

# De ggz in relatie tot zorgverzekeraars; een verkenning

C. de Koning, T.S. van Dijk, R. Janssen

- Achtergrond** In 2020 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in 'De GGZ in 2025. Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg' een visie gepresenteerd op de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Dit document kan gezien worden als markering van het gegeven dat belangrijke belanghebbenden een gemeenschappelijke visie op de toekomst van de ggz in Nederland hebben. Contractering van zorg verloopt vaak moeilijk. Het spanningsveld tussen het leveren van kwalitatief goede en voldoende zorg en beschikbare financiering leidt tot fricties. Congruentie in visie, doelen en praktijken zijn belangrijke voorwaarden voor adequate relatievorming. Draagt het visiedocument daaraan bij?
- Doel** Het systematisch in beeld brengen van de percepties van ggz-bestuurders en zorgverzekeraars gerelateerd aan het proces van contractering en het verloop daarvan in de tijd.
- Methode** Afname van interviews bij zowel bestuurders van ggz-instellingen als de strategische (beleids)adviseurs van zorgverzekeraars. In de aanpak maakten we gebruik van het salieciemodell.
- Resultaten** De relatie tussen ggz-bestuurders en zorgverzekeraars werd als wantrouwend en complex ervaren, en was in 2021 iets verslechterd ten opzichte van 2019. De ervaren macht, legitimiteit en urgentie waren van invloed op de relatie. Vrijwel alle zorgverzekeraars werden op basis van het salieciemodell getypeerd als dominante belanghebbende. Beide partijen stonden open voor het verbeteren van de relatie, waarvoor meer transparantie en wederzijds begrip nodig was.
- Conclusie** Met de gedragen inhoud van het visiedocument is er in zekere mate sprake van 'shared governance'. De veranderingsstappen ('shared innovation') die wenselijk geacht worden, zullen bevorderd worden door de beoogde voordelen deels aan elkaar te gunnen ('shared savings').

In 2020 heeft ZN in 'De GGZ in 2025. Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg'<sup>1</sup> een visie gepresenteerd op de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland. Na diverse bestuurlijke akkoorden suggereert dit document dat er sprake is van een gezamenlijke visie van de belangrijkste belanghebbenden in de ggz, namelijk de ggz-aanbieders en de zorgverzekeraars. Vóór 1985 was de geestelijke gezondheidszorg in Nederland versnipperd. Tussen 1985 en 2006 vond de integratie van de klinische en ambulante geestelijke gezondheidszorg plaats, wat resulteerde in 30 regionale aanbieders van geestelijke gezondheidszorg.<sup>2</sup> Daarmee was het samenhangend regionaal zorgaanbod grotendeels gerealiseerd. Ook was er een zekere regionale exclusiviteit ontstaan, die tot aanmerkelijke wederzijdse afhankelijkheden leidde tussen verwijzers, cliënten en de integrale aanbieder van ggz-zorg.<sup>3</sup> In 2008 ging de sector over op de Zorgverzekeringswet en ontstond er marktwerking. Er kwamen nieuwe

aanbieders op de markt en regionaal geïntegreerde ggz-aanbieders verloren hun regionale exclusiviteit. Deze nieuwe toetreders konden hun overheadkosten beperken door hun kleinschaligheid. Hierdoor vormden zij als het ware een strategische groep,<sup>4</sup> die door verzekeraars gebruikt wordt om tarieven onder druk te zetten en de gehele sector tot grotere doelmatigheid te dwingen. De combinatie van het bestuurlijk akkoord ggz in 2012<sup>5</sup> – dat een reductie inhield van maar liefst 30% van de klinische capaciteit – en het volledig verantwoordelijk worden voor de kapitaalslasten, eiste een behoorlijke bestuurlijke inspanning van de organisaties en leidde tot de nodige faillissementen. De eisen van zorgverzekeraars, en daarmee hun invloed op ggz-aanbieders, namen hiermee aanzienlijk toe.<sup>6</sup> Een andere factor die het krachtenveld ingrijpend deed verschuiven, was het verdelen van de ggz in verschillende wettelijke kaders. Zorg onder de 18 jaar ging over naar de Jeugdwet; begeleiding, dagbesteding

## AUTEURS

**Claudia de Koning**, directeur, GGZ inGeest.

**Tessa van Dijk**, beleidsmedewerker, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en promovenda, Erasmus Universiteit.

