

# DE ROER MOET GAAT IS OM

 GGZNEDERLAND

Onderzoek naar de  
**administratieve lasten**  
in de geestelijke  
gezondheidszorg

© copyright 2017 GGZ Nederland, Amersfoort

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van GGZ Nederland. Het gebruik van tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld. Voor het verkrijgen van toestemming kunt u zich richten tot GGZ Nederland, Postbus 830, 3800 AV Amersfoort.

Amersfoort, februari 2017

# Voorwoord

Beste lezer,

De vele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de schaarser wordende middelen en de nog altijd toenemende regeldruk leiden de aandacht vaak en soms bijna als vanzelf naar wat ik nu maar even omschrijf als 'het gedoe'. Daartegenover staat de laatste jaren gelukkig een toenemend besef van de noodzaak, om ons met elkaar te verstaan over de bedoeling van de zorg. Waar gaat het nou écht om, en wie moest er ook alweer beter van worden? In de ggz verschuift het accent van genezing naar herstel, en zijn de inspanningen er mede op gericht om mensen met een psychische kwetsbaarheid in staat te stellen hun rol als burger, buur, partner of ouder, en werknemer zo goed mogelijk vorm te geven. We willen de bedoeling realiseren, maar als gevolg van alle veranderingen in de ggz is de omvang van 'het gedoe' gedurende de afgelopen jaren fors toegenomen; de administratieve lasten rijzen de pan uit en de stapels met contracten en verantwoordingseisen nemen alsmaar toe.

Om preciezer te kunnen duiden waar we het alsmaar over hebben, zijn we in 2016 gestart met het project Het Roer Moet Om. We hebben onderzoek gedaan naar de aard en de impact van de administratieve lasten in de ggz; in deze onderzoeksrapportage doen we daar verslag van. Het terugdringen van die administratieve lasten, maar ook en in samenhang daarmee het toewerken naar andere verhoudingen met onze financiers en toezichthouders, zijn de inzet van dit project. Het Kwaliteitsstatuut, én de onlangs opgeleverde nieuwe Governance Code Zorg - beide op 1 januari van kracht geworden - versterken deze beweging. In 2017 zijn de eerste resultaten hiervan al merkbaar, niet alleen voor bestuurders en managers, maar eerst en vooral voor patiënten en de professionals op de werkvloer. Graag gaan we de komende tijd samen met hen in gesprek om overbodige regels en doorgeschoten controledrift op te ruimen.

Het roer **kan** en **gaat** wat ons betreft om.

Met dank aan allen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt!

Jacobine Geel, voorzitter GGZ Nederland

# Managementsamenvatting

‘Meerdere soorten registratieformulieren voor exact dezelfde informatie, honderden vinkjes tot je er pijn in je arm van krijgt, tientallen extra medewerkers ter ondersteuning moeten werven, een paar ton aan inkomsten mislopen, van het ene naar het andere loket blijven zeulen, een derde van je patiëntentijd bezig zijn met administratie, torenhoge investeringen in informatietechnologie en –systemen; het is aan de orde van de dag in de geestelijke gezondheidszorg.’

Sinds de overheveling van taken van het Rijk naar de gemeenten zijn de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zo hoog geworden, dat ggz-aanbieders in het voorjaar van 2016 de noodklok luidden. Het zelfonderzoek naar doel- en rechtmatigheid van geleverde zorg in relatie tot de jaarrekeningenproblematiek, de gevolgen van het enorm versnipperde speelveld van verzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en het ministerie van Veiligheid & Justitie, leidden tot onaanvaardbare risico's in de dagelijkse patiëntenzorg en de bedrijfsvoering. GGZ Nederland is toen gestart met verder onderzoek en het ontwikkelen van een plan: Het roer moest om. Het onderzoek geeft inzicht in de aard en de impact van de verschillende administratieve lasten. Het biedt daarnaast per domein conclusies en aanbevelingen die ervoor moeten zorgen dat de lastendruk drastisch vermindert.

## Standaardisatie in het sociaal domein

‘Al die aanbestedingsprocedures van gemeenten bij elkaar opgeteld, kost de sector zoveel geld, dat we daarvoor in de plaats 134 verpleegkundigen of 62 psychiaters in dienst zouden kunnen nemen. En dan heb ik het alleen nog maar over het aanbesteden, en niet over het inkopen, registreren, factureren en verantwoorden van de zorg.’

In het sociaal domein (Wmo en Jeugdwet) hebben ggz-aanbieders van reguliere ggz, jeugd-ggz en verslavingszorg vooral last van het ongestandaardiseerde berichtenverkeer gedurende het hele zorgproces. Dit is direct gerelateerd aan de ongestandaardiseerde inkoop en contractering van zorg. Dit wordt volgens de aanbieders veroorzaakt door de gemeentelijke beleidsvrijheid in deze. Het programma iSD en de verschillende uitvoeringsvarianten zijn er om structuur aan te brengen in administratieve processen en een verbinding te leggen tussen inkoop, zorgadministratie en berichtenstandaarden. Gemeenten en aanbieders passen de ‘Handreiking uitvoeringsvarianten iWmo en iJW’ en de ‘Standaardartikelen voor uitvoeringsvarianten’ echter nog te vrijblijvend en/of inconsistent toe. Onnodig hoge kosten, risico's met betrekking tot de rechtmatigheid van en vertraging en fouten in het administratieve proces blijven hierdoor voortbestaan. Als gevolg hiervan is sinds de overheveling van taken van het Rijk naar de gemeenten in 2015, de financiële productieverantwoording door ggz-aanbieders fors toegenomen. Veel gemeenten volgen het ‘Accountantsprotocol Financiële Productieverantwoording Wmo en Jeugdwet’ namelijk nog niet, of wijken hier van af. Hierdoor is het aantal materiële controles, steekproeven en deelwaarnemingen door accountants sterk toegenomen.

Complexe aanbestedingsprocedures, afwijkende facturatie- en betaalperioden, de grote hoeveelheid aan te vragen zorgtoewijzingen in de jeugd-ggz en de ongebundelde gegevensuitwisseling tussen het CAK en ketenpartners, vervolmaken het rijtje met hoogste administratieve lasten in het sociaal domein.

Een ander fenomeen in het sociaal domein dat de ggz-aanbieders parten speelt, is de zogenoemde ‘handelingsverlegenheid’ van gemeenten. Als gevolg van onvoldoende kennis over de aard en de complexiteit van (de veelal meervoudige) ggz-problematiek stellen gemeenten vaak aanvullende, maar onnodige kwaliteitseisen ten aanzien van de zorg- en dienstverlening in de ggz.

## Productieverantwoording in de Zorgverzekeringswet

‘Een gemiddelde ggz-instelling schrijft zo’n drieënhalf duizend A4tjes vol om zich te verantwoorden naar de zorgverzekeraars. Een slinger papier van dik een kilometer. Tel je alle instellingen bij elkaar op, dan loop je de marathon.’

De activiteiten die te maken hebben met de financiële productieverantwoording, leveren de hoogste administratieve lasten op in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er is een directe relatie met administratieve lasten als gevolg van accountantscontroles, het maken van controleplannen ten behoeve van het zelfonderzoek, het contractbeheer en de monitoring van contractafspraken. Evenals in het sociaal domein is de lastendruk in de Zvw zo hoog, omdat heel veel medewerkers in diverse functies en van verschillende organisatieonderdelen er in hun dagelijks werk mee te maken hebben.

## Doorgesloten lasten in het primair proces

‘Ik heb drie kwartier om op huisbezoek te gaan bij een van mijn patiënten. We bespreken niet alleen de klachten, maar regelen ook praktische zaken. Ik heb hier vaak te weinig tijd voor, want voor het op orde krijgen van mijn administratie heb ik een kwartier nodig, eenderde van mijn tijd.’

Dat geldt ook voor de hoogste administratieve lasten in het primair proces. Behandelaars worden in hun dagelijks werk het meest belast door het tijdschrijven van directe en indirecte behandel- en begeleidingsactiviteiten per patiënt, door de tijd die gemoeid is met Routine Outcome Monitoring en de organisatie hiervan en door werkzaamheden die gepaard gaan met de organisatie van het hoofdbehandelaarschap. De hoge frequenties en de grote hoeveelheid tijd gaan ten koste van de tijd voor de directe patiëntenzorg. Evenals gemeenten stellen de verzekeraars en zorgkantoren daar bovenop aanvullende kwaliteitseisen ten aanzien van de zorg- en dienstverlening. Anders dan in het sociaal domein ligt dit niet aan een gebrek aan kennis van geestelijke gezondheidszorg, maar hebben zij wel behoefte aan grip en controle op het geheel van behandel- en begeleidingsactiviteiten.

## Schakelen in de forensische zorg

‘Bij ons op kantoor staat een stapel van meer dan twintig postvakjes. In elk postvakje een apart formulier. Voor rechtsposities, vrijheidsbeperkingen, verloven, enzovoort, enzovoort. Telkens als de situatie van de patiënt verandert, moet je weer een scala aan formulieren invullen. En die situatie verandert nogal eens, bijvoorbeeld als een patiënt op weekendverlof gaat of tijdelijk meer beveiliging nodig heeft. We zijn elke dag uren met tig formulieren bezig. Gekkenwerk!’

In de forensische zorg veroorzaken alle schakelmomenten in de zorgketen samen voor de hoogste administratieve lasten. De vele wisselingen tussen strafrecht en reguliere zorg, financieringsstromen

en rechtsposities veroorzaken deze lastendruk. Het gaat om een cluster van lasten in de dagelijkse patiëntenzorg, waar meerdere disciplines van verschillende organisatieonderdelen mee te maken hebben. Het gaat om onvolledige plaatsingsbewijzen in indicatiestellingen, discontinuïteit van zorg bij overgangsmomenten en het inflexibel op- en afschalen van forensische ketenzorg. Besteedt men er onvoldoende of geen aandacht aan, dan is de continuïteit van zorg voor patiënten met vaak meervoudige psychiatrische en gedragsproblematiek onvoldoende gewaarborgd.

Daar bovenop komen administratieve lasten veroorzaakt door de grote diversiteit aan vrijheidsbeperkende maatregelen, het berichtenverkeer met de rechtbanken en andere justitiële partners zoals de reclassering en het Openbaar Ministerie. De betrekkelijk nieuwe prestatie-indicatoren van het ministerie van Veiligheid & Justitie en ROM, onvoldoende samenwerking tussen de verschillende inspecties en tussentijdse wijzigingen van protocollen zorgen ook voor extra administratie. Medewerkers in het primaire proces geven aan dat de kwaliteit van hun dagelijks werk eronder lijdt.

De inkoop van forensische zorg in het strafrechtelijk kader is de afgelopen vijf jaar compleet vernieuwd en daardoor zijn de administratieve lasten successievelijk toegenomen. Er is sprake van een vergelijkbare formule als in het sociaal domein en in de Zvw: hoe meer inkooppeisen, hoe meer controles er moeten plaatsvinden.

## Conclusies en aanbevelingen in het kort

Voor het verminderen van de administratieve lasten is de ggz afhankelijk van een groot aantal stakeholders. Dat betekent dat we moeten blijven zoeken naar constructieve samenwerking om de administratieve lasten tot aanvaardbare proporties terug te brengen. Ook reflectie op de door onszelf gecreëerde administratieve lasten maakt daar onderdeel van uit. Wat GGZ Nederland betreft kan en gaat het roer echt om. Eén van de belangrijkste voorwaarden hiervoor is het uitspreken van vertrouwen naar elkaar en het vertrouwen in de onderlinge samenwerking.

Om de lastendruk te verminderen, moet met voorrang aandacht besteed worden aan:

- verregaande standaardisatie en uniformering van het proces van aanbesteding; inkoop en contractering tot en met de verantwoording van zorg;
- beperking en vereenvoudiging van de financiële productieverantwoording en accountantscontroles, de leercurve en eventuele uitbreiding van horizontaal toezicht;
- professionalisering van de verkoopfunctie en het contractmanagement bij ggz-aanbieders;
- continuïteit van zorg bij overgangsmomenten met bijpassende bekostiging;
- het op peil brengen van het kennisniveau van de betrokken partijen over de aard en volumes van ggz-problematiek;

In een gezamenlijke aanpak met onze financiers en toezichthouders willen wij de administratieve lastendruk de komende periode drastisch verminderen. In de afgelopen maanden zijn er samen met verzekeraars en gemeenten al belangrijke stappen in de goede richting gezet. Wij vertrouwen er dan ook op dat we samen met onze partners doorgaan op de ingeslagen weg, een proces dat leidt tot verdiend vertrouwen en tot een positief effect op de kwaliteit van onze patiëntenzorg. Zo is er een wetsvoorstel in voorbereiding rond standaardisering van de declaraties in het gemeentelijke domein en zijn er voorzichtige verkenningen gaande met zorgverzekeraars om via horizontaal toezicht de verantwoording te vereenvoudigen.

# Leeswijzer

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) bestaat uit een aantal deelsectoren: de cure (kortdurende ambulante en/of klinische behandeling en begeleiding in de basis-ggz en specialistische ggz), de care (langdurige ambulante en/of klinische behandeling en begeleiding in de specialistische ggz), de jeugd-ggz, de verslavingszorg en de forensische zorg. Behalve in de forensische zorg wordt de behandeling, begeleiding, ondersteuning en maatschappelijke opvang van patiënten bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en (voor een klein deel) de Wet langdurige zorg (Wlz). De forensische zorg wordt bekostigd door het ministerie van V&J. Vanwege de sterke relatie tussen de administratieve lasten en de verschillende financieringsstromen is ervoor gekozen om verslag te doen van de administratieve lasten in de Zvw, in het sociaal domein (Wmo, Jeugdwet) en in de forensische zorg (Justitie). Omdat de zorgaanbieders in de jeugd-ggz en de verslavingszorg met dezelfde administratieve lasten in het sociaal domein en de Zvw te maken hebben als de reguliere ggz-aanbieders, is ervoor gekozen om de verslaglegging van deze deelsectoren te integreren in hoofdstuk 4 (sociaal domein) en 5 (Zvw). Beschermd wonen en maatschappelijke opvang zijn eveneens geïntegreerd in hoofdstuk 4 (sociaal domein).

Na de conclusies en aanbevelingen beschrijft hoofdstuk 3 hoe het onderzoek naar de administratieve lasten in de ggz is uitgevoerd. Daarna wordt in de hoofdstukken 4, 5 en 6 dieper ingegaan op de specifieke administratieve lasten per domein. Deze hoofdstukken worden ingeleid met een korte beschrijving van het domein, welke geestelijke gezondheids zorg in dat domein geleverd wordt en met welke actoren ggz-aanbieders te maken hebben in het proces van contractering van zorg tot en met de verantwoording over geleverde zorg. Om de complexiteit van de verschillende stappen in dat proces en de daarmee samenhangende administratieve lasten beter te kunnen doorgronden, is soms een inleidende beschrijving van een of meer procedures of van specifieke werkzaamheden door ggz-aanbieders toegevoegd. Verder is vanwege het abstracte karakter van de materie gebruik gemaakt van voorbeelden en citaten van respondenten.

Het onderzoek naar de administratieve lasten in de ggz heeft plaatsgevonden in de periode mei tot en met oktober 2016. Berichtgeving hierover in de media en publicaties van extern onderzoek hiernaar in dezelfde periode zijn betrokken bij dit onderzoek.

## INHOUD

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>4</b>
<b>Leeswijzer</b>	<b>7</b>
<b>1 Conclusies</b>	<b>10</b>
1.1 Rangordening administratieve lasten	10
1.2 Top 10 administratieve lasten in het sociaal domein	10
1.3 Top 10 administratieve lasten in de Zorgverzekeringswet	12
1.4 Top 10 administratieve lasten in de forensische zorg	14
<b>2 Aanbevelingen</b>	<b>16</b>
<b>3 Onderzoeksopzet</b>	<b>21</b>
3.1 <b>Probleemstelling</b>	<b>21</b>
3.1.1 Doelstelling	21
3.1.2 Vraagstelling	21
3.2 <b>Scope van het onderzoek</b>	<b>22</b>
3.3 <b>Definities en terminologie</b>	<b>22</b>
3.4 <b>Onderzoeksmethodologie</b>	<b>23</b>
3.4.1 Onderzoek in relatie tot het project Het Roer Moet Om	23
3.4.2 Fase I, stap I: inventarisatie beschikbaar materiaal	23
3.4.3 Fase I, stap II: dataverzameling, interviews met de leden van GGZ Nederland	24
3.4.4 Fase I, stap III: data-analyse en –beoordeling	24
3.4.5 Fase I, stap IV: onderzoeksrapportage en plan van aanpak	26
<b>4 Zorgverlening in het Sociaal Domein</b>	<b>27</b>
4.1 <b>Inkoop en verkoop van ggz</b>	<b>27</b>
4.1.1 Grote diversiteit in aanbestedingsprocedures	27
4.1.2 Inkoopseisen van gemeenten over hoe zorg geleverd moet worden	28
4.1.3 De inkoop van gemeenten verloopt ongestandaardiseerd	29
4.1.4 Teveel ineens door lange duur contracteringsrondes	31
4.1.5 Het argument van de gemeentelijke beleidsvrijheid	31
4.1.6 Gebrek aan kennis bij gemeenten van de (jeugd-)ggz	32
4.2 <b>Kwaliteit</b>	<b>32</b>
4.2.1 ZRM ongeschikt voor ggz-problematiek	32
4.2.2 Zorgtoewijzing na zorgtoewijzing na zorgtoewijzing in de jeugd-ggz	33
4.2.3 Kwaliteitseisen zorgverlening	34
4.2.4 Kwaliteitseisen medewerkers en bedrijfsvoering/organisatie	35
4.3 <b>Registratie en facturatie</b>	<b>36</b>
4.3.1 Onvoldoende gestandaardiseerd berichtenverkeer	36
4.3.2 Facturatie- en betaalperioden	37
4.3.3 De gegevensuitwisseling tussen het CAK en ketenpartners	37
4.3.4 Andere financiering van de jeugd-ggz op handen	37



<b>4.4</b>	<b>Verantwoording</b>	<b>38</b>
4.4.1	Het Protocol Financiële Productieverantwoording	38
4.4.2	De hoeveelheid en diversiteit van controlepunten bij materiële controles	38
<b>5</b>	<b>Zorgverlening in de Zorgverzekeringswet</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Inkoop en verkoop van ggz</b>	<b>39</b>
5.1.1	Het in- en verkoopproces : elk jaar opnieuw met veel verzekeraars	39
5.1.2	Contractbeheer en monitoring van de contractafspraken	40
<b>5.2</b>	<b>Kwaliteit</b>	<b>42</b>
5.2.1	Van hoofdbehandelaarschap naar regiebehandelaarschap	42
5.2.2	ROM, van inhoudelijk instrument naar bureaucratische verplichting	44
<b>5.3</b>	<b>Registratie en facturatie</b>	<b>45</b>
5.3.1	Vormeisen m.b.t. toegang tot zorg en afstemming met verwijzers	45
5.3.2	Hoofd- en onderaannemerschap	46
5.3.3	Te gedetailleerde regelgeving en teveel tijdschrijven voor behandelaars	47
5.3.4	Argus	48
<b>5.4</b>	<b>Verantwoording</b>	<b>49</b>
5.4.1	Behandelaars en ondersteunende diensten en het zelfonderzoek	49
5.4.2	Extreem hoge accountant kosten	51
<b>6</b>	<b>Forensische zorgverlening</b>	<b>53</b>
<b>6.1</b>	<b>Inkoop en verkoop van forensische zorg</b>	<b>53</b>
6.1.1	Van parameterbekostiging naar prestatiebekostiging	53
6.1.2	Onbetaald regelwerk voorafgaand aan de opname en de DBBC	54
6.1.3	Extra inkoopkosten	54
<b>6.2</b>	<b>Kwaliteit</b>	<b>54</b>
6.2.1	Inflexibel op- en afschalen van forensische ketenzorg	54
6.2.2	Ongelijke rechtspositie reguliere en forensische ggz-patiënten	55
6.2.3	Discontinuïteit van zorg bij overgang 18- naar 18+	55
6.2.4	Onvoldoende samenwerking tussen verschillende inspecties	55
6.2.5	Prestatie-indicatoren Justitie en ROM	56
<b>6.3</b>	<b>Registratie en facturatie</b>	<b>56</b>
6.3.1	Berichtenverkeer met de IGz en de rechtbanken	56
6.3.2	Onvolledige plaatsingsbewijzen en indicatiestellingen	56
<b>6.4</b>	<b>Verantwoording</b>	<b>57</b>
6.4.1	Tussentijdse wijzigingen van controleprotocollen	57
6.4.2	Toename gedetailleerde materiële controles	57
	<b>Referenties</b>	<b>58</b>
	<b>Bijlage I – Afkortingen</b>	<b>61</b>
	<b>bijlage 2 – Verschillende inkoopvoorwaarden verzekeraars</b>	<b>62</b>

## HOOFDSTUK 1

# Conclusies

### 1.1 De ggz en de zorgsector

Om de ervaringen van ggz-aanbieders met diverse administratieve lasten in de verschillende domeinen te objectiveren, is met behulp van lastenmatrices (kans x effect) een rangordening in de lasten aangebracht (zie voor uitleg over de kans variabele en effectvariabele § 3.4.4). Hierdoor ontstaat inzicht in zware en minder zware lasten en aanknopingspunten voor maatregelen op teamniveau, organisatieniveau en/of stelselniveau (zie hiervoor de aanbevelingen in hoofdstuk 2).

Per domein is een top 10 van administratieve lasten weergegeven. De afzonderlijke scores van de hoogste administratieve lasten verschillen niet veel van elkaar; veel van deze lasten hangen met elkaar samen en komen gevolgtijdelijk voor, vormen als het ware een cluster. Het is de optelsom van alle administratieve lasten bij elkaar die veel ggz-aanbieders parten speelt en hen vanwege de daarmee gepaard gaande bedrijfsrisico's in toenemende mate zorgen baart. In het sociaal domein en in de Zvw ligt het zwaartepunt in de bedrijfsvoering van ggz-aanbieders, in de forensische zorg vooral nog meer in het primaire proces.

### 1.2 Top 10 administratieve lasten in het sociaal domein

Tabel 1.2 Rangordening van de administratieve lasten in het sociaal domein

Administratieve last	Risicogebied(en)	Hoeveel	Impact	Totaal
1 Ongestandaardiseerd berichtenverkeer i.v.m. inkoop van en verantwoording over geleverde zorg	Organisatie	5	5	<b>25,0</b>
	Kosten	5	5	
	Technologie	5	5	
2 Ongestandaardiseerde inkoop en contractering van zorg i.v.m. beleidsvrijheid gemeente	Kwaliteit	5	5	<b>23,3</b>
	Kosten	5	5	
	inkomstenderving	4	5	
3 Financiële productieverantwoording en accountantscontroles	Tijd	5	5	<b>22,5</b>
	Kosten	4	5	
4 Aanvraag zorgtoewijzingen jeugd-ggz	Organisatie	4	5	<b>18,3</b>
	Kosten	4	5	
	Inkomstenderving	3	5	
5 Complexe aanbestedingsprocedures	Kosten	4	4	<b>18,0</b>
	Inkomstenderving	4	5	

6	Ongeschikt materiaal indicatiestelling(en)	Kwaliteit	3	4	<b>15,6</b>
		Tijd	3	5	
		Organisatie	4	5	
7	Onnodige kwaliteitseisen t.a.v. zorgverlening i.v.m. onvoldoende kennis ggz-doelgroepen	Kwaliteit	4	4	<b>14,6</b>
		Kosten	4	4	
		Inkomstenderving	3	4	
8	Onvoldoende aansluiting facturatie- en betaalperioden op planning- en controle cycli ggz-aanbieders	Organisatie	3	4	<b>12,0</b>
		Kosten	3	4	
9	Onnodige kwaliteitseisen t.a.v. medewerkers en/of bedrijfsvoering	Kwaliteit	3	3	<b>9,5</b>
		Kosten	2	5	
10	Ongebundelde gegevensuitwisseling CAK en ketenpartners	Organisatie	3	3	<b>9</b>
		inkomstenderving	3	3	

Het ongestandaardiseerde berichtenverkeer, dat gemeoid met is met de inkoop van zorg en de verantwoording over geleverde zorg, levert de hoogste administratieve lasten in het sociaal domein op. Het berichtenverkeer is de verzamelnaam voor werkzaamheden als het invullen van formats, het registreren en rapporteren van allerlei activiteiten in de patiëntenzorg en de bedrijfsvoering, het registreren en rapporteren van diverse extra activiteiten in verband met aanvullende inkoop- en verantwoordingseisen, het genereren van data en stuurinformatie en het (her)inrichten van bronssystemen en de datawarehouse. De aanvullende portals voor informatie-uitwisseling tussen ggz-aanbieders en gemeenten en de diversiteit qua inrichting daarvan per regio of gemeente maken dit beeld compleet. Met enkele piekmomenten in het begin en aan het einde van een boekjaar vraagt de continue berichtenstroom tussen ggz-aanbieders en gemeenten voortdurend om de inzet van extra mensen en middelen.

Uit de gesprekken komt naar voren dat het belastende berichtenverkeer direct gerelateerd is aan de ongestandaardiseerde inkoop en contractering van zorg, volgens de aanbieders veroorzaakt door het argument van de gemeentelijke beleidsvrijheid. Ongeacht het bestaan van het Programma informatievoorziening Sociaal Domein (iSD) en de verschillende uitvoeringsvarianten, om structuur aan te brengen in administratieve processen en een verbinding te leggen tussen inkoop, zorgadministratie en berichtenstandaarden, passen de gemeenten en ggz-aanbieders de 'Handreiking uitvoeringsvarianten iWmo en iJW' en de 'Standaardartikelen voor uitvoeringsvarianten' nog te vrijblijvend en/of inconsistent toe. Onnodig hoge kosten, risico's met betrekking tot de rechtmatigheid en vertraging en fouten in het administratieve proces blijven hierdoor – tegen de bedoeling van iSD in – voortbestaan.

Als gevolg hiervan is sinds de overheveling van taken van het Rijk naar de gemeenten in 2015 de financiële productieverantwoording door ggz-aanbieders fors toegenomen. De aanbieders hebben er last van dat veel gemeenten het 'Accountantsprotocol Financiële Productieverantwoording Wmo en Jeugdwet' niet volgen of hier flink van afwijken. Hierdoor is het aantal controlepunten ten behoeve van de materiële controles enorm toegenomen. Hetzelfde geldt voor de aantallen steekproeven en deelwaarnemingen door de accountants, als gevolg van onderling sterk afwijkende registratie- en declaratieprocessen bij aanbieders. Sinds 2015 zijn de accountantskosten van ggz-aanbieders met 25% toegenomen.

Complexe aanbestedingsprocedures, afwijkende facturatie- en betaalperioden en ongebundelde gegevensuitwisseling tussen het CAK en ketenpartners vervolmaken het rijtje met hoogste administratieve lasten in de bedrijfsvoering van ggz-aanbieders in het sociaal domein. De relatief hoge scores per risicogebied op zowel de horizontale als verticale as van de lastenmatrices hebben te maken met de grote hoeveelheid medewerkers in diverse functies en van verschillende organisatieonderdelen die er in hun dagelijks werk mee te maken hebben.

Zorgaanbieders in de jeugd-ggz hebben met dezelfde top drie van administratieve lasten te maken, op de voet gevolgd door het telkens opnieuw aanvragen van zorgtoewijzingen voor exact dezelfde vervolgzorg. Om inkomstenderving te voorkomen hebben zij hier speciaal mensen voor aangesteld of vrijgemaakt.

Het gemeenschappelijke kenmerk van de overige drie categorieën in de top tien van administratieve lasten in het sociaal domein – ongeschikt materiaal voor indicatiestelling(en), ongebruikelijke kwaliteitseisen ten aanzien van zorgverlening in verband met onvoldoende kennis van ggz-doelgroepen en ongebruikelijke kwaliteitseisen t.a.v. medewerkers en/of bedrijfsvoering – is onvoldoende kennis van ggz-problematiek bij gemeenten. Naar verwachting duurt het nog enige tijd eer de gemeenten de verschillende ggz-doelgroepen goed op het netvlies hebben en weten wat voor hen de best passende zorg is. Gezien de relatief korte periode na overheveling van taken van het Rijk naar gemeenten is dit begrijpelijk, want in de zorg voor de meest kwetsbare doelgroepen hebben gemeenten er sindsdien veel verantwoordelijkheden bijgekregen. Een belangrijke vraag is hoe gemeenten meer grip en controle kunnen krijgen op de aard en het volume van de problematiek, zonder kafkaëske toestanden te creëren en ggz-aanbieders onnodig te belasten.

### 1.3 Top 10 administratieve lasten in de Zorgverzekeringswet

Zorgverzekeraars hebben al veel langer een samenwerkingsrelatie met ggz-aanbieders dan gemeenten; anders dan de gemeenten zijn zij gepakt en gemazeld in het proces van inkoop en contractering van ggz-zorg tot en met de verantwoording over geleverde zorg. Daarom ziet de rangordening van administratieve lasten in de Zvw er net even anders uit dan in het sociaal domein, maar zijn er wel parallellen te trekken.

**Tabel 1.3 Rangordening van de administratieve lasten in de Zvw**

Administratieve last	Risicogebied(en)	Hoeveel	Impact	Totaal
1 Financiële productieverantwoording d.m.v. het zelfonderzoek door ggz-aanbieders	Organisatie	5	5	<b>25,0</b>
	Tijd	5	5	
	Kosten	5	5	
	Inkomstenderving	5	5	
2 Declareren (openen, typeren, tijdschrijven, afsluiten van declaraties) door behandelaars	Tijd	5	5	<b>25,0</b>
	Kosten	5	5	

3	Accountantscontroles i.v.m. rapporten van feitelijke bevindingen over functionele ontwerpen per controlepunt (inclusief de uitkomsten) en controles van producten buiten de controlemassa; een veel te gedetailleerd controleprotocol	Organisatie	5	5	<b>23,7</b>
		Tijd	5	5	
		Kosten	5	5	
		Inkomstenderving	4	5	
4	Routine Outcome Monitoring	Kwaliteit	5	4	<b>22,5</b>
		Tijd	5	5	
5	Ongestandaardiseerd berichtenverkeer i.v.m. grote diversiteit kwaliteitseisen bij de inkoop van en verantwoording over geleverde zorg (toegang tot zorg, triage, hoofd- en onderaannemerschap, enz.)	Organisatie	4	5	<b>20,0</b>
		Kosten	4	5	
		Technologie	4	5	
6	Vormeisen m.b.t. toegang tot zorg en afstemming met verwijzers	Organisatie	4	5	<b>20,0</b>
		Derving inkomsten	4	5	
7	Hoofdbehandelaarschap	Kwaliteit	4	5	<b>20,0</b>
		Kosten	4	5	
7	Contractbeheer en monitoring van de contractafspraken	Organisatie	4	5	<b>19,0</b>
		Kosten	5	5	
		Technologie	3	4	
8	Onnodige kwaliteitseisen t.a.v. het hoe van de zorgverlening	Kwaliteit	4	4	<b>18,6</b>
		Organisatie	4	5	
		Kosten	4	5	
10	Argus	Tijd	2	5	<b>10,0</b>

De activiteiten die gemeoid gaan met de financiële productieverantwoording in verband met het zelfonderzoek van ggz-aanbieders leveren de hoogste administratieve lasten op in de Zvw. Er is een directe relatie met lasten als gevolg van accountantscontroles, het maken van controleplannen ten behoeve van het zelfonderzoek, en het contractbeheer en monitoring van de contractafspraken. Evenals in het sociaal domein hebben in de Zvw de relatief hoge scores per risicogebied op zowel de horizontale als verticale as vooral te maken met de grote hoeveelheid medewerkers in diverse functies en van verschillende organisatieonderdelen die er in hun dagelijks werk mee te maken hebben.

Dat geldt evenzo voor de hoogste administratieve lasten in het primaire proces; behandelaars met verschillende professionele achtergronden worden in hun dagelijks werk het meest belast door het tijdschrijven van directe en indirecte behandel- en begeleidingsactiviteiten per patiënt, door de tijd die gepaard gaat met Routine Outcome Monitoring (ROM) en de organisatie hiervan, en door werkzaamheden met betrekking tot de organisatie van het hoofdbehandelaarschap. De relatief hoge scores hebben te maken met de hoge frequenties en de grote hoeveelheid tijd die ermee gemeoid

zijn om een en ander zorgvuldig af te handelen. Dit gaat ten koste van de tijd voor de directe patiëntenzorg. Als gevolg hiervan worden hoge kosten gemaakt om dit te compenseren. Evenals gemeenten stellen verzekeraars onnodige kwaliteitseisen ten aanzien van het hoe in de zorg. Anders dan in het sociaal domein ligt dit niet aan een gebrek aan kennis bij de verzekeraars van de geestelijke gezondheidszorg, maar hebben zij net als gemeenten wel behoefte aan grip en controle op het geheel van behandel- en begeleidingsactiviteiten. Ook hier is de vraag geëigend hoe zij dat voor elkaar kunnen krijgen zonder kafkaëske toestanden te creëren en ggz-aanbieders onnodig te belasten.

## 1.4 Top 10 administratieve lasten in de forensische zorg

Evenals in het sociaal domein en in de Zvw heeft de forensische zorg in toenemende mate te maken met administratieve lasten die te maken hebben met het proces van contractering tot en met de verantwoording. Toch zijn dit niet de zwaarste lasten in de forensische zorg. In tabel 1.4 staan de verschillende soorten administratieve lasten door elkaar heen en zijn er op het eerste gezicht geen grote verschillen waarneembaar qua belasting. Het clusteren van bepaalde lasten levert een tegenovergesteld beeld op.

**Tabel 1.4 Rangordening van de administratieve lasten in de forensische zorg**

Administratieve last	Risicogebied(en)	Hoe vaak	Impact	Totaal
1 Vrijheidsbeperkende maatregelen mede i.v.m. de ongelijke rechtspositie reguliere en forensische ggz-patiënten	Tijd	5	5	<b>25,0</b>
	Organisatie	5	5	
	Kosten	5	5	
2 Onvolledige plaatsingsbewijzen en indicatiestellingen	Tijd	5	5	<b>23,7</b>
	Organisatie	5	5	
	Technologie	5	5	
	Kosten	4	5	
3 Te gedetailleerde materiële controles	Tijd	5	5	<b>23,7</b>
	Organisatie	5	5	
	Technologie	4	5	
	Kosten	5	5	
4 Prestatie-indicatoren Justitie en ROM	Tijd	4	5	<b>22,5</b>
	Organisatie	5	5	
5 Inflexibel op- en afschalen van forensische ketenzorg	Kwaliteit	4	5	<b>21,6</b>
	Tijd	4	5	
	Organisatie	5	5	
6 Berichtenverkeer met de rechtbanken	Tijd	3	5	<b>16,7</b>
	Organisatie	3	5	
	Technologie	4	5	

7	Onvoldoende samenwerking inspecties	Tijd	4	4	<b>16,0</b>
		Organisatie	4	4	
8	Extra inkooppeisen	Kwaliteit	3	5	<b>15,0</b>
		Organisatie	3	5	
		Inkomstenderving	3	5	
		Kosten	3	5	
9	Tussentijdse wijzigingen protocollen	Tijd	3	5	<b>13,5</b>
		Organisatie	3	4	
10	Discontinuïteit van zorg bij overgangsmomenten	Kwaliteit	2	5	<b>10,0</b>
		Tijd	2	5	
		Organisatie	2	5	

In de forensische zorg veroorzaken alle schakelmomenten in de zorgketen samen voor de hoogste administratieve lasten. Het gaat om de vele wisselingen tussen strafrecht en reguliere zorg, financieringsstromen en rechtsposities, een cluster van lasten in de dagelijkse patiëntenzorg, waar meerdere disciplines van verschillende organisatieonderdelen mee te maken hebben: onvolledige plaatsingsbewijzen en indicatiestellingen, discontinuïteit van zorg bij de overgangsmomenten en het inflexibel op- en afschalen van forensische ketenzorg. Besteedt men er onvoldoende of geen aandacht aan, dan ontstaat er discontinuïteit van zorg voor patiënten met vaak meervoudige psychiatrische en gedragsproblematiek, die doorgaans alleen bij forensische zorgaanbieders adequaat behandeld kunnen worden.

Daar bovenop komen administratieve lasten veroorzaakt door de grote diversiteit aan vrijheidsbeperkende maatregelen, het berichtenverkeer met de rechtbanken en andere justitiële partners zoals de reclassering en het Openbaar Ministerie, de betrekkelijk nieuwe prestatie-indicatoren van het ministerie van V&J en ROM, onvoldoende samenwerking tussen verschillende inspecties en tussentijdse wijzigingen van protocollen. De medewerkers in het primaire proces ervaren hierdoor een zeer hoge werkdruk en geven aan dat de kwaliteit van hun werk eronder lijdt.

De inkoop van forensische zorg in het strafrechtelijk kader is de afgelopen vijf jaar compleet vernieuwd en daardoor zijn de administratieve lasten successievelijk toegenomen. Evenals in het sociaal domein en de Zvw is er een relatie tussen de administratieve lasten veroorzaakt door extra inkooppeisen en de lasten door materiële controles. Hier geldt een vergelijkbare formule als in de andere domeinen: hoe meer inkooppeisen, hoe meer controles er moeten plaatsvinden.

# Aanbevelingen

Het onderzoek naar de aard en de impact van de administratieve lasten in de ggz laat zien dat de lastendruk enorm hoog is, volgens de ggz-aanbieders zelf onaanvaardbaar hoog. Door onderscheid te maken in de administratieve lasten per domein en die lasten daarbinnen te rangordenen en te clusteren, ontstaan concrete aanknopingspunten voor het verminderen van de lastendruk. Uit het onderzoek is gebleken dat de ggz hierbij afhankelijk is van een groot aantal stakeholders, die onafhankelijk van elkaar opereren en er qua regelgeving eigen zienswijzen op na houden. Toch zijn er parallellen te trekken, vooral als het gaat om een aantal algemene uitgangspunten ten behoeve van de constructieve samenwerking tussen betrokken partijen, om de administratieve lasten tot aanvaardbare proporties terug te brengen. Het roer *kan* echt om.

### Algemeen:

1. **Bereik consensus met alle stakeholders over de zogenoemde ‘vertrouwensregel’**: Als 98% van de controles met betrekking tot de geleverde zorg klopt, vertrouw er dan op dat de overige 2% van het werk ook in orde is. Zodoende wordt voorkomen dat er heel veel tijd en energie gaat zitten in het controleren van bijzondere gevallen, die de regel doorgaans bevestigen. Wij doen een oproep aan onze financiers om op dit punt snel met ons tot overeenstemming te komen.
2. Onbekend maakt onbemind. **Verhoog daarom het kennisniveau van inkopende partijen over de aard van de ggz-problematiek en de volumes van diverse ggz-doelgroepen**. Maak duidelijk wat de kern van het zorgaanbod voor deze doelgroepen is en hoe de kwaliteit daarvan door middel van landelijke richtlijnen en professionele standaarden gewaarborgd is (*effectiviteit*). Laat ook zien hoe doelmatig het zorgproces is ingericht en hoe dit gemonitord wordt in de dagelijkse patiëntenzorg (*efficiëntie*). Ggz-aanbieders hebben zich te houden aan vigerende wet- en regelgeving, hetgeen met enige regelmaat getoetst wordt door gezaghebbende instituties en/of geaccrediteerde certificeringsinstanties. Extra inkoop Eisen ten aanzien van vooral het hoe in de zorg zijn daarom overbodig; ze doen afbreuk aan de professionele beroepsuitoefening en verhogen de administratieve lastendruk. Naast goed opdrachtgeverschap is ook de verdere ontwikkeling van het opdrachtnemerschap door onze aanbieders hierbij van groot belang.
3. **Standaardiseer en uniformeer per domein zoveel mogelijk de aanbesteding, inkoop en contractering van zorg**. Bekijk in hoeverre terzake doende Europese richtlijnen nadere invulling behoeven voor de Nederlandse situatie. Een en ander zou geregeld kunnen worden met behulp van Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's) en daarvan afgeleid striktere NZa-beleidsregels (Zvw, Wlz) en/of modelverordeningen (Wmo, Jeugdwet). Dit vereenvoudigt niet alleen de inkoop en contractering van zorg, maar ook het berichtenverkeer, de financiële productieverantwoording en daarop volgende accountantscontroles.
4. **Leer van de pilots met ‘horizontaal toezicht’ in de ggz en breid dit successievelijk uit**. Door ggz-aanbieders zelf verantwoordelijk te maken voor het vooraf controleren van zorgnota's (met betrekking tot de juistheid en daarmee de rechtmatigheid van declaraties) kunnen de hoge administratieve lasten van de huidige controles achteraf (door de enorme variatie qua informatievoorziening en –uitwisseling met verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) voorkomen worden. Horizontaal toezicht vereist het op orde hebben van technologie en systemen, zodat standaardisatie van registraties en declaraties mogelijk wordt. Investerings hierin brengen hun geld naar verwachting ruimschoots op, omdat het berichtenverkeer vereenvoudigt en afneemt



en intensieve accountantscontroles niet meer nodig zijn. HEAD presenteerde in 2015 al een 'control framework' voor zorginstellingen, dat kan dienen als handreiking bij het inrichten van systeemtoezicht.

5. **Professionaliseer de verkoopfunctie van ggz-aanbieders.** Breid de training inzake de verkoop van ggz-zorg uit naar het gemeentelijk en justitieel domein. Door aandacht te besteden aan het aantrekkelijk samenstellen van de eigen portfolio, intensievere samenwerking met ketenpartners, duidelijke structuren voor hoofd- en onderaannemerschap, eigen onderzoek naar kostprijzen en de kwaliteit van het zorgaanbod van concurrerende zorgaanbieders en afspraken over meerjarencontracten of opties voor uitbreiding van contracten, helpt ggz-aanbieders om hun verkoopstrategie te verbeteren. Het vergroot bovendien hun inzicht in het eigen marktaandeel en de mogelijkheden om dit te vergroten of, indien noodzakelijk, om dit op tijd te versmallen. Het gaat hier voornamelijk om bewustwording van het speelveld en de positie van de ggz-aanbieders zelf hierin. Werk hierin zoveel mogelijk samen met de andere branches (bijvoorbeeld binnen iSD) en maak gebruik van training, intervisie en de bestaande netwerkstructuur binnen de vereniging(en).
6. **Streef per domein met stakeholders naar een passende vorm van governance, gericht op publiek-private samenwerking en gezamenlijke doelen.** Sluit daarbij aan op de nieuwe Governance Code Zorg die per 1 januari 2017 van kracht is. Evalueer en heroverweeg daarbij met alle betrokken partijen in de Zvw onder andere de relatie tussen instituties als de NZa en het CIZ en het werkveld. Naarmate het werkveld zelf beter in staat is om governance gestalte te geven kunnen beleidsmakers en uitvoeringsorganen een stapje terug doen qua regelgeving. Bekijk samen met de gemeenten hoe governance op lokaal en/of regionaal niveau verder gestalte zou moeten krijgen. En ook al lijken veel gemeenten hier geen voorstander van, is het aan te bevelen om een marktmeester aan te stellen. Te denken valt aan een gemandateerd college binnen de VNG dat boven de partijen staat.
7. **Trek gezamenlijk met zorgverzekeraars en gemeenten op bij het verbeteren van de zogenoemde overgangsmomenten van het ene naar het andere domein.** Kijk vooral naar de onderlinge rol- en taakverdeling tussen betrokken partijen en de afstemming van diverse verantwoordelijkheden en betrek hierbij de mogelijkheden voor integrale, persoonsvolgende bekostiging. Stem daarbij de informatievoorziening en -uitwisseling op elkaar af of integreer deze, zodat er geen dubbel werk verricht moet worden. Juist op de grensvlakken tussen de diverse domeinen ontstaat vaak ruis en administratieve onzekerheid die niet in het belang van de patiënt is. Maak hierbij gebruik van ervaringen in de EPA-taskforces en andere samenwerkingsverbanden van patiëntorganisaties, ggz-aanbieders, verzekeraars en gemeenten, gericht op het realiseren van specialistische ggz in de wijk, bij patiënten thuis.

*In het sociaal domein:*

8. **Standaardiseer de inkoop van gemeenten door de uitvoeringsvarianten van het Programma iSD (inspanningsgericht, outputgericht en taakgericht) verplicht te stellen.** Het is de enige manier om structuur aan te brengen in het administratieve proces, omdat er een verbinding gelegd wordt tussen inkoop, zorgadministratie en berichtenstandaarden. Door het proces van contractering tot en met verantwoording (bekostiging, informatie-uitwisseling of berichtenverkeer, declaraties, monitoring, verantwoording en controles) in zijn geheel op elkaar af te stemmen, zullen de administratieve lasten bij zowel ggz-aanbieders als gemeenten aanzienlijk beperkt worden. Dat de door veel gemeenten gekoesterde gemeentelijke beleidsvrijheid hierdoor zou worden aangetast is een drogredenering. Integendeel: standaardisatie helpt ook hen te vereenvoudigen en te besparen.

9. **Ga samen met de stakeholders door met de ontwikkeling van het programma iSD en daarbinnen iWMO en iJW** (in relatie tot aanbeveling 8). Zoek samen met de VNG en het ministerie van VWS uit, hoe doorzettingsmacht ten aanzien van standaardisatie en uniformering van de informatievoorziening en –uitwisseling het best bereikt kan worden. Wij zijn verheugd dat op dit moment hiervoor een wetsvoorstel in voorbereiding is. Echter, het is ook van belang dat vooruitlopend op de aanvaarding en inwerkingtreding van dit wetsvoorstel al afspraken gemaakt worden met gemeenten om deze standaardisatie door te voeren.
10. **Help de gemeenten bij de oriëntatie op andere indicatie-instrumenten dan de ZRM.** Niet de psychische aandoening zelf, maar herstel zou daarbij het uitgangspunt moeten zijn. Maak daarbij gebruik van wetenschappelijk onderzoek hiernaar door onder andere het Trimbos Instituut en/of kenniscentra zoals Phrenos, en betrek de belangenverenigingen voor patiënten en familie hierbij. Er is al heel veel geschikt materiaal voorhanden, dus het wiel hoeft niet opnieuw te worden uitgevonden. De keuze voor een ander instrument dan de ZRM helpt de gemeenten om meer grip en controle te krijgen op complexe ggz-problematiek en voorkomt dat de kwaliteit van de zorg verschaalt. Bij voorkeur zou hier door de beroepsgroepen een landelijke richtlijn voor ontwikkeld kunnen worden, op te nemen in een kwaliteitsstandaard.
11. **Vereenvoudig de zorgtoewijzing in vooral de jeugd-ggz** (in relatie tot de aanbevelingen 8, 9 en 10). Maak afspraken met de gemeenten over de compartimentering van behandeling, begeleiding en ondersteuning (de zorg hoeft niet oneindig voortgezet te worden), maar ga uit van de goede contractrelatie en de professionaliteit van beroepsbeoefenaars in de ggz. Evalueer in hoeverre de informatievoorziening en –uitwisseling binnen de bestaande zorgprocessen volstaat dan wel geoptimaliseerd dient te worden.
12. **Treed in overleg met het CAK en andere ketenpartners over het bundelen van de informatievoorziening en –uitwisseling aan de hand van de pilot in 2017.**

*In de Zorgverzekeringswet:*

13. **Beperk in overleg met zorgverzekeraars de financiële productieverantwoording door middel van het zelfonderzoek van ggz-aanbieders tot een minimum aantal controlepunten en vereenvoudig de verantwoording zelf** (in relatie tot de aanbevelingen 1 – 6). Streef daarbij naar verbeteringen van de vertrouwensrelatie of contractrelatie, want ook verzekeraars willen de beste patiëntenzorg voor hun verzekerden.
14. **Evalueer met stakeholders het veel te gedetailleerde accountantsprotocol en streef naar het verminderen van de rapporten van feitelijke bevindingen over functionele ontwerpen per controlepunt (inclusief uitkomsten) en het aantal controles van producten die buiten de controlemassa vallen** (in relatie tot aanbevelingen 3, 4 en 6). Maak naar aanleiding van de ‘vertrouwensregel’ afspraken met elkaar over wat nog wel en wat niet meer gecontroleerd wordt. Trek hierin samen op met de andere branches. Het gesprek hierover met verzekeraars is gaande. Wij doen een beroep op hen om op dit punt spoedig met ons tot overeenstemming te komen.
15. **Vereenvoudig het openen, typeren, tijdschrijven en afsluiten van declaraties door behandelaars, door samen met de NZa en de zorgverzekeraars met een stofkam door de NZa-beleidsregels heen te gaan.** Beoordeel verder in hoeverre de nieuwe productstructuur in deze bijdraagt aan het verminderen van administratieve lasten in de ggz. Streef naar zoveel mogelijk standaardisatie en uniformering van declaraties over de 21 producten, die ten opzichte van de huidige complexe DBC-systematiek medisch beter herkenbaar zouden moeten zijn.

16. **Verbeter de systematiek en het instrumentarium van Routine Outcome Monitoring (ROM)**, zodat het gebruikt kan worden bij evaluatie van de voortgang van de individuele behandeling en begeleiding, en op geaggregeerd niveau voor interne kwaliteitsdoeleinden. Door de meetmomenten beter aan te laten sluiten op de klinische praktijk, dat wil zeggen de situatie van de patiënt en de context van zijn behandeling, krijgt ROM meer betekenis. Ga in gesprek met de verzekeraars over het leereffect van ROM en hoe dat het best bereikt kan worden en streef ernaar de zogenoemde ‘strafkorting’ van tafel te krijgen.
17. **Standaardiseer het berichtenverkeer zoveel mogelijk nog beter.** Evenals bij gemeenten (zie aanbeveling 8) is het van belang dat de verzekeraars structuur aanbrenge in het administratieve proces en een verbinding leggen tussen inkoop, zorgadministratie en berichtenstandaarden. Ook hier geldt dat de administratieve lasten aanzienlijk zullen verminderen, als het proces van contractering tot en met verantwoording (bekostiging, informatie-uitwisseling of berichtenverkeer, declaraties, monitoring, verantwoording en controles) in zijn geheel beter op elkaar is afgestemd.
18. **Zorg ervoor dat de implementatie van het Kwaliteitsstatuut slaagt.** Dit beschrijft wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van kwaliteit en verantwoording om binnen de Zvw curatieve ggz te mogen regelen. Zo bepaalt het Kwaliteitsstatuut onder andere welke beroepsgroepen in verschillende onderdelen van de ggz als regiebehandelaar (de vervanger van de hoofdbehandelaar) mogen optreden. Het statuut is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden van het ZiN. Met de uitwerking van een kwaliteitsstatuut laten ggz-aanbieders zien dat zij aan een x aantal veldnormen voldoen. Hiermee voldoen zij aan een x aantal inkoopvoorwaarden en hoeven zij dit niet meer aan te tonen. Graag gaan wij met onze financiers het gesprek aan hoe we de toezichtslast kunnen verminderen als zij een kwaliteitsstatuut hebben en zich daar ook naar gedragen.
19. **Professionaliseer en automatiseer het contractbeheer en het monitoren van contractafspraken.** Het managen van contracten is een vak apart en betrekkelijk nieuw voor de ggz. Investerings in contractmanagement en/of contractbeheer zijn, gegeven de enorme hoeveelheid contractpartijen in de ggz en de bedrijfsrisico's die met het afsluiten van contracten gepaard gaan, snel terugverdiend. Dat geldt ook voor het op orde hebben of krijgen van de datawarehouse en/of informatietechnologie.

*In de forensische zorg:*

20. **Continueer de implementatie van forensische huisregels binnen de FPA's en FPK's**, zodat de rechtsposities van reguliere en forensische ggz-patiënten verder geharmoniseerd worden. Dit scheelt veel tijd in de dagelijkse patiëntenzorg.
21. **Ga in overleg met het Forensisch Plaatsings Team (FPL) van het ministerie van V&J over optimalisatie van de informatievoorziening ten behoeve van plaatsingen en indicatiestellingen.** Verhoog daarnaast de zorginhoudelijke kennis van medewerkers uit het FPL over de aard van de ggz-problematiek en de implicaties daarvan voor indicatiestelling en plaatsing (zie ook aanbeveling 2).
22. **Standaardiseer en uniformeer de aanbesteding, inkoop en contractering van forensische zorg zoveel mogelijk** (zie ook aanbeveling 3), zodat het aantal materiële controles daalt en het detailniveau ervan vermindert.

23. **Zet in op het verminderen van het aantal prestatie-indicatoren en ga voor het verhogen van de kwaliteit van de vereiste zorg- en dienstverlening. Doe hetzelfde met ROM in de forensische zorg** (in relatie tot aanbeveling 16). Het gaat om het leereffect van ROM, zowel op individueel patiëntniveau als op geaggregeerd niveau, en niet om de vinkjes.
24. **Streef naar pragmatische oplossingen voor het op- en afschalen van forensische ketenzorg. Bekijk welke mogelijkheden er zijn binnen bestaande wet- en regelgeving om flexibeler op- en af te schalen.** Te denken valt aan een standaard formulering over een time-out in het vonnis. Zodoende kan de zorg voor een patiënt met een strafrechtelijke titel makkelijker worden afgeschaald en, indien nodig, tijdelijk weer worden opgeschaald naar een FPA of FPK.
25. Zoals gezegd, onbekend maakt onbemind. Dit geldt ook voor een groep patiënten in de forensische zorg die vanwege ernstige gedragsproblematiek voor onveilige situaties kan zorgen. **Vergroot daarom de kennis van medewerkers in de reguliere ggz over forensische zorg.** Inventariseer hierbij hun behoeften en stem daar een aantrekkelijk scholings- en/of trainingsprogramma op af (in relatie tot aanbevelingen 2 en 21).
26. **Zoek aansluiting bij de Uitvoeringsketen Strafrechtelijke Beschikkingen (USB) om het berichtenverkeer met de justitiële ketenpartners te stroomlijnen en verder te verbeteren.** Ga daarnaast met stakeholders in gesprek over standaardisatie en uniformering van de forse berichtenstroom.
27. **Ga in gesprek met Forzo/JJI over de aard van de ggz-problematiek van diverse ggz-doelgroepen** (zie ook aanbeveling 2). Maak net als in het sociaal domein en de Zvw duidelijk dat Forzo en JJI niet over het hoe van de zorg- en dienstverlening gaan. Extra inkoopvragen zijn overbodig, doen afbreuk aan de professionele beroepsuitoefening en verhogen de administratieve lasten.
28. **Overleg met het ministerie van V&J hoe de verschillende inspecties beter kunnen samenwerken en doe in onderling overleg met de zorgaanbieders suggesties voor betere onderlinge afstemming hiertussen.** Vraag het ministerie van V&J om hier een regierol in te pakken en alle betrokken partijen uit te nodigen voor overleg hierover. Het doel hiervan is om de klokken gelijk te zetten en gezamenlijk een nieuwe start te maken.
29. **Sta het tussentijds wijzigen van protocollen niet meer toe.** Bespreek dit tijdens de inkoop en verkoop van forensische zorg en leg de afspraken hierover vast. Het is niet te doen om halverwege het jaar nieuwe definities te maken ten aanzien van stuurinformatie uit bronsystemen en de systemen hier opnieuw op in te richten.
30. **Beperk de discontinuïteit van zorg bij overgangsmomenten door de aanbevelingen van het programma Continuïteit van Zorg te implementeren.** Zorg ervoor dat de implementatie met alle stakeholders gemonitord, geëvalueerd en eventueel bijgesteld wordt. Betrek de zorgaanbieders bij rapportages over de voortgang. Van belang is de overgangen die een patiënt moet maken soepel door te voeren.

# Onderzoeksopzet

### 3.1 Probleemstelling

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is in de periode 2012 – 2016 geconfronteerd met de grootste hervormingen sinds de introductie van de Zorgverzekeringswet in 2006. Met de herziening van de langdurige zorg en de jeugdhulp wilde het kabinet Rutte II de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening verbeteren, de zelfredzaamheid van burgers versterken en de financiële houdbaarheid van het zorgstelsel verbeteren. De overtuiging was dat dit bereikt kan worden door het decentraliseren van een groot aantal verantwoordelijkheden en taken van het Rijk naar de gemeenten. Daarom zijn gemeenten sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en (arbeids)participatie. Vooral de hervorming van de langdurige zorg en de jeugdhulp heeft impact gehad op het werk in de ggz; de langdurige zorg heeft nu zijn beslag in drie wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). De jeugdhulp is conform de Jeugdwet in zijn geheel gedecentraliseerd naar de gemeenten.

De ggz is de enige sector in de gezondheidszorg die voor de organisatie van goede ketenzorg voor patiënten en naastbetrokkenen is aangewezen op alle domeinen: de Zvw (met een onderscheid naar basis-ggz, gespecialiseerde ggz en langdurige ggz), de Wmo en de Wlz, het Interim besluit forensische zorg en de Jeugdwet. Omdat de zorg voor patiënten met een psychische aandoening zich uitstrekt over meerdere levensdomeinen, heeft de ggz ook te maken met aanpalende wet- en regelgeving, zoals de Participatiewet, de Wet werk en bijstand, enzovoort; er is sprake van een grote diversiteit aan actoren met uiteenlopende visies, die afwisselende inkoop-eisen, kwaliteitseisen en facturatie- en verantwoordingseisen stellen met betrekking tot de zorg en de bedrijfsvoering. Het gaat hier niet alleen over 9 zorgverzekeraars (elk met meerdere labels), 32 zorgkantoren en 390 gemeenten, maar ook over instituties als de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Zorginstituut Nederland (ZiN), toetsingsorganen als de IGZ en de GGD, certificerende instanties en accountants. Naarmate de hervormingen van de Zvw, de Wmo en de Wlz hun beslag kregen, namen de administratieve lasten voor ggz-aanbieders hand over hand toe.

#### 3.1.1 Doelstelling

Het doel van het onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de administratieve lasten in de zorg en de bedrijfsvoering van ggz-aanbieders, veroorzaakt door het proces van contractering tot en met verantwoording in het kader van de Zvw, Wmo, Wlz, het Interim besluit forensische zorg en de Jeugdwet, en het toezicht hierop door toezichthoudende en/of controlerende partijen. Het onderzoek moet aanknopingspunten bieden voor het oplossen van de regeldruk ofwel het verminderen van de administratieve lasten van ggz-aanbieders.

#### 3.1.2 Vraagstelling

De centrale vraag in dit onderzoek luidt: Met welke administratieve lasten, veroorzaakt door het proces van contractering tot en met verantwoording in het kader van de Zvw, Wmo, Wlz, het Interim besluit forensische zorg en de Jeugdwet en het toezicht hierop door toezichthoudende en/of controlerende partijen, hebben ggz-aanbieders in de dagelijkse praktijk te maken en wat zijn mogelijke oplossingen voor deze regeldruk?

## 3.2 Scope van het onderzoek

Dit onderzoek richt zich op:

- alle administratieve lasten in het primaire proces en de bedrijfsvoering die voortvloeien uit het proces van contractering tot en met verantwoording in het kader van de Zvw, Wmo, Wlz, het Interim besluit forensische zorg en de Jeugdwet en het toezicht hierop door toezichthoudende en/of controlerende partijen;
- vergelijkbare externe onderzoeken (zie referenties).

Dit onderzoek richt zich niet op:

- administratieve lasten als gevolg van de Wet op de geneeskundige behandel overeenkomst (Wgbo), de Wet bijzondere opnemings psychiatrie ziekenhuizen (de Wet Bopz) of andere wet- en regelgeving die bedoeld is om de behandeling en begeleiding van patiënten op gebruikelijke wijze in gang te zetten, voor te zetten of af te sluiten en/of over te dragen. Dit zijn gebruikelijke activiteiten in de dagelijkse zorg- en dienstverlening en vallen daarom buiten de scope van dit onderzoek;
- administratieve lasten die horen bij de professionele beroepsuitoefening door beroepsbeoefenaars, zoals opgenomen in de Wet op Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (de Wet BIG).

## 3.3 Definities en terminologie

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende terminologie en definities:

- Indien gesproken wordt over ‘domeinen’ wordt bedoeld de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Interim besluit forensische zorg (Ibfz) en de Jeugdwet (Jw);
- Indien gesproken wordt over ‘sectoren’ wordt bedoeld: Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT), Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), Jeugdhulp (JH) en Gehandicapten Zorg (GHZ);
- zorgaanbieders ‘verkopen’ hun zorg, financiers kopen zorg in;
- Indien gesproken wordt over ‘de branches’ wordt bedoeld: ActiZ, Brancheorganisatie Thuiszorg Nederland (BTN), Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), Jeugdhulp Nederland, RIBW Alliantie, Federatie Opvang (FO) en Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN);
- Met ‘standaardiseren’ wordt bedoeld het brengen van eenheid in verschillende werkwijzen, procedures, contracten, overeenkomsten, formats en technologie en systemen;
- Een risicogebied is een deelgebied in de bedrijfsvoering dat nadelig beïnvloed wordt door hogere administratieve lasten;
- Het risicogebied ‘tijd’ gaat over hoge tijdsinvesteringen in extra administratieve werkzaamheden ten koste van gewone, dagelijkse werkzaamheden van een (groep) medewerker(s);
- Het risicogebied ‘kosten’ gaat over de kosten die gemoeid zijn met de extra inzet van mensen en middelen door een toename van administratieve werkzaamheden;
- Het risicogebied ‘organisatie’ gaat over alle extra werkzaamheden die gemoeid zijn met het aanpassen of veranderen van gebruikelijke activiteiten en/of werkprocessen van een of meer groep(en) medewerkers of diensten;
- Het risicogebied ‘inkomstenderving’ gaat over het mislopen van inkomsten, omdat niet voldaan is aan inkoop-eisen, kwaliteitseisen, declaratie- en facturatie-eisen en/of verantwoordingseisen ten aanzien van de zorg- en dienstverlening;
- Het risicogebied ‘kwaliteit’ gaat over een lagere dan de vereiste kwaliteit van de zorg- en dienstverlening bij ggz-aanbieders;
- Het risicogebied ‘technologie’ gaat over alle extra werkzaamheden die gemoeid zijn met het aanpassen of veranderen van ICT-systemen en datawarehouses om aan inkoop-eisen,

- kwaliteitseisen, declaratie- en facturatie-eisen en/of verantwoordingseisen ten aanzien van de zorg- en dienstverlening te voldoen;
- Herstel is in de ggz een relatief nieuw concept dat verwijst naar iets anders dan genezing van ziekte alleen. In een herstelproces wordt de persoonlijke balans hervonden na ervaringen van (heftige) psychische ontwrichting. Men groeit over de rampzalige gevolgen van een psychiatrische aandoening heen en ontdekt daarbij (verloren gewaande) mogelijkheden voor een vervullend leven met of zonder de psychische kwetsbaarheid. Mensen ontdekken dat zij alleen zélf betekenis kunnen geven aan hun psychische ervaringen. Een herstelproces is persoonlijk, uniek en verloopt nooit volgens een vooropgesteld plan. Het beslaat veel verschillende aspecten, waaronder het hervinden van hoop en een positief zelfbeeld, en het herwinnen van de eigen regie over een leven buiten de psychiatrie in een maatschappelijke omgeving (Bron: website Phrenos, 2017);
  - Zorginkoop gaat over alle activiteiten van inkopende partijen als zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en het ministerie van V&J die gemoeid zijn met de contractering van zorg voor het komende kalenderjaar;
  - Zorgverkoop gaat over alle activiteiten van zorgaanbieders in de reguliere (basis- en specialistische) ggz, beschermd wonen, maatschappelijke opvang, de jeugd-ggz, de verslavingszorg en de forensische zorg die gemoeid zijn met de contractering van zorg voor het komende kalenderjaar.

Projectorganisatie:

- Het managementteam van GGZ Nederland is de opdrachtgever;
- De projectgroep (opdrachtnemer) bestaat uit medewerkers van GGZ Nederland;
- Er is één formele werkgroep gedefinieerd in het kader van het onderzoek: de klankbordgroep. De klankbordgroep bestaat uit een vertegenwoordiging van bestuurders van ggz-aanbieders.
- Tussentijds is contact gezocht met stakeholders als het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centraal Administratie Kantoor (CAK), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het Zorginstituut Nederland (ZiN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), NBA/Coziek en het programma informatievoorziening Sociaal Domein (iSD).

## 3.4 Onderzoeksmethodologie

### 3.4.1 Onderzoek in relatie tot het project Het Roer Moet Om

Met deze onderzoeksrapportage wordt het onderzoek van GGZ Nederland naar de administratieve lasten bij ggz-zorgaanbieders – fase I van het project Het Roer Moet Om – afgerond. Aan de hand van de onderzoeksresultaten wordt bepaald hoe de tweede fase van dit project, de uitvoeringsfase gericht op het verminderen van de administratieve lasten, wordt ingericht. Fase I van Het Roer Moet Om bestond uit de stappen ‘inventarisatie beschikbaar materiaal’, ‘dataverzameling’, ‘data-analyse en –beoordeling’ en ‘schrijven onderzoeksrapportage’.

### 3.4.2 Fase I, stap I: inventarisatie beschikbaar materiaal

Voorafgaand aan de interviews met leden van GGZ Nederland is deskresearch verricht door middel van literatuuronderzoek en een documentenanalyse. Het literatuuronderzoek richtte zich voornamelijk op eerder uitgevoerd onderzoek of onderzoek dat elders verricht is naar de administratieve lasten in de gezondheidszorg. De documentenanalyse had betrekking op publicaties inzake wet- en regelgeving van diverse stakeholders, zoals de ministeries van VWS en BZK, het ZiN, de NZa, ZN en VNG. Naar aanleiding hiervan zijn de belangrijkste onderwerpen voor de interviews bepaald, is een prioritering aangebracht en zijn per onderwerp open vragen uitgewerkt. De resultaten zijn ter instemming voorgelegd aan de klankbordgroep.

### 3.4.3 Fase I, stap II: dataverzameling, interviews met de leden van GGZ Nederland

In dit onderzoek staan de ervaringen van ggz-zorgaanbieders met administratieve lasten in het primaire proces en de bedrijfsvoering centraal. Daarom is gekozen voor exploratief onderzoek, middels een zogenaemde kwalitatieve methode van dataverzameling. Het voeren van open gesprekken over de administratieve lasten in de ggz levert gedetailleerde informatie op over de aard van de lasten en de hoeveelheid werk die daaruit voortvloeit en ook over denkbeelden en persoonlijke opvattingen van betrokkenen hierover.

In fase I, stap II zijn 15 diepte-interviews gehouden met leden van GGZ Nederland. Er zijn gesprekken gevoerd met hulpverleners, bestuurders, hoofden van economische en administratieve diensten (HEAD's), concerncontrollers, financieel managers, kwaliteitsfunctionarissen en bestuursadviseurs verkoop en contractering. Van de interviews zijn transcripten gemaakt en die zijn ter instemming voorgelegd aan de geïnterviewden.

### 3.4.4 Fase I, stap III: data-analyse en -beoordeling

Ten behoeve van een systematische analyse van de verzamelde gegevens is een codeerschema gemaakt. Dit heeft geholpen bij het structureren van de analyse. Het onderscheid tussen de Zvw, het Sociaal Domein (Wmo en Jeugdwet) en het Interim besluit forensische zorg bleek voldoende houvast te bieden voor een eerste grove categorisering in drie deelgebieden, die vervolgens verder zijn gecategoriseerd in vier hoofdcategorieën administratieve lasten.

Administratieve lasten:

1. door de inkoop/verkoop van zorg;
2. met betrekking tot de kwaliteit van zorg;
3. in verband met de registratie en facturatie van zorg;
4. in verband met de verantwoording over geleverde zorg.


























Hierbij is ook al gekeken naar patronen in categorieën en de eventuele relaties daartussen. Tot slot is met behulp van selectie en ordening meer structuur aangebracht in de verzamelde gegevens. Daarbij is telkens een relatie gelegd met de literatuur en eerder bestudeerde documenten, de probleemstelling en de daarvan afgeleide onderzoeksvraag.

Om de diverse soorten lasten objectief te kunnen beoordelen, is hier met behulp van lastenmatrices (kans x effect) een rangordening in aangebracht (zie Tabel 1.1). Gekeken is naar de mate waarin de lasten voorkomen en het effect ervan op de patiëntenzorg en de bedrijfsvoering. Zodoende ontstaat een indeling van zware en minder zware lasten. De lastenmatrices bieden ook aanknopingspunten voor maatregelen op individueel of teamniveau (patiënt, hulpverlener, leidinggevende of medewerker van een ondersteunende dienst), op het niveau van de organisatie(s) (directie(s), Raden van Bestuur, Raden van Toezicht, verzekeraars, zorgkantoren of gemeenten) of op het niveau van het systeem of stelsel (branches, belangenverenigingen, ministeries van VWS en V&J, VNG, ZN, CIZ, CAK, NZa en ZIN).



**Tabel 1.1 Voorbeeld lastenmatrix**

Kans

Risicogebied	Kosten	1	2	3	4	5
		Zeer weinig	Weinig	Regelmatig	Veel	Zeer veel
1	Minimaal					
2	Beperkt					
3	Gemiddeld					
4	Groot					
5	Zeer groot					

Effect

In een matrix wordt de last (= kans x effect) grafisch in twee dimensies uitgedrukt. Zo ontstaat een matrix voor een specifiek risicogebied. Gedurende het onderzoek zijn per domein veel soorten risicogebieden genoemd. De meest voorkomende zijn tijd, kosten, inkomstenderving, organisatie, kwaliteit en technologie. Per risicogebied is een lastenmatrix opgesteld. Indien nieuwe wet- en regelgeving meerdere risicogebieden raakte (bijvoorbeeld kosten én tijd) zijn die risicogebieden apart gescoord en telde het gemiddelde van deze scores.

In de lastenmatrices is horizontaal de kans variabele weergegeven (de kans dat regels, eisen of normen voorkomen of de hoeveelheid verschillende medewerkers en/of disciplines uit een of meer organisatieonderdelen die ermee te maken hebben) en verticaal de effectvariabele (het effect van die extra lasten op het primaire proces of de bedrijfsvoering van ggz-aanbieders). De scores op de variabelen zijn als volgt gedefinieerd:

*Kans:*

1. gebeurt zeer weinig, een paar keer per jaar of slechts een enkele medewerker heeft ermee te maken;
2. gebeurt weinig, een paar keer per kwartaal of meer medewerkers uit één discipline hebben er mee te maken;
3. gebeurt regelmatig, wekelijks of medewerkers uit verschillende disciplines van één organisatieonderdeel hebben er mee te maken;
4. gebeurt veel, dagelijks of medewerkers uit verschillende disciplines van meerdere organisatieonderdelen hebben er mee te maken
5. gebeurt zeer veel, vaak meerdere keren per dag of medewerkers uit verschillende disciplines in de hele organisatie hebben ermee te maken.

*Effect:*

1. geen aanpassing regulier(e) werkproces(sen) of impact op een hele kleine (of uitzonderlijke) groep patiënten (bijvoorbeeld Meerzorg);
2. aanpassing reguliere werkprocessen op afdelingsniveau of het niveau van een organisatieonderdeel met dezelfde mensen/middelen of impact op een relatief kleine groep patiënten (patiënten met een gedwongen behandeling);

3. aanpassing reguliere werkprocessen op afdelingsniveau of organisatieonderdeel met extra mensen/middelen of impact op een middelgrote groep patiënten (specifieke diagnostische groep, zoals patiënten met autisme in regio x);
4. aanpassing reguliere werkprocessen op organisatieniveau met extra mensen/middelen of impact op een grote groep patiënten (per wet, zoals patiënten die beschermd wonen);
5. aanpassing reguliere werkprocessen op organisatie overstijgend niveau met extra mensen/middelen of impact op alle patiëntengroepen.

NB: Anders dan bij een risicoanalyse is het doel van de lastenanalyse niet om lasten te voorkomen, want ze bestaan immers al. Het doel is wel om samen er samen met stakeholders over in gesprek te kunnen gaan en in onderling overleg maatregelen te treffen waarmee de lasten zoveel mogelijk worden teruggedrongen of weggenomen en/of eventueel nadelige effecten ervan in de toekomst te voorkomen. Hoe hoger de score, hoe hoger de prioriteit om in actie te komen. In hoofdstuk 4 tot en met 6 zijn de belangrijkste conclusies hieruit beschreven.

#### **3.4.5 Fase I, stap IV: onderzoeksrapportage en plan van aanpak**

Met het opleveren van de onderzoeksrapportage wordt fase I van het project Het Roer Moet Om afgerond. GGZ Nederland brengt de rapportage onder de aandacht van diverse stakeholders en presenteert op basis van de aanbevelingen in hoofdstuk 2 een plan van aanpak voor fase II van het project – Het Roer Gaat Om – om samen met de verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten, de ministeries van VWS en V&J, de VNG, ZN, het CIZ, het CAK, de NZa en het ZiN de administratieve lasten in de ggz daadwerkelijk terug te dringen. Dit plan van aanpak wordt in onderling overleg met de leden van GGZ Nederland uitgewerkt. Gedurende fase II – Het Roer Gaat Om – is er telkens interactief contact met de leden over de voortgang van activiteiten.

# Zorgverlening in het Sociaal Domein

Wat zijn de administratieve lasten in het sociaal domein? Sinds 2015 geldt een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Daarin is elke gemeente verantwoordelijk voor integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers. Gemeenten dienen verbindingen te leggen met welzijn, wonen, jeugdhulp, schuldhulpverlening, (speciaal) onderwijs en het lokale werkgelegenheidsbeleid. Het idee is dat de gemeente dicht bij de burger staat en zijn sociale en maatschappelijke omgeving het beste kent, het zogenoemde sociaal domein. Denk daarbij in de ggz aan dagbesteding, extramuraal individuele begeleiding, kortdurend verblijf, de inloopfunctie en maatschappelijke opvang. Mensen met psychische problemen of aandoeningen hebben te maken met hun gemeente als het gaat om huisvesting, uitkeringen en re-integratie naar werk. Eventueel ook bij schuldhulpverlening. In de Wmo zijn verder de opvang voor dak- en thuislozen, bemoeizorg en preventieactiviteiten op het gebied van geestelijke gezondheid geregeld.

Daarnaast voeren gemeenten via de nieuwe Jeugdwet alle jeugdhulp uit: zorg, hulp en ondersteuning aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en aandoeningen. Ook zijn zij verantwoordelijk voor de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering en voor de advisering en verwerking van meldingen inzake huiselijk geweld en kindermishandeling. Sinds januari 2015 verzorgen de gemeenten de vrijwillige en gedwongen jeugdhulp (voorheen onder verantwoordelijkheid van de provincie) en de jeugd-ggz (voorheen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)). Tot slot dragen zij zorg voor jongeren in verband met een verstandelijke beperking (VB) en begeleiding, persoonlijke verzorging en kortdurend verblijf op basis van de AWBZ. De reikwijdte van de Jeugdwet houdt op als een jeugdige 18 jaar wordt.

Binnen het sociaal domein hebben ggz-patiënten ook vaak te maken met de Participatiewet, bedoeld voor mensen die zijn aangewezen op, al dan niet tijdelijke, ondersteuning om in hun bestaan te voorzien en/of om aan het werk te komen. Voor mensen met een beperkt arbeidsvermogen kent de Participatiewet specifieke instrumenten als loonkostensubsidie en beschut werk.

## 4.1 Inkoop en verkoop van ggz

### 4.1.1 Grote diversiteit in aanbestedingsprocedures

Gemeenten maken sinds 2009 steeds meer gebruik van het zogenoemde ‘bestuurlijk aanbesteden’ om diensten in te kopen in het sociaal domein: Sinds de decentralisaties van de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet past 60% van de gemeenten deze aanbestedingsprocedure toe (Bron: Binnenlands Bestuur, 2016). Bestuurlijk aanbesteden is ooit ontwikkeld als antwoord op het falen van klassiek (openbaar) aanbesteden van zorg en sociale en maatschappelijke voorzieningen of diensten. Dat wil niet zeggen dat andere vormen van aanbesteden niet meer bestaan. Integendeel, ook enkelvoudig en meervoudig onderhands aanbesteden, openbaar aanbesteden en Europees aanbesteden komen voor bij gemeenten.

Door de implementatie van nieuwe Europese richtlijnen is de Aanbestedingswet in 2016 veranderd. Het onderscheid tussen verschillende diensten is verdwenen. Wel is er sprake van een nieuwe uitzonderingsprocedure voor het aanbesteden van zorg en sociale en maatschappelijke voorzieningen

of diensten. Veel gemeenten hebben lang getwijfeld of bestuurlijk aanbesteden nog mocht, of zijn overgegaan op openbaar en/of Europees aanbesteden. Dat laatste hoeft niet per se, bestuurlijk aanbesteden mag nog steeds. De Europese aanbestedingsrichtlijn stelt dat de aanbestedende gemeentelijke diensten de opdrachten voor zorg, sociale en maatschappelijke diensten met een waarde lager dan € 750.000 exclusief btw direct mogen gunnen. Boven die drempel moeten de gemeenten vooraf bekend maken dat zij een opdracht te vergeven hebben, hoe zij die willen plaatsen en moeten zij achteraf bekend maken aan wie de opdracht verstrekt is.

In de huidige praktijk van bestuurlijk aanbesteden nodigen de gemeenten op basis van objectieve criteria een scala aan zorgaanbieders uit voor onderhandelingen over te sluiten overeenkomsten. Samen vertegenwoordigen deze organisaties de hele keten, het complete zorglandschap. Aan de overlegtafels bij gemeenten zitten vaak aanbieders aan tafel met verschillende achtergronden: grote, kleine, algemene, specialistische, enzovoort. Volgens de ggz-aanbieders vergemakkelijkt dat de aanbesteding niet. Desondanks vinden de meesten van hen bestuurlijk aanbesteden prettig, omdat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op de inhoud van de aanbesteding, maar het is wel een tijdrovende vorm van aanbesteden, omdat er zoveel partijen aan deelnemen. Dan zijn er ook nog aanbieders die niet aan tafel zitten, maar wel via internet de onderhandelingen kunnen volgen en beïnvloeden en is het, na het vaststellen van de overeenkomst en een publicatie hiervan op TenderNed, alsnog mogelijk voor andere aanbieders om zich ook aan te melden voor deelname aan die overeenkomst. Omdat de ggz-aanbieders bij verschillende regio- en centrumgemeenten aan tafel zitten en de gemeenten qua keuze voor de aanbestedingsprocedure volledig vrij zijn, hebben zij te maken met verschillende procedures en uiteenlopende werkwijzen. Dat maakt het tamelijk ingewikkeld (risicogebied *inkomstenderving*).

Het schaken op al die verschillende borden levert per regio vrij gedetailleerde raamovereenkomsten op. Maar daar blijft het niet bij. Meestal stellen deelnemende gemeenten daar bovenop aanvullende overeenkomsten op, waardoor de administratieve lasten fors toenemen. Vooral kleinere aanbieders hebben hier last van, omdat de verhouding tussen kosten en baten voor hen al heel snel scheef ligt (risicogebied *kosten*). De ggz-aanbieders vragen zich af waarom de gemeenten de bestuurlijke aanbestedingsprocedures niet standaardiseren en uniformeren en met minder soorten en minder gedetailleerde (raam)overeenkomsten gaan werken. Is er dan écht geen vertrouwen, zo vragen zij zich af.

#### **4.1.2 Inkoop-eisen van gemeenten over hoe zorg geleverd moet worden**

Ggz-aanbieders zeggen bovenop hun reguliere werkzaamheden veel extra activiteiten te verrichten in het proces van contractering tot en met verantwoording met de gemeenten en zetten daar in de afgelopen jaren extra fte overhead voor in om aan de (aanvullende) inkoop-eisen te kunnen voldoen. Veel van de gemaakte afspraken in de contracten met gemeenten zijn multi-interpretabel. Dit leidt tussentijds tot aanvullende of nieuwe eisen met betrekking tot de te leveren zorg, op straffe van een korting op het budget (risicogebied *inkomstenderving*).

##### **Bestuurder**

‘Op een gegeven moment werd ons gevraagd of alle patiënten in beschermd wonen een crisisplan hadden. Dat was om moverende redenen niet het geval, maar werd door de gemeente niet geaccepteerd. We moesten binnen afzienbare tijd met alle 79 patiënten (n = 520) zonder crisisplan alsnog in gesprek om zo’n plan te maken, anders volgde een fikse korting op het budget. Vier maanden en zo’n € 80.000 aan projectkosten verder bleek dat slechts drie patiënten in aanmerking kwamen voor een crisisplan. De overige patiënten wilden geen crisisplan of waren niet in staat om het te maken. In onze ogen was dit een

onredelijke eis, maar waren we vanwege de aangekondigde budgetkorting van € 400.000 genoodzaakt om actie te ondernemen. Let wel, het ging hier ten koste van de inzet van 1,5 fte verpleegkundige, tel uit je winst.'

Gemeenten stellen volgens de zorgaanbieders bovenop de gebruikelijke inkoop van zorg, het wat, aanvullende eisen ten aanzien van het hoe, dus de manier waarop een ggz-aanbieder die zorg moet leveren (risicogebied *kwaliteit*). Een voorbeeld hiervan is het per se herstelgericht moeten werken volgens de ART-methodiek. Naast het professionaliseren van het opdrachtgeverschap zullen ook de ggz-aanbieders moeten wennen aan een nieuwe context en moeten laten zien wat zij in huis hebben. Gezamenlijk werken aan vertrouwen, een gezonde opdrachtgevers- en opdrachtnemersrelatie kost tijd. Wij zien dat gemeenten hier het gesprek met ons over willen aangaan, maar veelal is het lastig om de regionale samenwerking die nodig is om gespecialiseerde zorg in te kopen consistent door te voeren. Dit brengt onnodige onzekerheid en extra lasten met zich mee.

### **Hulpverlener**

'Oh ja, de ART-methodiek is beste wel een goede, maar echt niet de enige methodiek om herstelgericht te werken. Je hebt bijvoorbeeld ook de methodiek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Onze instelling werkt daarmee en het werkt goed. Maar dat stond ineens ter discussie. De ART-methodiek komt net van de persen, is bedacht door een andere ggz-instelling, maar is helemaal geen landelijke richtlijn. Behalve heel veel extra werk, wekt het bij ons irritatie op dat ze bij de gemeente op de stoel van de professional gaan zitten. Ze hebben de klok wel horen luiden, maar ... '

Alhoewel zij zich ervan moeten vergewissen of afspraken worden nagekomen, hoeven gemeenten niet precies te weten hoe zorgaanbieders dat voor elkaar krijgen. Aan de hand van professionele richtlijnen en statuten bepaalt een instelling immers in overleg met patiënten en direct betrokkenen wat de beste zorg in een gegeven situatie is. Dit is gestoeld op landelijke wet- en regelgeving zoals de Wgbo, de Wet Bopz, de Kwaliteitswet Zorginstellingen enzovoort. Daarnaast ontwikkelt de ggz-sector zelf kwaliteitsstandaarden (stoornis-specifieke zorgstandaarden en generieke modules), die worden opgenomen in het Register van het Kwaliteitsstatuut van Zorginstituut Nederland (ZiN). De individuele behandeling en/of begeleiding van patiënten kan indien gewenst, getoetst worden door de IGZ of de GGD en in aanvulling daarop met behulp van interne en externe audits van het eigen kwaliteitsmanagementsysteem. Bovendien kent de ggz specifieke behandel- en begeleidingsmethodieken waarvoor certificering vereist is. De certificerende instanties zijn geaccrediteerd en toetsen periodiek de kwaliteit van de behandeling en begeleiding. Desalniettemin is het geheel van wet- en regelgeving voor de gemeenten soms een 'black box' volgens de ggz-aanbieders. Relatief eenvoudige maatregelen als het maken van een standaard overzicht van wat waar precies geregeld is, zou volgens hen al kunnen helpen in het creëren van overzicht. Zij vinden veel inkoop-eisen van gemeenten, vooral ten aanzien van het hoe, overbodig. De tijd die gemoeid is met extra activiteiten om te voldoen aan aanvullende eisen van de gemeenten is zeer kostbaar vanwege de inzet van extra fte aan overhead (risicogebied *kosten*).

#### **4.1.3 De inkoop van gemeenten verloopt ongestandaardiseerd**

In veel gemeenten verloopt de inkoop (nog) niet gestandaardiseerd, dat wil zeggen dat er binnen de inkoopafspraken nog te weinig aandacht is voor de drie te hanteren uitvoeringsvarianten van het programma i-Sociaal domein (iSD). Deze uitvoeringsvarianten, inspanningsgericht, outputgericht en taakgericht, helpen om structuur aan te brengen in het administratieve proces, ze leggen een verbinding tussen inkoop, zorgadministratie en berichtenstandaarden. Het doel hiervan is om het proces van contractering tot en met verantwoording (bekostiging, informatie-uitwisseling of

berichtenverkeer, declaraties, monitoring, verantwoording en controles) in zijn geheel op elkaar af te stemmen en daarmee de administratieve lasten bij zowel gemeenten als zorgaanbieders te beperken. Ofschoon iSD gemeenten stimuleert om voor één van de drie varianten te kiezen en de standaardartikelen die daarbij horen op te nemen in de contracten met zorgaanbieders, past men de 'Handreiking uitvoeringsvarianten iWmo en iJW'<sup>1</sup> en de 'Standaardartikelen voor uitvoeringsvarianten'<sup>2</sup> in de praktijk nog te vrijblijvend of inconsistent toe. Dat komt volgens de ggz-aanbieders omdat het niet verplicht is om dit te doen. Daarnaast bieden de uitvoeringsvarianten en de standaardartikelen ruimte voor eigen invulling. En gaat het bij de inkoop en de contractering al mis, dat gemeenten de standaardartikelen bijvoorbeeld niet opnemen in de contracten voor het volgende begrotingsjaar, dan kun je er volgens hen gevoeglijk van uitgaan dat de inkoop, de zorgadministratie en de gegevensuitwisseling gedurende datzelfde jaar onvoldoende op elkaar blijken afgestemd. En dat de variëteit in de uitvoering onbedoeld blijft leiden tot veel maatwerk bij de inrichting van zorgprocessen in de instellingen en veel handwerk bij de uitvoering ervan. Tegen de bedoeling van iSD in blijven zodoende de onnodig hoge kosten, risico's met betrekking tot de rechtmatigheid en vertraging en fouten in het administratieve proces bestaan (risicogebieden *kwaliteit, kosten en inkomstenderving*).

Voorbeelden hiervan zijn de steeds wisselende eisen ten aanzien van het hoofd- en onderaannemerschap, het gebruik van het berichtenverkeer, de te gebruiken productcodes en de te hanteren tarieven. Desgevraagd zeggen de instellingen niet te begrijpen waarom de gemeenten niet meer standaardiseren, het ambtelijk apparaat van gemeenten zou daar immers ook baat bij hebben. De problemen worden groter naarmate er sprake is van regionale of bovenregionale samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten. Vanwege de relatief lage prevalentie heeft men daar bijvoorbeeld in de jeugdverslavingszorg mee te maken. Volgens de instellingen spelen de gemeenten dan vaak hard spel, stellen zij zich op als pure inkooporganisaties met eigen 'modellen' en letten zij, mede vanwege een gebrek aan kennis over de doelgroep(en), te weinig op het integrale karakter van de benodigde zorg over de verschillende domeinen heen. De ggz-aanbieders zeggen dat dan noodgedwongen zelf te doen. Zoals gezegd zijn wij verheugd dat er een wetsvoorstel in voorbereiding is om de standaardisering verder te verplichten. Maar ook in aanloop naar het van kracht worden van dit wetsvoorstel zou standaardisatie van gegevensuitwisseling en declaratiemethoden de norm moeten zijn.

### **Hoofd economische en administratieve diensten**

'In Brabant worden de patiëntprofielen en prestatiebekostiging vaak als 'het goede voorbeeld' genoemd. Maar in de dagelijkse praktijk blijkt dat veel weerbarstiger te zijn. In de eerste plaats hanteren verschillende regio's verschillende patiëntprofielen voor dezelfde doelgroep, dat maakt het ondoenlijk. Daarnaast geldt met dit systeem dat vooraf op basis van het profiel wordt bepaald wat de doelen zijn en welk budget daarbij hoort. Als dan binnen een half jaar blijkt dat er toch meer aan de hand is, dan wordt de aanbieder geacht toch voor hetzelfde budget de zorg te leveren die nodig is. De laatste 50% van het budget wordt overigens pas uitbetaald als de doelen zijn gehaald. Maar bepaal maar eens op voorhand de doelen bij een jongere die verslaafd is, die kampt met een licht verstandelijke beperking en ook problemen in de gezinssituatie kent. In zo'n situatie verhult het middelengebruik vaak de overige problematiek en kan pas na een detox beoordeeld worden welke diagnoses er nog meer zijn. Er is weinig ruimte voor op- en afschalen binnen deze vorm van financiering: als de aanbieder gedurende het traject er achter komt dat er sprake is van ernstig middelenmisbruik en er tijdelijk een klinische opname nodig is, dan moet dat via het hoofd- en onderaannemerschap ook betaald worden uit het toegekende budget van diezelfde aanbieder, want er mag geen

<sup>1</sup> <http://i-sociaaldomein.nl/publicaties/handreiking-uitvoeringsvarianten-iwmo-en-ijw>

<sup>2</sup> <http://i-sociaaldomein.nl/standaardartikelen-voor-uitvoeringsvarianten>

zorg gestapeld worden. Deze constructie is financieel ontoereikend en levert gigantisch veel werk op om de touwtjes alsnog aan elkaar te knopen. Flexibel op- en afschalen zonder al teveel administratieve rompslomp is nagenoeg onmogelijk.’

#### **Bestuurder**

‘Omdat er geen regionale of bovenregionale afspraken zijn over de benodigde klinische capaciteit voor verslavingszorg aan jeugdigen, staan de klinieken onder druk. Vooraf is niet goed te voorspellen in welke gemeente of regio de meeste bedden nodig zijn. Hier zou regionale verevening uitkomst kunnen bieden, maar dat willen de gemeenten per se niet. In de praktijk blijkt telkens weer dat er te weinig bedden beschikbaar zijn voor deze doelgroep. Een gevolg hiervan is dat voor iedere patiënt een zorgtoewijzing moet worden aangevraagd. In Noord Holland zijn nu twee managers ieder twee dagen per week bezig met het regelen van die zorgtoewijzingen. Dat is om gek van te worden.’

Uit deze voorbeelden blijkt hoe gemeenten omgaan met de uitvoeringsvarianten iWmo en iJW en de bijbehorende standaardartikelen en welke impact dit heeft op de administratieve lasten van de instellingen. Ggz-aanbieders zeggen nog steeds veel moeite te hebben om aan alle inkoopwensen van gemeenten te voldoen. Wat hen betreft worden de uitvoeringsvarianten verplicht gesteld, zodat verregaande standaardisatie van het proces van contractering tot en met verantwoording mogelijk is. De uitvoeringsvarianten en bijbehorende standaardartikelen kunnen vervolgens voor gemeenten en zorgaanbieders ook als toetsingskader voor dit proces dienen.

#### **4.1.4 Teveel ineens door lange duur contracteringsrondes**

Het gekozen tijdsplan waarin bepaalde activiteiten moeten zijn verricht is doorgaans heel erg kort. De contracteringsrondes met gemeenten duren vaak lang, waardoor de precieze inkoopwensen voor langere tijd onbekend zijn en er op een bepaald moment in de lopende contractperiode met man en macht gewerkt moet worden aan het alsnog op orde krijgen van de verantwoording over verrichte activiteiten. Dit loopt volledig uit de pas met de gebruikelijke planning & control-cycli van ggz-aanbieders en kost veel extra tijd en mankracht (risicogebieden *organisatie* en *tijd*).

#### **4.1.5 Het argument van de gemeentelijke beleidsvrijheid**

Ter verdediging van de grote diversiteit aan inkooppraktijken hanteren gemeenten vaak het argument van gemeentelijke beleidsvrijheid, zoals dat bedoeld was bij de decentralisaties van taken en verantwoordelijkheden van het Rijk naar gemeenten: zij genieten naar eigen zeggen volledige vrijheid bij het stellen van eisen of criteria. Ggz-aanbieders krijgen in de gesprekken met de gemeenten dan ook vaak te horen dat de gewenste standaardisatie van eisen en gegevensuitwisseling tegenstrijdig is met de beleidsvrijheid of het autonome optreden van gemeenten (risicogebied *kosten*).

#### **Bestuurder**

‘Een voorbeeld hiervan is de Richtlijn landelijke toegang beschermd wonen. Hierin staan zeer duidelijke zorginhoudelijke en participatiecriteria beschreven, waar patiënten aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor beschermd wonen. Die criteria zijn voor maar één uitleg vatbaar en eenvoudig toe te passen. In hetzelfde document echter staat tegelijkertijd vermeld dat het gemeenten vrij staat om eigen toegangscriteria te hanteren. Alhoewel niet beschreven staat wat hier precies mee bedoeld wordt, staat dit haaks op het principe van landelijke toegang, gaat het om aanvullende eisen en als gevolg daarvan om allerlei extra werk bij de zorgaanbieders om een patiënt daadwerkelijk geplaatst te krijgen.’

#### 4.1.6 Gebrek aan kennis bij gemeenten van de (jeugd-)ggz

De ggz wijt het bestaan van aanvullende eisen of overeenkomsten (zie § 4.1.2) ten aanzien van de zorg- en dienstverlening aan een gebrek aan kennis bij gemeenten van ggz-doelgroepen, zowel qua problematiek als qua volume(s). Men ervaart een soort controle- en beheerdrift bij gemeenten in een poging meer grip te krijgen op de inkoop en organisatie van zorg. Dit beeld wordt bevestigd in de vijfde en slotrapportage van de Transitiecommissie Sociaal Domein: '(...) Tegelijkertijd legt de taakverzwaring en het relatief onbekende terrein van het sociaal domein een grote druk op hun (gemeenten) schouders. Er is een enorme behoefte aan grip: de veranderingen zijn zo ingrijpend, het gaat om de meest kwetsbare mensen en om heel veel geld, daar liggen de grootste (politieke) risico's. Dat is kenmerkend voor het werk in het sociaal domein. En dat uit zich in een zekere mate van onzekerheid. Hoe weten we nou dat het goed gaat? Zien we niemand over het hoofd? Waar moeten we op letten? (...) Gaat het om grip op de decentralisaties over sturing van beleid, cijfers of de praktijk? Of alle drie? We zien een handelingsverlegenheid ontstaan, met als gevolg een vraag naar 'verkeerde zekerheden' (2016, pag. 4).'

Ggz-aanbieders zien voor zichzelf overigens een rol weggelegd om de kennisachterstand bij gemeenten ten aanzien van ggz-doelgroepen te verkleinen, maar dit kost, afhankelijk van de schaalgrootte van de instellingen, relatief veel tijd. Volgens de aanbieders hebben gemeenten vooral een andere procedure voor onderzoek en indicatiestelling nodig om de ggz-problematiek goed boven tafel te krijgen (zie ook § 4.2.1), zodat beter in te schatten is welke zorg precies nodig is, zowel op individueel patiëntniveau als op doelgroepenniveau. Dat geeft volgens hen de nodige houvast en voorkomt handelingsverlegenheid bij gemeenten (risicogebieden *kwaliteit*, *organisatie* en *kosten*). Aan de bestuurlijke tafels vindt hierover overigens het goede gesprek plaats. Echter, de praktijk is veelal weerbarstig en vergt veel van alle partijen.

## 4.2 Kwaliteit

### 4.2.1 ZRM ongeschikt voor ggz-problematiek

De meeste gemeenten gebruiken de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) om in kaart te brengen hoeveel regie iemand heeft op zijn eigen leven. Aan de 'keukentafel' vragen zij verschillende levensdomeinen uit, maar wordt er onvoldoende gekeken naar de impact van een psychische aandoening op de mate van herstel van mensen. Waarom zorgt dit voor extra administratieve lasten bij ggz-aanbieders?

In de ggz wint het begrip herstel in toenemende mate aan betekenis. In plaats van de psychische aandoening zelf, staat het persoonlijk of maatschappelijk herstel van patiënten voorop. Gekeken wordt naar de herstelfase van de patiënt (overweldigd door, worstelen met, leven met of leven voorbij de aandoening), herstelperspectieven (combinaties van klinisch, persoonlijk en/of maatschappelijk herstel), de (reeds bereikte) mate van regie op een aantal levensdomeinen (vergelijkbaar met de ZRM van gemeenten), de wensen van de patiënt op die domeinen en de gewenste ondersteuning hierbij, en kwetsbaarheden als autisme, een verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek of een lichamelijke aandoening, die in meer of mindere mate het doorlopen van het herstelproces beïnvloeden. Op die manier is nauwgezet in kaart te brengen welke zorg de patiënt op een verblijfsafdeling, in een beschermde woonvorm of zelfstandig thuis (nog) nodig heeft.

Met de ZRM is dit onbegonnen werk: de ZRM houdt geen rekening met de impact van een psychische aandoening op het dagelijks leven en staat te weinig stil bij de gevolgen daarvan qua eigen regie op diverse levensdomeinen. Veel mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) hebben door de jaren heen vanwege hun aandoening last gekregen van zogenoemde negatieve symptomatologie,



dat wil zeggen een achteruitgang van cognitieve functies als het geheugen, het denken en het aandachts- en concentratievermogen. Tijdens het ‘keukentafelgesprek’ van de gemeenten, waarin de ZRM de leidraad is, komen die gevolgen van de aandoening onvoldoende aan bod. Terwijl juist deze doelgroep volgens de ggz-aanbieders een duwtje in de rug nodig heeft om gericht hulp of ondersteuning te vragen bij de activiteiten die zij zelf (nog) niet goed kunnen uitvoeren. Doorgaans wordt de zorg- en ondersteuningsvraag te licht ingeschat en krijgen patiënten een lagere indicatie dan zij nodig hebben, waardoor bepaalde zorg onvoldoende of niet geboden wordt (risicogebied kwaliteit). Als gevolg hiervan raken patiënten stilaan gedemotiveerd. Risico’s als therapieontrouw en verwaarlozing liggen dan op de loer. Veel patiënten vallen zodoende tussen wal en schip.

De ggz-aanbieders doen naar eigen zeggen veel moeite om deze lacune te beslechten, maar dat lukt hen slechts ten dele. Daar waar het zorgaanbod binnen de Wlz een integraal geheel is van met elkaar samenhangende activiteiten, lijkt dat binnen het sociaal domein (de Wmo) uiteen te vallen. De gewenste ketenzorg strekt zich immers uit over diverse domeinen en financieringsstromen heen; of het nu gaat om behandeling, begeleiding, schuldhulpverlening, crisishulp, verzorging, scholing, dagbesteding, reclassering of maatschappelijke opvang, de patiënt is aangewezen op een scala aan loketten die op uiteenlopende wijze worden gefinancierd (risicogebied *organisatie*). Uit een recente rapportage van het Trimbos Instituut<sup>3</sup> blijkt hoeveel moeite ggz-patiënten hebben om die loketten te vinden. De ggz-aanbieders zeggen zich verantwoordelijk te voelen voor het oplossen van deze zogenoemde ‘schottenproblematiek’ en nemen, in het besef dat patiënten kunnen afglijden naar (opnieuw) een crisissituatie, de forse administratieve lasten die hiermee gepaard gaan voor lief. Het betreft allerhande coördinerende en administratieve werkzaamheden in het primaire proces met allerlei ketenpartners – indirecte patiëntgebonden tijd – die ten koste gaan van de directe patiëntgebonden tijd (risicogebied *tijd*).

#### **Hulpverlener**

‘Vanaf vorige maand begeleid ik Sander. Hij woont nu in Beschermd Wonen (BW) en dat is na vijfentwintig jaar op een instellingsterrein erg wennen voor hem. Bij mij moet hij zijn voor behandeling en begeleiding en bij de woonbegeleiders voor het huishouden en andere praktische zaken. Hij zou graag veel meer zelf doen, vooral op het gebied van zijn sociale netwerk en werk, maar voorlopig heeft hij daar nog hulp bij nodig. De vraag is wie hem daarbij gaat helpen en wie dat gaat betalen. Officieel hoort dat niet allemaal thuis bij het werk van een team in de wijkgerichte ggz, althans, dat zegt de zorgverzekeraar. En de gemeente heeft naar aanleiding van dat gesprek laatst over eigen regie de conclusie getrokken dat Sander dit allemaal zelf wel kan regelen. Gaan ze hem dus niet bij helpen. Ik heb hier de afgelopen twee maanden zes of zeven keer contact over opgenomen met de gemeente, maar wordt van het kastje naar de muur gestuurd. En Sander zit onverrichter zake thuis op de bank.’

#### **4.2.2 Zorgtoewijzing na zorgtoewijzing na zorgtoewijzing in de jeugd-ggz**

In de jeugd-ggz ervaart men veel administratieve ballast door het telkens opnieuw moeten aanvragen van zorgtoewijzingen. Na verloop van tijd (meestal een jaar) zijn aanbieders verplicht om bij het continueren van exact dezelfde zorg toch opnieuw zo’n toewijzing aan te vragen. Dit geschiedt per jeugdige of per indicatie van de psychiater en is in de praktijk zeer arbeidsintensief (risicogebied *organisatie*).

#### **Indicatiecoördinator**

‘Ik begrijp niet waarom je telkens een nieuwe zorgtoewijzing moet aanvragen voor zorg die conform het zorgplan gewoon doorloopt. Het zou wat anders zijn als de zorg op een aantal

<sup>3</sup> *Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg. Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda, Trimbos Instituut (2016);*

wezenlijke punten wijzigt en er een nieuwe indicatie nodig is. Maar in de meeste gevallen continueren we onze zorg, het zijn toch vaak langdurende trajecten in de jeugd-ggz. En toch moet je dan de papierwinkel in, is de kans groot dat je ook nog aanvullende vragen krijgt vanuit de gemeente, vragen die bij het aanvragen van de vorige zorgtoewijzing ook al gesteld zijn, en dan ben je zo maar een paar uur kwijt met in mijn ogen onnodige bureaucratie.’

### **Hulpverlener**

‘Ik schrijf een keer per jaar een nieuw recept voor jongeren met ADHD. Het gaat hier om een groep jongeren die al in behandeling zijn geweest, progressie hebben geboekt en nu dus minder zorg, maar nog wel medicatie nodig hebben. Dat gaat dus niet zomaar, daar is een nieuwe zorgtoewijzing voor nodig. Het uitschrijven van een nieuw recept kost mij welgeteld 10 minuten, het aanvragen van een nieuwe zorgtoewijzing kost onze organisatie bij elkaar opgeteld 3 uur.’

Volgens de aanbieders schiet het middel hier zijn doel voorbij. Zij begrijpen dat zorgtrajecten niet onnodig lang verlengd moeten worden en dat financiers voeling willen blijven houden met de voortgang van de behandeling en begeleiding. Maar op basis van ervaringen in het werkveld zou men volgens de aanbieders ook op voorhand kunnen inschatten of een behandeltraject langer gaat duren dan de periode waarvoor de zorgtoewijzing wordt afgegeven en dat kunnen accorderen. Volgens hen is het binnenhalen van zorgtoewijzingen zo langzamerhand een aparte tak van sport in de jeugd-ggz (risicogebieden *kosten* en *inkomstenderving*).

### **4.2.3 Kwaliteitseisen zorgverlening**

De ggz is gewend aan kwaliteitscontroles van de zorg- en dienstverlening binnen de instellingen (zie § 4.1.2). Op landelijk niveau zijn een ‘Model ggz zorgstandaard’ en een ‘Model ggz generieke module’ in ontwikkeling, kaders voor alle stoornis-specifieke zorgstandaarden en generieke modules, die in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling Ggz<sup>4</sup> worden ontwikkeld. De op basis van deze modellen te ontwikkelen zorgstandaarden en modules worden zo opgesteld, dat de indicatiestelling, de inhoud en de organisatie van de zorg aansluiten op de zorgvraag van de patiënt en de fase van zijn of haar herstelproces. Zorgstandaarden beschrijven de zorg per doelgroep met daarbij de te verwachten uitkomstmaten. ‘Zorg’ wordt hierbij breed opgevat, het gaat ook om begeleiding en ondersteuning, gericht op het (weer) maatschappelijk functioneren van patiënten. De ontwikkeling en verspreiding van kwaliteitsstandaarden heeft als doel om goede zorg rondom psychische aandoeningen en klachten te bevorderen. Uitgangspunt is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd en niet de patiënt rondom de zorg.

Ggz-aanbieders denken dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten hun voordeel kunnen doen met de zorgstandaarden en generieke modules. Zij hoeven immers niet zelf te toetsen in hoeverre zorgaanbieders hieraan voldoen, want dat wordt door controlerende organen als de IGZ gedaan. Dat zijn autonome processen bij wet geregeld (zie § 4.1.2), die buiten de beïnvloedingsfeer van de inkoopende partijen liggen. Dát de zorgverlening getoetst wordt aan allerlei kwaliteitscriteria zou voor gemeenten genoeg moeten zijn volgens hen en dat is ook vrij eenvoudig aan te tonen. Maar gemeenten willen meer, zo blijkt uit de gesprekken met zorgaanbieders, zonder dat altijd duidelijk is waarom. Het meest berucht zijn de eisen ten aanzien van het zorg- of begeleidingsplan. Behalve dat veel van die eisen overbodig zijn, komen ze ook niet overeen met de eisen die de zorgverzekeraars (Zvw) of de zorgkantoren (Wlz) hieraan stellen. Ofschoon dit niet hoeft, verschillen de kwaliteitseisen per domein. Met het oog op de organisatie van ketenzorg over de domeinen heen heeft het werkveld

<sup>4</sup> Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling Ggz is een samenwerkingsverband dat is opgericht door de beroepsverenigingen van psychiaters (NVvP) en psychologen (NIP) en het Landelijk Platform Ggz (LPGGz). In het netwerk participeren ook GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en andere relevante beroepsverenigingen en stakeholders.

al wel pogingen gedaan om één integraal format voor het zorg- of begeleidingsplan te ontwikkelen, maar dat blijkt voor de verschillende financiers met ieder hun eigen kwaliteitseisen vooralsnog een brug te ver.

Als gevolg hiervan moeten de ggz-aanbieders, ongeacht het bestaan van iWmo en iJW, telkens nieuwe definities maken voor informatie uit bronsystemen, teneinde de juiste informatie over de zorg- en dienstverlening te genereren. In vergelijking met een paar jaar geleden hebben sommige ggz-aanbieders het aantal fte gericht op het inrichten en uitlezen van bronsystemen zien verdubbelen (risicogebieden *kosten* en *technologie*). Het onbevredigende voor medewerkers, managers en bestuurders in dezen is dat het nooit genoeg lijkt te zijn. De druk om alsnog aan de (nieuwe of afwijkende) eisen te voldoen blijft hoog en zorgt voor veel ongenoegen bij ondersteunende diensten en afdelingen.

#### **4.2.4 Kwaliteitseisen medewerkers en bedrijfsvoering/organisatie**

In veel regio's hebben gemeenten gepoogd om eisen te stellen aan de kwaliteit van medewerkers in de ggz. Het opleidingsniveau is bijvoorbeeld regelmatig een onderwerp van gesprek met de gemeenten, terwijl zij daar niet over gaan. De instellingen bepalen zelf met behulp van zorgstandaarden en professionele statuten welke professionals zij inzetten (risicogebieden *kwaliteit* en *kosten*). Een ander veelgehoord voorbeeld is de eis van een gemeente dat alle medewerkers van een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) zouden moeten hebben, terwijl zo'n verklaring alleen verplicht is voor medewerkers met direct patiëntcontact (risicogebied *kosten*).

##### **Bestuursadviseur inkoop/verkoop**

'De gemeente vond eerst dat wij op iedere woonvoorziening minimaal één hbo'er, kwalificatieniveau 5 moesten aanstellen. Maar dat is gezien de zorgvraag van de mensen die er wonen helemaal niet nodig. Wij hebben op de meeste woonvoorzieningen mbo's van kwalificatieniveau 3 en 4 rondlopen. En er zijn twee hbo'ers met een coördinerende functie verdeeld over 12 woonvoorzieningen. Daarmee voldoen we ruimschoots aan de standaarden voor het type begeleidingsactiviteiten op die woningen. We hebben moeten praten als Brugman om de gemeente hiervan te overtuigen, uiteindelijk zijn ze overstag gegaan.'

##### **Bestuurder**

'Wij zijn gewoon niet akkoord gegaan met een VOG voor de hele instelling, dat zou enorm veel geld gekost hebben. Wij vonden dat zonde, vooral omdat we daar wettelijk helemaal niet toe verplicht zijn. Wij hebben ons als bestuur schrap gezet en de gemeente is er toen in mee gegaan.'

Steeds meer gemeenten willen van ggz-aanbieders zien wat het maatschappelijk rendement van hun werkzaamheden in de ambulante en klinische ggz is. Gemeenten investeren hierin en willen daar iets voor terugzien. Er zijn verschillende manieren om het maatschappelijk rendement van investeringen in economische en sociale zin meetbaar en zichtbaar te maken. Social Return On Investment (SROI) is zo'n meetmethodiek. Met een SROI-onderzoek is inzicht te verkrijgen in de verhouding tussen de totale investering (kosten) en de gerealiseerde of de te verwachten maatschappelijke effecten (baten). Gekeken wordt naar de doelen van de organisatie, welke andere organisaties, financiers en/of andere stakeholders daar een belang bij hebben, welke doelstellingen die stakeholders zelf hebben met deze organisatie en welke maatschappelijke impact zij op termijn verwachten. Voor ggz-aanbieders is het van belang om de toegevoegde waarde van ggz-zorg in de samenleving te laten zien. Gemeenten zelf willen kunnen beoordelen of hun investeringen de moeite waard zijn geweest.

De ggz-aanbieders die ermee te maken hebben zeggen dat het hen betrekkelijk veel tijd kost om aan SROI mee te werken, maar accepteren de administratieve lasten die hiermee gepaard gaan. Behalve het in maat en getal uitdrukken van de toegevoegde waarde van de organisatie voor de samenleving, maakt het volgens hen de organisatie zelf veel bewuster van haar handelen. Het gaat al snel over onderwerpen als minder schuldhulp, meer patiënten aan het (vrijwilligers)werk, minder overlast op straat, steeds meer patiënten die ondanks hun aandoening meedoen in en bijdragen aan sociale netwerken, enzovoort.

#### **Hoofd economische en administratieve diensten**

‘Als dit een modegril zou zijn dan zou ik er faliekant op tegen zijn, maar ik heb wel het idee dat de gemeenten er structureel op in willen zetten, dat het voor hen een serieuze aangelegenheid is. Het zet ons ook aan het denken over waar we als organisatie naar toe willen, we zijn er dus op een positieve manier mee bezig.’

### **4.3 Registratie en facturatie**

#### **4.3.1 Onvoldoende gestandaardiseerd berichtenverkeer**

Nagenoeg alle ggz-aanbieders zeggen dat het onvoldoende gestandaardiseerd berichtenverkeer tussen zorgaanbieders en gemeenten de hoogste administratieve lasten in het sociaal domein oplevert. De Stuurgroep iSD waar de brancheorganisaties aan deelnemen bevestigt dit beeld. Zoals gezegd werken nog niet alle gemeenten met iWmo en iJW en gemeenten die dat wel doen werken nog niet allemaal volgens de ‘Handreiking iWmo en iJW’ en de Standaardartikelen voor uitvoeringsvarianten’ (zie § 4.1.3). Het lukt de meeste gemeenten daardoor (nog) niet om het proces van contractering tot en met verantwoording zorgvuldig te stroomlijnen.

Steeds meer gemeenten zeggen te willen standaardiseren, maar in de praktijk is daar nog weinig van te zien. Naast iWmo en iJW gebruiken gemeenten aanvullende portals voor informatie-uitwisseling met zorgaanbieders, zoals WmoNed of JeugdNet. Bovendien kunnen die portals per gemeente en/of regio anders zijn ingericht, wat het er voor zorgaanbieders niet makkelijker op maakt. Eerder onderzoek door onder andere VNG, iZA en het ministerie van VWS (2015) en BMC (2015/2016) bevestigt dit beeld (risicogebieden *organisatie, technologie* en *kosten*).

#### **Hoofd economische en administratieve diensten**

‘Je moest eens weten hoeveel data we checken, voor we via iWmo of iJW informatie uitwisselen met de gemeenten. Met zoveel verschillende financiers, die ieder voor zich bepalen hoe wij informatie moeten aanleveren, zijn we genoodzaakt veel handwerk te verrichten. Ze willen eigenlijk allemaal dezelfde soort informatie, maar gebruiken stuk voor stuk andere formats. Het lijkt een kwestie van punten en komma’s, maar zien we die over het hoofd dan zijn de rapen gaar. De systemen zijn niet op elkaar afgestemd, de portals zijn telkens anders en ga zo maar door.’

#### **Bestuurder**

‘Of standaardisatie dé oplossing is betwijfel ik. Het helpt zeker, gezien de chaos die er qua berichtenverkeer op dit moment is. Op het moment dat we echt met die uitvoeringsvarianten iWmo en iJW gaan werken zullen we vast een zucht van verlichting slaan. Maar dan zijn we er nog lang niet, er moet meer gebeuren. We moeten veel meer durven samenwerken, wij en de gemeenten, we zouden eens bij elkaar op bezoek moeten gaan. Zo creëer je onderling vertrouwen en kun je aan elkaar laten zien wat de grootste knelpunten zijn en samen zoeken

naar zo eenvoudig mogelijke oplossingen. We kunnen ook afspreken dat we meer ‘best practices’ met elkaar delen. Goed voorbeeld doet nog altijd goed volgen, toch...?’

#### **4.3.2 Facturatie- en betaalperioden**

Zoals gezegd sluiten de facturatie- en betaalperioden in de Wmo en de Jeugdwet niet aan de op de bedrijfsvoering van ggz-aanbieders. Veel gemeenten hanteren verschillende betaalperiodes, soms maandelijks, dan weer vierwekelijks of anderszins. En er zijn gemeenten waarbinnen de diverse gemeentelijke diensten ook nog eens verschillen qua betaalperiodes. Daar zijn de planning & control-cycli van financiële administraties en zorgadministraties bij zorgaanbieders nauwelijks op in te richten. Sommige ggz-aanbieders richten een schaduwboekhouding of schaduwadministratie in, om er zeker van te zijn dat alle geleverde zorg gefactureerd, gedeclareerd en betaald wordt. Het bijhouden van die extra databestanden levert veel extra werk op voor de verschillende administraties, maar is noodzakelijk om het overzicht te bewaren.

#### ***Hoofd economische en administratieve dienst***

‘Ik wil dat we nu eindelijk een naar één en dezelfde termijn van afrekenen gaan, gewoon een keer per maand. Dat is landelijk volgens mij al afgesproken, maar ik merk er nog weinig van. Onze systemen worden nu overbelast. We moeten hier vooral pragmatisch in zijn, niet zo principieel.’

#### **4.3.3 De gegevensuitwisseling tussen het CAK en ketenpartners**

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) stelt de eigen bijdragen op grond van de Wlz en Wmo vast en int deze bij patiënten. Daarnaast verricht het CAK de betalingen aan zorgaanbieders op grond van de Wlz en voert het regelingen door voor mensen die anders buiten het Nederlandse zorgstelsel vallen, zoals wanbetalers, onverzekerden, gemoedsbezwaarden, onverzekerbare vreemdelingen en verdragsgerechtigden.

Ggz-aanbieders geven aan dat de administratieve afhandeling bij het CAK onvoldoende gebundeld en daarom te belastend is. Het gaat hen dan met name om de uitwisseling van gegevens tussen het CAK en ketenpartners in het kader van de regeling omtrent eigen bijdragen in de Wmo. Na overleg hierover binnen het programma iSD in 2016, is op initiatief van iSD gestart met de voorbereidingen van een gezamenlijke pilot in 2017, waarin samen met gemeenten en aanbieders gekeken wordt hoe de informatie-uitwisseling tussen betrokken partijen verbeterd kan worden. Een aantal ggz-aanbieders heeft aangegeven de voortgang hierin te willen monitoren, men wil het liefst zo snel mogelijk naar een vereenvoudigde, want gebundelde gegevensuitwisseling toe (*risicogebieden organisatie en inkomstenderving*).

#### **4.3.4 Andere financiering van de jeugd-ggz op handen**

De jeugd-ggz wordt nu nog gedeclareerd in de vorm van prestaties (declaratietitel) die de NZa vaststelt: DBC's voor de specialistische ggz (sggz) en prestaties of productcategorieën voor de generalistische basis ggz (gbggz). De NZa heeft maximumtarieven vastgesteld voor deze prestaties, zonder onderscheid tussen jeugd en volwassenen: de tarieven zouden kostendekkend moeten zijn voor alle ggz-aanbieders. De aanbieders registreren en factureren ook nog in DBC's en gbggz-prestaties volgens de JW321 declaratiestandaard.

Vanaf 2018 kopen de gemeenten de jeugd-ggz in volgens een van de drie uitvoeringsvarianten binnen iSD: inspanningsgericht, outputgericht en taakgericht (zie § 4.1.3). De aanbieders vrezen dat de regeldruk daardoor toeneemt, voornamelijk omdat er, zo leert de ervaring in de Wmo, binnen die varianten allerlei sub varianten bestaan. En wat te doen met de bovenlokale of boven-

regionale verkoop van jeugd-ggz voor hele specifieke doelgroepen? Volgens de aanbieders is het bittere noodzaak om met de bovenregionale partijen afspraken te maken over het gebruik van één voorkeursvariant.

## 4.4 Verantwoording

### 4.4.1 Het Protocol Financiële Productieverantwoording

Ggz-aanbieders vinden dat de gemeenten zich onvoldoende of niet houden aan het Accountantsprotocol Financiële Productieverantwoording Wmo en Jeugdwet, ontwikkeld door iSD. Zij wijken hier volgens de aanbieders zonder opgave van redenen van af. De aanbieders vinden dat er nieuwe afspraken gemaakt moeten worden met de VNG en de NBA over het juist naleven van dit protocol en over eventuele sancties bij het niet naleven ervan. Desgevraagd geven de aanbieders aan toch vaak mee te gaan in de wens van een of meer gemeente(n) om een extra set gegevens of een andere aanvraag van dezelfde gegevens.

Het protocol wordt breed gedragen door de betrokken brancheorganisaties (vertegenwoordigd in het Programma iSD). Verder is het door de NBA werkgroep COPRO beoordeeld als ‘vaktechnisch uitvoerbaar’ en biedt het voldoende mogelijkheden om de administratieve lasten te beperken. Echter, de toepassing ervan door gemeenten, zorgaanbieders en accountants is niet verplicht. En daar wringt volgens de ggz-aanbieders de schoen. Er is geadviseerd om het accountantsprotocol te integreren in de contracten tussen zorgaanbieders en gemeenten, maar dat gebeurt in de dagelijkse praktijk (nog) nauwelijks. Bij controles geven de accountants op hun beurt aan dat zij controleren wat er in de contracten tussen aanbieder(s) en gemeente(n) is afgesproken en daarom vaak genoodzaakt zijn veel meer te controleren dan volgens het protocol strikt genomen noodzakelijk is. In het najaar van 2016 bleek dat de accountantskosten sinds de overheveling van taken van het Rijk naar de gemeenten in 2015 met een kwart zijn toegenomen (Bron: Financieel Dagblad, 21 oktober 2016) (risicogebieden *tijd* en *kosten*).

### 4.4.2 De hoeveelheid en diversiteit van controlepunten bij materiële controles

Onderzoeken door de accountant moeten zodanig worden ingepland en uitgevoerd dat een redelijke mate van zekerheid wordt verkregen dat de totaalbedragen Wmo respectievelijk Jeugdwet in de financiële productieverantwoordingen op totaalniveau per domein geen afwijkingen (fouten) en onzekerheden van materieel belang bevatten. Men gaat hierbij uit van 95% betrouwbaarheid. Een accountant moet alle gemeenten die in de financiële productieverantwoording op totaalniveau per domein zijn opgenomen in zijn controlewerkzaamheden betrekken. Voor een steekproef of het verrichten van deelwaarnemingen is voldoende spreiding vereist over de verantwoorde productie van alle betrokken gemeenten.

Voorafgaand aan de selecties voor de uit te voeren steekproeven en/of deelwaarnemingen bepaalt de accountant de homogeniteit dan wel diversiteit van het registratie- en declaratieproces van de zorgaanbieder en de uitkomsten van de verrichtte risicoanalyse. Naarmate de homogeniteit afneemt en de diversiteit toeneemt, neemt volgens de accountants over het algemeen het aantal uit te voeren steekproeven en/of deelwaarnemingen toe. Naast de grote hoeveelheid controlepunten (in relatie tot de gemaakte afspraken met gemeenten, zie § 4.4.1) is dit volgens de ggz-aanbieders het andere controleprobleem: de controlepunten van gemeenten wijken onderling zodanig van elkaar af, dat accountants zich genoodzaakt zien om extra controles te doen (risicogebieden *tijd* en *kosten*).

# Zorgverlening in de Zorgverzekeringswet

## 5.1 Inleiding

In 2006 is de Ziekenfondswet vervangen door de Zorgverzekeringswet (Zvw). Iedereen ouder dan 18 jaar is verplicht een wettelijk vastgestelde basisverzekering af te sluiten. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd. Verzekeraars moeten alle klanten die een basisverzekering willen afsluiten accepteren. Daarnaast kunnen verzekerden voor een aanvullende verzekering kiezen. De pakketten van de aanvullende verzekeringen verschillen per verzekeraar, evenals de hoogte van de premie. Zorgverzekeraars kopen zorg in bij ggz-aanbieders. Het in- en verkoopproces leidt via inkoopvoorwaarden en offertes tot contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In die contracten staan afspraken over de zorg die de ggz-aanbieder gedurende de looptijd van het contract moet leveren aan de verzekerden van de verzekeraar. Dat kunnen afspraken zijn over de hoeveelheid zorg, over het type zorg, over de prijs van de zorg en over de kwaliteit van de zorg.

Alle geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg die gericht is op genezing valt onder de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet. Er is één uitzondering: verblijf in een ggz-instelling valt alleen de eerste drie jaar onder de Zorgverzekeringswet. Het eerste jaar verblijf wordt bekostigd via prestatiebekostiging met Diagnose Behandeling Combinaties (de DBC-systematiek), en in het tweede en derde jaar met Zorg Zwaarte Pakketten (de ZZP-systematiek). Langduriger verblijf (na drie jaar) valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

De ggz kent in de Zvw drie echelons:

1. huisartsenzorg met ondersteuning van de POH-GGZ;
2. generalistische basis-ggz;
3. gespecialiseerde ggz.

## 5.1 Inkoop en verkoop van ggz

### 5.1.1 Het in- en verkoopproces : elk jaar opnieuw met veel verzekeraars

De zorgverkoop is een jaarlijks terugkerend proces dat begint op het moment dat de zorgverzekeraars hun inkoopbeleid bekend maken. Dit is ieder jaar uiterlijk op 1 april bekend, 9 maanden voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop geldt. Met het bekend maken van het inkoopbeleid geven de verzekeraars in ieder geval informatie over de verschillende fasen waaruit de zorginkoop bestaat, het kwaliteitsbeleid dat zij bij de zorginkoop hanteren en de minimumeisen waar zorgaanbieders aan moeten voldoen om in aanmerking te komen voor een contract (beleidsregel NZa TH/NR-005). Vervolgens dienen de zorgaanbieders hun offertes in de zomervakantie in. In het najaar vinden de onderhandelingen tussen de verzekeraars en ggz-aanbieders plaats. Eind november moeten de contracten zijn afgesloten, zodat verzekerden hun keus voor een zorgverzekering onder andere kunnen baseren op de door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders. Ieder jaar blijkt dit weer een uitdaging te zijn.

Waar voorheen volgens het zogenoemde ‘representatiemodel’ met één verzekeraar afspraken werden gemaakt, lopen er tegenwoordig offertetrajecten met de verschillende zorgverzekeraars. Het wegvallen van het representatiemodel heeft geleid tot een verveelvoudiging van de administratieve lasten in het verkoopproces bij zorgaanbieders.

De zorgverzekeraars stellen ieder hun eigen inkoopvoorwaarden op, maar een aantal thema's komt bij alle verzekeraars terug. De wijze waarop zij de gegevens over die thema's uitvragen verschilt echter. Eén vraag over hetzelfde thema moet een ggz-aanbieder voor elke verzekeraar apart uitwerken. De uitwerking van een thema kan bovendien zeer bewerkelijk zijn en roept de vraag op wanneer de zorgaanbieder het thema naar tevredenheid van de verzekeraars heeft uitgewerkt (risicogebieden kwaliteit, organisatie en kosten).

#### **Bestuursadviseur inkoop/verkoop**

'De verzekeraar vraagt ons in het offertetraject een uitwerking van alle zorgpaden en wil vervolgens dat de aanbieder de 'zorgspecialist' van de verzekeraar uitnodigt om die zorgpaden nader te bekijken. Daarnaast wordt in het sjabloon van de offerte informatie uitgevraagd over de evaluatie van de zorgpaden. Lijkt mij dubbel op. We besteden momenteel veel aandacht aan onze zorgpaden om ze te herzien en verbeteren. Nu wil de verzekeraar als bewijs onze PDCA-cyclus m.b.t. de inrichting van de zorgpaden de evaluatierapporten zien. Dit hebben we niet zo exact en projectmatig uitgewerkt als zij vragen, maar daarom niet minder goed. Nu hebben we een probleem omdat we de PDCA-cyclus niet kunnen laten zien... Ik vraag me dan af: Zijn wij er nu voor het systeem of is het systeem er voor ons?'

Steeds meer ggz-aanbieders overwegen om met minder verzekeraars contracten af te sluiten. De omvang van het werk weegt eenvoudigweg niet meer op tegen het hogere tarief dat gerekend wordt voor gecontracteerde zorg ( $\pm$  90-95%) in vergelijking met dat voor ongecontracteerde zorg (70%). Patiënten/verzekerden zullen hier de dupe van zijn.

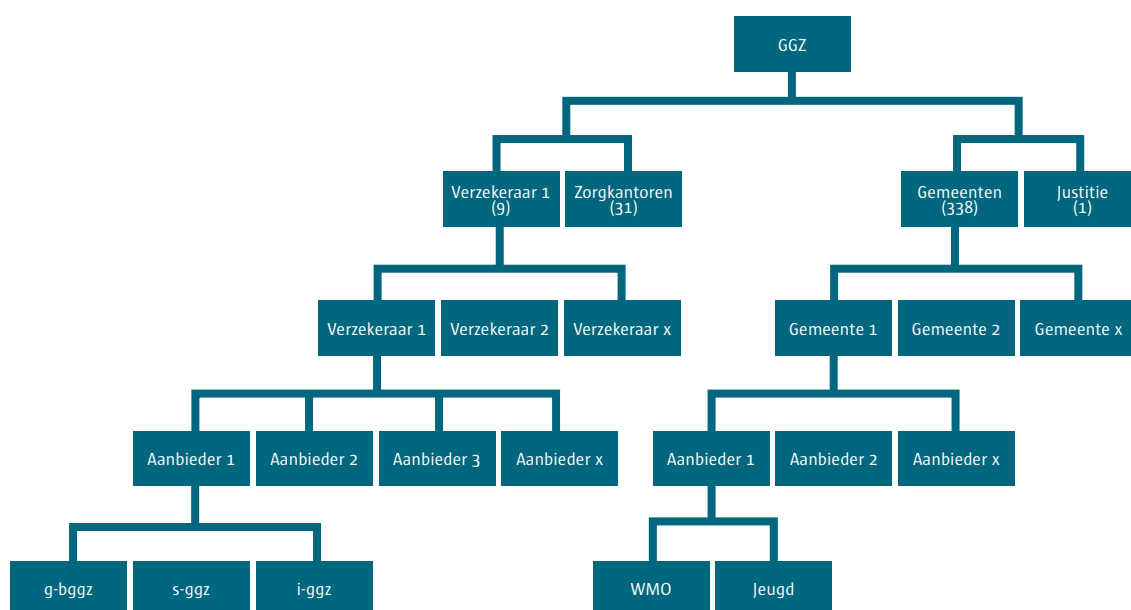
#### **5.1.2 Contractbeheer en monitoring van de contractafspraken**

Omdat het aantal contracten aanzienlijk is gegroeid gedurende de afgelopen jaren en de complexiteit ervan is toegenomen, werken steeds meer ggz-aanbieders met contractbeheerders of contractmanagers.

In de contracten met ggz-aanbieders staan afspraken over de omvang en tarieven van de ingekochte zorg. De aanvullende voorwaarden maken het complex: kwaliteit, prijzen, volume, rechtmatigheid, patiënten, verantwoording, declaratiestandaarden en -voorwaarden, hoofdbehandelaar, verwijzingen, indicaties, beschikkingen, social return, inzet wijkteam en sociaal wijkteam etcetera. Deze voorwaarden moeten per verzekeraar in kaart worden gebracht en worden gemonitord en verantwoord. Ggz-aanbieders hebben de afgelopen jaren veel geld geïnvesteerd in de ontwikkeling van datawarehouses en dashboards om het gegevensbeheer en de informatie ten behoeve van al die verschillende contractvoorwaarden beter te kunnen managen. Daarnaast moet een zorgaanbieder de polisvoorwaarden in beeld hebben, want die verschillen per pakket en per verzekeraar. Verzekeraars dienen in te kopen op prijs en kwaliteit. Het zijn vooral de inkoopvoorwaarden gericht op de kwaliteit die volgens de ggz-aanbieders tot ongenoegen en onnodige hoge administratieve lasten leiden. Vaak is vooraf niet duidelijk hoe de verzekeraars controleren of er gewerkt is conform deze voorwaarden. Dit vraagt van ggz-aanbieders extra registraties en andere administratieve werkzaamheden. Een complicerende factor hierbij is dat de verzekeraars eigenlijk allemaal hetzelfde willen weten, maar het allemaal anders uitvragen, vergelijkbaar met hoe gemeenten dat doen (zie § 4.2.2). In figuur 3.1 een beknopte weergave van een deel van het speelveld, waaruit de complexiteit van contractmanagement en gegevensbeheer bij ggz-aanbieders is op te maken.



**Figuur 3.1 Het complexe speelveld van in- en verkoop van ggz**



Zie de bijlage voor een impressie van verschillende inkoopvoorwaarden bij vier verzekeraars.

#### ***Hoofd economische en administratieve dienst***

‘We hebben 120 prestatie-indicatoren voor de Zvw, maar het blijft onduidelijk wat ermee gedaan wordt. Bijvoorbeeld hoe je ervaringsdeskundigheid geïmplementeerd hebt. Of ‘shared decisionmaking’. Prima onderwerpen, maar ze vragen het allemaal net iets anders uit. Dat is het meest inefficiënt. Hopen dat het Kwaliteitsstatuut dit oplost.’

#### ***Bestuurder***

‘Zorgverzekeraar X heeft in de inkoopvoorwaarden opgenomen dat aanbieders bij twijfel aan de continuïteit van zorg, alle relevante informatie over de financiële bedrijfsvoering moeten verstrekken. Daarnaast moeten zij de verzekeraar altijd informeren over belangrijke besluiten, zoals een wijziging in ICT.’

Daar waar de gemeenten volgens de ggz-aanbieders vanwege de relatief nieuwe verantwoordelijkheden binnen het sociaal domein nog regelmatig in de ‘black box’ van wet- en regelgeving ten aanzien van kwaliteit kijken (zie § 4.1.2), zou dat volgens hen voor verzekeraars inmiddels bekend terrein moeten zijn. Desalniettemin ervaren aanbieders bij verzekeraars eenzelfde controle- en beheers drift als bij gemeenten (zie § 4.1.6), in een poging meer grip te krijgen op de inkoop en organisatie van zorg. Behalve dat het vanwege hogere wet- en regelgeving niet nodig is om allerlei extra kwaliteitseisen te stellen over het hoe van de zorg, vinden de aanbieders dat de verzekeraars de keuzes voor hetgeen zij belangrijk vinden te weinig toelichten. Onderzoek door TNS NIPO ondersteunt de aanbieders in deze stellingname:

### **TNS NIPO**

‘Ga met zorgverzekeraars in gesprek om de wisselende eisen die zij stellen werkbaarder te maken voor de behandelaars. Laat zorgverzekeraars hun afwegingen toelichten, zodat behandelaars zien dat zorgverzekeraars hier bewuste en verantwoorde keuzes in maken. Zorg er tevens voor dat de verschillen per zorgverzekeraar overzichtelijk per beroepsgroep worden weergegeven, zodat behandelaars hier makkelijk bij kunnen. Daarnaast hebben behandelaars ook baat bij tips en tricks over hoe zij het beste met de regelgeving om kunnen gaan.’

Door de problematiek rondom de jaarrekeningen en zelfonderzoeken (zie § 5.4.1) is het de aanbieders duidelijk geworden hoe zwart-wit de inkoopvoorwaarden kunnen worden uitgelegd. Ondanks dat verzekeraars beweren dat er ruimte is voor een goed gesprek en zij redelijkheid en billijkheid in acht nemen, wordt er hard met de aanbieder afgerekend als die niet aan de voorwaarden heeft voldaan. Volgens de aanbieders zijn de investeringen in contractbeheer of contractmanagement daarom geen overbodige luxe, maar bittere noodzaak gebleken (risicogebieden *organisatie*, *kosten* en *technologie*). Wij doen een klemmend beroep op de verzekeraars om met ons echt werk te gaan maken van het verminderen van de controlelast en om vanuit vertrouwen te komen tot een gezonde verantwoordingsrelatie.

## **5.2 Kwaliteit**

### **Hulpverlener**

‘Het zou helpen als inkopende partijen erop durven vertrouwen dat de plannen als het behandelplan en het crisisplan werken zoals ze bedoeld zijn. Durft men er überhaupt op te vertrouwen dat we het goed doen? Belangrijk is dat er methodisch gewerkt wordt, absoluut, maar een handtekening van de patiënt op zich zegt toch niets over de kwaliteit van geleverde zorg? Er gaat onevenredig veel tijd zitten in het verzamelen van handtekeningen, waaruit zou moeten blijken dat we aan de maatstaven voldoen. En er moeten zo veel plannen gemaakt worden.’

### **5.2.1 Van hoofdbehandelaarschap naar regiebehandelaarschap**

Intakegesprekken worden altijd gedaan door ervaren ggz-professionals, voornamelijk door gz-psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundig specialisten ggz en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Vanwege de eisen die de verzekeraars stellen aan het hoofdbehandelaarschap worden klinisch psychologen en psychiaters speciaal vrijgemaakt om tijdens de intakes, dus na overleg met de intaker over de anamnese, het aanvullende onderzoek en het behandelvoorstel, de patiënt kort te zien, bij diegene de diagnose vast te stellen en hem het behandelplan voor te leggen. De patiënt en de intaker zien de hoofdbehandelaar daarna niet meer terug. Het werkveld vindt dat de intaker op die manier autonomie en verantwoordelijkheid ontnomen wordt en dat er bij de patiënt verkeerde verwachtingen worden gewekt, alsof de hoofdbehandelaar een bepalende rol gaat spelen in de behandeling zelf.

### **Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ**

‘Patiënten die in behandeling zijn bij een behandelaar worden nu jaarlijks opgeroepen door een hoofdbehandelaar. De ingeroosterde klinisch psycholoog of psychiater kent deze patiënt nauwelijks of helemaal niet, moet zich inlezen in het patiëntendossier en zich vervolgens laten informeren door de behandelaar. De hoofdbehandelaar stelt enkele standaardvragen aan de patiënt, maar kan vaak de vragen van de patiënt niet goed beantwoorden. Patiënten

geven regelmatig aan het nut hiervan niet in te zien' (voorbeeld uit Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep, mei 2015).

Door de te strakke sturing op en handhaving van regelgeving over het hoofdbehandelaarschap ontstaan onwenselijke situaties in de dagelijkse praktijk. Op basis van declaratiebepalingen van de NZa gelden er vanaf 2013 regels ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap. In 2014 zijn die regels verder aangescherpt. Daarnaast stellen de zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid nog verschillende aanvullende voorwaarden ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap. Sindsdien komen minder beroepsbeoefenaren dan voorheen hiervoor in aanmerking.

Op grond van de bekostigingsregels is alleen de hoofdbehandelaar formeel gerechtigd om DBC's te openen, te sluiten en te declareren. Zoals gezegd is het een vereiste, dat de hoofdbehandelaar de patiënt ziet, dus direct patiëntgebonden tijd besteedt aan de patiënt. Het voelt voor behandelaars als een harnas, zij doen het omdat het 'moet', maar zouden veel liever in het belang van de patiënt bekijken welke hulpverlener het beste geëquipeerd is om de zorg doelgericht en doelmatig te bieden. Veel hulpverleners zeggen gefrustreerd te zijn over dit type regelgeving. Zij ervaren een hogere werkdruk door een gebrek aan hoofdbehandelaars en verliezen het plezier in hun werk hierdoor.

Vergelijkbaar met de opmerkingen van de Transitiecommissie Sociaal Domein over de gemeenten (zie § 4.1.6), zegt Meurs et al. (2015) dat de onoverzichtelijke situatie rondom het hoofdbehandelaarschap ontstaan is uit de behoefte van de verzekeraars om meer grip te krijgen op de ggz. Het hoofdbehandelaarschap gaf hen houvast bij het selectief inkopen van zorg. Voor de verzekeraars is het hoofdbehandelaarschap een van de belangrijkste items bij de zelfonderzoeken door ggz-aanbieders. In 2015 is een jaar lang gediscussieerd over welke bepaling leidend had moeten zijn in het zelfonderzoek 2013: de zogenoemde 'Schipperslijst', de Wmg overeenkomst of private afspraken tussen verzekeraars en aanbieders. Omdat vooraf niet duidelijk was met welke bepalingen gewerkt moest worden, nam het risico op fouten toe. Veel ggz-aanbieders pasten het dan ook niet correct toe, maar wisten dit pas twee jaar later, nadat hierover een discussie was ontstaan.

Er is nog steeds discussie over de verantwoording van direct patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar in de diagnostiekfase. De NZa heeft de diagnostiekfase weliswaar opgenomen in de beleidsregels, maar verder niet gedefinieerd. Daar waar de beleidsregels ruimte moeten geven aan zorgaanbieders om de patiëntenzorg zo goed mogelijk te organiseren, wordt die ruimte volgens hen door de verzekeraars vervolgens weer beperkt. Met het inkopen van kwaliteit als argument.

Meurs adviseerde om de beperkte invulling van het begrip hoofdbehandelaar los te laten. Ter vervanging en verbetering moest het begrip regiebehandelaar verder worden ingevuld, om dat vervolgens op te nemen in een kwaliteitsstatuut. Het Kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een ggz-aanbieder de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd. Het gaat in het bijzonder om de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, zodanig dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Door de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar en overige teamleden vast te leggen in een kwaliteitsstatuut voldoen ggz-aanbieders met het statuut aan de kwaliteitseisen, op basis waarvan zorgverzekeraars kwalitatief verantwoorde basis ggz en gespecialiseerde ggz kunnen inkopen. In het modelstatuut zijn een aantal veldnormen opgenomen, waaronder ook afspraken over welke hulpverleners regiebehandelaar mogen zijn. De lijst met regiebehandelaars is overigens langer dan de eerdere lijsten met hoofdbehandelaars van de meeste zorgverzekeraars (risicogebieden *kwaliteit* en *kosten*).

Per 1 januari 2017 moet iedere ggz-aanbieder een goedgekeurd kwaliteitsstatuut hebben. Een kwaliteitsstatuut biedt de professionals in de instelling meer ruimte om de behandeling en begeleiding volgens professionele standaarden en richtlijnen, maar naar eigen believen vorm en inhoud te geven.

### 5.2.2 ROM: doorontwikkeling van het instrument is van groot belang

Behandelaars in de ggz ervaren de hoogste administratieve lasten in de dagelijkse patiëntenzorg van Routine Outcome Monitoring (ROM). De meerwaarde van het evalueren van de voortgang van een behandeltraject én interne kwaliteitsverbetering van zorg wordt niet betwist, maar de bruikbaarheid van de feedback die hiermee nu wordt gegenereerd moet verder worden verbeterd om zorgverleners gemotiveerd te houden dit waardevolle instrument te blijven gebruiken en verder te ontwikkelen. ROM levert volgens veel aanbieders momenteel te weinig bruikbare informatie op. Sommige aanbieders maken er naar eigen zeggen maar het beste van, in de trant van ‘het is er nu eenmaal, dus laten we proberen er iets aan te hebben’.

De meetmomenten van ROM zijn nu op basis van de DBC-productstructuur vastgesteld, maar sluiten onvoldoende aan op de klinische praktijk. Door deze werkwijze treden ongewenste effecten op, zoals (a) meetmomenten die inhoudelijk irrelevant zijn voor de patiënt en de professional en daardoor belastend zijn en (b) het afnemen van generieke meetinstrumenten die onvoldoende toegevoegde waarde hebben voor de patiënt en de professional, omdat zij onvoldoende aansluiten bij de situatie van de patiënt en de context van zijn behandeling, of bij de mogelijkheden en vaardigheden van de patiënt (risicogebieden *organisatie* en *kwaliteit*). Behandelingen van eetstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen hebben bijvoorbeeld primair tot doel om de eetgewoonten respectievelijk het functioneren van de persoonlijkheid te verbeteren, terwijl er binnen het huidige en vastgestelde ROM-instrumentarium geen instrumenten voor handen zijn om dat type uitkomsten te meten.

Een goede, directe terugkoppeling op individueel patiëntniveau van de uitkomsten van de ROM aan de patiënt en de professional vindt nog onvoldoende plaats. Ook op geaggregeerd niveau worden de data onvoldoende gebruikt ten behoeve van een structurele cyclus van interne kwaliteitsverbetering van zorg (risicogebied *kwaliteit*).

Daarnaast ervaren de zorgaanbieders de koppeling van het (niet behalen van) ROM responspercentage(s) aan een financiële korting door de zorgverzekeraars als een probleem (risicogebied *inkomstenderving*). De aanbieders stellen dat hierdoor ongewenste neveneffecten optreden die geenszins te maken hebben met het oorspronkelijke doel van kwaliteitsverbetering van zorg. Integendeel: de ‘strafkorting’ wordt als een belemmering ervaren voor het op gang brengen en houden van een cyclus van interne kwaliteitsverbetering. Liever zou gewerkt moeten worden met een belonings-systematiek om professionals gemotiveerd te houden met het instrument te blijven werken, aangezien zij dan laten zien dat zij willen leren en op een systematische manier het instrument inzetten, ondersteunend aan de behandeling met de patiënt om zo gezamenlijk tot een geschikt behandelplan te komen.

De toegevoegde waarde van ROM in de individuele behandeling van patiënten en ten behoeve van een benchmark tussen ggz-aanbieders wordt met de huidige systematiek en de bestaande afspraken ernstig in twijfel getrokken, omdat de methodiek daarvoor nog onvoldoende ontwikkeld is. Zinnige benchmarking die ondersteunend is aan het leervermogen van professionals en organisaties wordt van harte toegejuicht. Momenteel is het nog onvoldoende ontwikkeld om hier in relatie tot de zorginkoop conclusies aan te verbinden.

### **Hulpverlener**

‘Bij ‘leefsituatie’ zijn maar liefst 16 antwoordmogelijkheden mogelijk, waaronder ‘zwervend/dakloos’. Ik kijk niet welk antwoord bij deze patiënt het beste is en vul standaard ‘overig’ in. Bij ‘woonsituatie’ zijn maar liefst 21 antwoordmogelijkheden, waaronder ‘zonder vaste woon- of verblijfplaats’. Wat het verschil is tussen ‘leefsituatie’ en ‘woonsituatie’ weet ik niet, evenmin als het verschil tussen ‘zwervend/dakloos’ en ‘zonder vaste woon- of verblijfplaats’. Bij ‘woonsituatie’ zit geen ‘overig’, dus kruis is maar standaard ‘eigen huis (koop/huur)’ aan. Bij de 21 antwoordmogelijkheden staat geen ‘flat’ of ‘appartement’, dus ik neem aan dat dat soort woningen ook valt onder ‘eigen huis’. En een ‘eigen huis’ kan dus zowel een koop- als een huurwoning zijn. In het begin vroeg ik mensen nog wel of ze een woning hadden, al dan niet gekocht, of dat ze onder een brug sliepen. Maar toen 100 mensen mij hadden verteld dat ze niet onder een brug sliepen, ben ik opgehouden het te vragen. Zo lang ik niet aan het duimendraaien ben geloof ik dat ik mijn tijd zou verspillen als ik echt alle 21 antwoordmogelijkheden met de patiënt zou langslopen om te kijken of er een betere optie is dan ‘eigen huis (koop/huur)’.

### **Hulpverlener**

‘ROM is veel te gedetailleerd. Het is onduidelijk wat er met al die details gebeurt, wie er wat aan heeft. Je krijgt een leuke database, maar waar doen we dit voor? Voor verbetering van de patiëntenzorg? Het is mij onduidelijk wat je er mee kan. Op zijn best geeft het een indruk van de gemoedstoestand van een patiënt op een bepaald moment. Meer niet.’

## **5.3 Registratie en facturatie**

### **5.3.1 Vormeisen m.b.t. toegang tot zorg en afstemming met verwijzers**

Uit diverse gesprekken met zorgaanbieders blijkt hoe hoog de administratieve lastendruk is, nadat een patiënt zich heeft aangemeld bij de ggz (risicogebieden *organisatie* en *deriving inkomsten*).

#### **Hoofd economische en administratieve diensten**

‘We hebben een aanmeldbureau dat elke aanmelding checkt. 20% van de aanmeldingen is onjuist of onvolledig. Het aanmeldbureau besteedt gemiddeld 10 minuten per aanvraag.’

Dat er een verwijzing nodig is voor tweedelijnszorg staat niet ter discussie. Maar als er door regels, eisen of controles geen ruimte meer is om onderbouwd af te wijken, bijvoorbeeld door te beginnen met behandelen als de brief nog niet binnen is, dan schiet het volgens de ggz-aanbieders zijn doel voorbij. Onderstaande voorbeelden illustreren de complexiteit in de dagelijkse praktijk:

#### **Hoofd zorgadministratie**

‘Als de patiënt overgedragen moet worden van de gbggz aan de sggz, is hier volgens verzekeraars een nieuwe verwijzing van de huisarts voor nodig. Anders kan de huisarts de rol van poortwachter niet vervullen. Huisartsen echter vertrouwen op de veel specialistischer kennis van de gz-psycholoog in de gbggz en vinden het onzin om er dan tussen te kruipen. Eer je de overdracht dan echt voor elkaar hebt, ben je weken verder, gaat via veel te veel verschillende schijven terwijl dat helemaal niet nodig is. Nog even afgezien van al dat heen en weer mailen en bellen tussen betrokken partijen.’

### **Hulpverlener**

‘Een huisarts had een verwijsbrief gemaakt, maar was vergeten om naast zijn eigen AGB-code ook de code van de praktijk te vermelden. Hij had ook beschreven waarom hij verwees, maar was vergeten het hokje ‘vermoedelijke stoornis’ in te vullen. We zijn 3 weken bezig geweest om de brief compleet te krijgen. De huisarts begreep niet waarom we zo moeilijk deden. Strikt genomen was de brief zonder die code niet geldig en hadden we de patiënt moeten laten wachten tot we een geldige verwijzing hadden.’

### **Hulpverlener**

‘Er stond laatst een jonge vrouw aan de balie voor haar intakegesprek met de psychiater. Stik zenuwachtig en bijna in tranen. Ze had de verwijsbrief bij zich, maar haar identiteitsbewijs niet. Ze kon me allerlei andere pasjes laten zien, maar ja die gelden niet. Op dat moment moet je de gok wagen of je haar gesprek door laat gaan en haar bij een volgend bezoek om een ID vraagt, of dat je het aanvankelijke gesprek herplant. Ik heb gekozen voor het eerste.’

### **Indicatiecoördinator**

‘Als iemand in aanmerking komt voor langdurige ggz-zorg, moeten we de Checklist Langdurige Ggz invullen. Helaas konden de verzekeraars het niet eens worden over de inhoud van die checklist, dus nu werken we er met twee. Ze toetsen ook allemaal anders, de ene verzekeraar toetst vooraf, de andere achteraf. We zouden dit het liefst uniformeren naar vooraf toetsen bij alle verzekeraars, omdat achteraf toetsen een te hoog bedrijfsrisico oplevert. Zijn ze nu over aan het praten.’

### **Hulpverlener**

‘Als iemand van een gewone verblijfsafdeling moet worden overgeplaatst naar een KIB, een afdeling voor klinische intensieve begeleiding, moet die checklist weer opnieuw worden ingevuld. Wij vinden dat ondoenlijk, maar de verzekeraars stellen dat zij per se willen weten waar het veel hogere bedrag van de behandeling en begeleiding op de KIB uit bestaat en waarom gewone behandeling niet meer volstaat. Dit is logisch, maar daar zou je ook het verslag van het consultteam voor kunnen gebruiken. Dat is eenvoudiger en minder tijdrovend.’

## **5.3.2 Hoofd- en onderaannemerschap**

De DBC-systematiek gaat er vanuit dat een patiënt op één plek tegelijk in behandeling is voor een bepaalde diagnose. Nu komt het regelmatig voor dat patiënten meer dan één diagnose hebben. In de regelgeving zijn daarom diverse bepalingen opgenomen over zogenoemde ‘parallele DBC’s’.

Er komen echter situaties voor waarin het logisch en wenselijk is, dat twee zorgaanbieders in dezelfde periode ieder een deel van de behandeling van de patiënt voor dezelfde diagnose voor hun rekening nemen. In die gevallen moeten aanbieders onderling afspraken maken over wie hoofdaannemer is en wie onderaannemer, tegen welke vergoeding de onderaannemer zorg levert, hoe een en ander geregistreerd wordt enzovoort. Voor dit type situaties moet parallel aan het reguliere administratieve proces een apart contract worden gemaakt met bijbehorende administratie. In de praktijk blijken hier behoorlijk wat haken en ogen aan te zitten. Onder onderaanneming wordt verstaan: een gecontracteerde zorgaanbieder (de hoofdaannemer) laat de gecontracteerde zorg uitvoeren door een andere aanbieder (de onderaannemer). We spreken dan van onderlinge dienstverlening: het door een aanbieder uitvoeren van gecontracteerde zorg namens een andere aanbieder (risicogebieden *organisatie, kosten en technologie*).

### **Hoofd zorgadministratie**

‘Op dit moment hebben wij 36 patiënten die transmuraal bij 10 verschillende ggz-aanbieders verblijven. Van die 10 instellingen krijgen wij iedere maand een Excel-bestand met alle contacten, per dag, per minuut, per behandelaar, per act-code, per patiënt. Gemiddeld zijn dit 50 dataregels per patiënt per maand. Aangezien de DIS de validatie heeft verscherpt, kunnen wij dit niet meer in bulk invoeren, omdat dan de maximum tijd (480 minuten per contact) wordt overschreden. Wij hebben nu een uitzendkracht aangenomen die drie dagen in de week niets anders zit te doen dan de data, die door een andere instelling al een keer geregistreerd zijn, over te typen in ons eigen zorgregistratiesysteem. Vervolgens moet er gecontroleerd worden of datgene wat door deze persoon in het zorgregistratiesysteem is gezet overeenkomt met wat de zorginstelling heeft geleverd. En dan te bedenken dat er dan al een medewerker van die andere instellingen een paar uur bezig is geweest om hun data zodanig uit de systemen te halen, dat het in ons format gezet kan worden. Dit kost zoveel tijd, dat moeten we met zijn allen toch niet willen?’

### **Hoofd economische en administratieve diensten**

‘Een patiënt is bij twee aanbieders in zorg, maar meldt dit niet. Beide ggz-aanbieders leveren zorg, maar lopen het risico dat slechts één van hen wordt betaald. Een huisarts zou dit nog kunnen signaleren aan de hand van informatie van twee ggz-aanbieders, maar dat zou pas na een aantal weken zijn. Maar moet je dit willen? Daar is een huisarts niet voor, om te checken of het bij de ggz-aanbieders wel goed gaat met declareren en zo, die heeft het druk genoeg.’

### **Bestuurder**

‘De regelgeving omtrent onderaannemerschap en onderlinge dienstverlening is een van de regels die zorgt voor onnodige overhead en mijns inziens geen enkele waarde toevoegt aan het primaire proces. Bovendien levert deze regel een fors financieel risico op voor de zorgaanbieders: als er al een DBC is ingediend, keurt de verzekeraar een nieuw in te dienen DBC af. Die aanbieder moet dan maar zien hoe de geleverde zorg betaald gaat worden.’

## **5.3.3 Te gedetailleerde regelgeving en teveel tijdschrijven voor behandelaars**

De tijdsregistratie van behandelactiviteiten in de ggz is zeer gedetailleerd, omdat behandelaars hun tijdsbesteding in minuten op het niveau van de individuele patiënt registreren. Verzekeraars en accountants eisen dat een behandelcontact echt heeft plaatsgevonden en controleerbaar is, dat een behandelaar niet fraudeert. Daarom moet er van elk behandelcontact ook verslaglegging zijn. Het gaat dan om verslaglegging van directe tijd of direct patiëntgebonden tijd. Behalve de behandelafpraak moet ook de indirecte tijd, de niet patiëntgebonden tijd, geregistreerd worden. Te denken valt aan dossiervoering, e-mail of ander beveiligd berichtenverkeer, telefoongesprekken over de patiënt met bijvoorbeeld de gemeente, het ziekenhuis, de ouders (veel korte telefoontjes tussen de bedrijven door), intern overleg met collega's (in geplande overdrachten en vergaderingen, maar ook onderlinge afstemming tussendoor).

Behandelaars zeggen extreme regeldruk te ervaren door de eisen die verzekeraars stellen aan het schrijven van indirecte tijd. Zonder inhoudelijk daadwerkelijk iets te melden te hebben zijn zij verplicht te rapporteren. Zij vinden dit zonde van de toch al krappe tijd en middelen waar zij in de dagelijkse patiëntenzorg over beschikken, het is niet doelgericht en uitermate ondoelmatig. Goede verslaglegging in het dossier is weliswaar essentieel voor goede kwaliteit van de patiëntenzorg, maar de veel te gedetailleerde tijdsregistraties van willekeurige momenten dat je met de organisatie van zorg bezig bent, zijn in hun ogen buitenproportioneel (risicogebieden *kwaliteit, tijd en kosten*).

Uit het onderzoeksrapport van TNS NIPO (2015), gericht op naleving van de declaratiebepaling, blijkt dat behandelaars gemiddeld een kleine 10 uur per week bezig zijn met de administratie van hun werkzaamheden. De helft hiervan besteden zij aan het declareren, dus het openen, typeren, tijdschrijven en afsluiten van declaraties. Behandelaars willen het liefst zoveel mogelijk uren aan de patiëntenzorg leveren en zo min mogelijk tijd besteden aan declareren en regels. Meer dan acht op de tien behandelaars (85%) stelt volgens het rapport minder tijd voor patiënten te hebben door de declaratieregelgeving.

Behandelaars zijn volgens TNS NIPO uiterst kritisch over declaratieregelgeving. Behalve dat het voor hoge administratieve lasten zorgt, is die regelgeving volgens hen gebaseerd op wantrouwen jegens behandelaars. Volgens de ggz-aanbieders draagt dergelijke regelgeving niet bij aan de kwaliteit van de zorg, zij vinden de regelgeving niet in het belang van de patiënt en ook niet passen bij de aard van de ggz-problematiek. Voor hen staat de kwaliteit van de zorg en een goede relatie met de patiënt en diens familie of andere betrokkenen centraal, zij willen hen de beste behandeling en begeleiding bieden. In declaratieregelgeving staat daarentegen de financiële kant van een behandeling centraal, in de ogen van de behandelaars staat dit haaks op elkaar, het strookt niet met elkaar.

#### **Hulpverlener**

‘Vroeger had je veel meer tijd voor je patiënten, nu ben ik op huisbezoek geweest en heb ik maar 20 minuten kunnen praten met de patiënt, de overige 10 minuten zit ik in de auto mijn administratie te doen. We moeten op zoveel dingen letten bij het invoeren van die gegevens, je moet je dossiers echt op orde hebben, anders krijg je gelijk een berichtje van de zorgadministratie.’

#### **Hulpverlener**

‘Alles handmatig per verrichting, per patiënt, per keer invullen vergt zoveel tijd. We doen dat nu een paar jaar minutieus, maar wat is het nut ervan he? We doen het voor het vinkje, want dan krijgen we betaald, maar wat leren we hier nu eigenlijk van? Bijzonder weinig ben ik bang, het motiveert niet. Als we nou ermee zouden aantonen dat de patiëntenzorg er beter van wordt, dan heb je mij en mijn collega’s direct om. Maar daar gaat het niet om, het gaat om dat stomme vinkje.’

### **5.3.4 Argus**

Het terugdringen van vrijheidsbeperkende interventies heeft gedurende het afgelopen decennium centraal gestaan in de ggz. Vanaf 2006 hebben vijf ggz-aanbieders in samenwerking met GGZ Nederland en de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) Argus vormgegeven (GGZ Nederland, 2010; Janssen et al., 2012). Vanaf januari 2012 is Argus verplicht gesteld voor alle ggz-aanbieders. Argus is vooral bedoeld om de toepassing van vrijheidsbeperkende interventies inzichtelijk te maken, die te evalueren en hiervan te leren.

Alhoewel het nut en en noodzaak van een registratiesysteem als Argus door niemand betwijfeld wordt, vindt men de gedetailleerdheid van het instrumentarium niet in verhouding met de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregelen zelf. Volgens de ggz-aanbieders kost de registratie van dwang en drang nu teveel tijd van hulpverleners (risicogebied tijd). Desgevraagd zeggen zij schoorvoetend akkoord te gaan met het systeem.



## 5.4 Verantwoording

### 5.4.1 Behandelaren en ondersteunende diensten en het zelfonderzoek

In 2014 is het zelfonderzoek in het leven geroepen. Na de auditalert van Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) over onzekerheden rondom de omzetbepaling van ggz-aanbieders, is in 2014 het zelfonderzoek in het leven geroepen. Volgens de NBA (Bron: NBA Alert 32, pag. 4) ontbrak er in 2013 een eenduidig normenkader en was het niet altijd mogelijk om achteraf te voldoen aan de nader geduide verplichtingen. Dit leidde tot onzekerheden in de verantwoordingen, omdat de instellingen de gevolgen van het niet voldoen aan de registratieverplichtingen en de gevolgen van de systeemcomplexiteiten moesten inschatten. Het was hierbij voor de accountant vaak niet mogelijk om voldoende en geschikte controle informatie met betrekking tot deze schattingen te verkrijgen.

Deze onzekerheden kwamen voort uit de controles die zorgverzekeraars moesten uitvoeren op de gedeclareerde zorg, die vaak onverwacht en meerdere jaren na facturatie nog werden uitgevoerd. Het gaat om controles waar eventueel terugbetalingen uit voort vloeiden. De NBA was echter van mening dat de onzekerheden in het systeem zodanig waren, dat accountants van ggz-aanbieders zouden moeten concluderen dat een 'oordeelonthouding' of een 'verklaring met beperking' passend is, afhankelijk van het aandeel van de omzet uit zorg die onder de Zvw valt. Accountants konden daarom geen goedkeurende verklaring op jaarrekeningen van ggz-aanbieders meer afgeven. Veel aanbieders echter hadden die verklaring wel nodig in verband met leningen van de bank.

De basis voor het zelfonderzoek betreft een overzicht van recht- en doelmatigheidscontroles die betrekking hebben op het jaar dat de zorg is gestart. Ggz-aanbieders controleren zelf de rechtmatigheid en doelmatigheid van geopende declaraties in de Zvw, op basis van in het controleplan vastgestelde controlepunten en normen. De zorgverzekeraar beoordeelt vervolgens de uitgevoerde werkzaamheden en trekt een conclusie. Het kan zijn dat onrechtmatige of ondoelmatige zorg moet worden terugbetaald. Het maken van de controleplannen is een langdurig proces en gaat gepaard met hoge kosten. Er wordt nu gewerkt met controleplannen voor zorg die in het verleden is geleverd. Zorgverzekeraars stellen gezamenlijk een lijst met punten op, waarvan zij vermoeden dat ggz-aanbieders die niet correct registreren. Het zelfonderzoek is daarmee en optelsom geworden van potentiële risico's bij individuele ggz-aanbieders. Gevolg hiervan is dat de risicogerichte benadering die de verzekeraars verplicht zijn te volgen bij materiële controles grotendeels verdwenen is. Verder is de omvang van deelwaarnemingen in het zelfonderzoek erg groot, omdat ook verzekeraars met een relatief klein marktaandeel zodoende voldoende (statistische) zekerheid hebben bij de te onderzoeken instellingen. Voor ggz-aanbieders zijn met name die deelwaarnemingen tijds- en arbeidsintensief (risicogebieden *organisatie, tijd en kosten*). Andere controles kunnen veelal op basis van data-analyses verricht worden en zijn daarmee beperkter in omvang en minder arbeidsintensief:

- Het controleonderzoek 2014 telt 71 controlepunten en 22 deelwaarnemingen;
- Het rapport van het zelfonderzoek telt per instelling 3.500 pagina's;
- Een middelgrote ggz-aanbieder schat de uitvoeringskosten van het zelfonderzoek in op € 200.000. Dit is exclusief de eventuele terugbetalingen die op basis van het onderzoek gevorderd zullen worden.

In het kader een voorbeeld van de gedetailleerdheid van het zelfonderzoek.

---

**Controlepunt 7a** - Feitelijke levering: > 150 minuten per activiteit per behandelaar (Algemeen/SGGZ)

---

**Doelstelling van het controlepunt:**

Stel vast dat bij DBC's waarbinnen activiteiten met meer dan 150 minuten geregistreerde tijd per behandelaar (directe en/of indirecte patiëntgebonden tijd), de zorg daadwerkelijk is geleverd. Controle is gericht op rechtmatigheid.

**Relevante wet- en regelgeving:**

NR/CU-547, NR/CU -551, NR/CU -552 EN NR/CU -554. 2.4 Registreren

Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten mag de (hoofd)behandelaar niet op een DBC registreren.

**Onderzoeksmethodiek:** Data-analyse gevolgd door deelwaarneming.

**Toelichting deelwaarneming:**

Bij dit controlepunt kan sprake zijn van homogene groepen (zie inleiding).

Van de DBC's volgend uit de data-analyse moet de tijdregistratie van activiteiten met meer dan 150 minuten per behandelaar direct en/of indirecte patiëntgebonden tijd gecontroleerd worden.

- Indien binnen één DBC sprake is van meerdere activiteiten waarop meer dan 150 minuten directe en/of indirecte patiëntgebonden tijd is geschreven, zal de eerste, middelste en laatste activiteit (in de tijd) binnen die DBC inhoudelijk beoordeeld worden.
- Indien de voorgaande controle resulteert in onrechtmatigheden, dienen alle activiteiten met meer dan 150 minuten direct en/of indirect patiëntgebonden tijd binnen die DBC gecontroleerd te worden

**Toetsingskader:**

De in de DBC geregistreerde directe en/of indirecte patiëntgebonden tijd komt niet overeen met de feitelijk geleverde hoeveelheid directe en/of indirecte patiëntgebonden tijd. Feitelijke levering kan onder andere aantoonbaar gemaakt worden door:

- Zichtbare aansluiting tussen de agenda van de behandelaar én vastlegging in dossier/EPD én de tijdregistratie in de DBC voor direct patiëntgebonden tijd.
- Zichtbare registratie in agenda van de behandelaar en/of verslaglegging in het dossier/EPD voor indirect patiëntgebonden tijd.
- Dubbele contactregistratie (patiënt kan maar op één plek tegelijkertijd aanwezig zijn) is onrechtmatig. Voor het bepalen van de impact moet met de correctie van de DBC in de deelwaarneming rekening worden gehouden.
- Typefouten in de tijdregistratie zijn onrechtmatig. Voor het bepalen van de impact moet met de correctie van de DBC in de deelwaarneming rekening worden gehouden.

**Financiële afwikkeling resultaten:**

- De financiële impact is het verschil in waarde tussen de productgroep van de geregistreerde onrechtmatige DBC en de productgroep waarin de DBC gezien het daadwerkelijke aantal geleverde minuten zou moeten vallen (rechtmatige DBC)
- Financiële consequenties worden gecorrigeerd op macroniveau

*Controlepunt 7a uit het zelfonderzoek over de feitelijke levering*

Ggz-aanbieders vinden het zelfonderzoek in zijn huidige vorm met 71 controlepunten buitenproportioneel en de risicogerichte benadering is volgens hen volledig zoek. Alhoewel er gedurende de afgelopen jaren bij veel controlepunten nauwelijks of geen fouten zijn gevonden, blijven deze controlepunten toch onderdeel van het zelfonderzoek. Volgens de ggz-aanbieders is dat een gemiste kans om de administratieve lasten van het zelfonderzoek te beperken. Omdat de uitkomsten van de controles niet tijdig bekend gemaakt worden (medio 2017 over het jaar 2014 en begin 2018 over het jaar 2015), ervaren de aanbieders knelpunten bij het tijdig opstellen van de jaarrekening. Binnen de instellingen ervaart men een enorme controledrift vanwege de ene na de andere controle van de zorg- en dienstverlening. De instellingen hebben hun eigen dashboards die gedurende de behandeling fouten en gebreken in de registratie signaleren. Dan zijn er de validatieregels van de NZa, waarmee de declaratieregels getoetst worden en wordt de facturatie vanuit de verzekeraars door Vektis gecontroleerd (risicogebieden organisatie, tijd en kosten).

Waar ggz-aanbieders de meeste moeite mee hebben is dat de verantwoording over de laatste 5% ongeveer 80% van de controletijd kost en zij stellen, dat als 95% van de declaraties rechtmatig en doelmatig is het zonde van de tijd en het geld is om maar door te gaan met controleren.

Onrechtmatige declaraties mogen niet worden uitbetaald. In de resultaten van het zelfonderzoek is per controlepunt aangegeven of er fouten zijn gemaakt in de declaraties, dus welke declaraties onrechtmatig zijn geweest. Deze declaraties moeten worden terugbetaald aan de zorgverzekeraar. Voor zowel de verzekeraars als de aanbieders zijn er financiële belangen in deze. Maar wat is fout, wanneer is een declaratie onrechtmatig? In de praktijk blijkt dit soms een lastige discussie. Is de zorg, als een huisarts een patiënt verwijst naar een psycholoog en de patiënt wel gezien en beoordeeld wordt door de psycholoog, maar om wat voor reden dan ook niet in zorg komt bij diezelfde psycholoog, onrechtmatig verleend? Volgens de regels wel, want de patiënt is niet gezien door de hoofdbehandelaar. Volgens de zorgaanbieders niet, want alhoewel niet voldaan is aan een administratieve regel, is het is zorg die geleverd is op grond van de Zvw.

Op basis van het uitgevoerde zelfonderzoek bedraagt de financiële impact voor ggz-aanbieders in 2014 volgens een schatting van de voorzitter van Coziek<sup>6</sup> 0 – 5% van de totale omzet binnen de Zvw.

#### 5.4.2 Extreem hoge accountant kosten

Evenals in het sociale domein (zie § 4.4.1) is de verantwoording over de productie in de Zvw en het verkrijgen van een goedkeurende verklaring daarvoor van de accountant(s) een complexe zaak, mede vanwege de vele bekostigingssystematieken voor (diverse onderdelen van) ggz-ketenzorg.

Sinds het zelfonderzoek in 2014 eisen de zorgverzekeraars dat de uitvoering van de zogenoemde ‘functionele ontwerpen per controlepunt’ inclusief de uitkomsten, wordt voorzien van een door de accountant opgesteld rapport van feitelijke bevindingen. De ggz-aanbieder laat haar externe accountant dat rapport opstellen conform het overeengekomen accountantsprotocol. Bij een aantal controles zijn ook gegevens nodig van producten (DBC's, prestaties BGGZ, of ZZP's) die buiten de ‘controle massa’ vallen (bijvoorbeeld gegevens over paralleliteit en/of serialiteit). Om de controles juist en volledig uit te voeren moeten de producten worden meegenomen in de query's bij deze controlepunten (risicogebieden *tijd en organisatie*).

<sup>6</sup> Coziek functioneert sinds 2014 als sectorcommissie van de NBA. De verkorte naamgeving verwijst naar de oorspronkelijke naam Commissie Ziekenhuisvoorzieningen. De commissie bestaat uit openbare en interne accountants die werkzaam zijn voor de zorgaanbieders in de zorgsector. De zorgsector bestaat uit drie sectoren: Cure, Care en Ggz. Meer specifiek betreft dit de medisch specialistische zorg, GGZ-zorg, Wmo en Jeugdhulp, Wijkverpleging en Forensische Zorg. De commissie fungeert ook als adviesorgaan voor het NBA bestuur (Bron: website NBA).

Een verklaring voor de hoge accountantskosten is de schaarste onder IT-auditoren, voorheen EDP auditoren, die betrokken zijn bij het afgeven van goedkeurende verklaringen. Het controlewerk dat zij moeten uitvoeren is veelomvattend en arbeidsintensief. Een verklaring kost gauw tussen de € 25K en € 50K. Vooral voor kleine ggz-aanbieders is dit bedrag zo hoog, dat zij zich genoodzaakt zien om zich terug te trekken uit het zelfonderzoek. Volgens Coziek, de sectorcommissie van de NBA, is dit accountantsprotocol te gedetailleerd.

Een andere verklaring voor de hoge accountantskosten zijn de vele contracten met verschillende zorgverzekeraars (en per verzekeraar meerdere labels) met elk hun eigen voorwaarden. Het gaat om tientallen, soms wel honderden complexe contracten per instelling. De accountants moeten de declaraties vervolgens controleren en vaststellen of die voldoen aan de in het contract opgenomen voorwaarden of inkoop-eisen. Evenals in het sociale domein (zie § 4.4.2) is er binnen de Zvw niet alleen sprake van een grote hoeveelheid controlepunten, maar wijken ze onderling ook nog eens flink van elkaar af (risicogebied kosten en inkomstenderving).

# Forensische zorgverlening

Forensische psychiatrie is geestelijke gezondheidszorg voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd of daarvan verdacht worden. Hun delict is mede het gevolg van een psychiatrische aandoening. De forensische psychiatrie biedt ggz-zorg aan personen die zich van de rechter moeten laten behandelen, als onderdeel van hun strafmaatregel. In de forensische psychiatrie gaat de zorg gepaard met bescherming van de samenleving. Afhankelijk van het risico op een nieuw delict vindt behandeling plaats in een meer of minder beveiligde setting.

Forensische zorg vindt plaats onder meerdere rechtstitels (het strafrecht, de wet Bopz en in de toekomst de Wet verplichte ggz) en in meerdere settingen (Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) en Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) of ambulant) en kent daardoor veel schakelmomenten. Gedurende de strafrechtelijke titel wordt forensische zorg gefinancierd door het ministerie van V&J. Forzo/JJI, onderdeel van de Dienst Justitiële Instellingen, is de uitvoerende instantie. Als de patiënt na afloop van de strafrechtelijke titel nog een zorgvraag heeft, wordt de zorg gefinancierd vanuit de Zvw, Wmo of Wlz. In de praktijk blijken deze schakelmomenten problematisch voor de continuïteit van zorg voor deze doelgroep en veroorzaken ze zeer hoge administratieve lasten.

Daarom startte GGZ Nederland samen met de ministeries van VWS en V&J, VNG en ZN in januari 2016 het programma Continuïteit van Zorg<sup>7</sup>, gericht op verbetering van de aansluiting tussen de domeinen. GGZ Nederland, het ministerie V&J en VNG zijn voornemens om het convenant 'Meerjarenafspraken Forensische Zorg 2013-2017' in 2017 te continueren en nieuwe afspraken te maken over innovaties, optimalisatie van de ketenzorg voor forensische patiënten en het macrobudget voor een langere periode. Het verminderen van de administratieve lastendruk zou hier volgens de zorgaanbieders in moeten worden meegenomen.

## 6.1 Inkoop en verkoop van forensische zorg

### 6.1.1 Van parameterbekostiging naar prestatiebekostiging

Het ministerie van V&J koopt jaarlijks forensische zorg in bij de DJI's, FPC's, FPA's en FPK's. Hier is een jaarlijks traject met inkoopvoorwaarden, -plannen en -gesprekken voor afgesproken, analoog aan het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Recentelijk is men overgegaan van 'bekostiging op basis van budgetparameters' naar 'prestatiebekostiging' met Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties (DBBC's, de forensische equivalent van de DBC's in de reguliere ggz), hetgeen invloed heeft gehad op de in- en verkoop van forensische zorg. Deze overgang verliep stapsgewijs, waarbij aanvankelijk sprake was van een 'vangnet' waarin volgens de oude bekostigingsvorm werd gefinancierd. Zorgaanbieders merken dat er weinig gebruik wordt gemaakt van opgedane kennis vanuit de curatieve ggz (Zvw). Forzo/JJI maakt in hun ogen dezelfde fouten als de verzekeraars een aantal jaren geleden. De instellingen willen een vergelijkbaar proces als in de Zvw met de verzekeraars. De overgangsjaren zijn voor hen het meest lastig (2016 is het eerste jaar zonder 'vangnet'), omdat oude boekjaren dan nog niet afgesloten zijn.

<sup>7</sup> Cozief functioneert sinds 2014 als sectorcommissie van de NBA. De verkorte naamgeving verwijst naar de oorspronkelijke naam Commissie Ziekenhuisvoorzieningen. De commissie bestaat uit openbare en interne accountants die werkzaam zijn voor de zorgaanbieders in de zorgsector. De zorgsector bestaat uit drie sectoren: Cure, Care en Ggz. Meer specifiek betreft dit de medisch specialistische zorg, GGZ-zorg, Wmo en Jeugdhulp, Wijkverpleging en Forensische Zorg. De commissie fungeert ook als adviesorgaan voor het NBA bestuur (Bron: website NBA).

Ofschoon dit een wens van de aanbieders is, wordt er naar hun mening nog te weinig gewerkt met meerjarencontracten. Slechts vijf instellingen hebben het afgelopen jaar een contract voor twee jaar kunnen afsluiten, waarbij ook nog het aantal prestatie-indicatoren waarover verantwoord moet worden flink toeneemt. Ondanks de wens hiertoe zien de meeste instellingen er daarom van af om zo'n meerjarencontract af te sluiten.

### 6.1.2 Onbetaald regelwerk voorafgaand aan de opname en de DBBC

Een DBBC wordt geopend vanaf het moment van opname. Voorafgaand aan de opname verrichten aanbieders al veel werkzaamheden waar niet voor betaald wordt. Te denken valt aan het in orde maken van de verwijsbrief, het regelen van een bankrekening en een zorgverzekering, enzovoort. In de praktijk pakt de betreffende instelling dit vaak op omdat de persoon in kwestie dit zelf niet goed geregeld heeft. Meestal moet er nog veel uitgezocht worden en dat kost tijd. Vergelijkbaar met reguliere ggz-zorg in de Zvw of in het sociaal domein (Wmo/Jeugdwet) gaat het hier om tal van administratieve werkzaamheden waar veel indirect patiëntgebonden tijd mee gemoeid is, die ten koste gaan van de direct patiëntgebonden tijd (risicogebied tijd).

### 6.1.3 Extra inkoopkosten

Evenals in de Zvw en het sociaal domein worden er in de forensische zorg binnen het vastgestelde budget van de DBBC extra inkoopkosten aan de zorg gesteld, zowel in de klinieken als in beschermd wonen. Een voorbeeld hiervan is het tegelijkertijd bestaan van de verplichte verblijfmix en eisen ten aanzien van de gemiddelde DBBC-prijs. Een kliniek moet naast de minder complexe patiënten ook complexere patiënten in zorg nemen. Dit wordt de verplichte verblijfmix genoemd. Tegelijkertijd is er een gemiddelde DBBC-prijs vastgesteld, die met het opnemen van complexere patiënten niet overschreden mag worden. Het kost de zorgaanbieders heel wat hoofdbreken om aan beide voorwaarden te voldoen. Het zorgt naar hun idee voor een te rigide invulling van het opnamebeleid, omdat er meer naar financiële aspecten dan naar kwaliteitsaspecten gekeken wordt. Verder nemen de administratieve lasten ter verantwoording aanzienlijk toe. Ervan afzien is een onhaalbare kaart, omdat er dan gekort wordt op het budget (risicogebieden *kwaliteit, organisatie* en *inkomstenderving*).

Evenals in de reguliere ggz, getuigt dit volgens de zorgaanbieders in de forensische zorg van een systeem dat gebaseerd is op wantrouwen, in plaats van vertrouwen. Het management en de professionals voelen zich teveel aan banden gelegd. Men ervaart het als een onoverkomelijk 'systeemdingetje' en zou er het liefst van af willen, maar beseft dat dit gezien de afspraken onmogelijk is.

## 6.2 Kwaliteit

### 6.2.1 Inflexibel op- en afschalen van forensische ketenzorg

Evenals in de reguliere ggz heeft de forensische zorg gedurende de afgelopen jaren veel klinische zorg afgebouwd en ambulante zorg opgebouwd. Tegen die achtergrond lukt het afschalen van zorg doorgaans wel, ook al heeft de patiënt nog een indicatie voor complexere problematiek op zak. Andersom blijkt veel lastiger te zijn. Als een forensische patiënt in een beschermde woonvorm een terugval krijgt en intensievere zorg nodig heeft, dan ontbreekt vaak de wettelijke grondslag (in het vonnis) om zo iemand (tijdelijk) weer klinisch op te nemen in een forensische kliniek. Justitie moet toestemming geven om op te schalen van bijvoorbeeld veiligheidsniveau 2 naar 3. Omdat de expertise inzake psychiatrische problematiek en een forensische titel in de reguliere ggz vaak ontbreekt, is zo'n patiënt toch aangewezen op de forensische zorg. De coördinerende werkzaamheden om dit toch voor elkaar te krijgen kosten erg veel tijd (risicogebieden *kwaliteit, tijd* en *organisatie*). De Werkgroep

Op- en Afschalen van Zorg, ingesteld door en ministerie van V&J, heeft tot op heden nog geen concrete oplossingsrichtingen voorgesteld.

### **Hulpverlener**

‘Patiënt X heeft onder invloed van alcohol een geweldsdelict gepleegd. Omdat zijn delict gedrag gekoppeld is aan alcoholgebruik, legde de rechter hem 2 jaar verplichte ambulante behandeling met reclasseringstoezicht op. Het eerste jaar van de behandeling verloopt goed, tot X’s relatie uit gaat. Hij begint opnieuw zwaar te drinken, waardoor het risico op een nieuw delict toeneemt. De reclassering en zorgaanbieder willen X gedurende een korte periode opnemen op een detox-afdeling. Hier voorziet zijn oude vonnis echter niet in. De zaak moet opnieuw worden voorgelegd aan de rechter, maar dat kost tijd en dat is risicovol.’

## **6.2.2 Ongelijke rechtspositie reguliere en forensische ggz-patiënten**

In FPK’s, FPA’s en in mindere mate FPC’s bevinden zich patiënten met verschillende rechtstitels (strafrechtelijk/Bopz/zvw). Voor alle groepen patiënten gelden andere mogelijkheden rond vrijheidsbeperkingen en controlemogelijkheden (voor bijvoorbeeld wapens en drugs). De beperkingen voor patiënten met een strafrechtelijke titel gaan veel verder dan voor patiënten onder de Wet Bopz. Dit leidt op de werkvloer tot problemen, omdat continu verschillende rechtsposities geharmoniseerd moeten worden door middel van aanpassingen van het behandelplan.

In totaal zijn er 23 maatregelen met allemaal eigen eisen. Indien een maatregel wijzigt, moeten opnieuw allerlei gegevens verzameld worden, ook gegevens die al eerder geïnventariseerd zijn, zoals de GAF-score. Hiervoor moet handmatig een scala aan formulieren worden ingevuld, volgens de aanbieders onzinnige, want onnodig tijdrovende en belastende werkzaamheden. Als dit bovendien niet op de juiste wijze gebeurt, is men terug bij af en moet het opnieuw. De beschrijving van de plaatsing komt bijvoorbeeld vaak niet overeen met de toegepaste maatregel. Dit zou eenvoudig kunnen worden opgelost door de uitgifte van plaatsingsbewijzen, maar die ontbreken vooral nog (risicogebieden *tijd, organisatie* en *kosten*).

## **6.2.3 Discontinuïteit van zorg bij overgang 18- naar 18+**

Binnen de forensische ggz-zorg ervaart men hinder van de leeftijdsgrens tussen de jeugdhulp en volwassenenzorg. De zorgaanbieders hebben geen toegang tot informatie van zorgorganisaties in de jeugdhulp, die voor de leeftijdsgrens van 18 jaar bemoeienis met de persoon in kwestie hadden. Het gaat bijvoorbeeld om gevoelige informatie rond de PIJ-maatregel, die relevant is voor de behandeling en begeleiding van de jongvolwassene, maar omwille van privacy redenen niet geautomatiseerd verstrekt mag worden. Het kost veel tijd en moeite om die informatie toch te verkrijgen en de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Het programma ‘Continuïteit van Zorg’ besteedt aandacht aan de problematiek, maar voorziet vanwege de complexiteit in wet- en regelgeving nog niet in adequate oplossingen. Het werkveld vindt de leeftijdsgrens 18-/18+ arbitrair, en in die zin van ondergeschikt belang aan het bieden van passende ggz-zorg: de professionals in de forensische zorg hebben immers ook hun beroepsgeheim en zouden voor de uitoefening van hun vak niet gehinderd moeten worden door privacywetgeving (risicogebieden *kwaliteit, tijd* en *organisatie*).

## **6.2.4 Onvoldoende samenwerking tussen verschillende inspecties**

Bij incidenten krijgen de forensische zorgaanbieders te maken met controles vanuit de ministeries van VWS (de IGz) en V&J (IV&J) en soms vanuit de gemeente. De verschillende inspectiediensten doen ieder voor zich eigen onderzoek, gebaseerd op verschillende wet- en regelgeving. Dit gaat gepaard met afzonderlijke eisen, vragen en te gebruiken formats. De zorgaanbieders hebben vaak het gevoel twee keer exact hetzelfde te doen.

### **Bestuurder**

‘Instelling X heeft te maken gekregen met een (zwaar) incident. De instelling nodigt de Inspectie Veiligheid en Justitie uit onderzoek te doen naar de toedracht van het incident. In de begeleiding van de inspecteurs, beantwoording van vragen en het opstellen van verbetermaatregelen gaat veel tijd zitten. Nog geen week na het afronden van het rapport meldt de IGZ zich; omdat er zich ook Zvw-bedden in de kliniek bevinden, voeren zij ook onderzoek uit. Opnieuw krijgt de zorgaanbieder te maken met dezelfde vragen, alleen met een net iets andere invalshoek.’

### **6.2.5 Prestatie-indicatoren Justitie en ROM**

Justitie gebruikt prestatie-indicatoren om de kwaliteit van de geleverde zorg te meten. In dit kader is, analoog aan ROM in de reguliere Zvw-zorg, in 2016 gestart met het project ‘Forensische ROM’. De zorgaanbieders moeten jaarlijks hun data met betrekking tot de indicatoren aanleveren. Justitie gebruikt de prestatie-indicatoren ook als instrument bij de inkoop (met prestatiebekostiging). Door de koppeling van ROM aan de DBBC-productstructuur, vreest men ongewenste neveneffecten zoals inhoudelijk irrelevante meetmomenten die onvoldoende aansluiten op de situatie van de patiënt en de context van zijn behandeling, vergelijkbaar met de ervaringen in de Zvw (zie § 5.2.2). Men is bang dat ROM slechts een proces-indicator is ten behoeve van selectieve inkoop van forensische zorg en niet gebruikt zal worden als outcome-indicator ter verbetering van de behandeling en begeleiding. Daarom worden vooralsnog het nut en de noodzaak van ROM betwijfeld.

Naast ROM bestaan er in de forensische zorg veel andere prestatie-indicatoren ten aanzien van de zorg en bedrijfsvoering. Afhankelijk van de duur van een contract neemt het aantal indicatoren toe. Dit is voor veel zorgaanbieders de reden om af te zien van meerjarencontracten. De voordelen zouden niet opwegen tegen de nadelen ervan (risicogebieden tijd en organisatie).

## **6.3 Registratie en facturatie**

### **6.3.1 Berichtenverkeer met de IGZ en de rechtbanken**

Conform de huidige Wet Bopz leggen ggz-aanbieders meldingen ‘Middelen of Maatregelen’ (MoM) digitaal vast. Zo’n melding moet handmatig, dat wil zeggen geprint en per post worden doorgegeven aan de IGZ. Vervolgens neemt de IGZ de melding op in de eigen datawarehouse. De rechtbank eist dat getekende Bopz-formulieren per fax naar de rechtbank verstuurd worden. Het een en ander automatiseren zou aanzienlijk veel tijds winst opleveren voor de zorgaanbieders, zeker op het moment dat de informatie ontoereikend blijkt te zijn of dat er onverhoopt fout geregistreerd is. Vreemd genoeg verloopt de informatiestroom over bijvoorbeeld een Inbewaringstelling (IBS) al jaren digitaal (risicogebieden *tijd*, *organisatie* en *technologie*).

Voor goede forensische zorg is berichtenverkeer tussen meerdere organisaties nodig, die allen onder het ministerie van V&J vallen. Zo kan een ambulante zorgverwijzing tot stand komen via de reclassering of DJI, maar is voor klinische plaatsingen het Forensisch Plaatsingsloket verantwoordelijk. De diversiteit van informatie(bronnen) is groot, waarbij zorgorganisaties niet altijd (directe) toegang hebben tot specifieke informatie die wel nodig is voor het zorgtraject, zoals vonnissen en verwijfsbrieven (risicogebieden *tijd* en *organisatie*).

### **6.3.2 Onvolledige plaatsingsbewijzen en indicatiestellingen**

Voor de ambulante forensische zorg heeft te maken met veel verschillende verwijzers (DJI, reclassering), die niet altijd op de hoogte zijn van de plaatsingsmethoden. Het komt regelmatig voor dat plaatsingsbewijzen onvolledig zijn of dat de indicatiestelling niet helemaal klopt. De DJI verstrekt



informatie aan het Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo) over het forensische proces; van het invoeren van een indicatiestelling tot en met plaatsing bij een gecontracteerde zorginstelling die beschikt over een passend zorgaanbod. De indicerende organisatie maakt in Ifzo de indicatiestelling aan met een indicatiestellingsformat. De plaatser kan vervolgens door Ifzo de meest geschikte zorgplek voor de patiënt vinden bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Op basis van de zorgbehoefte van de patiënt toont Ifzo welke gecontracteerde zorginstellingen zorg bieden die past bij de zorgbehoefte van de patiënt. De plaatsingsfunctionaris beslist uiteindelijk bij welke gecontracteerde zorgaanbieder de patiënt geplaatst wordt.

Om te kunnen factureren moeten de data in Ifzo kloppen met de door zorgaanbieders aangeleverde informatie bij Forzo en de DJI. Hier gaat het vaak mis, omdat de indicerende organisatie en de zorgaanbieder niet dezelfde taal spreken, er interpretatieverschillen op nahouden of niet goed op de hoogte zijn van de plaatsingsmethode. Het risico op een onvolledig plaatsingsbewijs of een onjuiste indicatiestelling neemt hierdoor toe (*risicogebieden tijd, organisatie, technologie en kosten*).

### **Hulpverlener**

‘Patiënt Y wordt door de rechter veroordeeld voor een klinische behandeling in een FPC. Het Forensisch Plaatsingsloket, onderdeel van Forzo/JJI, regelt zijn plaatsing in kliniek X. Bij Y’s aankomst in de kliniek blijkt dat zijn dossier niet op orde is. Het precieze vonnis van de rechtbank ontbreekt, het plaatsingsbewijs is niet in orde, maar belangrijker, zijn medicatielijst is nergens te vinden. De zorgaanbieder neemt contact op met het FPL, waar afgestemd moet worden met administratieve krachten, zonder enige kennis van behandeling en begeleiding. Een moeizaam traject, met het risico op verdere ontregeling van de patiënt, vanwege de moeilijke overdracht naar de nieuwe behandelsetting.’

## **6.4 Verantwoording**

### **6.4.1 Tussentijdse wijzigingen van controleprotocollen**

Het gebeurt regelmatig dat de controleprotocollen in de forensische zorg nog wijzigen gedurende het lopende boekjaar. Gevolg hiervan is dat de zorgaanbieders telkens opnieuw correcties moeten aanbrengen in de aan te leveren informatie. Doen ze dat niet, ondervinden zij de financiële consequenties hiervan. Men accepteert dit noodgedwongen, maar ziet het met lede ogen aan. Eigenlijk zou dit aan banden moeten worden gelegd, je moet er volgens de aanbieders op een gegeven moment van op aan kunnen dat het protocol klopt, zodat je daar je organisatie op in kunt richten en geen dubbel werk hebt (*risicogebieden tijd en organisatie*).

### **6.4.2 Toename gedetailleerde materiële controles**

Evenals in het sociaal domein (zie § 4.4.1) en in de Zvw (zie § 5.4.1) is in de forensische zorg het aantal materiële controles enorm toegenomen. De zorgaanbieders hebben vooral last van het hoge detailniveau waarmee gegevens worden uitgevraagd. Dit gebeurt zo gedetailleerd dat zij tot op dossierniveau de eigen administratieve systemen in moeten om de geaggregeerde informatie over de zorg en bedrijfsvoering te kunnen ontrafelen.

Ook hier ligt een relatie tussen de controles en eerder gemaakte afspraken in contracten tussen financier en aanbieder: naarmate er meer afspraken gemaakt worden en het detailniveau toeneemt, neemt het aantal controles navenant toe (*risicogebieden tijd, organisatie, technologie en kosten*). Het liefst zien de aanbieders een afspraak op stelselniveau dat 98% goed gekeurde controles volstaat en het vertrouwen er is dat de laatste 2% van het verrichte werk ook klopt. Zo wordt 80% van de tijd die gemoeid is met werkzaamheden ten aanzien van de laatste 2% van het totale patiëntenbestand bespaard.

## Referenties

BMC (2015), *Rapport Monitor Sociaal Domein Meting 3*, januari 2015;

BMC (2016), *Concept Rapport Monitor Sociaal Domein*;

CBS (2016), *Gemeente monitor sociaal domein*, januari 2016;

GGZ Nederland (2015), Brief aan Tweede Kamer over de begrotingsbehandeling 2017, geraadpleegd via:

<http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Brief%20GGZ%20Nederland%20-%20Begrotingsbehandeling%20VWS%202017.pdf>;

GGZ Nederland (2016), *Model-kwaliteitsstatuut ggz, