

ADVIES NZa

# VRIJE PRIJZEN VOOR DEPRESSIE & ANGST

MARTY PN VAN KERKHOF  
MVKERKHOF@PSY.NL

**Volgend jaar gaan de ggz en de verslavingszorg de weg van de vrije prijsvorming op. Tenminste, dat is wat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de bewaker van de zorgmarkten, heeft voorgesteld aan minister Klink van Volksgezondheid. Alle aanbieders moeten gelijke kansen krijgen.**

**G**oed nieuws voor cliënten van de eerstelijnspsycholoog. De eigen bijdrage van tien euro per sessie gaat, als het aan de NZa ligt, verdwijnen. 'Wij zijn voor een gelijk speelveld', zo motiveert voorzitter a.i. Cathy van Beek dit voorstel. De discussie rond de eigen bijdrage komt aan de orde in de zogeheten uitvoeringstoets Curatieve GGZ, waarin de Zorgautoriteit een globale rou-tebeschrijving geeft naar 'vrije prijzen in de ggz' (zie kader). Volgens Van Beek is de eigen bijdrage voor de eerstelijnspsycholoog niet meer op zijn plaats. Dit jaar is de eigen bijdrage in de tweedelijns ggz al geschrapt. Cliënten zouden daardoor

om financiële redenen te snel naar de specialistische ggz kunnen gaan. 'We vinden dat de politiek een consistente lijn moet kiezen. De eigen bijdrage moet dus óf voor zowel de eerste als de tweedelijns gelden óf helemaal afgeschaft worden.' De rode draad in het advies aan de minister is om een 'gelijk speelveld' voor alle aanbieders in de ggz te creëren. Nu is het budget van instellingen voor de ambulante zorg nog min of meer gegarandeerd. De NZa wil van dat 'vangnet' af om nieuwe aanbieders en vrijgevestigden - zij worden al via dbc's betaald - gelijke kansen te geven. De tweede leidraad is het consumentenbelang. De NZa betoogt dat het haar te doen is om 'betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg' voor de consument te garanderen. Van Beek erkent dat er een spanningsveld zit tussen betaalbaarheid van de zorg en de kwaliteit. 'Cliënten en patiënten hebben er alle belang bij dat ze kwalitatief goede zorg krijgen. Terwijl de premiebetaler, de consument dus, vooral graag ziet dat de premies laag blijven. De kunst is om die

twee belangen met elkaar in evenwicht te brengen.'

## THOMASHUIZEN

Maar zeker in de ggz is er nog veel onduidelijkheid over de kwaliteit van zorg. De NZa onderkent dat ook. In haar advies schrijft ze: 'Voor consumenten is geen eenduidige informatie beschikbaar die een keuze op basis van kwaliteit mogelijk maakt'. Toch is de keuze om volgend jaar als eerste de ambulante markt van angst- en depressiestoornissen bij volwassenen en ouderen vrij te geven voor een belangrijk deel gebaseerd op kwaliteitsargumenten. 'Voor deze aandoeningen zijn wel richtlijnen en protocollen ontwikkeld', zegt Van Beek. 'Bovendien is er veel bekend over welke behandelingen het beste werken.' Daarbij is er voldoende aanbod voorhanden, zodat de prijzen gematigd blijven, en maken deze aandoeningen een substantieel deel uit - tien procent - van alle ambulante dbc's. Anders ligt het bij de klinische zorg die korter dan een jaar duurt. Volgens de

NZa zit liberalisering er de eerste tijd zeker niet in. Allereerst is er gebrek aan concurrentie omdat het aanbod geconcentreerd is binnen een beperkt aantal instellingen. En ten tweede is de zogenoemde schadelast voor verzekeraars moeilijk te voorspellen. Dat komt onder meer doordat er weinig gegevens bij het DBC Informatie Systeem (DIS) binnenkomen. Dus is het onbekend hoe duur een behandeling is.

Van Beek denkt dat er in de klinische zorg op termijn best meer concurrentie mogelijk is. 'In de gehandicaptenzorg hebben, om een voorbeeld te noemen, de kleinschalige Thomashuizen een grote vlucht genomen. Waarom zou zo iets in de ggz niet kunnen? Waar het ons om gaat is dat de cliënt meer keuzes krijgt, ook als het om kortdurende opnames gaat.'