**Richard Janssen**, emeritus hoogleraar, Wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tranzo, Tilburg University, en Erasmus School of Health and Policy Management.

## Correspondentie

Claudia de Koning (cdekoningbrabers@gmail.com).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-9-2023.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(1):24-29

en beschermd wonen gingen over naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de langdurige chronische zorg ging over naar de Wet langdurige zorg (Wlz). De forensische zorg werd ondergebracht bij het ministerie van Justitie. De eenvoud van het zorgkantoor als enige aanbesteder verschoof naar de complexiteit van een heel scala aan contracterende partijen.<sup>7</sup> Dat ging gepaard met sterke bezuinigingen in de verschillende domeinen. Omdat er geen transparantie was rond contractering, nam de marktwerking toe en werd de samenwerking met zorgverzekeraars ingewikkelder. Tot slot werd in 2014 de zogenaamde basis-ggz ingevoerd met als doel de complexiteit te verlagen. Patiënten met een lichte zorgvraag worden door de huisarts geholpen in de eerstelijns-ggz, patiënten met een lichte tot matig ernstige zorgvraag verwijst de huisarts naar de basis-ggz en patiënten met een zware zorgvraag gaan naar de gespecialiseerde curatieve ggz.<sup>8</sup> Dit leidde bij zorgverzekeraars tot andere keuzes in hun contracteringsafspraken, waardoor de gediversifieerde ggz-organisaties met brede portfolio's, deze moesten herzien.

## Huidige onderzoek

Uitgangspunt van dit onderzoek<sup>9</sup> is dat een aantal vraagstukken hardnekkig standhoudt, zoals financiële problemen, wachttijden en samenwerking in de keten. Contractering van zorg met zorgverzekeraars lijkt vaak moeizaam te verlopen, waarbij het spanningsveld tussen het leveren van kwalitatief goede zorg en beschikbare financiering moeilijk overwonnen kan worden. Onze centrale vraagstelling luidt: *'Wat is de mogelijke impact van de door de zorgverzekeraars gezamenlijk opgestelde visie op de samenwerking en contractering in de ggz?'* In dit onderzoek<sup>9</sup> kijken we op basis van interviews terug op wat ggz-bestuurders en zorgverzekeraars hiervan vinden. Daarbij relateren we dit aan eerder onderzoek vanuit het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur door Tessa van Dijk e.a.<sup>10</sup> over hoe de relatie tussen beide partijen te typeren is in termen van macht, legitimiteit en urgentie aan de hand van het zogenaamde *salience*model.<sup>11</sup>

## METHODE

Dit onderzoek was kwalitatief van aard en had een evaluatief karakter. Het betrof een ex-ante-evaluatie, waarbij we gebruikmaakten van literatuuronderzoek, semigestructureerde interviews en kwantitatieve data uit eerder onderzoek van Van Dijk e.a.<sup>10</sup>

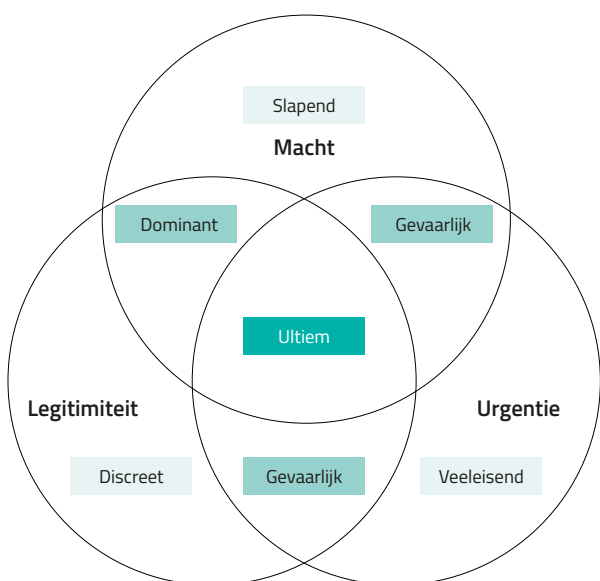
## Interviews

We namen interviews (n = 15) af bij zowel bestuurders van ggz-instellingen (n = 8) als de strategische (beleids-) adviseurs van zorgverzekeraars (n = 7). Met de keuze voor twee typen respondenten kon naar verwachting de wederkerigheid in de relatie tussen beiden beter in beeld worden gebracht. De respondenten hadden zicht op het proces van contractering, waren betrokken bij het onderhouden van de relatie met belanghebbenden, en bij de landelijke ontwikkelingen in de ggz en het strategisch beleid van de organisatie. De selectie van respondenten was niet per se representatief, eerder waren het sleutelfiguren in de ggz-sector. Doel van dit onderzoek was een eerste verkennend beeld. Tijdens de interviews maakten we gebruik van een topiclijst en een aantal gestructureerde vragen. Met open coderen werden teksten uit het interview gecodeerd. De codes hielden verband met de drie kernconcepten van het saliencemodel. Deze kernconcepten koppelden we aan de relatie, proces van contractering en samenwerking.

## Analyses

De resultaten van de interviews werden geanalyseerd aan de hand van het saliencemodel.<sup>11</sup> Dit model bestaat uit drie attributen van belanghebbenden: macht, legitimiteit en urgentie. Samen bepalen ze de mate waarin een zorgbestuurder prioriteit geeft aan belanghebbenden (salience). Hierbij geldt: hoe meer attributen, hoe hoger de prioriteit. Macht gaat specifiek over de rol van de belanghebbende zelf, terwijl legitimiteit en urgentie slaan op de acties en eisen van deze belanghebbende (**figuur 1**). De vragen naar macht, legitimiteit en urgentie

**Figuur 1. Typering van belanghebbenden in salieciemodell (bron: Mitchell e.a. 1997)<sup>2</sup>**



waren gebaseerd op vragen uit eerder onderzoek en werden als volgt geoperationaliseerd (schaal van 1 tot 10):

1. Macht: In hoeverre heeft de zorgverzekeraar invloed op de beslissingen van de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent? Geef een cijfer tussen 1 (zeer weinig invloed) en 10 (zeer veel invloed).
2. Legitimiteit: In hoeverre beoordeelt u de eisen die de zorgverzekeraar stelt aan de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent als wenselijk/passend? Geef een cijfer tussen 1 (zeer onwenselijk/niet passend) en 10 (zeer wenselijk/passend).
3. Urgentie: In hoeverre vragen de eisen van de zorgverzekeraar de onmiddellijke aandacht van de zorgorganisatie waarvoor u momenteel werkzaam bent? Geef een cijfer tussen 1 (zeer weinig urgentie) en 10 (zeer veel urgentie).

Aan de hand van de speltheorie onderzochten we de relatie tussen belanghebbenden in het licht van interactie, werkbaarheid en vertrouwen.

In het conceptueel model waren dit de uitgangspunten voor het onderzoek. De verkregen informatie uit de literatuur, observaties en de afgenomen interviews werden geanalyseerd en verwerkt in de resultaten.

## RESULTATEN

Zowel ggz-bestuurders als zorgverzekeraars onderschreven dat de relatie fundamenteel veranderd was sinds het representatiemodel in de ggz beëindigd werd in 2012. Contracteren vormt uiteindelijk de kern van de relatie tussen de twee partijen, maar beide partijen benaderden dit vanuit een fundamenteel ander perspectief. De zorgverzekeraars keken vooral financieel; de ggz-aanbieders keken vooral naar welke zorg ze wilden bieden.

