

# PsychoPraxis

## Beroep en belang

## Zorgwekkende marktwerking in de eerste lijn (2)

Leida van der Heide\* , Els van den Heuvel\*\*

*PsychoPraxis* jaargang 11, nummer 1 (februari 2009) p. 29-31

### Inhoud

- [Verzekeraars sluiten de ogen voor de realiteit](#)
- [If you can't beat them, join them?](#)

In het septembernummer van *PsychoPraxis* (2008, 10, p. 182–186) schreef Els van den Heuvel het artikel *Zorgwekkende marktwerking in de eerste lijn*. Ze zette daarin haar ervaringen als zelfstandig gevestigd eerstelijnspsychooloog uiteen met de nieuwe zorgverzekeringswet. Collega Leida van der Heide reageert hierop, waarna Els op haar beurt een reactie formuleert. Hun bijdragen vormen de opmaat voor een rubriek over 'praktijkzaken', die regelmatig in *PsychoPraxis* zal verschijnen.

### Verzekeraars sluiten de ogen voor de realiteit

Ik ben erg blij met jouw artikel in de *PsychoPraxis*. Mijn ervaringen zijn grotendeels gelijk met die van jou. Ik heb een aantal contracten afgesloten met verzekeraars. Omdat het declaratiesysteem aan het begin van het jaar niet werkte etc. heb ik de verzekeraars aangegeven het contract te willen verbreken. De meeste verzekeraars hebben niet op mijn brief gereageerd, of gaven aan dat het niet mogelijk was.

Ik ben er nog niet uit of ik in 2009 contracten ga afsluiten. Ik wil best wel, maar dan wel fatsoenlijke contracten. Bijvoorbeeld, waarin de 'no shows' door de verzekeraar geïnd worden (de verzekeraar verrekenet deze dan met de cliënt). Het contact met de cliënt is ons gereedschap. Als de cliënt wel komt, betaalt hij 10 euro, als hij niet komt 80 euro! Dit is toch niet te verkopen!

Zeker nu er een meer kwetsbare groep in de eerste lijn hulp zoekt, betekent dit nog vaker dan voorheen dat er wel eens cliënt niet op de afspraak komt en dat het vaker dan voorheen moeilijk is om deze cliënt een nota te sturen. Het voelt voor mij alsof men mijn gereedschap kapot maakt! De verzekeraars sluiten de ogen voor de realiteit, namelijk dat er soms (heel begrijpelijk) onterecht wordt gedeclareerd. Ik doe dit niet en voel me hierdoor gedupeerd.

Ik heb het volgende vorig jaar aan een van de zorgverzekeraars voorgesteld: De zorgverlener int de no show voor 75 % van het tarief... de zorgverzekeraar verrekenet dit dan met de cliënt... Ik denk dat iedereen daar bij gebaat zal zijn en ook iedereen daar bij iets moet inleveren... ! Voordeel cliënt: geld verstoort de behandelrelatie niet. Nadeel voor de cliënt: achteraf nog bedrag betalen. Voordeel voor de eerstelijnspsychologen: je kan de behandeling voortzetten zonder dat je zelf dupeert (door de cliënt niet te laten betalen). Nadeel voor de eerstelijnspsycho-logen: je ontvangt geen 100 % (zoals het NIP adviseert), maar 75 % van de kosten van een consult. Voordeel verzekering: de verzekering krijgt hierdoor informatie over het werkelijke aantal 'no shows'. Nadeel verzekering: cliënten teleurgesteld en boos dat ze zelf moeten betalen (dit probleem vervalt als alle zorgverzekeraars hierover dezelfde afspraken maken)

Ik ben erg teleurgesteld in de weinig kritische houding van de beroepsverenigingen (NIP en LVE). Het is duidelijk, en ook wel begrijpelijk, dat men bij verzekeringen onvoldoende weet hoe wij werken... maar ik had gehoopt dat NIP en LVE meer in staat zouden zijn duidelijk te maken wat het werken als eerstelijnspsycholoog inhoudt (bv EMDR, testonderzoek, doorverwijzen, vanwege korte aantal gesprekken, veel intakes en de daarmee samenhangende extra administratie, de arbeidsintensieve behandeling van kinderen, de dubbele belasting van psychologen die echt generalistisch werken en zowel volwassenen, jongeren en kinderen zien, geen administratieve ondersteuning etc.). Ik hoop dat je veel reacties krijgt op jouw verhaal.

