

Enquête-rapport

Werken als vrijgevestigde zorgaanbieder in de ggz 2017

Inhoud

Voorwoord	3
Rapport Vrijgevestigde GGz Enquete 2017	5
1. Beschrijving van de respondenten	6
2. Resultaten jeugdhulpstelsel (Jeugdwet)	
2.1 Het ggz-stelsel voor jeugd naar nieuwe inkoopmodellen van inkoop	6
2.2 Transformatie jeugdhulp: Naar integrale jeugdhulp?	7
2.3 Transformatie jeugdhulp: Eerder de juiste hulp	8
2.4 Transformatie jeugdhulp: Tijdig gepaste hulp?	9
2.5 Transformatie Jeugdhulp: Meer ruimte voor professional door vermindering regeldruk	9
2.6 Tarief	11
2.7 Privacy	11
2.8 Outcome/Rom	12
3. Resultaten zorgstelsel GGz (zorgverzekeringswet)	
3.1 Het GGz-stelsel voor volwassenen	13
3.2 Toegang, verwijzing en wachtlijsten	14
3.3 Administratieve last	15
3.4 Privacy	15
3.5 Contracten met zorgverzekeraars	16
3.6 Vergoeding van zorg	16
3.7 Verantwoording	16
4. POH-ggz	17

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage van de jaarlijkse enquête onder vrijgevestigde leden naar hun ervaring met de volwassenen ggz in de Zorgverzekeringswet en met de jeugd-ggz in de Jeugdwet. Ook in 2017 heeft het NIP weer een vragenlijst uitgezet bij leden van verenigingen aangesloten bij P3NL¹. Waar in voorgaande jaren de wijzigingen vooral de beroepsuitoefening en werkomgeving van de vrijgevestigde beïnvloeden in de volwassenen ggz (Zorgverzekeringswet), spelen meer recent de ingrijpende veranderingen in de jeugd-ggz onder de Jeugdwet en de gemeentelijke inkoop van jeugdhulp een steeds grotere rol.

De resultaten van deze enquête 2017 laten zien dat het tempo van de transformatie van de jeugdhulp laag is. Resultaten die aansluiten wat ook anderen al gerapporteerd hebben (bijvoorbeeld Transitie-autoriteit en GGZ NL). De trage transformatie leidt tot zorgen bij zorgaanbieders en patiënten. Zorgen die inmiddels ook op politiek niveau aan de orde komen. De grote beleidsvrijheid van gemeenten om de jeugdhulp vorm te geven leidt vooral tot toenemende administratie- en verantwoordings-verplichtingen en tot steeds krappere budgetten en lagere tarieven. Er is hierdoor minder geld beschikbaar voor de daadwerkelijke zorg en voor innovatie en kwaliteitsborging. Overigens, niet alleen bij solistisch werkende GGz aanbieders, maar ook bij kleine en grote instellingen. De beoogde betere toegang naar samenhangende zorg blijft daardoor uit. Het NIP dringt bij de systeemverantwoordelijke rijksoverheid aan op meer regie zodat er meer tempo komt, op een meer eenduidige richting van de transformatie en een betere afbakening van de beleidsvrijheid van de lokale overheid. In de volwassenen ggz onder de Zvw is er sprake van een relatieve 'stilte voor de storm' en wacht men de meer structurele verandering door invoering van het clustermodel in 2020 af. Toch spelen ook hier kwesties als het ROM-men, het verplichte Kwaliteitsstatuut, de wachtlijstproblematiek, de tarief- en budget discussies en de groeiende administratieve lasten. Kleine zorgaanbieders ervaren dat er doorgaans geen dialoog met de zorgverzekeraar mogelijk is. Zij ervaren het contracteerproces nog steeds als eenrichtingsverkeer met 'tekenen bij het kruisje'.

Het NIP en haar samenwerkingspartners in P3NL blijven op basis van de uitkomsten van de enquête overheid en financiers aanspreken op de boven beschreven problemen. We voorzien deze problemen allereerst in jeugd-ggz waar per 1 januari 2018 weer grote wijzigingen in de inkoopsystematiek van jeugd-ggz worden doorgevoerd die tot forse uitvoeringsproblemen dreigen te leiden. De helft van de respondenten heeft zes maanden voor de invoering nog steeds niet gehoord voor welke systematiek (uitvoeringsvariant) de gemeente heeft gekozen. Het is dus heel goed dat de VNG, mede op verzoek van het NIP en de LVVP, inmiddels een centrale aandachtsfunctionaris voor vrijgevestigde GGz-aanbieders heeft aangesteld. Juist om beide partijen (de aanbieders, maar zeker ook de gemeenten) bij

¹ P3NL vertegenwoordigt negen wetenschappelijke en beroepsverenigingen waarbij ruim 36.000 psychologen, psychotherapeuten en pedagogen zijn aangesloten, die dagelijks aan de slag zijn op het gebied van zorg, jeugdhulp en ondersteuning. Deze verenigingen zijn NIP, NVO, NVGzP, VGct, VPep, VKJP, NVRG, NVVS en VEN. Voor meer info zie: www.p3nl.nl

te staan bij de inkoop van vrijgevestigde GGz. In de nieuwe inkoopssystematiek van de gemeenten en in de nieuwe aanbestedingsprocedures dient het specifieke aanbod van de vrijgevestigde niet verloren te gaan.

In het volwassenen domein blijft de aandacht voor verlaging administratieve lasten, billijk inkoopbeleid en een goede voorbereiding van het nieuwe zorgstelsel in 2020 zodat dit voor alle partijen uitvoerbaar is en de huidige problemen worden opgelost. De enquête-uitkomsten geven het NIP munitie voor de onderhandelingen aan de verschillende tafels waar over deze onderwerpen wordt gesproken en besloten.

We bedanken de leden van het NIP en andere psychologenverenigingen van P3NL, de medewerkers van het NIP-bureau en de leden uit de sectie GGZ en sector Jeugd voor hun bijdrage aan het rapport.

