

# De vrijheid van de vrijgevestigde psychiater

M.M. THUNNISSEN

Op dit moment werken ongeveer 550 (van de 3500) Nederlandse psychiaters in een zelfstandig gevestigde praktijk. De tijd die zij in deze praktijk werken, is de afgelopen 6 jaar (volgens een vragenlijst uit 2005 en 2011) toegenomen van gemiddeld 22 naar 25 uur per week; de helft van hen werkt daarnaast ook nog in dienstverband (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2011).

Toen de bureaucratie in de ggz hand over hand toenam, koos een aantal psychiaters voor de 'vrijheid' van de zelfstandige praktijk. Hoe staat het daar inmiddels, in 2012, mee?

*Positieve aspecten* Eerst de positieve aspecten. Het is nog steeds mogelijk om contracten af te sluiten met ziektekostenverzekeraars. Door fusies is het aantal verzekeraars afgenomen; toch moet men nog steeds met een respectabel aantal (zeven en soms meer) een contract afsluiten. Bovendien is CZ als eerste begonnen met budgettering van de vrijgevestigde psychiater: veel vrijgevestigden kregen, na in januari met CZ een contract afgesloten te hebben, in april opeens een voorstel voor een bedrag dat soms een derde was van het oorspronkelijke voorstel. Na protest tegen dit tweede voorstel werd meestal het oorspronkelijke contract gehandhaafd. Deze actie leek dus een storm in een glas water – of een voorbode van wat vrijgevestigden te wachten staat aan 'slikken of stikken'-voorstellen van de zorgverzekeraars?

Een andere positieve ontwikkeling is dat ook de routine outcome monitoring (ROM) haar weg heeft gevonden naar de vrijgevestigde psychiaters. Wanneer we rekening houden met de kanttekeningen zoals gemaakt in dit tijdschrift in het themanummer over ROM (februari 2012) en in het artikel van Van Os e.a. (2012), is het van groot belang dat ook vrijgevestigden monitoren in hoeverre hun patiënten verbeteren tijdens de behandeling.

Een goede zaak is ook dat de 'verlengdearmconstructies' ingeperkt zijn: een psychiater moet 80% van de zorg zelf leveren. Deze constructies hadden geleid tot uitwassen. Een organisatie zoals Europsyche is mede daardoor failliet gegaan. Binnen Europsyche werkten veel niet-BIG-geregistreerde therapeuten onder 'supervisie' van een BIG-geregistreerde psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog. Deze supervisie was echter een wassen neus, terwijl de therapeuten wel het DBC-tarief (gemiddeld ongeveer 100 euro per uur) declareerden voor hun verrichtingen.

Overigens besloten de zorgverzekeraars per acuut niet langer de declaraties van de bij Europsyche aangesloten therapeuten te vergoeden. Hierdoor werden sommige therapeuten voor vele tienduizenden euro's gedupeerd; behandelingen die ze in de afgelopen maanden hadden gedaan, werden immers niet meer betaald. Zo hielden de

zorgverzekeraars miljoenen euro's (volgens krantenberichten gaat het om 11.000 patiënten die gemiddeld 10-20 sessies hadden gehad) in de zak.

**Ongunstige ontwikkelingen** Dat het budgetteren ook leidt tot inhoudelijke bemoeienis door de verzekeraars met behandelingen, is discutabel. Op dit moment al wordt de diagnose 'aanpassingsstoornis' niet langer vergoed; volgend jaar zal hetzelfde gelden voor partnerrelatietherapie. In de toekomst zullen misschien alle diagnoses waarbij psychosociale problemen een rol spelen, niet langer vergoed worden. Wellicht zal dit een drempelverhogende werking hebben voor sommige patiënten of verwijzers, en zal een deel van deze patiënten binnen de eerste lijn bij huisarts of maatschappelijk werk blijven. Echter: veel chronische psychiatrische problematiek uit zich, in de wat rustiger fases van beelden zoals schizofrenie of manische depressiviteit, voornamelijk als psychosociale problematiek. Een gedegen kennis van het achterliggende ziektebeeld is essentieel om te kunnen inschatten of er bijvoorbeeld sprake is van onderliggende suïcidaliteit of een recidief van de stoornis.

