

Zorginkoop en geestelijke gezondheidszorg

P.J. DAANSEN, J. VAN SCHILT

ACHTERGROND Vanaf 2014 worden zorgverzekeraars in de ggz steeds meer financieel risicodragend voor hun klanten. De risicoverevening wordt in de komende jaren afgebouwd. Gemeentes en justitie zijn of worden verantwoordelijk voor de financiering van zorg voor jeugd, patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en forensische psychiatrie. Het gevolg is dat de financiers steeds meer eisen stellen aan het zorgproduct dat zij kopen.

DOEL Onderzoeken wat de gevolgen van zorginkoop voor de ggz zijn.

METHODE Er wordt gebruikgemaakt van relevante marketingliteratuur en literatuur betreffende de ggz.

RESULTATEN De verwachting is dat niet alleen de directe behandeluitkomst een prestatie-indicator zal zijn, maar dat in de toekomst ook factoren zoals gezondheidswinst op lange termijn, klanttevredenheid en mate van participatie, empowerment of autonomie van de patiënt een rol zullen spelen in het inkoopproces.

CONCLUSIE Zorgaanbieders moeten bij de formulering van hun zorgproducten en bedrijfsstrategieën behalve met de effectiviteit van behandeling ook rekening houden met de inkoopoverwegingen van de zorgverzekeraars.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)9, 586-594

TREFWOORDEN marktwerking in de zorg, prestatie-indicatoren ggz, zorginkoop



ARTIKEL



In de Zorgverzekeringswet staat beschreven dat zorgverzekeraars de plicht hebben adequate zorg te regelen voor hun ingeschreven verzekerden. Ze moeten iedere patiënt voor het basispakket accepteren. Om aan de maatschappelijke opdracht te voldoen, moeten zij voldoende contracten met zorgaanbieders afsluiten (Zorgverzekeraars Nederland 2006). Vroeger waren zorgverzekeraars organisaties die zich beperkten tot de vergoeding van zorg. Met de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006 zijn zij medeverantwoordelijk geworden voor de prijs en de kwaliteit van zorg (Van de Ven & Schut 2008). Hun takenpakket is verschoven van louter financiering naar inkoop van zorg bij zorgaanbieders voor de bij hen verzekerde klanten.

Zorg is een vorm van dienstverlening. Goede dienstverlening begint met kennis van de behoeften van de potentiële klant; in het geval van de zorgaanbieder de behoeften van de patiënt en de zorgverzekeraar. Om succesvol te zijn moet de zorgaanbieder, net als elke andere organisatie, zijn

'kritische succesfactoren' benoemen. Dit zijn kenmerken van een product die in het bijzonder door de klant worden gewaardeerd en waarin de aanbieder of producent moet excelleren om zijn marktpositie te behouden of uit te breiden (Johnson e.a. 2008). Effectiviteit van de geleverde zorg, servicekwaliteit, korte wachttijden, lage kosten of klanttevredenheid/mate van participatie zijn voorbeelden van kritische succesfactoren in de zorg.

Patiënt als consument

Zorgaanbieders hebben meerdere klantgroepen waaronder de patiënt en de zorgverzekeraar, verwijzers (huisartsen, schoolartsen), gemeentes en justitie. De kritische succesfactoren waarop een patiënt zijn keuze voor een zorgaanbieder baseert en de kritische succesfactoren op grond waarvan verzekeraar zijn zorginkoop bepaalt, hangen nauw met elkaar samen, maar zijn niet altijd identiek. De zorgaanbieder moet rekening houden met de verschil-

lende eisen en verwachtingen die beide klantgroepen aan hem stellen.

De patiënt is de directe consument van de door zorgaanbieder aangeboden dienst. Hij of zij maakt gebruik van de geleverde zorg. Wat voor de patiënt de beste zorg is, is afhankelijk van persoonlijke voorkeuren, noden en mogelijkheden, richtlijnen, behoeften en hulpvraag en zal naast het advies van de huisarts of verwijzer/gemeentes zijn keuze voor een zorgaanbieder in belangrijke mate bepalen. Voor veelvoorkomende klachten zoals een gebroken been of een blindedarmontsteking zal de patiënt waarschijnlijk gebruikmaken van het streekziekenhuis: het zijn specialistische routine-ingrepen waarbij de effectiviteit van zorg tussen de verschillende ziekenhuizen niet of nauwelijks verschilt. De keuze van de patiënt voor de zorgaanbieder wordt in zulke gevallen minder door de directe effectiviteit van zorg bepaald, maar door factoren zoals korte reistijden, toegankelijkheid of servicekwaliteit.

Bij complexere problemen zoals een het plaatsen van een nieuwe heup of de behandeling van hartziekten zijn andere kritische factoren van invloed. De verwachte effectiviteit van zorg, imago van de zorgaanbieder of advies van de verwijzer zullen belangrijker zijn dan korte reistijden of korte wachttijden. De voorkeur zal eerder uitgaan naar een gespecialiseerd ziekenhuis, ook al is de reisafstand groter. Dit geldt ook voor de ggz. Enkelvoudige depressies kunnen door de huisarts of een eerstelijnspsycholoog behandeld worden, terwijl de patiënt voor een complexe stemmingsstoornis wellicht voorkeur heeft voor gespecialiseerde zorg.

Zorginkoper

Voor de patiënt speelt geld meestal slechts een kleine rol bij de keuze van zorgverlener. Hij betaalt niets of slechts een eigen bijdrage. De keuze van zorginkoper voor een zorgaanbieder daarentegen wordt wel direct door financiële drijfveren bepaald. De financier heeft een direct belang om een zo goed mogelijk zorgproduct voor zijn klanten bij de zorgaanbieder in te kopen. Prijs en kwaliteit spelen naast imago, relatie en beeldvorming over de zorgaanbieder een rol bij de keuze van de zorgverzekeraar voor een zorgaanbieder. De verschillende 'unique selling points' van beide klantgroepen vereisen daarom een verschillend marketingbeleid, waarvoor het noodzakelijk is dat zorgaanbieders voldoende kennis hebben op grond van welke criteria zorgverzekeraars zorg bij hen inkopen.

Zorginkoop en ggz

In dit essay zoeken wij antwoord op de vraag wat zorginkoop/verkoop voor de ggz betekent en houden wij een pleidooi voor meer aandacht van hulpverleners voor de mechanismen van marktwerking op het zorgaanbod.

AUTEURS

PETER J. DAANSEN, klinisch psycholoog en bedrijfskundige, is werkzaam bij PsyQ, Parnassia Groep en zelfstandig consultant bij PD Psy&ManagementConsult.

JAN VAN SCHILT is directeur bedrijfsvoering Lucertis, Parnassia Groep.

CORRESPONDENTIEADRES

P.J. Daansen, PsyQ, Leeghwaterweg 1, 1951 NA Velsen-Noord.

E-mail: p.daansen@psyq.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-01-2014.

De hoofdvraag kan opgesplitst worden in enkele subvragen. Waarmee moet de ggz rekening houden? Is de inkoopmacht van de zorgverzekeraar een bedreiging voor de zorg zoals uit de voorbeelden geconcludeerd zou kunnen worden of biedt deze juist kansen omdat de kwaliteit gaat toenemen? Wat zijn de consequenties voor het beleid van zorginstellingen? Essentieel daarbij zijn vragen als: Hoe zien de machtsverhoudingen tussen de marktpartijen eruit? Op grond van welke criteria wordt zorg gecontracteerd? Wat betekent dat voor zorgaanbieders? Hoe kunnen zij hun zorgproduct aantrekkelijk maken?

Deze vragen zijn niet alleen voor marketeers en zorginkopers relevant, maar ook voor hulpverleners; en niet alleen voor hulpverleners die van plan zijn om een eigen praktijk te beginnen. Het zorgproduct moet immers afgenomen worden door de zorgverzekeraar. Kennis van zorgprocessen en inzicht in het denken van zorgverzekeraars zijn onontbeerlijk voor de ontwikkeling van een goed zorgaanbod en een succesvolle bedrijfsstrategie van de zorgaanbieder.

De markt

Even een korte terugblik. Met de invoering van de diagnose-behandelcombinatie (DBC) in de zorg is in 2005 een eerste begin gemaakt met een nieuwe ziekenhuisfinanciering (Zuurbier & Krabbe-Alkemade 2007). Er is een zorgmarkt ontstaan met verschillende marktpartijen: de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de patiënt. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders concurreren onderling met elkaar. Om gecontracteerd te worden, moeten zorgaanbieders transparant zijn over de kwaliteit en prijs van het zorgaanbod. In theorie helpt de toegenomen transparantie zorgverzekeraars de zorgproducten van de verschillende zorgaan-

bieders met elkaar te vergelijken en een verantwoorde keuze van zorginkoop te maken met als doel de kwaliteit te verhogen en tegelijkertijd de zorgkosten te laten dalen.

FINANCIERING GGZ

De ggz kent meerdere patiëntendomeinen met verschillende financieringsstromen. Patiënten met psychische klachten vallen onder de Zorgverzekeringswet. Behandeling gebeurt door de huisarts in samenwerking met de praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ), de generalistische basis-ggz of de specialistische ggz. Een soortgelijke ontwikkeling vindt plaats in de jeugdzorg. Waarschijnlijk wordt in 2015 de Jeugdwet van kracht. Gemeenten worden daarmee opdrachtgever voor de jeugd-ggz en zijn verantwoordelijk voor de inkoop (Zorgverzekeraars Nederland 2013).

Voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) zal een combinatie uit Zorgverzekeringswet en gemeentes de financiering gaan waarborgen. Deze patiënten hebben een ernstige psychische stoornis en ondervinden ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren. De beperkingen zijn oorzaak en gevolg van de psychische stoornis. De aandoeningen zijn niet van voorbijgaande aard en vereisen gecoördineerde zorg van professionals in zorgnetwerken om een behandelplan te maken (Delespaul e.a. 2013).

De financiering van de forensische zorg geschiedt door het ministerie van Justitie aan de hand van de 'Diagnose behandeling en beveiligingscombinatie' (DBBC) en zorgzwaartepakketten (zzp) (NZa 2012).

MEER INKOOPMACHT

Het nieuwe financieringssysteem heeft ertoe geleid dat de inkoopmacht van verzekeraars en andere zorginkopers is toegenomen. Tot 2013 werd de prijs van een DBC vastgesteld in onderhandelingen tussen ggz-aanbieder en de zogenaamde penvoerder, de grootste verzekeraar in een regio. Het was het laatste jaar dat zorgverzekeraars volgens dit representatiemodel geestelijke gezondheidszorg inkochten. Vanaf 2014 contracteert iedere zorgverzekeraar de zorg apart voor zijn eigen verzekerden. Zorgverzekeraars worden steeds meer risicodragend, hetgeen betekent dat zij overschrijdingen van zorgkosten niet langer meer via het vereffeningfonds met andere verzekeraars kunnen verrekenen. De bedoeling is dat dit tot en met 2016 wordt afgebouwd. Zorgverzekeraars zijn bovendien verplicht binnen het budgettair kader zorg (bkz) te blijven, hetgeen de inkoopprijs begrenst.

De urgentie van marktdenken

Het gewijzigde financieringssysteem heeft voor veel betrokkenen, in casu de hulpvrager, de zorgaanbieder en

de verzekeraar, ingrijpende gevolgen. Hoewel dit discutabel is, bemoeien zorgverzekeraars zich steeds meer met de inhoud van behandelingen (Thunnissen 2012). Ze zijn niet langer verplicht iedere zorgaanbieder te contracteren en alle aangeboden zorg af te nemen. In januari 2013 weigerde bijvoorbeeld Achmea in eerste instantie het Slotervaart-ziekenhuis in Amsterdam te contracteren, omdat vraagprijs en geboden prijs te ver uit elkaar lagen (Zorgvisie 2013). Iedere burger heeft wel keuzevrijheid bij welke zorgverzekeraar hij/zij een polis heeft en kan jaarlijks van zorgverzekeraar veranderen.

Ook de ggz wordt met de inkoopmacht van de zorgverzekeraars geconfronteerd. In de eerstelijns ggz wordt het steeds moeilijker een contract met een zorgverzekeraar te krijgen en bepalen de zorgverzekeraars de tarieven. De tweede lijn wordt onder druk gezet tariefkortingen te geven. Aan het hoofdbehandelaarschap in de ggz worden strengere eisen gesteld (Minister van vws 2013). De wetten en regels van de markt zijn weliswaar nog niet volledig van toepassing op de zorg, maar ze krijgen geleidelijk steeds meer grip op de sector.

HULPVERLENERS: GEEN AANDACHT VOOR ZORGINKOOP

De in 2014 van kracht geworden nieuwe structuur van basis-ggz en specialistische ggz dwingt zorgaanbieders nog efficiënter en transparanter te gaan werken. Onmiskenbaar is dat bedrijfskundige aspecten steeds meer invloed krijgen op het zorgaanbod. Je zou dan ook verwachten dat marktwerking en zorginkoop hot items zijn voor elke hulpverlener. Maar dit lijkt allerm minst het geval te zijn. Op grote ggz-congressen zoals het Voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie of het Najaarscongres van de Vereniging voor Cognitieve en Gedragstherapie wordt geen of bijna geen aandacht aan dit onderwerp besteed. Kennelijk zijn marktwerking en zorginkoop voor hulpverleners een ver-van-mijn-bedshow. Het zijn blijkbaar domeinen die zij als professional aan de raden van bestuur en directies overlaten.

Gedeeltelijk is de apathie terecht. Natuurlijk houden hulpverleners zich in eerste instantie met directe zorg en zorginnovatie bezig. En natuurlijk staat op wetenschappelijke zorgcongressen vooral de inhoud voorop. De desinteresse is echter ook onterecht en naïef, want de kaders waarin de hulpverlening kan plaatsvinden, worden bepaald door de financiering en zijn direct afhankelijk van de zorginkoop.

Zorgverzekeraars bepalen de kwaliteit van zorg op vier domeinen: effectiviteit, klantervaringen, praktijkvariatie en volumenormen (Laane & Luijk 2012). Behandelingen moeten korter, effectiever, efficiënter en doelmatiger worden (Daansen e.a. 2011; Zuurbier & Krabbe-Alkemade 2007). Zorginkoop en -verkoop beïnvloeden direct de zorg.

Ze hebben niet alleen invloed op de invulling van zorgpaden en -logistiek, maar ook op doelstellingen en behandelmethoden. Een voorbeeld is het voorstel van het College voor Zorgverzekeringen (sinds 1 april 2014: Zorginstituut Nederland) om in toekomst sommige DSM-classificaties 'NAO' niet meer te vergoeden (CvZ 2013).

Kortom: doelstelling van behandeling, definitie van kwaliteit van zorg (doelmatigheid), effectiviteit en efficiëntie van de geleverde dienst zijn medebepalend of het zorgproduct wel of niet door de zorgverzekeraar wordt gekocht en door de patiënt wordt geconsumeerd. Sommige van deze factoren behoren direct tot het terrein van de hulpverlener en zijn te belangrijk om ze als hulpverlener te negeren of over te laten aan de bedrijfsvoerders. Goede effectieve en efficiënte zorg is namelijk alleen mogelijk als we een brug slaan tussen hulpverleners- en marktdenken en is afhankelijk van therapeutische en van bedrijfskundige overwegingen.

Kwaliteit

De geschetste ontwikkelingen hebben voor ggz-aanbieders immense gevolgen. Zorginkopers zijn, zoals ook bedoeld, sturend geworden. Zorgaanbieders staan vanwege de marktwerking onder druk om hun diensten tegen een lagere prijs aan te bieden en tegelijkertijd meer kwaliteit te leveren. Ze moeten zich opnieuw positioneren en, net als het bedrijfsleven, strategische keuzes maken en hun 'unique selling points' profileren (Hillestad & Berkowitz 2012). De door de zorgaanbieder geboden zorg moet als zorgproduct onderscheidend of goedkoper zijn om concurrentievoordeel te kunnen opleveren.

De prestatiecriteria die daarvoor door bedrijfskundigen worden gehanteerd, zijn opgenomen in een set van waarden over economische efficiency, namelijk klanttevredenheid en een zo goedkoop mogelijke wijze van productie (Feldstein 2011). Klanttevredenheid wordt bepaald door de gepercipieerde kwaliteit van diensten. Deze is afhankelijk van de technische kwaliteit van de dienst (Wat is de aard van de dienst?) en de functionele kwaliteit (Hoe wordt de dienst uitgevoerd?) (Grönroos 1984). De technische kwaliteit van een dienst is objectief meetbaar, de functionele kwaliteit alleen subjectief (Meffert & Bruhn 1997). Echter, deze laatste is voor de uiteindelijke kwaliteitsbepaling belangrijker dan technische kwaliteit (Bruhn 1997; Grönroos 1984).

Dit geldt ook voor de zorg. De mate waarin de verwachtingen overeenkomen met de daadwerkelijke zorg bepaalt de mate van tevredenheid en verhoogt de kans dat een behandeling trouw voltooid wordt (Grol 2001; Harteloh & Casparie 1998; Jackson e.a. 2011).

Patiënttevredenheid kan bijdragen tot het slagen van een behandeling. Indien klachtreductie (goede technische kwaliteit) de belangrijkste verwachting van de ggz-patiënt

is, zal een succesvolle klachtgerichte behandeling waarschijnlijk tot grote tevredenheid leiden. Indien de patiënt echter de verwachting en wens heeft dat ingegaan wordt op onderliggende persoonlijkheidsproblematiek, zal dezelfde succesvolle klachtgerichte behandeling wellicht negatiever gewaardeerd worden, omdat deze niet aan het verwachtingspatroon voldoet. Omgekeerd zal een behandeling gericht op persoonlijkheidsproblematiek of andere onderliggende problematiek op weinig enthousiasme kunnen rekenen als de hulpvraag klachtgericht is. Ondanks de goede technische kwaliteit is de functionele kwaliteit van behandeling in dit voorbeeld minder. Noodzakelijkerwijs zijn het dus niet alleen de geobjectiveerde criteria die bepalend zijn voor de beoordeling van zorgkwaliteit door de patiënt, maar ook de verwachtingen.

Geobjectiveerde maten

Het is nog niet lang geleden dat zorgverzekeraars niet of nauwelijks geïnteresseerd waren in de resultaten van behandeling door zorgaanbieders. Zij hadden geen zicht op datgene wat er in de ggz gebeurde. Net zoals de behavioristen vroeger het menselijke brein als een black box beschouwden waar van alles gebeurde, maar dat te complex en ontoegankelijk was voor onderzoek, zo werd en wordt wellicht nog steeds de ggz door de buitenwereld beschouwd als een ondoorgrondelijke entiteit waar van alles gebeurt en veel geld in omgaat. Tegelijkertijd bleef het onduidelijk wat met dat geld allemaal gebeurde en wat het uiteindelijke resultaat van al die investeringen was.

Psychologen en neurologen hebben intussen de black box tot hun onderzoeksdomein gemaakt en krijgen steeds meer inzicht in de complexe hersenprocessen tussen input en output. Sinds ze financieel verantwoordelijk zijn voor de zorg eisen zorgverzekeraars analoog transparantie van de zorgsector. Ze willen weten wat er in de black box van de ggz allemaal gebeurt. Ze zijn niet langer meer de bereidwillige geldgever zonder te willen weten wat daar allemaal mee gebeurt. Ze willen waar voor hun geld en zicht op zorgprocessen. Ze krijgen steeds meer aandacht voor kwaliteit en behandelresultaat (Bos e.a. 2008). Routine outcome monitoring (ROM), waarmee effectiviteit en klanttevredenheid gemeten kunnen worden, is daarvoor een belangrijk meetinstrument (Laane & Luijk 2013).

Ontwikkelingen

De door de Zorgverzekeringswet geïnduceerde veranderingen nopen zorgaanbieders zich markttechnisch te positioneren. De nieuwe structuur van de ggz in 2014 versterkt dat proces. De vanzelfsprekende, nooit eindigende stroom aan nieuwe patiënten stukt. Ggz-zorgaanbieders moeten nu, net als elk andere bedrijfstakken, klanten winnen.

Het 'value-based model' van Porter en Teisberg (2006) beschrijft hoe gezondheidswinst en kosten met elkaar kunnen worden verbonden. Volgens de auteurs moeten zorgaanbieders concurreren door de gezondheidswinst van de patiënt te verbeteren. Ze noemen daarvoor acht principes, waaronder het focussen op de toegevoegde waarde voor de patiënt, concurrentie op basis van resultaten en het leveren van best practise om de kosten te verlagen. Het model kan helpen zorginhoudelijke beslissingen te nemen. Zorginstellingen moeten zich afvragen wat de concurrentiekracht van andere aanbieders is, welke toetredingsdrempels er gelden voor nieuwe aanbieders en vooral welke substituten voor de bestaande zorg ontwikkeld worden.

In de ggz wordt bijvoorbeeld *e-mental health* als een belangrijk substituuut gezien. De voorstellen tot invoering van e-health om face-to-facecontacten te vervangen worden echter primair ingegeven door de veronderstelling daarmee kosten te besparen in plaats van vooral behandelondersteunend te zijn. Er wordt nauwelijks gekeken of e-mental health daadwerkelijk de best geïndiceerde behandeling voor de patiënt is en of de patiënt deze wel wenst (Daansen 2012). Het gebruik van apps als hulpmiddel van behandeling belooft daarentegen een hoge vlucht te nemen en zal zeker bijdragen behandelingen effectiever, efficiënter en klantvriendelijker te maken.

ROL OVERHEID

In de zorgmarkt is ook de overheid partij. De invloed van politieke beslissingen wordt duidelijk aan de hand van de verplichte eigen bijdrage ggz in 2012 om de toestroom naar de tweedelijnszorg te beperken. Instellingen prognosticeerden voor 2012 een vraaguitval van 10,5% voor ambulante zorg en 5,5% voor klinische zorg met als gevolg een krimp van ondersteunend en zorguitvoerend personeel van meer dan 4000 FTE's in de gehele sector (GGZ Nederland 2012). Een andere door de politiek geïnduceerde belangrijke verandering is de differentiatie tussen de meer generalistische, laagdrempelige en monodisciplinaire basis-ggz ten opzichte van de specialistische, vooral multidisciplinaire ggz, die zich op complexe stoornissen richt. De basis-ggz moet een gedeelte van de huidige tweedelijnszorg overnemen. In 2014 krijgt de RHN-GGZ definitief een vaste plek in de huisartspraktijk, waardoor de toestroom naar de gespecialiseerde zorg moet gaan afnemen.

Het inkoopproces

Men spreekt van inkoopmacht als de inkoper van zorg zich in zekere zin onafhankelijk van de aanbieder kan opstellen. Bij verkoopmacht is het omgekeerde het geval (NZa 2010). Over het algemeen leidt inkoopmacht tot lagere prijzen voor de consument. Het probleem in de zorg is dat

door concurreren op kosten de kwaliteit wordt gedrukt. Omgekeerd zal concurrentie op kwaliteit de kosten laten stijgen (Porter & Teisberg 2006).

Axelsson en Wynstra (2002) beschrijven een inkoopmodel dat uit vier fasen bestaat: *input*, *throughput*, *output* en *outcome*. Input heeft betrekking op de middelen die een aanbieder gebruikt zoals personeel, *throughput* op de werkomomschrijving en het productieproces, *output* op het uiteindelijke product en *outcome* op de effecten (Jansen 2003). Kwaliteitssystemen zoals Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) of disciplinemix vallen onder de input, het werken volgens richtlijnen en behandelprotocollen of de tevredenheid van het personeel onder de *throughput*. Het volume, de kwaliteit van behandeling, ROM et cetera behoren tot de *output* en de *outcome* heeft betrekking op de kwaliteit van leven, gezondheid, arbeidsparticipatie et cetera.

Effectmetingen zoals ze in de psychiatrie en psychotherapie gebruikelijk zijn, vallen in dit model dus onder de *output*. Zorginkopers richten zich vooral op input en *throughput* als het meten van de *outcome* te complex is. Als de zorgaanbieder daarentegen de accenten zet, kan belangrijk concurrentievoordeel behaald worden.

Concreet betekent dit dat de aanbieder zich of op de *output* en *outcome* zal moeten richten of op de input en *throughput*. In het ene geval zal de nadruk liggen op het werken volgens aanvaarde standaarden, HKZ of protocollen, terwijl in het andere geval het daadwerkelijke behandelresultaat centraal zal staan. Op dit moment wordt door zorgaanbieders meer en meer op de *output* gestuurd, maar nog weinig op de *outcome*. Centraal staan de klachtreductie en klanttevredenheid aan het einde van behandeling, terwijl de effecten op de langere termijn zoals kwaliteit van leven of arbeidsparticipatie niet goed via langdurige follow-up gemeten worden.

DISCUSSIE

Veranderingen

In een gereguleerde marktwerking zoals die thans in de zorg van toepassing is, hebben zorgverzekeraars en andere -contracteerders een grote inkoopmacht ten opzichte van zorgaanbieders. Dit geldt in het bijzonder voor kleine aanbieders en zelfstandig gevestigde ggz-professionals die tegenover de inkoopmacht bijna geen zorgverkoopmacht kunnen stellen. Zolang er voldoende aanbieders zijn, zal dit voor de zorg geen enkel probleem zijn.

Op lange termijn kan zich echter een probleem voordoen, omdat het financieel minder aantrekkelijk wordt om als zelfstandige te gaan werken. De met de introductie van de basis-ggz beoogde kostenreductie kan juist in gevaar komen, doordat de concurrentie vermindert. Tevens zal de

introdactie van de ROM-ggz bij de huisarts veel ggz-zorg afvangen.

Ongetwijfeld zullen grote aanbieders op het terrein van de basis-ggz gaan opereren. (Zij doen dit inmiddels al.) Maar net als vrijevestigde hulpverleners hebben grote zorgaanbieders op dit moment weinig verkoopmacht. Zorgaanbieders kunnen patiënten slechts in bescheiden mate adviseren van zorgverzekeraar te wisselen om als patiënt wel in aanmerking te komen voor een bepaalde vergoeding. De zorgproducten verschillen inhoudelijk weinig en kunnen gemakkelijk gekopieerd worden. Feitelijk kan alleen door verhogen van efficiency prijsvoordeel worden behaald.

Kansen

Al met al een somber beeld. Of toch niet? De nieuwe ontwikkelingen zijn niet alleen maar bedreigend, maar bieden ook kansen om door zorgfinanciers gecontracteerd te worden. Noodzakelijk daarvoor is dat zowel de specialistische als de generalistische zorg hun doelgroepen beter omschrijft (in- en exclusiecriteria) en ook uitkomstmaten valide definieert. Kritische succesfactoren moeten expliciet naar patiënten en zorgverzekeraars worden gecommuniceerd. Intern moeten missie en visie voor alle medewerkers helder zijn en door hen worden gedragen; missie en visie moeten worden geëxpliciteerd in een heldere bedrijfsstrategie.

Hulpverleners concentreren zich nog steeds vooral op het welzijn van de patiënt, maar zullen meer oog moeten krijgen voor de bedrijfsbelangen en de maatschappelijke kosten van zorg (participatie van de burger kan een belangrijk behandelgoal worden) en zullen wellicht eerder behandelingen moeten staken dan zij wensen. De definitie van kwaliteit van zorg speelt daarbij een belangrijke rol. Niet de klinische opvatting van de individuele hulpverlener, maar de bedrijfsstrategie bepaalt deze.

Meer variabelen en follow-up over lange termijn

Zorginkopers zijn nu nog gedwongen vooral te sturen op de input en maar beperkt op de output, omdat er nog onvoldoende betrouwbare gegevens zijn over behandelresultaten en langetermijngezondheidswinst. Het is te verwachten dat daar verandering in zal komen. Zorgaanbieders kunnen daarop reageren door kritisch te kijken naar hun zorgproduct, doelstellingen bij te stellen en zorgpaden te effectueren. Naast de ROM voor het meten van de output (effectiviteit, kosteneffectiviteit en rechtstreekse klanttevredenheid) en goede gestandaardiseerde diagnostiek aan de voordeur, zullen versterkt ook de langetermijneffecten van zorg, de outcome, gemonitord moeten worden. Lange follow-up (langer dan een jaar) is dringend noodzakelijk. Op dit moment is langetermijnmonitoring schaars en gebeurt eigenlijk alleen maar in bescheiden mate in onder-

zoekstrials. Ook kosteneffectiviteitsstudies beperken zich bijna altijd op de output, bijvoorbeeld het meten van het aantal sessies en zelden op de outcome. Goede kosteneffectiviteitsstudies die verder gaan dan het meten van de directe behandelkosten zijn daarentegen zeldzaam.

Omdat klachtreductie vaak maar beperkt haalbaar is, is deze als enige relevante uitkomstmaat van kwaliteit van zorg onvoldoende. Naarmate de complexiteit van de patiënt toeneemt, zal het directe behandelresultaat immers minder zijn. Complexe patiënten zijn patiënten met meerdere comorbide stoornissen op de verschillende DSM-IV-assen, lage score op de *Global Assessment of Functioning* (GAF) en/of persisterende of recidiverende klachten. Bij onvoldoende herstel hebben veel hulpverleners de neiging om over te stappen naar een andere interventie in plaats van na te gaan of de behandelmethode correct wordt toegepast en de doelstellingen realistisch zijn (Schulte e.a. 1992). Het gevaar is dat er overdiagnostiek plaatsvindt en patiënten onnodig een nieuwe DBC krijgen, hetgeen uiteindelijk de kosten verhoogt en daarmee de concurrentiepositie van de organisatie verzwakt.

Het is te verwachten dat de prestatie-indicatoren in de toekomst meer dan de directe behandeluitkomst zullen omvatten en dat meer met outcomegegevens rekening zal worden gehouden. Er zal gekeken gaan worden naar factoren zoals kwaliteit van leven of mate van functioneren (Epstein & Weiss 2012). Voor de ggz betekent dit dat niet alleen de mate van klachtreductie op korte termijn en de duur van de behandeling relevante prestatie-indicatoren zullen zijn, maar dat ook andere throughput-, output- en outcomevariabelen daartoe zullen behoren. Denk daarbij aan wachttijden, het aantal doorverwijzingen, heraanmeldingen, verhouding directe-indirecte tijd, kosten medische consumptie of kwaliteit van leven op de langere termijn. Throughputcontrole is vooral voor interne controle van het zorgproces relevant teneinde de output en de outcome te optimaliseren.

Grote inkoopmacht

Op dit moment en wellicht ook in de nabije toekomst is de zorginkoopmacht van zorgverzekeraars groot. Zorgaanbieders kunnen daar weinig tegenoverstellen. Voor het veiligstellen van hun eigen concurrentiepositie zullen zij zich meer dan nu moeten profileren op de langeretermijneffecten van gezondheidszorg. Naar verwachting zullen zorgverzekeraars naarmate ze meer zicht krijgen op de behandelresultaten hun inkoopbeleid verschuiven van input naar output en ook de outcomeresultaten in hun keuzeprocessen gaan betrekken.

Voor zorginstellingen kan het interessant zijn niet alleen op effectiviteit van behandeling te sturen, maar ook op andere parameters, zoals de aantallen uitvallers, heraan-

meldingen en verwijzingen of op kwaliteit van leven. Uitval wordt mede veroorzaakt door een als teleurstellend ervaren therapeutische servicekwaliteit. Patiëntenverwachtingen spelen daarbij een belangrijke rol. Dit is het geval als zorgvraag en -aanbod niet op elkaar aansluiten of bij patiënten die zich nog in de contemplatiefase bevinden, terwijl de therapeut zich al in de actiefase bevindt (van Audenhove & Vertommen 2000; Daansen 2011; Miller & Rollnick 2013). Zorgaanbieders kunnen daarop reageren door meer ruimte te geven aan het verwachtingsmanagement van patiënten.

Mirro

Een initiatief als Mirro is dan ook toe te juichen. Mirro is een project waarin zorgverzekeraar Achmea met vier grote zorgaanbieders samenwerkt. De weerszijden van de inkooptafel slaan de handen in één om de ggz te verbeteren. Mirro beoogt de screening te verbeteren, zodat patiënten direct op de juiste plek in de ggz komen. De patiënt met lichte problematiek blijft bij de huisarts, eventueel ondersteund door e-healthmodules en self-management. De patiënt met matige problematiek blijft in principe ook bij de huisarts, maar die wordt ondersteund door de rfh-ggz of verwezen naar de nieuwe basis-ggz. De patiënt met complexe problematiek wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz (zie www.mirro.nl).

De basis-ggz zal zich vooral moeten richten op snelle en effectieve hulp waarbij ze gebruik kunnen maken van de vele bestaande evidence- of practice-based protocollen. Voor de specialistische zorg zullen het directe behandel-effect en vooral de langetermijneffecten aantoonbaar moeten zijn. Onderzoek is daarvoor noodzakelijk.

Voor kinderen en jeugd wordt er op dit moment een kind- en jeugdvariant ontwikkeld van Mirro.

Inmiddels worden gemeentes steeds meer bij deze ontwikkeling betrokken om gezamenlijke inkooptrajecten met de zorgverzekeraar vorm te geven. In Rotterdam zijn hiervan drie pilots gestart (o.a. EPA en kind en jeugd) en in de stadsregio Amsterdam zijn er multifocale trajecten op kind- en jeugdgebied. Voor de gemeente is maatschappelijke participatie aan o.a. school en werk een belangrijk doel. Hierbij wordt regelmatig de Zelfredzaamheid-Matrix (www.zrm.nl) gebruikt.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat de inkoopmacht van de zorgverzekeraars zorgaanbieders dwingt nog beter naar zorglogistiek en productdefinitie te gaan kijken. Concurrentievoordeel kan behaald worden door behalve effectiviteit, kosteneffectiviteit en toegankelijkheid van behandeling ook langetermijngezondheidswinst en zorgservicemanagement als prestatie-indicatoren hierbij te gaan betrekken.

LITERATUUR

- Axelsson B, Wynstra F. Buying business services. Chichester: Wiley; 2002.
- Audenhove C van, Vertommen H. A negotiation approach to intake and psychotherapy choice. *Journal Psychotherapy Integration* 2000; 10: 287-99.
- Bos J, Schoneveld M, van der Hijden E, van Niekerk J. Zorginkoop onder de loep. Den Haag: Consumentenbond; 2008. <http://www.consumentenbond.nl/morello-bestanden/93079/zorginkoop>.
- Bruhn M. Qualitätsmanagement für Dienstleistungen: Grundlagen, Konzepte, Methoden. Berlin: Springer; 1997.
- College voor Zorgverzekeringen. Geneeskundige GGZ, deel 2. Diemen 2012: Diemen: College voor Zorgverzekeringen; 2013.
- Daansen PJ. Van couch naar computer. Een (psychotherapeutische) marktvisie op voor een succesvolle disseminatie van e-mental health in de ggz. *Tijdschr Psychother* 2012; 38: 442-62.
- Daansen PJ, Hartings RCP, van Schilt JCPM, Spaargaren J. Van aanbod- naar vraag-regulering. *Marktwerking in de curatieve GGZ. Tijdschr Psychother* 2011; 37: 84-99.
- Daansen P. Mind the gap. Patiënten en e-mental health acceptatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2011.
- Delespaul Ph, consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-37.
- Epstein JN, Weiss MD. Assessing treatment outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a narrative review. *Primary Care Companion for CNS Disord* 2012; 14: doi 10.4088/PCC.11r01336.
- Feldstein PJ. Health care economics. Clifton Park: Delmare; 2011.
- GGZ Nederland. Resultaten Quick scan II Bezuinigingsmaatregelen ggz 20 augustus 2012. GGZ Nederland 2012.
- Grol R. Improving quality of medical care. *JAMA* 2011; 286: 2578-87.
- Grönroos C. A service quality model and its marketing implications. *European J Marketing* 1984; 18: 36-44.
- Harteloh PPM. The meaning of quality in health care. A conceptual analysis. *Health Care Anal* 2003; 11: 259-67.
- Hillestad SG, Berkowitz EN. Health care market strategy. From planning to action. Burlington: Jones & Bartlett learning; 2012.
- Jansen P. Prestatiemeting in de particuliere non-profitsector. Een voorbeeld uit de humanitaire hulpverlening. *MAB* 2003; 4: 100-8.
- Jackson JC, Chamberlin J, Kroenke K. Predictions of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52: 609-20.
- Johnson G, Scholes K, Whittington R. Exploring corporate strategy. (8e dr.). Harlow: Prentice Hall; 2008.

- Laane R, Luijk R. ROM en de positie van de zorgverzekeraars. Tijdschrift Psychiatr 2012; 54: 135-139.
- Meffert H, Bruhn M. Dienstleistungsmarketing: Grundlagen - Konzepte - Methoden. Wiesbaden: Gabler; 1997.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. Helping people change. (3e dr). New York: Guilford Press; 2013.
- Ministerie van VWS. Kamerbrief over het hoofdbehandelaarschap GGZ d.d. 2-7-2013. Den Haag Ministerie van VWS; 2013.
- NZa. Visiedocument: Inkoopmacht en collectief onderhandelen. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht: NZa 2010.
- NZa. Advies Implementatie DBBC-bekostiging forensische zorg. Invoering DBBC-bekostiging per 2013. Utrecht: NZa; 2012. Utrecht
- Porter ME, Olmsted Teisberg E. Redefining health care. Creating value based competition on results. Cambridge: Harvard Business Press; 2006.
- Schulte D, Künzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T. Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. Adv Behav Res Ther 1992; 14: 67-92.
- Staatsblad. 467. Staatsblad 2011; <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2011-467.html>.
- Thunnissen MM. De vrijheid van de vrijgevestigde psychiater. Tijdschr Psychiatr 2012; 54: 993-5.
- Ven WP van de, Schut FT. Universal mandatory health insurance in The Netherlands: a model for the United States? Health Aff 2008; 27: 771-81.
- Zorgverzekeraars Nederland. Gedragscode van de Zorgverzekeraar. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland; 2006.
- Zorgverzekeraars Nederland: Zorginkoopgids AWBZ 2014. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland; 2013.
- Zorgvisie. Achmea doet Slotervaartziekenhuis in de ban. www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2013/1/Achmea-doet-Slotervaartziekenhuis-in-de-ban-1162831W/.
- Zuurbier J, Krabbe-Alkemade, Y. Onderhandelen over DBC's. (2e geh. herz. dr.). Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg; 2007.

SUMMARY

Increased financial risks for health insurers: a challenge for providers of mental health care in the Netherlands

P.J. DAANSEN, J. VAN SCHILT

BACKGROUND As from 2014 Dutch health insurance companies will bear the full financial risk for their clients in mental health care. Over the next years the existing risk settlement shared between insurance companies will gradually be brought to a close. Municipalities and the Ministry of Justice are already responsible for or will soon become responsible for financing health care for adolescents, patients with severe psychiatric disorders and forensic psychiatric patients. As a result, the health insurance companies are beginning to impose ever stricter conditions regarding the care 'product' they are 'buying'.

AIM To study the possible consequences, for mental health care institutions, of the increased risk to be borne by health care insurers.

METHOD Use was made of relevant marketing literature and literature relating to mental health care.

RESULTS Studies of Dutch mental health care literature indicate that in the future the purchasing procedure will no longer consider the immediate treatment outcome as the sole performance indicator but will also take into account additional factors such as long-term improvements in patients' health, customer satisfaction and degree of patient participation, patient empowerment and autonomy.

CONCLUSION In formulating the details of their health products and business strategies, health care providers will now have to take into account not only the efficacy of the treatment they provide but also the purchasing policy and strategy of the health insurance companies.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)9, 586-594

KEY WORDS market economy in Dutch healthcare, purchase of care, performance indicators mental health care