoop van (vooral grotere zorgverzekeraars) wordt niet ingespeeld op de specifieke verhouding tussen vraag en aanbod en bestaande wachttijden in de regio. Ze hanteren standaardgrenzen voor de digitale procedure en de onderhandelingsprocedure.

6.1.4 *Voorgaande beschouwing is van belang voor het duiden van de antwoorden op de onderzoeksvragen*

Vanuit de in deze paragraaf geschetste achtergrond beantwoorden we in de volgende paragraaf de gestelde onderzoeksvragen. De onderzoeksvragen zijn gesteld om kostenverschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg te verklaren. De antwoorden die we gevonden hebben verklaren deze kostenverschillen echter niet. Ze geven wel mogelijke verklaringen voor kostenverschillen tussen zorgaanbieders, los van het al dan niet hebben van een contract. Daarnaast hebben we redenen gevonden voor het al dan niet aangaan van een contract.

6.2 **Antwoorden per onderzoeksvraag**

In deze paragraaf geven we de antwoorden per onderzoeksvraag weer op basis van de bevindingen uit de gesprekken die we hebben gevoerd en de focusgroepen (zoals weergegeven in hoofdstuk 4 en 5). Daar waar de antwoorden de

onderzoeksvragen gelden voor alle diagnosecategorieën hebben we ze weergegeven als generieke antwoorden. Als de antwoorden specifiek zijn voor één diagnosecategorie staan ze in de paragraaf over de betreffende diagnosecategorie. De onderzoeksvragen waarvoor bij een diagnosecategorie enkel de generieke samenvatting van toepassing is, zijn bij de betreffende diagnosecategorie niet opgenomen.

De antwoorden over niet-gecontracteerde zorgaanbieders kwamen grotendeels naar voren in gesprekken met gecontracteerde zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

6.2.1 Wat is de oorzaak van kostenverschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg?

De drie diagnosecategorieën die we onderzocht hebben, zijn niet homogeen. Er is sprake van een grote diversiteit aan aandoeningen en ook in aanbieders. De aandoeningen verschillen inhoudelijk en in complexiteit van elkaar. In zijn algemeenheid lijken niet-gecontracteerde zorgaanbieders en kleinere zorgaanbieders met een contract zich op een meer afgebakende doelgroep te richten met minder complexe zorgvragen. De grotere gecontracteerde zorgaanbieders richten zich op een breed palet van eenvoudige tot complexe zorgvragen en bijzondere doelgroepen. Daarbij maken zorgaanbieders binnen het kwaliteitsstatuut eigen afwegingen over de in te zetten deskundigheidsmix. In sommige gevallen stuurt de zorgverzekeraar op een vaste deskundigheidsmix die volgens zorgaanbieders onnodig duur is.

De ene zorgaanbieder behandelt comorbiditeit (deels) zelf; de andere verwijst daarvoor door naar een andere zorgaanbieder. Zorgaanbieders maken daarnaast verschillende keuzes in het behandelaanbod, die invloed hebben op de kosten. Zo kiezen sommige zorgaanbieders voor een standaard aanbod (one-size-fits-all) en andere voor maatwerk met variatie in intensiteit en doorlooptijd en maken ze verschillende afwegingen tussen individueel behandelen versus in een groep.

De genoemde punten zijn verklaringen voor kostenverschillen tussen zorgaanbieders in het algemeen, maar verklaren niet de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg bij verslaving en somatoforme aandoeningen. Dit sluit ook aan bij wat we in de beschouwing in paragraaf 6.1.1 benoemen.

6.2.2 Is er zicht op de effectiviteit van de zorg?

Alle zorgaanbieders geven aan de ggz-standaarden te volgen¹¹. Respondenten in dit onderzoek bevestigen dat deze ggz-standaarden echter veel ruimte voor eigen invulling geven. Aanbieders maken eigen afwegingen in het behandelaanbod en werkwijze. Dit geldt ook voor de wijze van monitoring van de effectiviteit. Zorgaanbieders zetten verschillende interventies/behandelingen in die op zichzelf bewezen zijn, maar verschillen op onderdelen van mening over wat evidence based is en wat niet. Interessant is dat er verschillend wordt gedacht over het inzetten van groepsbehandelingen en het hanteren van een vaststaand of juist flexibel schema voor de behandeling. Het is niet zo dat dit verschil in inzicht gekoppeld is aan het al dan niet hebben van een contract.

