



De GGZ op z'n kop

Een overzicht van de belangrijkste wijzigingen

Tekst: Herma Hagen

Het zal niemand zijn ontgaan dat er een hoop gaande is binnen de GGZ. Dit artikel geeft een overzicht van de belangrijkste veranderingen, beschrijft wat dit betekent voor EMDR-behandelingen en welke stappen de VEN heeft ondernomen. Achtereenvolgens komen aan de orde: het CVZ-rapport over vergoede GGZ-zorg, de herstructurering van de GGZ naar Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en Specialistische GGZ (SGGZ), de nieuwe eisen met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap, de toenemende invloed van zorgverzekeraars en de rol van de VEN.

CVZ-rapport: beperking aanspraken op GGZ

In januari 2013 publiceerde het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een inmiddels roemrucht conceptrapport over de Begrenzing van de GGZ en het gepast gebruik van de GGZ. Eén van de meest controversiële aspecten van de CVZ-plannen, betrof de serie voorstellen voor inperking van de vergoeding van GGZ-zorg. Zo werd in het concept voorgesteld om GGZ-zorg alleen nog te vergoeden als er sprake is van een DSM-stoornis. Bovendien werd voorgesteld de behandeling van een fiks aantal stoornissen niet langer als GGZ-zorg te vergoeden. Dit gold onder andere voor enkelvoudige fobieën, delier, genderidentiteitsstoornissen en een groot aantal seksuele stoornissen. Daarnaast bevatte het conceptrapport een lijst van psychologische interventies die wel en niet voor vergoeding in aanmerking komen.

Dit conceptrapport lokte een stroom van kritische reacties uit. Meer dan dertig organisaties produceerden met elkaar meer dan honderd pagina's met reacties op het concept. Vanuit de psychologenwereld verscheen onder andere een kritische reactie van de NVGzP, de VGcT en het Convent van hoogleraren klinische psychologie, die mede onderschreven werd door de VEN en de NVVS.

Afkortingen

CVZ: College voor Zorgverzekeringen

POH-GGZ: Praktijkondersteuner GGZ

ROM: Routine Outcome Monitoring

DIS: DBC Informatie Systeem

NZa: Nederlandse Zorgautoriteit

In het definitieve CVZ-rapport dat in juli 2013 verscheen, kwam het College tegemoet aan een aantal kritiekpunten. Zo erkende het CVZ dat, behalve parafilieën, ook genderidentiteitsstoornissen en hyperseksualiteit in de GGZ behandeld moeten kunnen worden. Datzelfde geldt voor aanpassingsstoornissen als gevolg van seksueel misbruik of huiselijk geweld en voor seksuele disfuncties die samenhangen met andere psychische stoornissen of met het gebruik van psychofarmaca. Op hoofdlijnen hield het CVZ echter voet bij stuk: vergoede zorg beperken tot DSM-stoornissen, uitsluiting van een groot aantal stoornissen, en beperking van de vergoeding tot interventies die volgens het CVZ 'voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk'. Voor EMDR-behandelingen betekende dit dat deze alleen nog vergoed zouden worden indien sprake is van een post-traumatische stressstoornis.

Het advies van het CVZ is door Minister Schippers overgenomen. De gevolgen hiervan werden zichtbaar in combinatie met een tweede belangrijke verandering: de herstructurering van de GGZ.

Herstructurering GGZ

De herstructurering van de GGZ is een uitvloeisel van het zogenaamde 'Bestuurlijk akkoord GGZ', dat de Minister in 2012 sloot met zorgverzekeraars, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties. De conclusie was dat er nu vaak onnodig zware (en dus dure) zorg wordt verleend. De oplossing: overheveling van een deel van de specialistische GGZ naar de nieuwe Basis GGZ, en overheveling van een deel van wat voorheen eerstelijnspsychologie was naar de huisarts en de

POH (praktijkondersteuner) GGZ.

De afgelopen maanden hebben wij de gevolgen van deze herstructurering allemaal aan den lijve ondervonden. De eerstelijnspsychologie is opgeheven en vervangen door de Basis GGZ. Dat heeft een groot aantal veranderingen met zich meegebracht, op allerlei niveaus. De belangrijkste:

- De verwijzing naar de Basis GGZ is aan strenge regels gebonden. De belangrijkste daarvan is dat er sprake moet zijn van een (vermoeden van) een DSM-stoornis. Daarnaast moeten de klachten passen bij het profiel van de Basis GGZ: niet te licht (want dan moet de huisarts of de POH-GGZ het doen), en niet te zwaar (want dan moet verwezen worden naar de specialistische GGZ).
- De financiering op basis van afzonderlijke consulten heeft plaatsgemaakt voor een financiering in de vorm van 'integrale prestaties'. Op basis van de ernst van de klacht en een aantal andere kenmerken wordt 'ingeschaald' op welk 'product' de patiënt recht heeft: 'kort', 'middel', 'intensief' of 'chronisch'. Aan elk product hangt een vooraf vastgesteld prijskaartje. Dit staat los van de daadwerkelijke behandeling die je als psycholoog uitvoert.
- De verantwoording: in het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat er werk gemaakt moet gaan worden van *Routine Outcome Monitoring* (ROM). Bovendien moeten zorgverleners alle gegevens over hun behandelingen registreren bij DIS (DBC Informatie Systeem).

Bij de invoering van de Basis GGZ heeft vooral de NZa een belangrijke rol gespeeld. De beleidsregels van de NZa bepalen aan welke eisen een GGZ-aanbieder zich heeft te houden: welke zorg aangeboden mag worden, hoe deze vergoed wordt, aan welke eisen declaratie en registratie moeten voldoen, en wat de maximumtarieven zijn die in rekening mogen worden gebracht.

Hoofdbehandelaarschap

Een derde ingrijpende verandering betrof het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Tot 2012 was dit nauwelijks aan regels gebonden: elke BIG-geregistreerde professional kon alle behandelingen uitvoeren en declareren. Mede naar aanleiding van de zogenaamde Europsy-affaire, waarin met een verlengde arm-constructie werd gewerkt, zijn deze regels in de loop van 2013 ingrijpend aangescherpt. Dit gold met name voor de specialistische GGZ.

Al in 2013 eisten veel zorgverzekeraars dat in de specialistische GGZ een psychiater, klinisch psycholoog of psy-



chotherapeut als hoofdbehandelaar bij een behandeling betrokken moest zijn, om voor vergoeding in aanmerking te komen. Begin 2013 verscheen een voorstel van de Inspectie om deze eis ook wettelijk vast te leggen. Net als het conceptrapport van het CVZ stuitte ook dit voorstel op veel verzet, met name van beroepsorganisaties. Dit leidde uiteindelijk tot een compromis: tot 2016 kunnen wettelijk gezien ook psychotherapeuten en gz-psychologen als hoofdbehandelaar optreden in zowel de Basis GGZ als de specialistische GGZ. Ditzelfde geldt voor een aantal andere BIG-beroepsgroepen, zoals de arts-verslavingszorg. Op aandringen van NIP en NVO werden hier later voor de Basis GGZ ook nog de K&J-psycholoog NIP en de orthopedagoog-generalist aan toegevoegd (alleen voor 2014).

Dit was althans de wettelijke regeling. In de praktijk stellen zorgverzekeraars vaak veel scherpere eisen. Dat brengt ons bij een andere verschuiving: de toenemende rol van de zorgverzekeraar.

De veranderingen in de praktijk en de rol van de zorgverzekeraar

De veranderingen hebben tot veel onrust geleid onder zorgprofessionals. Deels heeft dit te maken met het tempo waarin de veranderingen zijn ingevoerd en met het gebrek aan heldere informatie en voorlichting. Er zijn veel vragen waar zelfs de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) het antwoord op schuldig moet blijven, en soms veranderen verzekeraars en de NZa van de ene op de andere week van standpunt.

Een tweede bron van onrust vormen de gevolgen voor de praktijkvoering. Deze raken niet alleen ons als zorgverleners, maar ook de patiënten. Huisartsen blijken dikwijls niet ingesteld op de veranderingen, de POH-GGZ functioneert op veel plaatsen nog niet of nauwelijks, en het is zoeken wie wat mag doen. Bovendien voldoen verwijsbrieven niet aan de wettelijke vereisten, en worden er nieuwe declaratie- en registratie-eisen gesteld,



maar de software daarvoor is nog niet beschikbaar; declareren kan pas vanaf medio 2014.

Maar de belangrijkste bron van onrust vormen toch wel de verzekeraars. Binnen de wettelijke kaders mogen zij nadere eisen stellen bij het afsluiten van contracten. Van deze vrijheid maken zij gretig gebruik, en in mijn ogen vaak ook misbruik. Alle verzekeraars stellen andere voorwaarden, budgetplafonds, verdelingen over producten, etcetera. Zo ontstaat een oerwoud van regels en bepalingen, waar de individuele zorgverlener nauwelijks meer wijs uit wordt. Het omgaan hiermee vraagt een grote stressbestendigheid. Veel collega's haken af. In plaats van bezig te zijn met patiënten, inhoud en kwaliteit, gaat veel aandacht naar het binnen de lijntjes lopen, waarbij die lijntjes niet alleen per zorgverzekeraar verschillen, maar vaak ook onduidelijk zijn.

Ook in GGZ-instellingen heerst onrust. Collega's die bij instellingen werken, hoeven minder zelf te organiseren, maar merken wel steeds meer van de verandering op het gebied van het hoofdbehandelaarschap, de toenemende werkdruk, (dreigende) faillissementen en ontslag. De managers aldaar hebben er directer mee te maken. Mogelijk maakt dit ook dat collega's die in instellingen werken zich minder druk maken over de ontwikkelingen en minder geneigd zijn om lid te worden van beroepsverenigingen en (meer nog:) daarin actief te participeren.

Einde nog niet in zicht

Met de veranderingen van de afgelopen maanden is het einde nog niet in zicht. In 2015 staat ons al weer een nieuwe ingrijpende maatregel te wachten: de overheveling van de jeugdzorg en de jeugd-GGZ naar de gemeenten. Ondanks massaal protest van zorgverleners en brancheorganisaties heeft de Eerste Kamer op 18 februari jl. groen licht gegeven voor deze mega-operatie. Dit betekent dat vanaf 2015, in plaats van de zorgverzekeraars, nu de gemeenten als financier en 'inkoper' van zorg zullen gaan opereren. Welke verschuivingen dit

met zich mee zal brengen, valt nog nauwelijks te overzien. In elk geval zullen zorgverleners te maken krijgen met twee verschillende financieringsregimes. Bovendien valt te verwachten dat er grote lokale en regionale verschillen zullen ontstaan in de regelgeving rondom zorginkoop en financiering.

Een tweede verandering die eraan zit te komen is de invoering van de DSM-5. Dit is natuurlijk primair een vakinhoudelijke verandering, maar gezien de grote rol van de DSM bij de definitie van vergoede zorg, valt te verwachten dat de vervanging van de DSM-IV door de DSM-5 opnieuw tot grote verschuivingen zal leiden.

Wat deed de VEN?

De VEN heeft zich sinds haar oprichting altijd geconcentreerd op inhoud en kwaliteit. Dit leidde tot een grote en bloeiende vereniging met veel aandacht voor inhoudelijke verdieping, training en onderzoek.

Gezien de ontwikkeling in de GGZ is het, naast de aandacht voor de inhoud en kwaliteit van ons therapeutisch handelen, ook steeds meer nodig om naar buiten te kijken, naar de context waarin we werken. Het afgelopen jaar hebben we daar als VEN al een voorzichtig begin mee gemaakt, bijvoorbeeld door ons aan te sluiten bij de NVGzP en de VGct in onze reactie op het CVZ-rapport. Daarnaast hebben wij het initiatief genomen om in gesprek te gaan met verzekeraars over de plaats van EMDR in het behandelrepertoire.

Vanouds zijn het vooral de beroepsverenigingen die zich bezighouden met het beleid op het gebied van inrichting en financiering van de GGZ: het NIP, de NVO, de LVE, de NVVP, de NVP en sinds vorig jaar ook de NVGzP. Steeds duidelijker wordt echter dat ook de wetenschappelijke verenigingen hierin een rol kunnen spelen.

Een belangrijke stap op dit punt is de 'Psychologentop', die op 30 januari werd georganiseerd door de NVGzP en de VGct. Hier kwamen vijftien verenigingen van psychologen bijeen waaronder, naast de beroepsverenigingen en de VGct, ook de volgende therapieverenigingen: de VEN samen met de NVVS, de NVRG, de VKJP, de NVGP, de VCgP, de NVPA en de NBTP. Het doel was om te bespreken hoe we meer met één mond kunnen spreken, en zo meer invloed kunnen krijgen op het GGZ-beleid. Hopelijk leidt dit tot een bundeling van krachten, waar we ook als VEN profijt van kunnen hebben: door als grote wetenschappelijke vereniging aan te sluiten bij een samenwerkingsverband van beroepsverenigingen, versterken we onze invloed.