Manja Bosch
Voorzitter bestuur sectie GGZ NIP

Flip Dronkers
Voorzitter bestuur sector Jeugd NIP

Utrecht, 1 augustus 2017

Rapport Vrijgevestigde GGz Enquête 2017

Net als in voorgaande jaren heeft het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) een enquête bij de vrijgevestigde zorgaanbieders ggz afgenomen. Aanbieders (psychologen, psychotherapeuten, pedagogen) die lid zijn van het NIP en/of andere verenigingen van P3NL². De beroepsuitoefening en de werkomgeving van de vrijgevestigde zorgaanbieder binnen de geestelijke gezondheidszorg is al jaren aan veel veranderingen onderhevig. In 2014 heeft een stelselherziening in de volwassenenzorg plaatsgevonden, waarbij de Generalistisch basis ggz (Gbggz) en de Gespecialiseerde ggz (GGGz) zijn ingevoerd. Als gevolg hiervan is de rol van de huisarts al dan niet in combinatie met de POH-ggz van groter belang geworden. Daarnaast is de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in 2015 van het Rijk naar de gemeenten overgeheveld. De ggz is sindsdien verder in beweging met het Bestuurlijk akkoord GGz dat in 2015 werd opgevolgd door de Agenda GGz voor Gepast gebruik en Transparantie. Kern daarvan is de effectiviteit in de GGz te versterken met minder administratieve lasten, gebruik van zorgstandaarden en uitkomstmetingen, meebeslissen van cliënten over hun behandeling en een meer op de zorgpraktijk toegeruste bekostiging. De grootste verandering is de introductie per 1 januari 2017 van het verplichte Kwaliteitsstatuut voor alle aanbieders van ggz in de Zorgverzekeringswet. De vrijgevestigde aanbieders hebben in 2016 hard gewerkt om voor die datum een op hun praktijk afgestemd Kwaliteitsstatuut geaccordeerd, geregistreerd en gepubliceerd te krijgen. Hieruit voortvloeiend is de verplichting tot ROM en het aanleveren van ROM-data (via SVR, Stichting Vrijgevestigden ROM) aan SBG. In 2015 is de jeugd-ggz overgeheveld van de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet, en is de jeugd-ggz onderdeel geworden van de transformatie van de brede jeugdhulp, waarbij de gemeenten decentraal aan het stuur zijn. De vraag is natuurlijk wat dit allemaal doet met de beroepsuitoefening en de werkomgeving van die vrijgevestigden.

Dit rapport dient als basis voor het NIP en haar samenwerkingspartners om de knelpunten bij relevante partijen te adresseren en wordt gebruikt om de belangen van de leden te behartigen. De resultaten zullen allereerst met de NIP-leden intern besproken worden, maar zullen ook als input dienen voor de gesprekken met voor het NIP belangrijke stakeholders (P3NL-leden), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), gemeenten, zorgverzekeraars en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

Net als in het voorgaande jaar zijn de resultaten van het rapport opgesplitst per domein: een deel voor de zorg binnen de kaders van de Jeugdwet: 'het jeugdhulpstelsel' en een deel voor de zorg binnen de zorgverzekeringswet: 'het zorgstelsel'. Aangezien zowel vrijgevestigde zorgaanbieders in het zorgstelsel als in het jeugdzorgstelsel met de opkomst van de POH-ggz in het veld te maken hebben, is besloten om dit onderwerp voor beide stelsels gezamenlijk te bespreken in een aparte paragraaf.

In de eerste paragraaf wordt een beschrijving van de respondenten gegeven. In de tweede paragraaf worden de ervaringen van zorgaanbieders in het jeugddomein behandeld en in de derde paragraaf worden de ervaringen van de vrijgevestigden in het volwassenendomein

² Voor meer info over P3NL zie www.p3nl.nl

besproken. Tenslotte wordt in paragraaf vier nog kort aandacht besteed aan de uitkomsten met betrekking tot de POH-ggz .

1. Beschrijving van de respondenten

Het NIP heeft de huidige enquête onder leden uitgezet die vrijgevestigde zorgaanbieder binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn. Ook andere verenigingen van P3NL, namelijk NVO, VKJP, VGct, NVVS en de NVGzP, hebben de enquête onder hun vrijgevestigde leden verspreid. Daarnaast heeft de NVGzP ook een eigen vragenlijst uitgezet onder haar leden in de sector Jeugd, waarvan een groot deel vrijgevestigd. In totaal hebben 285 zorgaanbieders de NIP-vragenlijst ingevuld. De meerderheid van de ondervraagden (68%) heeft minimaal een lidmaatschap bij het NIP, daarnaast hebben 28% van de respondenten een lidmaatschap bij NVGzP, 24% lidmaatschap bij NVO, 27% bij NVVS en 16% bij VGct. Zo'n kleine 80% van de respondenten is vrouw 60% is ouder dan 50 jaar. Van alle respondenten werkt 70% 25 uur of meer per week als vrijgevestigde in eigen praktijk, en 82% haalt hun primaire inkomen uit de eigen praktijk.

2. Resultaten jeugdhulpstelsel (Jeugdwet)

2.1 Het GGz-stelsel voor jeugd naar nieuwe modellen van inkoop

Gemeenten en zorgaanbieders zijn sinds 2015 samen verantwoordelijk voor jeugdhulp. Jeugd GGz maakt hier onderdeel van uit. 2017 is het laatste jaar dat het model van de Gbggz en de GGGz gebruikt wordt in de jeugd-ggz. Vanaf 2018 wordt jeugd-ggz niet meer afgerekend met behulp van de DBC-systematiek. Bij de overgang van de jeugd-ggz naar de Jeugdwet is bestuurlijk afgesproken dat de eerste drie jaar nog het model van de Zorgverzekeringswet gehanteerd kon worden. Sommige gemeentelijke inkoopregio's hebben er voor gekozen om al een jaar eerder met de nieuwe inkoopmodellen ('zgn. uitvoeringsmodellen'³) te gaan werken.

Voor die gemeenten die nog werkten met de Gbggz, GGGz-systematiek geldt dat lopende jeugd-ggz-trajecten die administratief moeten worden beëindigd per 31-12-2017 met een harde afsluiting. Dit geldt ook voor zorgtrajecten die doorlopen in 2018. Vanaf 2018 stuurt de gemeenten toewijzingsberichten naar de zorgaanbieders die horen bij de gekozen uitvoeringsvariant. Cliënten van wie de zorg doorloopt in 2018 dienen eind 2017 al een nieuwe toewijzing te krijgen die ingaat per 1 januari 2018. Al met al een hele administratieve operatie, voor gemeenten en aanbieders.

Uit de enquête blijkt dat op peildatum mei 2017 nog 81,2% van de respondenten op basis van Gbggz-prestaties en/of DBC-producten declareren en dat 77% nog niet geïnformeerd is dat de gemeenten met andere/nieuwe productcodes gaat werken. 55% is ook nog niet geïnformeerd over de wijziging in het berichtenverkeer, de gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen gemeente en aanbieders. Veel respondenten maken zich hierover zorgen, ook al omdat de gemeenten verschillende productcodes gebruiken (zelfs

³ Zie <http://i-sociaaldomein.nl/drie-uitvoeringsvarianten-wmo-en-jeugdwet>

binnen 1 gemeentelijke inkoopregio⁴). De respondenten (18,8%) die aangeven wel al met de nieuwe producten te werken, geven aan dat dit proces nog zeker niet goed werkt 'verschillende gemeentes hanteren verschillende productcodes en informeren ons niet of te laat' en is er nog veel sprake van 'kinderziektes' aan de kant van de gemeenten. ICT aanpassingen vergen tijd, en ook registratie- en declaratieprocessen zijn nog niet goed uitgewerkt. NIP is hierover, samen met GGZ NL, continue in gesprek met i-Sociaal Domein en de VNG.

2.2 Transformatie jeugdhulp: Naar integrale jeugdhulp?

Gemeenten en zorgaanbieders zijn sinds 2015 gezamenlijk verantwoordelijk voor een meer samenhangende jeugdhulp. Jeugd- en opvoedhulp, jeugd-ggz, lvb jeugdzorg dienen meer afgestemd jeugdhulp te bieden. Dat betekent dat zij gezamenlijk ervoor moeten zorgen dat kinderen en jongeren zich veilig en gezond kunnen ontwikkelen: thuis, op school en in de wijk. Dit is één van de 'transformatie-doelen' die met de invoering van de Jeugdwet worden beoogd.

Andere transformatiedoelen zijn o.a. :

- Eerder de juiste hulp op maat bieden om het gebruik van dure gespecialiseerde hulp te verminderen.
- Preventie en uitgaan van de eigen kracht van jeugdigen, ouders en sociale omgeving
- Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'. (ontschotting van budgetten).
- Meer ruimte voor professionals door vermindering van regeldruk.

In de enquête is gevraagd naar de communicatie en samenwerking met de gemeenten. Van de respondenten geeft 45,7% aan dat ze deze typeren als matig tot slecht. In de toelichting komt naar voren dat men de communicatie als bureaucratisch ervaart. Er is vaak sprake van slechte communicatie tussen afdelingen van de gemeente (zorgtoewijzingen/beschikkingen) en de inkooporganisatie. En er is sprake van beperkte samenwerking met de lokale wijkteams. Slechte bereikbaarheid, niet weten waar men terecht kan en gebrek aan kennis over de jeugd-ggz worden veelvuldig genoemd als knelpunten. En "de medewerkers van gemeenten komen en gaan".

Over de samenwerking met andere aanbieders van jeugdhulp wordt door 40% van de respondenten aangegeven dat die samenwerking goed verloopt. De overige 60% geven aan dat er in de samenwerking nog veel verbeterd moet worden. Men geeft aan dat er nog vaak sprake is van eilandjes en van vasthouden aan de "eigen cultuur" van de instelling. Er wordt wel veel samengewerkt met andere vrijgevestigde aanbieders van jeugd-ggz. En daar waar nodig wordt ook met andere zorgaanbieders contact gezocht en samengewerkt, zoals met andere typen aanbieders van jeugdhulp (60%), ggz-behandelaars van volwassenen (52%), met maatschappelijke werk /wijkteams (47%) het onderwijs (60%), de psychiater (46%) en Veilig thuis (32%).

⁴ De inkoop van Jeugd-GGZ is veelal een regionaal gebeuren, gemeenten werken dan regionaal samen om inkoopbeleid vorm te geven. Op dit moment zijn er zo'n 48 inkoop-regio's. zie ook www.vng.nl

Zoals uit de vorige paragraaf al bleek, heeft de inkoop van jeugd-ggz door gemeenten in de afgelopen 2 jaar nog vooral plaatsgevonden via de specifieke GGz systematiek, Gbggz en GGGz producten (81,2%) en is er maar zeer beperkt (18,8%) gepoogd om met de inkoop van meer integrale producten de transformatie naar integrale jeugdhulp te bevorderen. Een veel gehoorde klacht is dat de tarieven die door gemeenten worden geboden zodanig laag zijn dat die innovatie (investeren in nieuwe samenwerking) en kwaliteitsborging (investeren in deskundigheid van zichzelf en van anderen) niet bevorderen.

2.3 Transformatie jeugdhulp: eerder de juiste hulp?

Toegang en verwijzing

Het doel van het nieuwe stelsel is om het jeugdbeleid en de voorzieningen efficiënter en effectiever te maken. Door de zorg die toegankelijk is zonder de toestemming (beschikking) van de gemeente, (bijvoorbeeld een vrij toegankelijk opvoedondersteuningsactiviteit of een vrij toegankelijke dagbesteding, de signalerings-, advies- en ondersteuningstaken van de jeugdgezondheidszorg, het wijkteam, het CJG en de huisartsen) beter en meer geïntegreerd te organiseren kan lichte, vroegtijdige en vrij-toegankelijke hulp en ondersteuning thuis, in de wijk of op school worden aangeboden. Door deze hulp te versterken zou er minder doorverwezen hoeven te worden naar de (niet vrij-toegankelijke) specialistische hulp. Voor de niet vrij-toegankelijke hulp is altijd een zorgtoewijzing / een beschikking nodig om zeker te zijn van betaling van de factuur door de gemeente. Vrijgevestigde GGz-aanbieders bieden niet vrij-toegankelijke hulp.