De invloed van zorgverzekeraars op de effectiviteit van zorg is beperkt. Ze kopen niet in per diagnosecategorie en de grotere zorgverzekeraars vergoeden ook het grootste deel van de niet-gecontracteerde zorg. De eisen die zorgverzekeraars stellen aan de monitoring van behandelresultaten verschillen per zorgverzekeraar.

6.2.3 Wat is er te zeggen over de doelmatigheid in het licht van de effectiviteit?

Binnen de standaarden en statuten maken zorgaanbieders eigen keuzes over de invulling van de behandeling. Soms maatwerk per cliënt (matched care), soms een standaardaanbod met finetuning op maat. Wat er echt in de behandelkamer gebeurt, is op basis van de interviews voor ons niet zichtbaar. Zorgverzekeraars monitoren

¹¹ Wij hebben niet onderzocht of zorgaanbieders daadwerkelijk voldoen aan de ggz-standaarden. Dat viel buiten de scope van het onderzoek.

behandelduur, inzet van deskundigheidsmix en kosten per cliënt als indicatoren, maar ook op basis hiervan is het lastig een uitspraak te doen over doelmatigheid.

Alle zorgaanbieders die we gesproken hebben monitoren tijdens én na afronding van de behandeling de behandelresultaten. Op basis van deze onderzoeken concluderen zij dat de door hen geleverde zorg effectief is. Enkele zorgaanbieders vertelden ons dat regiebehandelaren dossierchecks uitvoeren en dat ze via scholing een uniforme evidence based werkwijze borgen.

Dit alles geeft helaas nog geen of onvoldoende aanknopingspunten om verder iets te zeggen over de doelmatigheid, mede door het ontbreken van een eenduidig beeld over wat doelmatig is en wat niet.

6.2.4 *Wat waren voor zorgaanbieder en verzekeraar redenen om niet te contracteren?*

Op basis van de gevoerde gesprekken hebben we een goed beeld gekregen van de redenen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om wel of geen contact te sluiten. Deze redenen verschillen weinig tussen diagnosecategorieën en zorgaanbieders. Zorgverzekeraars hebben hierin een ander perspectief.

De uiteindelijke beslissing voor niet contracteren ligt vaak bij de zorgaanbieder. Dat betekent niet dat de oorzaak van het niet tot stand komen van een contract eenzijdig bij de zorgaanbieder ligt. Zorgverzekeraars bepalen de voorwaarden waaronder ze een contract willen aangaan. Elke zorgaanbieder maakt een eigen afweging of hij de voorwaarden accepteert. Zorgverzekeraars staan open voor het sluiten van contracten met alle zorgaanbieders die aan de voorwaarden voor het leveren van ggz voldoen. Een uitzondering vormt de klinische ggz, daarvoor gelden bij de meeste zorgverzekeraars beperkingen in de vorm van een machtigingsprocedure. Zorgaanbieders maken hun eigen afwegingen voor het al dan niet aangaan van een contract. Zorgaanbieders die kiezen voor contractering hebben dezelfde bezwaren als niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Ze kiezen voor contracteren omdat ze willen meedoen in het systeem vanuit maatschappelijke verantwoordelijkheid en omdat het beter is voor de cliënt.

Als grootste bezwaar tegen contracteren komt naar voren dat kleinere zorgaanbieders vanwege hun historische omzet niet in gesprek komen met de zorgverzekeraars en 'veroordeeld zijn' tot de digitale procedure en voor hun gevoel 'moeten tekenen bij het kruisje'. Ze weten bij de grotere zorgverzekeraars nauwelijks in contact te komen met de betreffende zorginkoper. Een grotere zorgverzekeraar zegt niet veel last te hebben van het feit dat ze niet goed bereikbaar zijn: ze kunnen met de huidige werkwijze aan hun zorgplicht voldoen en hoeven geen extra menskracht (en daarmee budget) te investeren om meer passende zorg in te kopen.

Een tweede bezwaar dat zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgaanbieders noemen is de uitgebreide en zware set van voorwaarden die de meeste zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid hebben opgenomen. Hier hebben alle zorgaanbieders, ook de gecontracteerde, mee te maken, maar deze wegen extra zwaar voor kleinere zorgaanbieders. Zowel grotere, gecontracteerde aanbieders als kleinere, relatief nieuwe, vaak niet-gecontracteerde zorgaanbieders geven aan dat er vanwege deze voorwaarden veel indirecte tijd nodig is en er binnen de beschikbare budgetten minder tijd besteed kan worden aan de zorg zelf. Eenmaal gekozen voor het leveren van gecontracteerde zorg is de omslag naar ongecontracteerde zorg volgens enkele grotere gecontracteerde zorgaanbieders ondoenlijk omdat de hele bedrijfsvoering is ingericht op het leveren van gecontracteerde zorg (zoals de afdeling zorgverkoop, de planning- en controlcyclus en de afdeling financiën). Dit is nog los van het feit dat hun positie in het zorglandschap vraagt om contracten met zorgverzekeraars.

Door zorgverzekeraars gehanteerde omzetplafonds, meestal gebaseerd op de omzet van twee jaar geleden, zijn een derde reden waarom zorgaanbieders geen contract aangaan met de zorgverzekeraar. De beperkte mogelijkheden tot bijcontractering in combinatie met de zorgplicht van zorgaanbieders is met name voor kleinere zorgaanbieders risicovol.

De meeste zorgverzekeraars sturen op de gemiddelde kosten per cliënt. Zorgaanbieders zonder contract hebben meer vrijheid in het leveren van een behandeling die het beste past bij een cliënt en hebben minder administratieve verantwoordingsstaken. Aan de andere kant kiezen niet-gecontracteerde zorgaanbieders er vaak voor om geen eigen bijdrage bij cliënten in rekening te brengen waardoor ze een per cliënt in totaliteit een lager tarief ontvangen dan gecontracteerde zorgaanbieders. Dit kunnen ze ondervangen door bij zorgverzekeraars een hoger tarief in rekening te brengen dan hun daadwerkelijke kostprijs. Wij hebben geen zorgaanbieders gesproken die dat doen.

6.3 Bevindingen specifiek voor ambulante verslavingszorg

6.3.1 Wat is de oorzaak van kostenverschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg?

Uit de gesprekken komen verklaringen van verschillen naar voren, maar deze wijzen niet altijd in dezelfde richting. Verklaringen voor hogere kosten bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders die uit de gesprekken naar voren komen zijn:

- a. Het inzetten van inzichtgevende therapie als onderdeel van de verslavingsbehandeling; dit wordt als het ware 'meebehandeld' op dezelfde dbc.
- b. Het toepassen van standaard ingerichte groepsbehandelingen, waar iedereen hetzelfde programma doorloopt, ook als voor een cliënt een lichtere behandeling zou volstaan.
- c. Het declareren van klinische behandeling (relatief lange behandeldagen, niet het verblijf) als ambulante zorg.

6.3.2 Is er zicht op de effectiviteit van de zorg?

Zorgaanbieders verschillen van mening over wat in welke fase en bij welke doelgroep evidence based is en wat niet. De meningen verschillen vooral over one-size-fits-all aanpak, groepsbehandelingen, de inzet van inzichtgevende therapie en behandeling in het buitenland. Daar waar zorgaanbieders met elkaar in gesprek gingen over de bevindingen uit de individuele gesprekken ontstond meer begrip over de verschillende behandelmethoden die de aanwezigen inzetten in combinatie met de doelgroep waarop ze zich richten.

6.4 Bevindingen specifiek voor ambulante behandeling van somatoforme stoornissen

6.4.1 Wat is de oorzaak van kostenverschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg?

We zien verklaringen van verschillen, maar deze wijzen niet altijd in dezelfde richting. Mogelijke verklaringen voor hogere kosten bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn:

- a. Het ontbreken van een 'projectmatig' behandelplan en daardoor langer doorbehandelen. Dit argument wordt genoemd door de meer gespecialiseerde zorgaanbieders over kleinere, algemenere behandelaren en hebben wij niet zelf in kaart kunnen brengen.
- b. De inzet van fysiotherapie als onderdeel van de ggz-behandeling. De meningen verschillen over de toegevoegde waarde hiervan. En als het al toegevoegde waarde heeft is het de vraag of het een onderdeel is van de ggz-behandeling of dat het apart gedeclareerd zou moeten worden.

6.4.2 Is er zicht op de effectiviteit van de zorg?

Onder somatoforme stoornissen valt een breed spectrum aan diagnoses. Hierdoor is er veel variatie in het aanbod én behandelinterventies. Het is daardoor moeilijk te zeggen wat dé goede manier van behandelen is. Wat werkt is persoonsafhankelijk en stoornisafhankelijk.

6.5 Bevindingen specifiek voor klinische angstbehandeling

6.5.1 *Is er een nadere karakterisering te geven van deze 'overige aanbieders'?*

De gecontracteerde klinieken werken landelijk. Ze bieden hoog specialistische zorg aan een zeer specifieke groep cliënten (derdelijns ggz). De niet-gecontracteerde zorgaanbieders die we benaderd hebben (maar niet hebben meegewerkt) bieden volgens hun websites een kortdurende klinische behandeling aan (van acht dagen tot tien weken). De ene niet-gecontracteerde zorgaanbieder richt zich op PTSS en de andere op jongeren met een trauma.

We moeten hierbij aangeven dat de populatie overige aanbieders klein is: minder dan tien gecontracteerde en minder dan tien niet-gecontracteerde (overige) zorgaanbieders. In combinatie met het feit dat de groepen (stoornissen, behandelingen, zorgaanbieders) niet homogeen zijn, zijn de respons en non-respons bepalend voor de specifieke bevindingen hieronder.

6.5.2 *Wat is de oorzaak van kostenverschillen tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg?*

Mogelijke verklaring voor hogere kosten bij gecontracteerde zorgaanbieders:

- a. Ze leveren specialistische hoog complexe zorg (derdelijns ggz).
- b. Daar komt bij dat er vaak sprake is van comorbiditeit en deze bijkomende problematiek wordt vaak meegenomen in de behandeling.
- c. Bij deze doelgroep is vaak sprake van lange(re) opnames.

6.5.3 *Wat is er te zeggen over de doelmatigheid in het licht van de effectiviteit?*

Zorgverzekeraars hanteren bij niet-gecontracteerde klinische zorg een machtigingsbeleid voor controle op doelmatigheid vooraf. De klinische angstbehandelingen lijken overwegend inhoudelijk goed ingericht en te voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk.

6.6 Aanbevelingen

Uit de gesprekken die we hebben gevoerd, komt geen eenduidige verklaring naar voren van kostenverschillen tussen contracteerde en niet-gecontracteerde zorg. Het is dan ook niet eenvoudig om conclusies en aanbevelingen te formuleren naar aanleiding van de gestelde onderzoeksvragen. Als we de verschillende perspectieven met elkaar verbinden ontstaat het beeld van een complex zorgveld waarin de verschillende partijen beelden over elkaar en verwachtingen van elkaar hebben. En waar ook begrip is voor ieders positie. In deze paragraaf delen wij onze analyse van dit zorgveld en doen we enkele aanbevelingen die de onderzoeksvragen overstijgen om daarmee recht te doen aan het brede perspectief waarbinnen onze gesprekspartners de onderzoeksvragen hebben beantwoord. Deze aanbevelingen zijn geïnspireerd op de gesprekken die we hebben gevoerd, maar zijn niet door alle gesprekspartners onderschreven of expliciet genoemd.

Allereerst onze analyse: wij zien dat het al dan niet in gesprek zijn tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder mogelijk invloed heeft op het besluit van een zorgaanbieder om al dan niet een contract aan te gaan met een zorgverzekeraar en op het wederzijds begrip voor elkaar. Uit de gesprekken komt daarnaast het beeld naar voren dat een deel van de gefinancierde ggz-behandelingen niet goed is. Hierbij gaat het volgens onze gesprekspartners met name om niet-gecontracteerde zorg door zorgaanbieders die wij niet gesproken hebben. Een veel genoemde oorzaak hiervan is dat het te eenvoudig is om ggz-aanbieder te worden. Als een zorgaanbieder er eenmaal is, is het moeilijk hard te maken dat de kwaliteit van zorg niet goed is. Daarvoor geven de ggz-standaarden en richtlijnen te veel ruimte voor eigen invulling en ontbreekt een uniforme monitoring van resultaten van een behandeling. Onze aanbeveling is niet om meer inspanning te steken in het komen tot meer gedetailleerde ggz-standaarden en richtlijnen te komen, maar op een

andere manier in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te komen tot inzicht in kwaliteit en doelmatigheid. Zie voor een voorstel de tweede alinea op deze pagina.

Nu proberen zorgverzekeraars volgens zorgaanbieders vooral grip te krijgen op de kwaliteit door aan gecontracteerde zorgaanbieders veel voorwaarden te stellen die leiden tot een (te) hoge administratielast. De meeste zorgverzekeraars hebben een 'one size-fits-all' inkoopbeleid voor de ggz: een digitale procedure voor kleinere zorgaanbieders met niet onderhandelbare voorwaarden waaronder een omzetplafond gebaseerd op historische omzet en een onderhandelingsprocedure voor grotere zorgaanbieders. Ze maken daarin geen onderscheid in diagnosecategorieën en/of regio's.

We bevelen aan om goed te kijken naar de belemmeringen die leiden tot niet-contractering. De gewenste uitkomst is een hogere contracteringsgraad, van zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren, zeker als er wachttijden aan de orde zijn voor de betreffende diagnosecategorie en in de betreffende regio. Alle zorgaanbieders noemen als belangrijke voorwaarde hiervoor dat er een goed gesprek gevoerd kan worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. En dat de zorgverzekeraar zich inspent om inzicht te krijgen in of op zijn minst een (vertrouwenwekkend) gevoel te krijgen bij de kwaliteit van de zorgaanbieder. Dit kan bijvoorbeeld door de zorgaanbieder te bezoeken en verschillende mensen van bestuurder tot professional, van management tot cliënt te spreken. Zo kan naar onze mening wel degelijk een beter gevoel worden ontwikkeld bij de kwaliteit van de betreffende zorgaanbieder. In ieder geval kan worden getoetst of de intenties vooral financieel geïntereerd zijn of gebaseerd zijn op een duidelijke, inhoudelijke visie die erop gericht is om patiënten de beste behandeling te geven.

Onze aanbeveling is ook om de zorginkoop meer in dialoog tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder tot stand te laten komen. Dit kost wellicht meer tijd, maar vergroot het inzicht in kwaliteit en doelmatigheid. Ook is onze aanbeveling om de zorginkoop meer specifiek te maken op regio en diagnosecategorie, rekening houdend met vraag en aanbod in een regio. Ook hierin wordt door zorgaanbieders weinig differentiatie en maatwerk ervaren, terwijl bijvoorbeeld de wachttijden voor de betreffende diagnose in de regio wel aanleiding zouden geven voor een gesprek over contractering en bijcontractering. Voorwaarden stellen is dan nog steeds aan de orde (maar dan minder) en bijvoorbeeld door in de voorwaarden de aansluiting te zoeken bij wat kennisinstituten en vakverenigingen (zoals Verslavingskunde Nederland) stellen als belangrijke randvoorwaarden aan kwaliteit.

Niet alleen zorgverzekeraars hebben een rol in het bevorderen van de contracteringsgraad voor zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren. Hoe kunnen zorgverzekeraars goede kwaliteit inkopen als het veld zo van mening verschilt over wat goede behandeling is? Als er geen (concrete) maat is voor kwaliteit, kan deze ook geen onderdeel van het contract zijn. In het aanbrengen van meer duidelijkheid in de ggz-standaarden en -richtlijnen is volgens onze gesprekspartners een taak weggelegd voor zorgprofessionals, Zorginstituut Nederland, kennisinstituten en vakverenigingen. Zij zouden met elkaar meer regie kunnen pakken om te werken aan meer inzicht in wat goede ggz-behandeling is en wat zeker niet.

Uit de gevoerde gesprekken kwam de naar ons idee terechte aanbeveling naar voren dat VWS een rol zou kunnen pakken in het terugdringen van niet werkende niet-gecontracteerde ggz die zorgverzekeraars vergoeden op basis van artikel 13. VWS zou meer voorwaarden kunnen stellen aan nieuwe ggz-aanbieders. Door voorwaarden aan de voorkant te stellen zijn minder controles nodig bij gecontracteerde zorgaanbieders. Dat wil niet zeggen dat er geen controles meer nodig zijn bij gecontracteerde zorgaanbieders want ook met 'instapvoorwaarden' is het niet vanzelfsprekend dat gecontracteerde zorg altijd aan de geldende richtlijnen voldoet.

A. Analysekader en topiclijst

Analysekader

Analysekader ambulante verslavingszorg					
Inhoud		Bronnen			
Thema	Indicator	Documentstudie	Perspectief: Niet-gecontracteerde zorg-aanbieders	Perspectief: Gecontracteerde zorgaanbieders	Perspectief: Zorgverzekeraars
Diagnosecategorie	Type(n) specifieke stoornis (welke abc's/diagnosen vallen er onder de diagnosecategorie?) Kenmerken				
Zorglandschap	Type aanbieders Aantal ZAB Wachttijden en aantal wachtenden Spreiding over regio's Gecontracteerd / niet-gecontracteerd				
Doelgroep	Aantal cliënten Type/kenmerken cliënten die van invloed kunnen zijn op behandelresultaat				
Kwaliteit en effectiviteit van de behandeling	Standaarden voor effectieve behandeling (in ieder geval de GGZ-standaarden) Triage/ juist zorg op juiste plek * afweging tussen ambulante of klinisch Deskundige medewerkers (o.a. werken volgens het kwaliteitsstatuut) Wijze van monitoring van behandelresultaten (bijv. ROM) Meten van overige kwaliteitsindicatoren (bijv. cliënttevredenheid, terugval)				
Inhoud en daarmee samenhangend de kosten van behandeling	Werkwijze en visie van zorgaanbieder Duur behandeling Intensiteit behandeling Tijdstip van behandeling Mix van behandelaren/andere disciplines Behandellocatie Herhaalbehandelingen Digitale zorg Crisiszorg (Overige) factoren die de behandelkosten beïnvloeden				
Contractering	Redenen wel/niet contracteren Is al dan niet contract keuze van ZAB of van ZV? Sturingselementen van zorgverzekeraars (in beleid dan wel contractgesprekken) Wijze van relatiebeheer, contact Indicatoren bij materiele controle Criteria voor digitale contractering en contractering op basis van gesprek Informatie voor cliënten				
Experts	Experts op gebied van deze diagnosegroep (betrokken bij ontwikkeling zorgstandaard, TOPGGZ of specialistisch behandelcentrum)?				

Topiclijst

In de topiclijst staan enkele vragen gemarkeerd als 'OPZOEKVRAAG': een vraag naar feitelijke informatie waar we in het gesprek graag op door willen praten. *Het helpt voor het verloop van het interview als jullie de antwoorden op deze vragen voorafgaand aan het gesprek opzoeken en alvast invullen in de tabel in de bijlage. Bij voorbaat dank!*

Introductie

a. Doel onderzoek

Het doel van het onderzoek is om beter in beeld te krijgen in hoeverre de niet-gecontracteerde zorg meer of minder doelmatig is dan de gecontracteerde zorg. Het gaat erom te duiden welke oorzaken ten grondslag liggen aan de geconstateerde verschillen in de kosten per patiënt en wat er te zeggen is over de effectiviteit, de behandelresultaten en andere uitkomsten. Daarnaast is de vraag wat de (specifieke) redenen (voor de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar) zijn om niet te contracteren. Het onderzoek gaat niet over het objectief

vaststellen wat doelmatig is en wat niet. We gaan op zoek naar verschillen in doelmatigheid tussen zorgaanbieders die een verschil in kosten tussen contracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen verklaren. Als kapstok voor het inzicht krijgen in de doelmatigheid van het aanbod volgens zorgaanbieders gebruiken we de definitie van doelmatigheid van het Zorginstituut (waarbij we de sociale en milieu-impact buiten beschouwing laten): “Doelmatige zorg is het leveren van goede zorg op het juiste moment aan de juiste cliënt, rekening houdend met toekomstbestendigheid van de zorg: het behouden, verbeteren en in balans houden van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voor deze en toekomstige generaties. Zorg moet daarvoor zoveel mogelijk waarde toevoegen aan de individuele en populatiegezondheid: effectief en kosteneffectief zijn met zo min mogelijk negatieve sociale en milieu-impact.” We gaan in het gesprek in op waar de doelmatigheid volgens de zorgaanbieder uit blijkt.

b. Terugkoppeling en verwerking resultaten

Betrokken partijen moeten er vanuit kunnen gaan dat medewerking aan dit onderzoek gericht is op het verkrijgen van een onderzoeksresultaat en geen repercussies heeft op hun positie. Deze garantie is nodig om medewerking te verkrijgen, maar ook om eventuele schade te voorkomen. Van elk interview maken we een beknopt gespreksverslag, dit is voor eigen gebruik. We rapporteren geen gegevens die tot aanbieders of casussen herleidbaar zijn. Op basis van de gespreksverslagen stellen we per respondentgroep (gecontracteerde en niet-gecontacteerde zorgaanbieders) en per diagnosecategorie een informatiesheet in één A4 op waarin we de bevindingen en individuele verhalen anonimiseren en samenvatten. Deze informatiesheets laten we controleren door de betreffende respondenten.

De resultaten van alle interviews leggen we voor aan een focusgroep van zorgaanbieders en een focusgroep van zorgverzekeraars. Deze zijn begin januari. Mogen we je daarvoor uitnodigen?

c. Kennismaken

Kenmerken zorgaanbieder

Doel: We vragen kenmerken van de zorgaanbieder uit om er zeker van te zijn dat de zorgaanbieder voldoet aan de selectiecriteria voor het onderzoek en omdat kenmerken van de organisatie van invloed kunnen zijn op de keuze voor al dan niet een contract aangaan.

1. Check op algemene kenmerken van de zorgaanbieder:
 - a. Diagnosecategorie
 - b. Gecontracteerd versus niet-gecontracteerd
 - c. OPZOEKVRAAG: Grootte van de organisatie (hoogte omzet en ontwikkeling van omzet afgelopen jaren)
 - d. OPZOEKVRAAG: Hoeveel cliënten behandelen jullie per jaar binnen de diagnosecategorie en hoeveel cliënten hebben jullie gemiddeld gelijktijdig in behandeling?
 - e. OPZOEKVRAAG: Leeftijd van de organisatie
 - f. Aanbiederstype
 - g. Geografisch werkgebied
2. Zouden jullie ruimte en ambitie hebben voor groei? (in aantal medewerkers, faciliteiten). Bij gecontracteerde zorgaanbieders doorvragen op mogelijkheden die de zorgverzekeraar daarvoor biedt.
3. Zijn jullie lid van brancheverenigingen? En zo ja, welke?
4. Werken jullie samen met andere zorgaanbieders in de regio?

Doelgroep

Doel: We vragen kenmerken van de doelgroep uit omdat deze verschillen in kosten per cliënt kunnen verklaren.

5. Welke stoornissen/aandoeningen behandelen jullie binnen de diagnosecategorie?

-
6. Op welke doelgroep richten jullie je? (per stoornis vragen we door op kenmerken die van invloed zijn op het behandelperspectief zoals opgenomen in de GGZ Standaard, bijvoorbeeld voor verslaving, leeftijd, bijkomende problematiek, sociaalmaatschappelijke factoren, duur stoornis).
 7. Hoe komen cliënten bij jullie terecht? Waarom kiezen cliënten voor jullie?
 8. Hoe maken jullie vervolgens de afweging of cliënten wel/niet in behandeling worden genomen?
 - a. OPZOEKVRAAG: Hebben jullie een wachtlijst voor de betreffende diagnosecategorie? En zo ja, hoe lang is deze?
 - b. Als jullie een cliënt aannemen, hoe maken jullie de afweging voor ambulant of klinisch behandelen?
 - c. Als jullie een cliënt niet in behandeling nemen, verwijzen jullie dan naar andere zorgaanbieders door (en welke)? Hoe lang duurt deze afweging en eventuele doorverwijzing?

Inhoud van zorgaanbod

Doel: We vragen naar de inhoud van het zorgaanbod omdat de wijze waarop de zorgaanbieder invulling geeft aan het zorgaanbod een verschil in kosten kan verklaren en informatie geeft over mogelijke verschillen in effectiviteit en doelmatigheid.

9. Vanuit welke visie leveren jullie zorg?
10. Hoe betrekken jullie de cliënt bij het opstellen van een behandelplan?
11. Hebben jullie een standaardwerkwijze of aanpak? Hoe verhouden de GGZ Standaarden/generieke modules zich tot jullie werkwijze? Werken jullie volgens deze standaarden of wijkt jullie werkwijze hier vanaf (en zo ja op welke onderdelen)? Waarin onderscheidt jullie werkwijze zich van andere zorgaanbieders? Zijn er onderdelen in jullie werkwijze waar discussie over is (met bijvoorbeeld de zorgverzekeraar of andere zorgaanbieders)?
12. Behandelen jullie alleen gepland of ook in crisissituaties? Bij behandeling in crisissituaties vragen we door op de aard van de crisiszorg (inhoud en tijdstip).
13. OPZOEKVRAAG: Hoe lang duurt een behandeling bij jullie gemiddeld? (doorlooptijd).
14. OPZOEKVRAAG: Hoe vaak en hoe lang zien jullie een cliënt gemiddeld per week? (frequentie van behandeling en behandelduur).
15. Zien jullie cliënten vaak terug voor behandeling (recidive)?
16. Bij ambulant: op welke tijdstippen kunnen cliënten terecht voor een behandeling? Bij klinisch: hoe ziet een dag van een cliënt er gemiddeld uit?
17. OPZOEKVRAAG: Welke type medewerkers/deskundigheidniveaus zetten jullie in, en in welke verhouding? (de deskundigheidsmix). Hoe verhoudt dat zich tot het kwaliteitsstatuut?
18. Breken jullie tijdens een behandeltraject een behandeling wel eens af? Op basis van welke criteria? Wat doen jullie in dat geval? Verwijzen jullie dan door naar een andere zorgaanbieder? Zo ja naar welke?
19. Op welk type locatie vindt de behandeling plaats? Hoe ziet deze eruit? Behandelen jullie ook digitaal?
20. Hebben jullie andere specifieke keuzes gemaakt in jullie zorgaanbod die de behandelkosten (kunnen) beïnvloeden?
21. Bij gecontracteerde zorgaanbieders: hebben zorgverzekeraars invloed op de keuzes die je maakt in de zorg en behandeling? Zo ja, op welke manier?

Kwaliteit en effectiviteit van de behandeling

Doel: We willen weten of de behandeling van een zorgaanbieder meer of minder effectief en doelmatig is dan de behandeling bij andere zorgaanbieders.

22. Op welke wijze monitoren jullie de behandelresultaten? (bijvoorbeeld ROM, visitatie, certificering, we vragen door op de monitoringsinstrumenten die in de betreffende GGZ Standaard staan).
 - a. Welke conclusies trekken jullie hieruit over de effectiviteit van de behandeling die jullie leveren?
 - b. Wat doen jullie met deze resultaten?

-
23. Meten jullie overige kwaliteitsindicatoren? En zo ja welke? (bijvoorbeeld cliënttevredenheid, terugval).
 - a. Welke conclusies trekken jullie hieruit over de kwaliteit van de behandeling die jullie leveren?
 - b. Wat doen jullie met deze resultaten?
 24. Wat vinden jullie van de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling die jullie leveren?
 25. Welke oorzaken zien jullie van de hogere dan wel lagere kosten per cliënt bij de niet-gecontracteerde zorg?

Contractering

Doel: We willen weten wat de (specifieke) redenen voor de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar zijn om niet te contracteren en in welke mate de contractering invloed heeft op de zorginhoud en keuze van cliënten en daarmee de kosten van de zorg.

26. Is al dan niet-gecontracteerd een keuze van jullie of van de zorgverzekeraar? Is deze keuze in het verleden altijd hetzelfde geweest?
27. Wat waren redenen om wel of niet te contracteren? Welke redenen zijn daarin het belangrijkste? Gaat het om specifieke redenen of om principiële redenen? (We vragen door op omzetplafond, prijs, voor- en nadelen voor cliënten, ruimte voor innovatie, ervaringen uit het verleden).
28. Bij gecontracteerde zorgaanbieders: Hebben jullie een één- of meerjarig contract? Kun je bij het bereiken van een omzetplafond gebruikmaken van de mogelijkheid tot bij-contracteren?
29. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders: Wat brengen jullie bij cliënten in rekening (bij naturapolis)? Is dit het volledige verschil tussen de vergoeding van de zorgverzekeraar en het gemiddelde gecontracteerde tarief, een deel daarvan of niets? Vraagt de zorgverzekeraar vooraf een machtiging die nodig is voor levering van zorg in de diagnosecategorie van het onderzoek? Is er een betaalovereenkomst waardoor jullie rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kunnen declareren of verloopt dit via de cliënt? Informeren jullie cliënten over de financiële consequenties?
30. Hoe verloopt het contact met de zorgverzekeraar/zorginkoper? Zouden jullie/zijn jullie via de digitale of procedure (worden) gecontracteerd of op basis van een individueel gesprek? Hoe omschrijf je de relatie met de zorgverzekeraar? (We vragen door op ervaringen uit het verleden).

Bijlage: *antwoordtabel voor opzoekvragen*

Opzoekvraag	Antwoord
Grootte van de organisatie (hoogte omzet en ontwikkeling van omzet afgelopen jaren)	
Hoeveel cliënten behandelen jullie per jaar binnen de diagnosecategorie en hoeveel cliënten hebben jullie gemiddeld gelijktijdig in behandeling?	
Leeftijd van de organisatie	
Hebben jullie een wachtlijst voor de betreffende diagnosecategorie? En zo ja, hoe lang is deze?	
Hoe lang duurt een behandeling bij jullie gemiddeld? (doorlooptijd)	
Hoe vaak en hoe lang zien jullie een cliënt gemiddeld per week? (frequentie van behandeling en behandelduur)	
Welke type medewerkers/deskundigheidniveaus zetten jullie in, en in welke verhouding? (de deskundigheidsmix)	