### OVERGANGSPERIODE

Dat de NZa toch terughoudend zal blijven met het vrijgeven van de klinische zorg heeft te maken met de kapitaallasten, zoals huisvesting. 'Die drukken zwaar op de huidige instellingen, terwijl nieuwe toetreders daar veel minder hinder van hebben.' Oftewel, het ontbreekt nu nog aan een gelijk speelveld voor iedereen. Daarom adviseert de Zorgautoriteit een overgangperiode van vier jaar - van 2011 tot 2014. In die tijd wordt de budgetgarantie voor de klinische zorg geleidelijk afgebouwd. 'We gaan dat op de voet volgen en bekijken of we na 2014 over kunnen gaan op betaling via dbc's.'

In het advies van de NZa wordt eindelijk een oplossing aangereikt voor de financiering van anonieme internetbehandelingen. Al jaren wordt daar over gesproken. Op zich is een internetbehandeling geen probleem. Wie bereid is zijn burgerservicenummer en polisnummer van zijn verzekeraar op te geven, kan in principe overal terecht. De verzekeraar betaalt, net zoals hij dat voor een face-to-face behandeling doet. Anonimiteit is echter onverkoopbaar in het systeem van de Zorgverzekeringswet, terwijl die wel heel sterk in de internetcultuur ingebakken

zit. Experimenten van aanbieders liepen daarom nogal eens juist op dit punt stuk. Want, was telkens weer de vraag, wie gaat al die behandelingen aan niet-identificeerbare individuen betalen?

De NZa stelt voor om anonieme *e-mental health* voortaan uit het - nog niet bestaande - zorgverzekeringswetfonds te betalen. Dit is een fonds waaraan alle

## VANAF 2010 KAN DE GGZ TUSSENTIJD DECLAREREN

zorgverzekeraars bijdragen en waaruit dit soort posten, die niet in de systematiek van de Zorgverzekeringswet passen, bekostigd worden. Van Beek vindt het hoog tijd om het probleem van de anonieme internetbehandelingen op te lossen: 'Uit onderzoek blijkt dat dit soort internetbehandelingen voor bepaalde groepen zoals hoogopgeleide vrouwen en jongeren zeer effectief is en een goede aanvulling op het gewone zorgaanbod. Het voordeel van een anonieme behandeling is dat zij drempelverlagend werkt. Mensen die zich anders niet voor, zeg

maar, hun alcoholprobleem zouden laten behandelen, gaan daar nu wel toe over.' Opvallend is dat in het advies met geen woord gerept wordt over de krediet- en economische crisis die door de wereld raast. Een naïeve lezer zou kunnen denken dat de ggz zo afgeschermd is dat zij immuun is voor de huidige recessie. 'Dat is absoluut niet onze bedoeling geweest', zegt Van Beek. 'De crisis raakt zeker ook de zorg. Denk maar aan de banken die steeds terughoudender zijn geworden met het verstrekken van leningen aan zorgaanbieders.' Liquiditeitsproblemen raken de ggz juist in sterke mate, omdat in vergelijking met de ziekenhuizen de dbc's in deze sector een veel langere doorlooptijd hebben, gemiddeld acht à tien maanden.

Dit was al langer een doorn in het oog van vrijgevestigde therapeuten en instellingen. Om hieraan tegemoet te komen heeft de NZa het rentetarief dat aanbieders in rekening kunnen brengen bij zorgverzekeraars al verhoogd. Belangrijker is dat het al vanaf 2010 mogelijk wordt om tussentijds te declareren met deel-dbc's. Aanbieders hoeven dan niet te wachten met declareren tot de behandeling beëindigd is, maar kunnen bijvoorbeeld halverwege het behandeltraject, met 'termijnbedragen' alvast een deel van de factuur innen. 'Dit jaar gaan we daarvoor de beleidsregels aanpassen. Vanaf januari volgend jaar zou het dan mogelijk moeten zijn om tussentijds te declareren.'

## OP WEG NAAR VRIJE PRIJZEN

De NZa stelt voor om:

- de tarieven voor angst- en depressiestoornissen vrij te geven. Aanbieders kunnen voortaan met verzekeraars over de prijs onderhandelen;
- vanaf januari 2010 alle ambulante zorg via dbc's te bekostigen. De budgetgarantie die instellingen nu nog krijgen, komt daarmee te vervallen;
- de budgetgarantie voor klinische zorg - korter dan een jaar - blijft nog gehandhaafd. Vanaf 2011 wordt die geleidelijk afgebouwd;
- de prijzen in de jeugd-ggz niet vrij te geven, zolang er een tekort is aan kinder- en jeugdpsychiaters;
- anonieme internetbehandeling te betalen uit het zorgverzekeringswetfonds;
- de administratieve lasten van aanbieders te verlichten door de indirect patiëntgebonden tijd in de tarieven te verwerken.