De meerderheid van de respondenten (78,3%) geeft aan dat hun cliënten nog steeds verwezen worden door de huisartsen. Dit percentage is iets gezakt ten opzichte van vorig jaar (87%), in 2015 was dit 89%. Slechts 8,3% wordt verwezen via het wijkteam/CJG of sociaal team. In 2016 was dit 4%. Met andere woorden, de toegang tot de gespecialiseerde jeugdhulp lijkt voorsnog niet snel te veranderen. Zeker als men daar aan toevoegt dat zo'n 50% van de respondenten aangeeft meer aanmeldingen te hebben gehad in de eerste helft van 2017 dan in 2016.

De poortfunctie die het wijkteam zou moeten vervullen zodat, als daar aanleiding toe is, integrale hulp kan worden geboden inclusief jeugd-ggz, lijkt kwantitatief nog niet echt van de grond te komen. Maar ook kwalitatief lijkt het er op dat er nog voldoende ruimte voor verbetering is. Op de vraag hoe de doorverwijzing verloopt door een wijkteam/CJG/sociaal team geeft 46,3% aan dat de meerderheid correct doorverwezen wordt en 28,7% dat doorverwijzing niet correct verloopt. Ook geeft 32,4% aan dat er niet tijdig wordt doorverwezen. Uit de toelichting op de antwoorden in de enquête blijkt dat diegenen met goed contact met een wijkteam/CJG/sociaal team ook correcte en tijdige doorverwijzingen krijgen. Dit goede contact uit zich in korte lijnen waardoor gemakkelijk overlegd kan worden en ook helder wordt wat de gedragswetenschapper kan bieden bij bepaalde hulpvragen.

2.4 Transformatie jeugdhulp: tijdig gepaste hulp?

Aanmeldingen en wachtlijsten

De jeugdhulp werd gedecentraliseerd om snel hulp te bieden. Het effect blijkt tegengesteld. Uit een inventarisatie door onderzoeksbureau MediQuest⁵ van de wachttijden bij jeugd-ggz (mei 2017) over het eerste kwartaal van 2017 bleek dat veel GGz aanbieders er niet in slagen om jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen binnen de afgesproken Treeknormen te ontvangen. Ook 56,6% van de respondenten van deze NIP enquête geven aan een wachtlijst te hanteren. De gemiddelde aanmeldwachttijd is 7,2 weken en de behandelwachttijd 4,2 weken. De hoofdreden (91,9%) hiervoor is dat er meer patiënten verwezen worden dan behandeld kunnen worden in het aantal beschikbare uren. Veel tijd gaat verloren aan de grotere administratieve last (zie ook onder Administratieve last). 33,1% geeft aan dat de patiënten meer zorg nodig hebben en daardoor dus minder uren beschikbaar zijn voor nieuwe patiënten (zwaardere problematiek). 25% geeft aan dat het omzetplafond voor de desbetreffende gemeente is bereikt. De meerderheid (57,5%) communiceert overigens niet richting gemeente als de wachttijden langer zijn dan de Treeknormen. Het NIP roept op om daarover wel melding te doen en in overleg te treden met de aspirant cliënt of de persoon in kwestie wil wachten of dat ervoor kiest om een andere hulpverlener te zoeken.

Kortom, de transformatiedoelstelling ‘eerder de juiste hulp’ lijkt met de overheveling naar de gemeenten nog niet goed tot stand te komen. Kinderen kunnen niet tijdig terecht en snelle op maat gesneden hulp dichterbij is ook nog niet gerealiseerd. Aangezien de belangrijkste reden is, dat het aantal beschikbare uren te kort schiet, lijken de wachtlijsten dus veroorzaakt te worden door een krappe inkoop van behandelingen door gemeenten. Gemeenten kampen met krimpende jeugdhulpbudgetten als gevolg van bezuinigingen door het Rijk. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten zegt dat bij te lange wachttijden „gemeenten het initiatief nemen” om „het gesprek aan te gaan” met zorginstellingen. „Steeds meer gemeenten doen onderzoek naar de oorzaken van wachttijden.”

Staatssecretaris van Rijn dient, naar aanleiding van spoeddebat inzake de lange wachtlijsten in de jeugdhulp in de Tweede Kamer op 21 juni, ervoor te zorgen dat wachtlijstinformatie inzichtelijk en eenvoudig te raadplegen is zodat gemeenten beter aan hun jeugdhulpplicht kunnen voldoen, en er daartoe voor te zorgen dat alle instellingen de gegevens over wachtlijsten en wachttijden (verplicht) gaan publiceren⁶.

2.5 Transformatie Jeugdhulp: Meer ruimte voor professionals door vermindering van regeldruk

Administratieve last

(a) De problemen die de jeugdhulp plagen sinds de overheveling naar gemeenten van begin 2015, dreigen een blijvend karakter te krijgen. Dat staat in de onlangs verschenen jaarrapportage van de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ)⁷, die namens het Rijk toeziet op de transitie van de jeugdzorg. Het feit dat de rompslomp maar niet verdwijnt, hangt volgens de TAJ samen met de gemeentelijke vrijheid om het betalingsverkeer naar eigen inzicht in te

⁵ Zie <http://home.mediquest.nl/persbericht/wachttijd-intake-ggz-45-instellingen-norm>

⁶ Zie <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdhulp/nieuws/terugblik-vergadering-vng-subcommissie-jeugd-29-juni>

⁷ Zie <https://transitieautoriteitjeugd.nl/nieuws/persbericht-jaarrapportage-taj-24-maart-2017>

richten. Er bestaan inmiddels landelijke standaarden, maar die zijn niet verplicht. De staatssecretaris heeft aangekondigd in het voorjaar 2017 te komen met wetgeving om standaardisatie voor te schrijven. Aanbieders hebben contracten met tientallen gemeenten, vaak met uiteenlopende factuureisen, betalingstermijnen en behandelcodes en daardoor hoge administratieve lasten. Daar waar minder regionale afstemming tussen gemeenten plaatsvindt over bijvoorbeeld de werkwijze van wijkteams en administratieve processen, leidt dat tot grotere overhead bij zorgaanbieders.

(b) Bijna de helft van de respondenten (46,6%) besteedt 16-35% van de totale werkuren aan administratie. Dit is gelijk aan de resultaten van 2016. Echter, een derde (32,9%) besteedt minder dan 16% van de werktijd aan administratie. Ten opzichte van de resultaten van 2016 (15%) is dit een toename. Oftewel, een grotere groep lijkt minder tijd te besteden aan administratieve taken in 2017 ten opzichte van 2016. Hier tegenover staat dat een ruime meerderheid (65,6%) van de respondenten ervaart dat de administratieve last is toegenomen ten opzicht van vorig jaar. Slechts 5,3% geeft aan dat het is afgenomen. Deze afname is niet zozeer een gevolg van minder administratieve lasten, maar is enerzijds (a) het gevolg van uitbesteden van administratiewerk aan extern ingehuurde administratiekantoren en (b) anderzijds door met minder gemeenten contracten aan te gaan. Het inhuren van externe administratiekantoren gaat uiteraard wel ten koste van budget en tarief. Ook kiezen aanbieders er voor om contractvrij te werken en alleen hulp te bieden aan ouders die dit zelf bekostigen.

(c) Administratieve belasting kent vele facetten en komt voor in de contractering; bij de aanvraag & toewijzing van zorg; bij het factureren & declareren van de zorg. De meerderheid van de respondenten oordeelt over het algemeen niet positief over de informatievoorziening vanuit de gemeenten.

Het contracteringsproces verschilt per gemeentelijke regio en met name aanbestedingsprocedures worden door de kleine zelfstandigen als zeer complex en tijdrovend beschouwd (45,1%). Daarnaast zijn veel gemeenten terughoudend in het afsluiten van meerjarige contracten, waardoor jeugdhulpaanbieders elk jaar dit proces door moeten.

Het proces van aanvraag zorgtoewijzingsbesluit wordt door 40,1% als matig tot slecht ervaren, 27,6% neutraal en 32,2% goed tot zeer goed. De respondenten die ontevreden zijn geven aan dat het een traag proces is dat te lang duurt voordat de jeugdige patiënt echt in zorg kan worden genomen.

Ten aanzien van het declaratie- en facturatieproces geeft 60,8% van de respondenten aan dat communicatie (berichtenverkeer) over en van het declaratie- en facturatieproces met de verschillende gemeenten slecht verloopt. Het factuur/declareerproces verloopt volgens 74,7% van de respondenten niet naar wens. Het is een traag proces en verschillend per gemeente, waardoor het veel tijd en geld kost. Dit percentage over het declaratie- en facturatieproces is lager dan voorafgaande jaren (70% in 2016 en 85% in 2015) en hierin is dus een (kleine) verbetering zichtbaar.

Overigens, zoals al eerder gesteld, declareert 81,2% van de respondenten in 2017 nog op basis van zorgprestaties en/of DBC-producten en maar 18,8% heeft al ervaring met een van de nieuwe uitvoeringsvarianten (productcodes). 37,9% van de respondenten die met deze productcodes werkt ervaart het werken met deze productcodes als matig tot slecht. Deze

groep geeft aan dat de codes niet voldoende afgestemd zijn op de zorgvragen, dat de codes te vaak wisselen en dat er te veel verschil is tussen de gemeenten met betrekking tot de invulling. Het feit dat per 1 januari 2018 iedereen (dus ook nog de 81% die dit in 2017 nog niet doen) verplicht wordt om te werken met de nieuwe uitvoeringsvarianten voorspelt een nieuwe aanwas van administratieve lastendruk. Zeker gezien het feit dat op de peildatum van de enquête pas 45,8% op de hoogte is van het feit dat er een nieuwe berichtenstandaard komt die vanaf 1 januari 2018 gebruikt moet gaan worden in het berichtenverkeer tussen aanbieder en gemeente. 54,2% is dus nog niet op de hoogte van deze nieuwe standaard.

(d) De meeste respondenten behandelen cliënten afkomstig uit 3 tot 6 gemeenten (26,5%) of 6-10 gemeenten (26,5%). Dit is overeenkomstig met de resultaten van 2016. Redenen om geen contract af te sluiten met gemeenten zijn: men heeft slechts een beperkt aantal cliënten uit een gemeente (41,6%) of de gemeente stelt ongunstige eisen/tarieven (20,4%). 42,4% koos bij deze vraag voor de optie *Anders namelijk*. Het meest voorkomende antwoord hierbij is dat men de administratieve druk beperkt wil houden. Met betrekking tot de ongunstige eisen blijkt dat met name de verantwoordingseisen verschillen per gemeente (60,2%). Ondanks deze verschillen geeft 56,8% aan te kunnen voldoen aan de verantwoordingseisen van de gemeenten. Dit is meer dan in 2016, toen kon slechts 47% voldoen aan deze eisen.

2.6 Tarief

Een groot deel van de vrijgevestigde aanbieders geeft aan dat het tarief dat ze in rekening kunnen brengen wordt vastgesteld door de gemeente en dat ze hier geen invloed op kunnen uitoefenen. Ruim de helft (51,4%) geeft aan dat het huidige tarief gemiddeld gelijk is aan het tarief van 2016. 28,9% geeft aan dat het tarief gemiddeld lager is dan in 2016. 40,1% van de respondenten geeft aan dat het tarief kostendekkend is tegenover 38,8% die aangeeft dat het niet kostendekkend is. Het verschil zit vooral in de financiering van de administratieve lasten: indien de vrijgevestigde dit zelf doet, gebeurt dit buiten de reguliere werk/behandeluren en rekent hij deze kosten niet door; indien de administratieve kant (niet patiëntgebonden) van het werk is uitbesteed, gaat dit ten koste van het budget, maar ook van het netto inkomen. Zoals hierboven al gemeld, een veel gehoorde klacht is dat de tarieven die door gemeenten worden geboden zodanig laag zijn dat die innovatie (investeren in nieuwe samenwerking) en kwaliteitsborging (investeren in deskundigheid van zichzelf en van anderen) niet bevorderen.

2.7 Privacy

Voor effectieve jeugdhulp is het belangrijk dat ouders en kinderen die jeugdhulp vragen, weten dat hun privacy goed beschermd is. Gemeenten, jeugdhulpaanbieders, jeugdhulpprofessionals en medische professionals hebben middels een manifest afspraken gemaakt over privacybescherming (juni 2016). Het manifest bevat een aantal vuistregels die jeugdigen en hun ouders duidelijkheid biedt over de privacybescherming waar zij recht op hebben en over hoe professionals daar in de praktijk mee omgaan. Wellicht heeft het

groeïende bewustwordingsproces bij alle partijen dat privacy goed geregeld moet zijn er toe bijgedragen dat er iets minder zorgen zijn over de bescherming van de privacy dan in vorige jaren. Echter, nog steeds ervaart 56,9% van de respondenten de bescherming van de privacy matig tot slecht. Van deze groep geeft 80,4% aan zich zorgen te maken over privacy in het kader van zorgtoewijzing door de gemeente, 66,3% bij het uitwisselen van gegevens met een buurtteam/CJG/sociaal team. Gemeenten en wijk- en buurtteams gaan volgens de respondenten vaak onzorgvuldig met de informatie van cliënten om. Gemeld wordt dat gegevens door gemeenten en wijk- en buurtteams onbeveiligd via e-mail worden verstuurd en zonder toestemming van cliënten met andere (onbevoegde) personen gedeeld.

Uit de antwoorden blijkt ook dat het onvoldoende duidelijk is op welke wijze de gemeente privacygevoelige informatie verwerkt en hoe gewaarborgd is dat deze informatie niet gedeeld wordt.

2.8 Outcome/ROM

Volgens de Jeugdwet⁸ moeten gemeenten in hun beleidsplan opnemen welke resultaten de gemeente wil behalen op het terrein van preventie, jeugdhulp en kindbescherming en jeugdreclassering, hoe dat gemeten zal worden en welke outcome-criteria gehanteerd worden ten aanzien van jeugdhulpaanbieders. In de Jeugdwet zelf zijn geen specifieke outcome-criteria ten aanzien van de jeugdhulpaanbieders vastgelegd. Daarom hebben VWS en de VNG met diverse branchepartijen in de jeugdhulp samen een landelijke standaard ontwikkeld⁹. Dit is een basisset van drie outcome-criteria. Het gaat om: uitval, cliënttevredenheid en doelrealisatie.

In de GGz is de afgelopen jaren een methode van effectiviteitsmeting ontwikkeld door de sector: Routine Outcome Monitoring. Deze methode heeft als primair doel het meten van de effectiviteit van de behandeling en kan dus gebruikt worden in het kader van doelrealisatie. Door herhaaldelijk de situatie van de patiënt te meten kan periodiek het behandelingseffect worden vastgesteld en worden geëvalueerd en kan indien nodig de behandeling worden bijgesteld.

De VNG adviseerde in 2015 het uitvoeren van de ROM-meting op te nemen in de overeenkomsten tussen gemeenten en aanbieders, omdat het toepassen van het ROM-instrument bijdraagt aan de kwaliteit van het zorgproces. Het is aan de gemeente of zij in de overeenkomst als vereiste opnemen dat zorgaanbieders een ROM-meting uitvoeren en aan wie deze informatie eventueel aangeleverd moet worden.

De meerderheid van de respondenten (64,7%) gebruikt ROM-gegevens tijdens de behandeling. En de meerderheid (54,6%) gebruikt ROM bij meer dan 50% van de cliënten. De meerderheid van de gemeenten (67,8%) stelt het gebruik van de echter ROM niet

⁸ Zie [Art 2,2 lid 2 Jeugdwet](#)

⁹ <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Monitoring/Harmonisatie-outcome-monitoring>

verplicht. Van de gemeenten die wel het gebruik van de ROM verplicht stellen, verwacht slechts 25,5% inzage in de uitkomsten.

Het grootste deel van de gemeenten vraagt op peildatum mei 2017 nog geen gegevens op over de outcome van de ingezette jeugdhulp bij de zorgaanbieders zegt 72,2% van de respondenten als gevraagd wordt naar het meten van cliënttevredenheid. Ook wordt niet gevraagd om gegevens over doelrealisatie, zegt 80,9% van de respondenten.

Om de gemeenten bij de uitvoering van de Jeugdwet (hulp aan jongeren) te ondersteunen is in de Jeugdwet een regeling opgenomen voor het ontsluiten van beleidsinformatie¹⁰. De beleidsinformatie betreft informatie over jeugdhulpgebruik en de inzet van jeugdbescherming en jeugdreclassering. Jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen verstrekken hierover (verplicht) gegevens aan CBS. Aanbieders van jeugdhulp zullen in de toekomst ook gegevens over de outcome van de ingezette jeugdhulp moeten gaan leveren als de gemeente dat vraagt. De route via het CBS wordt nu verkend. Als die route wordt gehanteerd, zal de spiegelinformatie die CBS retour zendt aan de jeugdhulpaanbieders, gebruikt kunnen worden in de communicatie met gemeenten.

Op dit moment vindt overleg plaats over de voorwaarden bijvoorbeeld op het terrein van privacy waaraan moet worden voldaan.

3. Resultaten zorgstelsel GGz (Zorgverzekeringswet)

3.1 Het GGz-stelsel voor volwassenen

Ondanks, of wellicht dankzij de gewenningsperiode, zegt nog steeds de helft van de respondenten dat de zorgproducten van de Gbggz matig tot slecht werkbaar zijn. De behandel tijd-indicaties zijn te kort, waardoor de cliënt niet behandeld kan worden zoals de richtlijnen en protocollen voorschrijven. Ook geven de zorgaanbieders aan dat ze niet vooraf kunnen inschatten welk product van toepassing is en dat de opgelegde productmix door zorgverzekeraars niet haalbaar is.

Daarnaast blijft toch nog ongeveer een derde van de ondervraagden problemen ervaren met de DBC-systematiek van de GGGz. De overgang van DSM-IV naar DSM-5 heeft het werken met DBC's ook niet gemakkelijker gemaakt, ook al omdat nog steeds meer dan de helft van aanbieders het problematisch vindt dat de vaststelling van een DSM-stoornis een voorwaarde voor vergoeding van zorg is. Immers, niet alle zorgvragers voldoen aan een volledige DSM-stoornis classificatie, terwijl de zorgvraagwaarte en de lijdensdruk wel om behandeling vraagt. De geleverde zorg komt dan niet voor vergoeding vanuit basisverzekeringspakket in aanmerking en dient door patiënt zelf te worden betaald. Dit zet de behandeling vaak onder druk. Het in ontwikkeling zijnde Zorgclustermodel¹¹ (nieuwe GGz

¹⁰ Voor informatieprotocol zie: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0036007/2017-05-17#Bijlage2_of https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-40541.html](http://wetten.overheid.nl/BWBR0036007/2017-05-17#Bijlage2_of_https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-40541.html)

¹¹ Voor meer info zie: https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Factsheet_Zorgclustermodel

productstructuur, beoogd in 2020) zou daar verandering in kunnen brengen, immers daar wordt de zorgvraag meer het uitgangspunt.

Het per 1 januari 2017 ingevoerde verplichte Kwaliteitsstatuut¹² is met gemengde gevoelens ontvangen. Enerzijds vanwege het gevoel dat dit vooral vanwege de zorgverzekeraars is ingevoerd, en vooral administratieve lasten heeft opgeleverd; anderzijds vanwege het feit dat zorgverzekeraars hun contractering nog niet hadden aangepast en dus de invoering nog niet tot uniformiteit heeft geleverd voor wat betreft inkoop- en contracteervoorwaarden. Over de soms open normen in Kwaliteitsstatuut zijn door zorgverzekeraars nog geen uniforme afspraken gemaakt hetgeen voor gecontracteerde aanbieders niet eenvoudig maakt om te kunnen voldoen aan soms tegenstrijdige verzekeringsvoorwaarden. Ook blijkt dat de patiënt nog niet bekend is met het Kwaliteitsstatuut, terwijl het Kwaliteitsstatuut toch m.n. ook vanuit (en voor) de patiënt is beschreven. Patiënten bekijken vaak alleen de website van de vrijgevestigde aanbieder. Overigens wordt in het eigen Kwaliteitsstatuut ook vaak verwezen naar de informatie op de website.

3.2 Toegang, verwijzing en wachtlijsten

De toegang tot de geestelijke gezondheidszorg is niet verbeterd sinds vorig jaar. 50% van de respondenten geeft aan dat het aantal aanmeldingen stijgt, maar dat ook de zorgvraagzwaarte stijgt. De patiëntenstromen veranderen. *Zie ook NZA Marktscan 2016¹³ en Plexus Monitor Generalistische Basis GGz 2017¹⁴.*

Meer dan in voorgaande jaren is er sprake van wachtlijsten en wachttijden. 57% van de vrijgevestigden heeft momenteel een wachtlijst (was 45% in 2016 en 40% in 2015). Ook de tijdsduur van het wachten is langer geworden. Als redenen worden gegeven dat door de aanwezigheid van een POH GGz eerder psychische problematiek gesignaleerd wordt en dat het volume van de verwijzingen dus stijgt. Veel wordt afgevangen door de POH-GGz zelf, maar juist de complexere problematiek wordt doorverwezen. Het grotere volume, de complexere vraag, maar ook de uitwerking van omzetplafonds, zijn mogelijke verklaringen voor de groeiende wachtlijsten. Vaak juist in combinatie. Hierdoor worden de Treeknormen steeds vaker niet gehaald. Ook opvallend is dat 40% van de respondenten aangeeft dat zij patiënten binnen krijgen via de bemiddeling van een zorgverzekeraar.

Opvallend is dat de Vrijgevestigde steeds vaker positief is over de samenwerking met de huisartsenpraktijk en de POH-ggz. 73% geeft als waardering 'goed' tot 'zeer goed'. Samenwerking bestaat vaak uit informele afspraken inzake verwijzen en terugverwijzen, maar ook vaak (meer dan 40%) over casuïstiek bespreking en consultatie. Ook is men tevreden over de nieuwe verwijsafspraken/mogelijkheden GGz¹⁵ die in April 2017 met het

¹² <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2016/04/04/kwaliteitsstatuut-ggz-opgenomen-in-register>

¹³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/05/31/marktscan-ggz-2016>

¹⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/06/20/aanbiedingsbrief-bij-de-monitor-generalistische-basis-ggz>

¹⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/brochures/2017/03/16/brochure-verwijzingen-ggz>.

veld zijn afgesproken. Het is nog even wennen v.w.b. rechtstreeks mogen door- en terugverwijzen, maar het geeft meer mogelijkheden (en minder administratieve lasten) voor op- en afschalen. Wel is men benieuwd hoe een en ander gaat uitwerken v.w.b. rechtmatigheid verzekerde GGz (hoe zullen zorgverzekeraars er mee omgaan?)

3.3 Administratieve last

Ondanks het feit dat er in 2016 met het ministerie van VWS, met zorgverzekeraars, met NZa en anderen hard gewerkt is aan het verminderen van de (vermijdbare, niet patiëntgebonden) administratieve lasten, is nog steeds een kleine 60% van de respondenten van mening dat de administratieve last is gestegen (was 80% in vorige enquête). Zo'n 37% geeft aan dat deze last is gelijk gebleven. Wellicht heeft de introductie van het Kwaliteitsstatuut, de verplichte ROM aanlevering en de invoering van de nieuwe verwijsafspraken GGz bijgedragen aan deze stijging. Ook het nog niet uniformeren van contractformats bij zorgverzekeraars (ondanks de invoering van Kwaliteitsstatuut) heeft hiertoe bijgedragen.

Net zoals in voorgaande jaren geeft meer dan de helft van de zorgaanbieders aan zo'n 25% van de werktijd aan (niet-patiëntgebonden) administratie kwijt te zijn. Patiëntgebonden administratieve tijd voor bijvoorbeeld ROM, correspondentie en uitgebreide verslaglegging wordt ook als administratieve last gezien, maar is in feite 'productieve tijd' die geregistreerd en gedeclareerd mag worden. In de Gbggz werkt dit maar ten dele, aangezien hier tijdsregistratie geen bepalende factor is voor de typering van het product. Veel Gbggz aanbieders schrijven dan ook alleen hun directe tijd hiervoor, hetgeen gevolgen kan hebben voor het 'gewogen uurtarief' en geeft tevens een verkeerde beeldvorming bij kostprijsberekeningen.

3.4 Privacy

Nog steeds maakt 60% van de zorgaanbieders zich zorgen over het behoud van privacy van de cliënt bij het uitwisselen van informatie in het zorgstelsel (was vorig jaar 80%). De zorgaanbieders maken zich met name zorgen over de aanlevering van gegevens aan de zorgverzekeraars, aanlevering van ROM-gegevens en aanlevering aan het DIS. Wellicht is deze schijnbare verbetering ook te danken aan het feit dat een groeiend aantal zorgaanbieders en hun patiënten gebruikt maakt van de Opt-out regeling¹⁶, waarbij er geen privacygevoelige gegevens hoeven te worden aangeleverd. Zo'n 60% van de zorgaanbieders zegt dat hun patiënten gebruik maken van Opt-out; gemiddeld genomen doet 40% van de patiënten dit. Deze percentages zijn weer hoger dan het jaar er voor (resp. 57 % in 2015 en 47% in 2014). Zorgverzekeraars hebben inmiddels hun declaratieprocessen voor wat betreft afhandeling Opt-out declaraties beter op orde dan in voorgaande jaar, ofschoon de respondenten nog wel klagen of de administratieve lasten van het Opt-out regeling.

¹⁶ Regeling nr/CU-520 Declaratiebepalingen DBC GGz; Regeling nr4/CU-519 Regeling verplichte aanlevering minimale dataset GGz Zvw

3.5 Contracten met zorgverzekeraars

Het aantal respondenten dat volledig ongecontracteerd werkt, is de afgelopen jaren gedaald (van 25% naar 19%). Wel laten de cijfers zien dat er gemiddeld met minder verschillende zorgverzekeraars contracten worden afgesloten. Dit waren 8,9 verschillende zorgverzekeraars/labels in 2016 (9,3 in 2015) en ligt in 2017 op zo'n 8. De redenen zijn nog vergelijkbaar met voorgaande jaren: aanbieders sluiten geen contract af, omdat de zorgverzekeraars zich met de inhoud van de zorg bemoeien, de zorgverzekeraar ongunstige tarieven en/of voorwaarden heeft (zoals de budgetplafonds en lage vergoedingstarieven) en kleine contracten disproportioneel veel administratieve last geven.

3.6 Vergoeding van zorg

Bijna alle gecontracteerde zorgaanbieders ontvangen meer dan 75 procent van het NZa-vergoedingstarief. In geval van geen contract ontvangen de cliënten tussen de 51 en 75 procent van het NZa-tarief. 44% van de respondenten geeft aan dat het gecontracteerde vergoedingstarief in 2017 lager is dan in 2016, slechts 14% geeft aan in 2017 gemiddeld een hoger vergoedingstarief te ontvangen dan in 2016. Met name bij de grote zorgverzekeraars is het vergoedingspercentage gedaald. Het is dus niet verwonderlijk dat ten opzichte van 2016 meer respondenten aangeven dat het ontvangen tarief niet kostendekkend is, met name in de Gbgz.

3.7 Verantwoording

Er zijn meerdere manieren waarop de vrijgevestigde zijn werkzaamheden en declaraties dient te verantwoorden. In deze enquête zijn vragen gesteld over ROM en Controles door zorgverzekeraars.

Vanaf 1 januari 2017 is ROM-en en aanlevering (al dan niet via SVR) aan SBG verplicht gesteld middels het model Kwaliteitsstatuut GGz. 64% van de respondenten geeft aan voor meer dan 50% van de cliënten ROM af te nemen (voor- en nameting), nog eens 18% geeft aan dat dit percentage tussen 25% en 50% ligt. 37% van de respondenten geeft aan ook meer dan 50% van de afgenomen ROM-vragenlijsten aan te leveren aan SBG (al dan niet via SVR). De ROM informatie wordt met name (50%) gebruikt in de individuele behandeling (evaluatie/voortgang), het wordt nog niet/tot nauwelijks gebruikt voor evaluatie eigen functioneren en/of in intervisie met collega's (resp. 16% en 3%).

In vergelijking met vorig jaar rapporteren evenveel zorgaanbieders (zo'n 15%) dat een zorgverzekeraar een verzoek tot formele of materiele controle heeft gedaan. Twee derde hiervan geeft aan dat ze hierover tijdig en voldoende vooraf zijn geïnformeerd. Wel geven veel aanbieders aan dat er veel gedoe is over terugvorderen budgetoverschrijdingen.

4. POH-ggz

Waar afgelopen jaar (2016) nog 46% van de respondenten aangaf samenwerkingsafspraken te hebben met een huisartsenpraktijk waar een POH-ggz in dienst is, hebben nu ruim 63% dit soort afspraken. De waardering voor deze samenwerking is gelijk gebleven in vergelijking met het voorgaande jaar. Het merendeel van de ondervraagden (73%) ervaart de samenwerking positief. Ongeveer de helft van de vrijgevestigden geeft aan dat de komst van POH-ggz het aantal en het type doorverwijzingen heeft beïnvloed. De zorgvraagzwaarte neemt toe, zowel in Gbggz als de GGGz. Dit komt overeen met hetgeen uit de Monitor Generalistische GGz 2017 blijkt (zie ook 3.2 Toegang, verwijzing en wachtlijsten, en voetnoot 13)