Leida van der Heide

### If you can't beat them, join them?

Dank voor je reactie op mijn stuk, waarin ik mijn hart uitstortte over de ellende die ik had de eerste maanden van vorig jaar, doordat onze vorm van hulpverlening vanaf 2008 in het basispakket van de ziektekostenverzekering zit. Vooral de administratieve rompslomp en het uitblijven van inkomsten kostten mij veel stress. Inmiddels ben ik weer enigszins hersteld van de aanslag op mijn fysieke en psychische vermogens.

Ik hoop dat je voorstel over de 'no show' overgenomen wordt door de ziektekostenverzekeraars, maar ik betwijfel het. Mijn ervaring is dat cliënten nu moeilijker doen over een rekening voor 'no show' dan in 2007, toen ze

de hulpverlening grotendeels zelf moesten betalen. Je voorstel zou een goede oplossing zijn, maar aangezien het financiële risico hierdoor bij de ziektekostenverzekeraar wordt gelegd, vrees ik het ergste.

## Beroepsverenigingen

Ik ben het niet helemaal eens met je opmerking over onze beroepsverenigingen. Wat het NIP betreft, moet ik je gelijk geven. In de aanloop naar de nieuwe situatie in 2007 heb ik van deze beroepsvereniging geen ondersteuning en ook nauwelijks informatie gekregen. Maar het LVE heeft haar leden naar mijn mening wel steeds goed geïnformeerd (door middel van de LVE-nieuwsfitten) en heeft in de lobby naar de ziektekostenverzekeraars zeker geprobeerd voor de eerstelijnspsychologen op te komen. Wel hebben ze uiteindelijk gekozen voor de optie: 'if you can't beat them, join them'. Het akkoord gaan met de gz-psycholoog als aanbieder van eerstelijnszorg was een keuze voor het minst kwade, omdat ziektekostenverzekeraars anders misschien ook andere disciplines zoals maatschappelijk werkers of sociaal-psychiatisch verpleegkundigen hadden toegelaten. Nu blijft het tenminste nog onder psychologen. Het LVE heeft ook vergeefs geprobeerd de eigen kwaliteitscriteria voor eerstelijnspsychologen tot norm te verheffen voor eerstelijnspsychologische zorg. Deze kwaliteitscriteria zijn in ieder geval haalbaar en realistisch (o.a. verplichte registratie uren voor bijscholing, intervisie en het bijhouden van een codeboek met geanonimiseerde gegevens over cliëntkenmerken, de aard, het verloop en het resultaat van de behandeling).

## Ziektekostenverzekeraars

Dit in tegenstelling tot de vage criteria waarmee de verschillende ziektekostenverzekeraars ons nu om de oren slaan. Zo heb ik voor Achmea de verplichte studiedag van Scott Miller gevolgd. Ik moet zeggen: het was een dagje uit. De man kan geanimeerd vertellen, het voelde bijna als een cabaretvoorstelling. Maar daarna heb ik zijn evaluatie-instrument uitgetest in mijn praktijk en daar ben ik toch minder enthousiast over. De bedoeling is dat je de cliënt aan het begin van de sessie een vragenlijstje in laat vullen over zijn welzijn op dat moment en aan het eind van de sessie een vragenlijstje over zijn tevredenheid over het verloop van de sessie. De resultaten zet je dan uit in een matrix en als het onder een bepaalde marge valt, ga je het gesprek daarover aan met de cliënt.

Aangezien ik de methode Scott Miller op nieuwe cliënten toepaste, leverde het vragenlijstje over het welzijn van de cliënt alleen maar op dat het slecht met hen ging. Wat logisch was, want daarvoor kwamen ze. Het vragenlijstje over het verloop van de sessie werd overwegend positief ingevuld. Wat ook logisch was, want ik zat er bij. Het was zo'n gepriegel om de scores over te brengen in een matrix, dat ik dat al maar uitstelde tot na de sessies; waardoor het er niet meer van kwam. Bovendien kwam ik iedere keer in tijdnood. Aan het eind van de sessie moest ik er steeds aan denken dat het lijstje over het verloop ook nog moest. Mijn sessies duren drie kwartier en het invullen van de vragenlijstjes kostte toch al gauw tien minuten. Naarmate cliënten hierin meer ervaren worden, gaat het misschien sneller. Maar al met al vond ik de tijdsinvestering niet opwegen tegen de informatie die het uiteindelijk opleverde. Na drie weken ben ik er dan ook maar weer mee gestopt, exit Scott Miller. Achteraf had ik die 165 euro toch liever in een meer inhoudelijke bijscholing gestoken.

Voor 2009 mikken de ziektekostenverzekeraars toch wel op kwaliteitscriteria als middel om onderscheid te maken tussen zorgverleners. Zo onderscheidt CZ (waartoe inmiddels ook Delta Lloyd en OHRA behoren) drie kwaliteitsniveaus:

- kwaliteitsniveau 1 met een tarief van € 76 waarvoor in aanmerking komen: geregistreerde GZ-psychologen die voldoen aan een aantal eisen rondom beschikbaarheid van de praktijk, waarneming, het wachtlijstbeleid en het volgen van evidence based zorg.
- kwaliteitsniveau 2 met een tarief van € 81. Dit niveau is aanvullend op het eerste niveau en daarvoor moet de psycholoog ook nog ingeschreven zijn in het kwaliteitsregister eerstelijnspsycholoog van het NIP, twee keer per jaar de wachtlijstgegevens door geven aan het CZ, evenals de openingstijden en zijn of haar aandachtsgebieden.
- het derde niveau is ook weer aanvullend op niveau 1 en 2 (tarief € 83) en daarvoor moet de psycholoog beantwoorden aan één van de drie genoemde criteria: ofwel een openbaar en onafhankelijk klanttevredenheidsonderzoek uitvoeren (al in 2008 gedaan hebben) ofwel actief deelnemen aan richtlijnontwikkeling voor wetenschappelijke toetsbare projecten zoals: de richtlijn werk en psychische klachten, de richtlijn angststoornissen en de richtlijn depressie, ofwel in de praktijk een opleidingsplaats tot GZ-psycholoog hebben.

Alle tarieven zijn inclusief de wettelijk verplichte eigen bijdrage van € 10 per sessie. Zonder overeenkomst kun je de nota voor 75% van het gemiddelde gecontracteerde CZ-tarief via de verzekerde laten lopen. Kost mij minder administratieve rompslomp. Maar daar is de cliënt dan weer de dupe van. Laten we even uitgaan van het laagste tarief: € 76. Daarvoor geldt sowieso een wettelijk verplichte eigen bijdrage van tien euro. 75% van € 66 is € 49,50, dat door CZ vergoed wordt. Dit betekent dat de cliënt nog € 26,50 moet bijdragen (inclusief de eigen bijdrage).

Ik heb mijn contract met CZ toch maar weer verlengd. Ik kwam niet verder dan het tweede niveau, want ik dacht niet dat ik mijn proef met Scott Miller als afdoende openbaar en onafhankelijk klanttevredenheidsonderzoek aan kon merken. Wat het meedoen aan wetenschappelijk toetsbare projecten betreft: graag zelfs. Ik heb mijn interesse daarvoor bij Zeebra (de ondersteuningsorganisatie voor eerstelijnszorgprofessionals in Zuid-West Nederland) regelmatig kenbaar gemaakt. Maar helaas komen deze projecten bij mij in de regio niet goed van de grond, omdat hiervoor vaak medewerking van huisartsen nodig is en die zijn hiervoor meestal niet te porren. Wel loopt er een doorbraakproject angststoornissen, waarin hulpverleners uit de eerste en/of tweedelijns aanbevelingen uit de richtlijn angststoornissen implementeren onder begeleiding van een landelijke expertgroep. Maar van een psycholoog die daaraan meedoet, hoorde ik dat deelname van de huisartsen aan dit project wel geldelijk vergoed wordt. Voor de psycholoog moet het kennelijk liefdewerk oud papier zijn en op die manier verdwijnt de motivatie

vanzelf.

Het UVIT stelt weer andere kwaliteitscriteria. Bij hen kun je extra punten verdienen als je bovenop de GZ-registratie een eerstelijns kwalificatie hebt (4 punten), een gestructureerde samenwerking met een huisarts (1 punt) en een samenwerkingsverband met GGZ-aanbieders (1 punt). Hoe hoger het aantal punten, hoe hoger je tarief. Menzis maakt alleen een onderscheid in optie A: zorgaanbieders die geregistreerd zijn als eerstelijnspsycholoog en optie B: zorgaanbieders die GZ-psycholoog, NIP kinder- en jeugdpsycholoog, orthopedagoog of ECP-houder zijn (wat dat dan ook zijn moge). Het verschil in tarief bedraagt 80 eurocent ten gunste van optie A. En zo hebben ook andere ziektekostenverzekeraars zoals AGIS en Achmea hun eigen criteria ontwikkeld.

Wat me daarbij wel eens benauwt, is dat de ziektekostenverzekeraar op deze manier toch steeds meer invloed uit probeert te oefenen op mijn beroepspraktijk. Alsof ik daar niet zelf al de verantwoordelijkheid voor neem door het bijhouden van mijn registraties en de samenwerking met andere hulpverleners en instanties. Wat het klanttevredenheidsonderzoek betreft: ik zie het belang daarvan wel in, maar ik moet het eerste instrument nog tegenkomen dat op een redelijk objectieve manier de tevredenheid van mijn cliënten meet en niet al te arbeidsintensief en kostenverhogend is.

## Tot slot

Ik heb dus toch maar weer voor contractverlenging gekozen. Maar de twijfel blijft. Ik begrijp dat er inmiddels een lobby bestaat van niet-gecontracteerde GZ-psychologen, die zich beijvert voor de belangen van niet-gecontracteerden. Zij hebben in ieder geval als voordeel dat zij hun eigen tarief bepalen, wat meestal beduidend hoger is dan wat de ziektekostenverzekeraars ons gunnen. Afijn, ik zie het maar weer een jaar aan en kan daarna altijd nog beslissen om in 2010 geen contractverlenging aan te gaan. Leida, veel sterkte in het komende jaar en succes met je praktijk. Nogmaals bedankt voor je reactie. Wat mij betreft mag er door meerderen gereageerd worden. Zodat we weten wat er leeft onder onze beroepsgenoten.

Els van den Heuvel

\* L. van der Heide werkt in de Praktijk voor Eerstelijnspsychologie, Melkkelder 83, 9205 DE Drachten

\*\* Dr. E. van den Heuvel werkt als eerstelijnspsycholoog bij De Psychologenpraktijk Breda (evdheuvel@dppbreda.nl).

Email: evdheuvel@dppbreda.nl

© 2009, Bohn Stafleu van Loghum, Houten

# PsychoPraxis

## Consult?

## Zorgwekkende marktwerking in de eerste lijn

Els van den Heuvel\*

*Psychopraxis* jaargang 10, nummer 5 (september 2008) p. 182-185

### Inhoud

- [Ervaringen](#)
- [Gevolgen voor de cliënt](#)
- [Wie biedt er meer?](#)
- [Inrichten van het administratieve proces](#)
- [Collega's](#)
- [Besluit](#)
- [Bronnen](#)

Per 1 januari 2008 is er een zorgverzekeringswet met een wettelijk verplichte basisverzekering, die voor iedereen gelijk is. De eerstelijnspsychologische zorg wordt sindsdien vergoed uit het basispakket van de zorgverzekeraars. Dit komt neer op acht uur per jaar, inclusief tijd voor telefonisch contact en e-mailverkeer. Extra uren worden eventueel vergoed vanuit aanvullende pakketten van ziektekostenverzekeraars. De verzekeraars stellen daarbij de eis dat mensen naar de eerstelijnspsycholoog zijn verwezen op indicatie van de huisarts of de bedrijfsarts. In dit artikel ga ik in op de gevolgen hiervan voor de zelfstandig gevestigd psycholoog. Als uitgangspunt daarbij beschrijf ik mijn eigen ervaringen sinds het voorjaar van 2007. Ook ga ik in op de gevolgen voor cliënten en ik doe verslag van de ervaringen van enkele collegapsychologen.