## Terugblik op eerder onderzoek

Aan de hand van het genoemde salieciemodell<sup>11</sup> typeerden we de relatie tussen ggz-instellingen en zorgverzekeraars en vergeleken die met de resultaten uit eerder onderzoek van Van Dijk e.a.<sup>10</sup> De eisen die de zorgverzekeraar aan de ggz-instelling stelt (*legitimiteit*), ervoeren de meeste bestuurders als (zeer) onwenselijk dan wel niet passend (legitiem). In 2019 werden de eisen nog door bijna de helft van de bestuurders wel als wenselijk dan wel passend beoordeeld.

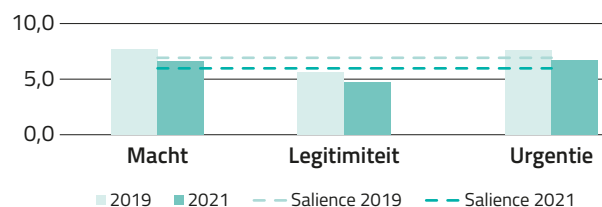
De eisen van zorgverzekeraars die onmiddellijke aandacht van de ggz-instellingen vragen (*urgentie*), werden als urgent tot zeer urgent ervaren. Ook hier was een toename in urgentie zichtbaar ten opzichte van 2019. De mate waarin de organisatie prioriteit geeft aan de eisen van de zorgverzekeraar (salieci), was ook lager dan in 2019 (**figuur 2**). Vrijwel alle zorgverzekeraars werden op basis van het salieciemodell getypeerd als dominante belanghebbende. Er was sprake van ervaren macht én urgentie, terwijl de eisen als minder legitiem werden ervaren. De verzekeraar verwachtte veel en kreeg vaak ook veel aandacht.

## Veranderende relatie

De meeste bestuurders typeerden de relatie als wantrouwend. *‘Zeker de laatste paar jaar is het proces veranderd, het wordt steeds meer vechten.’* Zorgverzekeraars daarentegen vonden de relatie met ggz-bestuurders vaak ten goede veranderd; zij ervoeren meer vertrouwen, een meer inhoudelijk gesprek en de relatie was steeds minder gericht op controleren van de ggz-instellingen. *‘Met de instellingen die we regelmatig spreken, zowel op bestuurlijk als op inkoopniveau, is de relatie beter’*, aldus een geïnterviewde verzekeraar.

Ggz-bestuurders ervoeren een kantelpunt vanaf het moment dat het representatiemodel door zorgverzekeraars beëindigd was en men met alle zorgverzekeraars aparte afspraken moest gaan maken. Dit had de relatie harder en complexer gemaakt. De nadruk was steeds meer komen te liggen op het maken van financiële afspraken, met hoge verantwoordingslast en bureaucratiesing. Contractering kostte veel tijd en het duurde volgens de ggz-bestuurders lang om tot afspraken te komen. Ondanks de financiële sturing en het wantrouwen ervoeren sommige ggz-bestuurders wel samenwer-

**Figuur 2. Gemiddelde macht, legitimiteit en urgentie, zoals ervaren door ggz-bestuurders, in 2019 en 2021**



king met zorgverzekeraars en zagen de belangen daarin als gelijk. *'Ik ga er altijd vanuit dat we dezelfde belangen hebben, namelijk toegankelijke zorg tegen de minste kosten voor mensen die het nodig hebben.'*

De zorgverzekeraars accentueerden dat het niet mogelijk was om met alle aanbieders een intensieve relatie te onderhouden, sinds het loslaten van het representatiemodel. Opvallend was dat zorgverzekeraars zich met name richtten op hun kernregio, en op de grootste klanten als zorgaanbieder, waar ze initiatieven in de ketenzorg en regionale samenwerking initieerden (bijv. 'Ontregel de zorg', over verlagen van administratieve lasten). Met de kleinere partijen maakten ze meestal een afspraak, die zich beperkte tot het financiële (P x Q). De kleinere verzekeraars hadden met meer aanbieders een intensievere relatie dan de grotere. De grote zorgverzekeraars werden veelal als financieel gedreven ervaren, en daarmee als onprettiger. De relatie werd altijd onderhouden op bestuursniveau, zorgcontractering werd op inkoopniveau vormgegeven. Men ervoer van beide kanten een relatie waarin ze aan elkaar 'vastgeketend' waren en men niet zonder elkaar kon. Kortom: de wederzijdse afhankelijkheid werd als groot ervaren.

### Contractering

Contractering met vrijgevestigden en kleinere ggz-instellingen vond grotendeels digitaal plaats en via koepelorganisaties. Zorgverzekeraars toetsten deze aanbieders op wat men kon bereiken in de regio; als dit niet het geval was, besteedden ze er minder tijd aan. Ggz-bestuurders hadden veel kritiek op deze werkwijze, omdat er nauwelijks een toets op de doelmatigheid van deze aanbieders was. Steeds vaker werden er meer-jarenafspraken gemaakt, maar de meeste contracten hadden nog een looptijd van een jaar. Het was voor ggz-aanbieders niet transparant wat de spelregels van zorgverzekeraars waren voor het afsluiten van meerjarenovereenkomsten. De zorginstellingen die contracteerden voor meerdere jaren waren tevreden omdat het meer zekerheid, openheid en vertrouwen gaf, en daarmee meer ruimte om een andere dialoog te voeren over de inhoud van zorg.

Bestuurders werden vaak pas betrokken bij contractering als er escalatie aan de orde was. Als ggz-bestuurders een knelpunt ervoeren in de contractering hielp het de onderhandeling op scherp te zetten door te escaleren richting bestuurlijk niveau of het stopzetten van de onderhandeling, waardoor zorg (tijdelijk) niet gecontracteerd was. Escalatie via de media was volgens hen niet functioneel: er wordt dan voorbijgegaan aan wederzijds respect en het doet de relatie per definitie geen goed. Het streven was om er samen uit te komen, maar de praktijk was vaak weerbarstiger.

### Frustraties

Het krampachtig inbouwen van prikkels en het proberen te beperken van risico's door zorgverzekeraars riep wantrouwen op. Meerdere ggz-bestuurders gaven aan dat de

relatie in de afgelopen jaren met één of meer verzekeraars dusdanig verstoord was dat het helemaal niet meer ging over de inhoud van zorg. Een ander veelgenoemd knelpunt was dat de verschillende financieringsstromen en domeinen als complex en niet werkend ervaren werden.

Ggz-bestuurders stonden open voor verbetering in de relatie met zorgverzekeraars; meer in gesprek over de inhoud van zorg, regelruimte om digitalisering, preventie en consultatie zelf vorm te geven en constructiever samenwerken om doelstellingen te bereiken. *'Ik zou het echt aandurven om in de komende jaren alle groeimiddelen in te zetten op preventie, maar dan wel onder regie van de aanbieders en niet gereguleerd in een regionale subsidiepot.'* Door te erkennen wat niet goed liep en meer transparantie te creëren, konden er stappen gezet worden. Transparantie was echter vaak nog lastig, omdat stuurinformatie over ligdagen, prijs per patiënt en DBC's veelal niet betrouwbaar of niet actueel waren.

### Doelstellingen en samenwerking in de ggz

Het visiedocument hielp om het gesprek aan te gaan in de regio met andere partners over de gezamenlijke doelstellingen, zoals hoogcomplexere zorg, en het verkorten van de opnameduur.

Er waren grote verschillen in hoe samenwerking met andere partners werd vormgegeven. Op bestuurlijk niveau werd de gezamenlijke drive om problemen aan te pakken en op te lossen vaak gemist. *'Het voelt niet alsof er een gezamenlijke wens is om het voor de patiënt goed op orde te hebben.'*

In het zuiden van het land werkten vijf ggz-instellingen samen in 'Coöperatie A59' met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te verlagen. In de Randstad was er meer concurrentie, de complexere zorg was overbelast en er waren zoveel partijen dat het lastig was om iedereen aan tafel te krijgen. Er was behoefte aan meer samenhangend beleid. *'Het ontbreekt binnen de ggz aan een structuur voor meer samenwerking. Marktwerking en een gebrek aan transparantie dragen hier niet aan bij.'*

In een aantal regio's waren 'Transfertafels' ingericht, waartoe zorgverzekeraars het initiatief namen om wachtlijsten op te lossen en inzicht te krijgen op vraag en aanbod. Dit bleek hier en daar zinvol, maar men vond vooral dat er veelal te weinig capaciteit voor ernstige problematiek gecontracteerd was. Verdere digitalisering, het aanpakken van het personeelstekort en realistische prijsafspraken voor de meest complexe zorg werden (ook) als sleutels gezien.

ZN zag graag meer experimenteeruimte en financiële middelen voor de gemeentes om het sociale domein beter te bedienen, waarbij bestuurders meer eigenaarschap zouden moeten tonen. *'Neem de regie; als bestuurder heb je veel invloed, maar die moet je wel willen nemen en ook aangrijpen om stappen te zetten.'* Zorgverzekeraars waren steeds vaker betrokken bij, initiator van of verbinder bij het opzetten van regionale

samenwerking en projecten om de zorg kwalitatief te verbeteren. Waardegericht inkopen, werken met ‘good practices’, passende zorg, e-healthprojecten en het opzetten van strategische allianties.

## DISCUSSIE

### Meningen over visiedocument

Het doel van ZN met het visiedocument<sup>1</sup> was om als zorgverzekeraars vanuit een gemeenschappelijk kader naar ontwikkelingen in de sector te kijken. *‘Want als wij het niet op hoofdlijnen met elkaar eens zijn, lukt het ook de sector niet.’*

Ggz-bestuurders zien het als erkenning dat een aantal thema’s blijkbaar ook door ZN als knelpunten gezien worden, omdat dat beeld weleens anders is. Het visiedocument is bij geen van de bestuurders actief onderwerp van gesprek met zorgverzekeraars, waardoor het concretiseren van de visie, en het vertrouwen dat dit iets anders gaat brengen, niet sterk gevoeld worden. Inzetten op preventie en afname van wachtlijsten door de opnameduur te verlagen lijken realistische doelstellingen. Het oplossen van het personeelstekort en samenwerken over domeinen heen lijken hardnekkiger problemen. *‘Visie is papier en papier is geduldig. Dus wat je mist is toch het commitment, bij een verzekeraar maar ook bij een aanbieder, om dit dan ook te gaan doen. En deze diepere patronen, die zijn er al 10 jaar.’*

Ggz-bestuurders zijn van mening dat er veel ruimte is gegeven aan aanbieders in de basiszorg, die goede prijsafspraken met de zorgverzekeraars hebben gemaakt. Patiënten staan vervolgens te lang op de wachtlijst voor de gespecialiseerde ggz, waardoor meer zorg nodig is. Het visiedocument geeft geen antwoord op het voornemen om het beroep op de ggz-zorg te kunnen verminderen. De bredere maatschappelijke gerichtheid om preventie vorm te geven ontbreekt.

Voor zorgverzekeraars hebben méér e-healthtoepassingen en de gevolgen van het nieuwe financieringsmodel voor de ggz per 2022, het Zorgprestatie-model, grote prioriteit. Thema’s als preventie, samenwerking en wachtlijsten komen terug in structureel overleg van ZN. Concretisering van verandering blijkt echter in de praktijk nog erg lastig. Kortom, er lijkt nog steeds sprake van een behoorlijke discrepantie tussen de ogenschijnlijke draagvlak van de inhoud van het visiedocument en de hardnekkige praktijk waarin de als dominant ervaren verzekeraar het proces van contractvorming ten uitvoer brengt. Een vergelijkbare constatering deden Maarse en Jeurissen<sup>12</sup> in hun beschouwing over het proces van ontmanteling van de AWBZ: *‘Dit geldt ook voor een hervorming die goed voorbereid lijkt op papier. De regering moest vele tijdelijk begeleidende maatregelen nemen om de risico’s en onzekerheden te verminderen. Implementatie bleek de achilleshiel van de operatie.’*

### Contracteren in samenhang

De ggz heeft de wens om, over de domeinen heen, in samenhang te kunnen contracteren. Het sociaal domein en de Zorgverzekeringswet zijn nu twee zó gescheiden werelden, dat het bijna onmogelijk is om in gezamenlijkheid met gemeentes preventie vorm te geven. *‘De prikkel om preventie te financieren is gewoon heel mager; we kunnen niet meten wat het ons oplevert en de gemeentes maken er ook geen concreet beleid op.’* Zorgverzekeraars kunnen hun budget alléén besteden aan geneeskundige ggz, en daarmee is er geen ruimte voor het financieren van preventie. Bij aanbieders, maar ook bij De Nederlandse ggz en andere brancheorganisaties, erkent men de urgentie. Dat is een beginpunt om te kunnen veranderen.

### Relatie ggz-bestuurders en zorgverzekeraars

Uit ons onderzoek blijkt dat de relatie tussen ggz-bestuurders en zorgverzekeraars als wantrouwend en complex wordt ervaren, en dat deze in 2021 ten opzichte van 2019 eerder verslechterd dan verbeterd is. Een zeker voorbehoud bij deze constatering moeten we maken omdat het onderzoek uit 2019 gebaseerd was op 47 ingevulde vragenlijsten en ons onderzoek op 15 interviews van voornamelijk prominente ggz-bestuurders en (beleids)adviseurs van zorgverzekeraars. Niettemin lijkt de geobserveerde tendens een zekere mate van representativiteit te hebben, gegeven de mate van overeenstemming die wij ervoeren bij deze interviews. Het feit dat men met zoveel verschillende partijen zaken moet doen, heeft een grote invloed. De ervaren macht, legitimiteit en urgentie en de invloed van zorgverzekeraars, zijn van invloed op de relatie. De ggz-bestuurders ervaren de zorgverzekeraars als voornamelijk financieel gedreven, terwijl de zorgverzekeraars naast financiële afspraken ook meer open staan voor het maken van inhoudelijke afspraken. Beide partijen staan open voor het verbeteren van de relatie, waarvoor meer transparantie en wederzijds begrip nodig is.

### Zorgen over concretisering

De visie van ZN wordt breed ondersteund, en men is van mening dat de doelstellingen prioriteit moeten krijgen. Maar het document roept ook zorgen op over de concretisering van de doelstellingen. Bestuurders zouden hiervoor graag meer ruimte krijgen binnen de af te sluiten contracten, zodat ze zich in plaats van op verantwoorden, meer kunnen richten op het vormgeven van digitalisering, preventie en consultatie in de eerste lijn. Door zorgverzekeraars wordt ook aandacht voor mentale gezondheid als belangrijk genoemd, maar zien nog niet hoe dit meer vorm te geven zonder beleid over financiering en regievoering.

## CONCLUSIE

Wij concluderen dat het visiedocument<sup>1</sup> helpt om de gemeenschappelijke doelen voor ogen te houden, maar dat er vooral behoefte is aan een relatie tussen ggz-bestuurders en zorgverzekeraars die gebaseerd is op meer vertrouwen en constructievere samenwerking. Door verschillende belangen en concurrentie is het een ingewikkelde(re) opgave om een niveau van succesvolle samenwerking te bereiken. We zouden kunnen stellen dat nu de inhoud van het visiedocument grotendeels gedeeld wordt en kan dienen als strategische ‘stip op de horizon’, er meer ruimte en energie zou moeten zijn voor verbetering van de wederzijdse relatie zelf. Het zou helpen het strategisch perspectief te concretiseren in meerjarencontracten. Zorgbestuurders bestempelden de relatie met zorgverzekeraars als weinig passend en er leek sprake van beperkt vertrouwen. Anders gezegd, met de gedragen inhoud van het visiedocument is er in zekere mate sprake van *shared governance*. De veranderingsstappen (*shared innovation*) die wenselijk zijn, zullen naar verwachting bevorderd worden door de beoogde voordelen deels aan elkaar te gunnen (*shared shavings*).

Inmiddels is met het Integraal Zorgakkoord<sup>13</sup> een nieuwe stap gezet in het proces van gezamenlijke doelen formuleren, nu ook met de overheid. Een interessante vraag is of deze ‘interventie’ te zijner tijd meetbaar effect heeft op de kwaliteit van de relatie, zoals we deze in dit artikel beschreven hebben.

## LITERATUUR

- 1 Kraaijeveld K, Lomans R. De GGZ in 2025. Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg. 2020. [https://assets.zn.nl/p/32768/files/De\\_ggz\\_in\\_2025\\_-\\_vergezicht\\_van\\_zorgverzekeraars\\_op\\_de\\_geestelijke\\_gezondheidszorg\(1\).pdf](https://assets.zn.nl/p/32768/files/De_ggz_in_2025_-_vergezicht_van_zorgverzekeraars_op_de_geestelijke_gezondheidszorg(1).pdf)
- 2 Grinten T van der, Kasdrop J. 25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap. Sociaal en Cultureel Planbureau; 1999: 1-67.
- 3 Janssen RTJM. Het onzekere voor het zekere: tweebeinig sturen in de zorg. Inaugurale rede, Erasmus Universiteit; 2017.
- 4 Peteraf M, Shanley M. Getting to know you: A theory of strategic group identity. *Strateg Manag J* 1997; 18: 165-86.
- 5 Jeurissen P, Ravesteijn B, Janssen R, e.a. Op weg naar een duurzame ggz; een beleidsperspectief. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 683-7.
- 6 Janssen R, de Grunt L. Verzekeraars hebben te veel risico's afgewenteld op ggz-aanbieders. *Skipr*, mei 2019.
- 7 Helderman J-K. De Effecten van stelsels. Een drieluik over stelsel-hervormingen en transities in de Nederlandse gezondheidszorg. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2016: 1-60. file:///D:/downloads/20D/Essay+De+effecten+van+stelsels+Jan+Kees+Helder+man+290816.pdf
- 8 Tiemens B. Omgeven door relaties. Evidence-based werken in de geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2017. <https://repository.uibn.ru.nl/bitstream/handle/2066/169306/Oratie+Bea+Tiemens+lr.pdf?sequence=1>
- 9 Koning-Brabers C de. Een gezamenlijke toekomst voor de GGZ. Rotterdam: Erasmus MHBA Thesis; 2021. <https://www.erasmus-centrumzorgbestuur.nl/dynamic/media/24/documents/Claudia%20de%20Koning-Een%20gezamenlijke%20toekomst%20voor%20de%20GGZ-Thesis%200V.pdf>.
- 10 van Dijk T, van der Scheer W, Janssen R. Zorgbestuurders vinden de eisen van verzekeraars niet altijd wenselijk en passend. Erasmus School of Health Policy & Management; 2019. <https://www.eur.nl/eshpm/nieuws/zorgbestuurders-vinden-de-eisen-van-verzekeraars-niet-altijd-wenselijk-en-passend>
- 11 Mitchell RK, Agle BR, Wood DJ. Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Acad Manag Rev* 1997; 22: 853-86.
- 12 Maarse JAMH, Jeurissen PPP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy (New York)* 2016; 120: 241-5.
- 13 Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Integraal Zorgakkoord. 'Samen werken aan gezonde zorg'. Ministerie van VWS; 2022. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>