Ook is de kans groot dat er een verschuiving in de diagnostiek zal optreden: in plaats van aanpassingsstoornis zal men kiezen voor de codering depressie of angststoornis niet anderszins omschreven (NAO) of voor een as II-classificatie zoals trekken van persoonlijkheidsstoornis x of y, of nog vaker: persoonlijkheidsstoornis NAO. Wat dat voor de epidemiologie en onderzoek betekent, laat zich raden; lees de parodie in het boek *Mount Misery*, waarin Shem de wederwaardigheden van een arts in opleiding in een groot Amerikaans psychiatrisch ziekenhuis beschrijft. Op een gegeven moment vergoedt de verzekering niet langer de diagnose *borderlinepersoonlijkheidsstoornis*. Maar men is niet voor één gat te vangen. De afdeling wordt omgedoopt van *Borderline Unit* naar *Dissociative House* en met één druk op de knop vervangt men bij elke patiënt met een *borderlinepersoonlijkheidsstoornis* deze diagnose door die van *multiple persoonlijkheidsstoornis* – een diagnose die zelfs nog wat meer geld in het laatje brengt! Dit is uiteraard fictie en heeft geen enkele overeenkomst met de feiten, maar toch...

**Nadelen DBC-systematiek** De nadelen van het DBC-systeem zijn bekend. Zo is de privacy van patiënten in het geding. Waarbij je overigens ook kan stellen dat degenen die zich zo sterk verzetten tegen het registreren van classificaties van ziekten bij de zorgverzekeraars, het stigma dat aan de psychiatrie kleeft, dreigen te versterken. Immers: waarom is het nadeliger voor de patiënt dat de verzekeraar op de hoogte is van de classificatie 'angststoornis' of 'depressie' dan van de diagnose 'longcarcinoom' of 'multiple sclerose'?

## LITERATUUR

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).  
Rapport vrijgevestigde psychiaters.  
Intern rapport. Utrecht: IGZ; 2011.
- Os J van, Kahn R, Denys D, Schoevers RA,  
Beekman AT, Hoogendijk WJ, e.a.  
ROM: gedragsnorm of dwang-  
maatregel? Tijdschr Psychiatr 2012;  
54: 245-53.
- Shem S. Mount Misery. Ballantine Books.  
Vertaald als: De Kliniek. Amsterdam:  
Ditmar; 1997.

## AUTEUR

MONIEK THUNNISSEN is psychia-  
ter, werkzaam in eigen bedrijf voor  
behandeling, consultatie en super-  
visie.  
Correspondentieadres: dr. Moniek  
Thunnissen, A. Cuyppstraat 32, 4625  
AM Bergen op Zoom.  
E-mail: m.thunnissen@ziggo.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH The freedom  
of the psychiatrist in private practice

Een ander nadeel is dat de classificatie binnen het DBC-systeem gekoppeld is aan de financiering. Elke psychiater weet dat een depressieve stoornis bij een adolescent andere symptomen en een andere behandeling kent dan een depressie bij een 30-jarige vrouw post partum, een 55-jarige man die al jaren veel te hard werkt, of een 75-jarige weduwnaar. Het is duidelijk dat er bij deze voorbeelden nauwelijks verband is tussen classificatie en ingestelde behandeling. Toch is de suggestie van de DBC's dat al deze stoornissen te vergelijken zijn en eenzelfde behandelduur hebben. De getrapte declaratievorm heeft een apart tarief voor diagnostiek en voor behandeling met of zonder farmacotherapie, maar ook een tarief voor 0-100 minuten, 100 tot 200, 400 tot 800, 800 tot 1800, 1800 tot 3000 en 3000 tot 6000 minuten. Daardoor kan één enkele sessie een verschil van duizenden euro's maken.

Zo had ik een echtpaar in behandeling waarbij ik de man ook enkele malen individueel heb gezien. Bij de declaratie na 1 jaar behandeling zat de vrouw net onder en de man net boven de 800 minuten: een verschil van bijna 1000 euro in de declaratie. Zulke perverse prikkels horen niet thuis in een declaratiesysteem. Een tarief op basis van het aantal bestede uren is transparanter en wellicht ook goedkoper.

*Conclusie* Ik concludeer: de vrijheid van de vrijgevestigde psychiater is nog steeds groot. De invoering van ROM bij vrijgevestigden is een positieve ontwikkeling. Echter, de financiering via het DBC-systeem blijft nadelen houden waarvan de grootste zijn: het schrappen van financiering voor bepaalde aandoeningen en de trapsgewijze declaratie in plaats van een betaling van de gewerkte uren.

 Gerard van den Berg, interim-voorzitter van de Zelfstandig Gevestigde Psychiaters, gaf commentaar op het manuscript van dit artikel.