### Ervaringen

Uitgangspunt van de nieuwe zorgverzekeringswet is dat de zorgverzekeraar (mede namens de patiënt) en de zorgverlener overeenkomsten aangaan over hoe de zorg in te vullen, door wie en tegen welk tarief. Een eerste gevolg was dat de markt voor eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) opengesteld werd. Zo kunnen nu ook gz-psychologen contracten afsluiten met zorgverzekeraars. Deze laatste zijn immers verplicht voldoende zorg op regionaal niveau in te kopen. En er is een tekort aan eerstelijnspsychologen, zeker in de regio's Zeeland en Limburg.

Het openstellen van de markt voor gz-psychologen gaat voorbij aan het feit dat eerstelijnspsychologen na een tweejarige traject een door het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) erkende eerstelijnsregistratie behalen en daarna nog jaarlijks bijscholing volgen ten behoeve van de herregistratie. De gz-registratie zegt alleen iets over de basisopleiding, die iemand genoten heeft, maar niets over werkervaring. Bovendien kent de gz-registratie (nog) geen herregistratieregeling. De registratie eerstelijnspsycholoog (EP) kent dat wel en omvat een aantoonbare en voortgezette werkervaring in een erkende eerstelijnssetting. Daarnaast is intervisie verplicht en worden er eisen gesteld aan de praktijkvoering, zoals een wachttijdenbeleid, een waarnemingsregeling en (minimale) samenwerking met andere disciplines. Toch pleit de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) voor de gz-registratie als minimumeis, omdat dit in iedere geval concurrentie voorkomt vanuit andere disciplines (bijvoorbeeld sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers). In de toekomst kunnen EP zich mogelijk op grond van kwaliteit onderscheiden van gz-psychologen als zorgverzekeraars gedifferentieerd gaan vergoeden op basis van kwalificaties en registraties.

Naast het openstellen van de markt voor gz-psychologen, begaven verschillende GGZ-instellingen zich op de eerste-lijnsmarkt door middel van vooruitgeschoven posten. Voorbeelden hiervan zijn: PsyQ een franchiseorganisatie opgezet vanuit GGZ Parnassia met landelijk inmiddels 13 vestigingen; Indigo, een franchiseorganisatie ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen verschillende GGZ-instellingen; en verder Senzo en Mentaal Beter.

Bovendien stellen de zorgverzekeraars op inhoudelijk en kwalitatief niveau eisen aan de EPZ. Het UVIT (voorlopige naam van de fusie tussen de zorgverzekeraars Univé, VGZ, IZA en Trias) meent bijvoorbeeld dat EP zich dienen te beperken tot 'problematiek met een geringe invloed op het dagelijks functioneren, d.w.z. dat de cliënt op tenminste twee van de drie levensgebieden (thuis, familie of vrienden, en school of werk) normaal of vrijwel normaal functioneert'. Dit is een lichte definitie van de problematiek met het gevaar dat een groot deel ervan dat wel degelijk in de eerste lijn behandeld kan worden, in de tweede lijn terecht komt. Tevens geldt dat in de voorgeschiedenis geen eerdere psychologische behandeling mag zitten, tenzij het een succesvol afgesloten

behandeling betreft. In de praktijk echter melden veel mensen zich bij EP met eerdere ervaringen bij andere psychologen, psychotherapeuten of de GGZ, wat geen contra-indicatie hoeft te zijn voor behandeling door een EP. Bovendien kan die met name in nazorgtrajecten het nodige betekenen.

## Gevolgen voor de cliënt

Voor de cliënt betekenen de veranderingen vooral dat de EPZ goedkoper werd. Afgezien van de € 10,- eigen bijdrage per sessie, krijgen zij over de eerste 8 uur het volledige tarief vergoed mits aangesloten bij een zorgverzekeraar waarmee de psycholoog een contract heeft. Dit wordt verminderd met het eigen risico van € 150,- voorzover dit nog niet aan andere zorg opgegaan is. De rekening gaat niet meer naar de cliënt, maar rechtstreeks naar de zorgverzekeraar. Vreemd is wel dat de rekening over extra sessies, die onder eventuele aanvullende verzekeringen vallen, weer wel naar de cliënt gaan. En wat die € 10,- betreft: de ene keer verrekenet de zorgverzekeraar dit met de cliënt, de andere keer wordt de psycholoog geacht dit zelf te doen. Wat weer de nodige administratieve rompslomp met zich meebrengt.

Een voor cliënten in eerste instantie vaak minder in het oog springende kwestie betreft hun privacy. Regels hierover zijn vastgelegd in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Al in de eerste helft van 2007 bleek dat verschillende zorgverzekeraars inhoudelijke informatie wensten over de behandeling. Zo vroegen o.a. ONVZ, Delta Loyd, OHRA en Nationale Nederlanden vaker naar een 'behandelplan' en/of medische indicatie. En in de contracteerprocedure stelt Menzis de vraag of contractanten bereid zijn hun patiëntendossiers te laten toetsen. De Beroepscode voor Psychologen 2007 stelt als uitgangspunt dat cliëntgegevens uitsluitend met expliciete toestemming van de cliënt aan derden mogen worden verstrekt. Maar het College Bescherming Persoonsgegevens en Zorgverzekeraars Nederland hebben met elkaar afspraken gemaakt ten behoeve van de doelmatigheidscontrole van zorgverzekeraars. Het inzien van de feitelijke cliëntendossiers door een medisch adviseur van de zorgverzekeraar is de meest zware vorm van controle. Een gecontracteerde zorgverlener is verplicht om aan deze controle mee te werken, zelfs zonder dat expliciet toestemming van de cliënt nodig is. Deze toestemming wordt juridisch gezien verondersteld. Maar het blijft de vraag welke gegevens echt nodig zijn ten behoeve van die materiële controle. De WGBO en de Beroepscode gaan uit van: 'niet meer dan noodzakelijk', waarbij het de professionele verantwoordelijkheid van de psycholoog is om niet meer privacygevoelige gegevens te verstrekken dan noodzakelijk is.

## Wie biedt er meer?

Om de marktwerking te bevorderen werd voor de EPZ geen centraal tarief vastgesteld. Lang bleef onduidelijk wat de zorgverzekeraars met het tarief zouden doen. De verwachting was dat hun tarief altijd lager uit zou komen dan dat van vrijgevestigde psychologen in het algemeen zelf al hanteerden. In 2007 lag het gemiddelde tarief in onze sector tussen € 75,- en € 110,- en soms zelfs daarboven. Het gros van de tarieven lag tussen de € 80,- en € 95,-.

In het najaar van 2007 deed het UVIT de eerste stap door digitale onderhandelings- en contracteerprocedures in de vorm van biedrondes voor alle vrijgevestigden: (eerstelijns) psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Gegadigden konden op gezette tijden een bod uitbrengen voor het tarief over 2008. Het UVIT gaf daarbij zelf al een maximum tarief aan per deelprestatie. Na polsing van collega-psychologen besloot ik mijn huid niet meteen te goedkoop te verkopen en mijn percentage te stellen op het tarief dat ik over 2007 al hanteerde en dat € 80,- bedroeg. Mijn bod bleek niet geaccepteerd.

Bij de uitnodiging voor de tweede ronde werd vermeld hoeveel zorgaanbieders uit mijn regio deelnamen aan de tweede biedronde en hoe mijn tariefaanbod zich verhiel tot dat van de andere aanbieders. Het leek erop dat het maximumtarief van het UVIT gebaseerd was op het tarief dat voor psychotherapeuten wordt gehanteerd. Dit maakte naar mijn gevoel de kans klein dat het UVIT voor EP een hoger tarief zou accepteren. Het had dus geen zin om hoger in te zetten. Op dat moment was ook nog onduidelijk wat andere zorgverzekeraars zouden doen met de tarieven. Dit alles vergrootte mijn onzekerheid. Ik kon het risico nemen om zonder contract te werken, met als voordeel dat ik mijn eigen tarief kon stellen, dat ik voor 2008 had opgehoogd naar € 82,50. Maar ik wist niet wat de markt zou doen. Als ik zonder contract ging werken, werd ik niet opgenomen op de lijsten van verzekeraars met misschien gevolgen voor de toevoer van cliënten. Wie wel contracten afsloten, namen dan misschien mijn plaats op de markt in. Ik besloot het zekere voor het onzekere te nemen en een tarief te bieden van € 76,90. Dit werd geaccepteerd, wat in vergelijking met mijn particuliere tarief voor 2008 een paar euro minder was.

Na de biedrondes van het UVIT kwamen de andere zorg-verzekeraars met een aanbod. Alsof ze er op hadden zitten wachten! Ik sloot met een zestal contracten af, met name met die zorgverzekeraars waarbij veel mensen in mijn regio verzekerd waren. De tarieven van de zorgverzekeraars met wie ik buiten het UVIT contracten afslot, lopen uiteen van € 79,- tot € 80,-. Zorgverzekeraar Achmea had daarbij nog een extraatje: hier kon ik kiezen uit een basiscontract van € 75,- of een kwaliteitscontract van € 80,- voor een individueel consult. Bij het kwaliteitscontract verplichtte ik me wel tot het volgen van door Achmea georganiseerde bijscholing. De eerste volgende bijscholingsdag gaat -hoe kan het ook anders- over de meting van het effect van behandelingen. Kosten: € 165,- door mij te voldoen.

## Inrichten van het administratieve proces

Om me voor te bereiden op de nieuwe ontwikkelingen moest ik evenals alle andere vrijgevestigde psychologen vanaf het najaar van 2007 een aantal acties ondernemen. Zo moest ik allereerst een persoonlijke AGB-code aanvragen en een voor mijn praktijk. Dit is een unieke code die betrekking heeft op naam, adres en praktijkgegevens. De zorgverzekeraar heeft deze code nodig om de (elektronische) declaraties te kunnen verwerken. Omdat alle zorgaanbieders deze code moesten hebben, ontstonden in het najaar van 2007

vertragingen rondom de afhandeling ervan. Wie nog geen AGB-code had, kon niet meedoen met de contracteerprocedures van de zorgverzekeraars. De code moest ook worden opgenomen in de administratiesystemen en deze systemen moesten bovendien alle voorwaarden uit de contracten gaan bevatten. Zo moest elke cliënt gekoppeld worden aan de juiste zorgverzekeraar, met alle bijbehorende gegevens en tarieven. Omdat de declaraties rechtstreeks naar de verzekeraar gaan, moet iedere gecontracteerde zorgverlener bij elke cliënt een controle uitvoeren of de cliënt wel verzekerd is (het zogenaamde Controle op Verzekeringsrecht: COV).

Ondanks beloftes dat ze in 2008 volledig operabel zouden zijn, bleken de software-aanbieders in het algemeen en ook de software-aanbieder met wie ik zelf werk op het cruciale moment niet gereed. Dit betekende dat ik mijn sessies niet kon declareren bij het factoringbureau. Toen ik destijds met mijn eigen praktijk begon, had ik bewust gekozen om te werken met zo'n bureau, zodat ik minder tijd aan administratie kwijt zou zijn en me meer kon richten op de vakinhoudelijke kant van mijn werk. Helaas ging die keuze met ingang van de nieuwe ontwikkelingen tegen mij werken. Ik kon mijn rekeningen niet declareren omdat mijn automatiseringssysteem er niet op berekend was. Als ik hierover met de softwareleverancier in beraad ging, wees die met een beschuldigende vinger naar het factoringbureau. En als ik vervolgens daar om hulp vroeg, werd me gezegd dat ik bij de softwarespecialist moest zijn. Een typisch geval van kastje naar de muur, waar heel wat tijd en ergernis in ging zitten. Het werd februari en ik had nog geen declaraties in kunnen dienen. Maar in april idem dito. Met het factoringbureau heb ik een contract dat declaraties gehonoreerd worden acht weken nadat ze ingediend zijn. Om een lang verhaal kort te maken: mijn eerste inkomsten werden op 10 juni op mijn rekening gestort. Ondertussen gingen mijn kosten wel gewoon door: de belastingdienst wilde haar geld, de huurbaas kon uiteraard ook niet wachten, evenals de telefoonmaatschappij en de diverse verzekeringsmaatschappijen. Ik was genoodzaakt om mijn reservepotje aan te spreken. Gelukkig had ik dat, evenals een partner met een eigen inkomen, al betekent het aanspreken van mijn reserves wel dat ik daarover renteverlies heb.

## Collega's

Is mijn verhaal misschien eenzijdig en verging het collega's anders? Collega's die zonder factoringbureau werken, hebben waarschijnlijk minder lang op hun geld moeten wachten. Maar ik schat dat zij toch gemiddeld zo'n drie maanden zonder inkomsten hebben gezeten. Om de ervaringen wat breder te peilen, distribueerde ik een klein vragenlijstje onder mijn collega's van het ROEP (Regionaal Orgaan Eerstelijnspsychologen) West-Brabant en die van Midden-Brabant. De collega's die eveneens contracten afsloten, geven aan dat zij ook veel problemen hebben gehad om hun administratie op orde te krijgen en zijn nu nog veel extra tijd kwijt aan administratie. Wel vinden zij het een meerwaarde dat hun diensten nu voor meer mensen toegankelijk zijn, doordat de financiële drempel aanzienlijk verlaagd is. De collega's die geen contracten afsloten, noemen als voordelen hiervan o.a. dat ze minder afhankelijk zijn van de ziektekostenverzekeraar en een meer eenvoudige praktijkadministratie hebben. Een van de respondenten gaf eveneens aan ook pas begin juni haar eerste inkomsten te hebben ontvangen. In het algemeen is de reactie dat respondenten het mede voor hun cliënten een goede zaak vinden dat de EPZ opgenomen is in het basispakket. Maar dit had ook gekund zonder het afsluiten van contracten.

Op de website [www.zorggeenmarkt.nl](http://www.zorggeenmarkt.nl) konden medewerkers uit de GGZ tot eind juli een vragenlijst invullen omtrent de marktwerking in de zorg. Op 10 juni hadden 4200 medewerkers deze lijst ingevuld. Driekwart van hen geeft aan dat ze willen dat de marktwerking in de zorg direct stopgezet en teruggedraaid wordt. Sommige van mijn collega's EP besloten geen contracten af te sluiten. Op de laatste ledenvergadering van ons ROEP zaten zij er heel ontspannen bij. Ze hanteerden hun eigen tarief dat in 2008 weer iets omhoog was gegaan (rond de 85 euro gemiddeld), hun cliënten konden gewoon declareren bij de ziektekostenverzekeraars, ze waren geen uren kwijt geweest aan administratie en automatisering en het aantal aanmeldingen was niet teruggelopen. Tot op de dag van vandaag worden ze nog steeds benaderd door ziektekostenverzekeraars, die hen willen overhalen om alsnog contracten af te sluiten. Maar waarom zouden ze?

## Besluit

Afgezien van het uitstel van betalingen en de gederfde inkomsten, kostte de overgang naar de basisverzekering mij uren achter de computer. Uren die ik niet aan vakinhoudelijke zaken of bijscholing kon besteden, of gewoon aan mezelf en mijn gezin. In de eerste maanden van 2008 sliep ik slecht, mijn spieren waren gespannen, ik was vrijwel alleen nog maar aan het werk. Ik raakte snel geïrriteerd en piekerde over allerlei doemscenario's. Ik moest alle zeilen bijzetten om de stress niet ten koste te laten gaan van mijn eigenlijke werk: het behandelen van cliënten. Inmiddels is er iets meer rust: mijn declaratiesysteem werkt en de inkomsten komen weer binnen. De eerste helft van 2008 is voorbij en de eerste ziektekostenverzekeraar heeft al weer aan mijn deur geklopt om me over te halen ook voor 2009 een contract af te sluiten. Ik ga me hierover de komende maanden nog maar eens goed beraden.

\* Dr. E. van den Heuvel werkt als eerstelijnspsycholoog bij De Psychologenpraktijk Breda (evdheuvel@dppbreda.nl).

Email: evdheuvel@dppbreda.nl

## Bronnen

1. LVE Nieuwsflits nr 2 (26-03-2007), nr 4 (28-06-2007), nr 8 (20-09-2007), nr 15 (06-11-2007), nr 16 (15-11-

2007), nr 18b (04-12-2007)

© 2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten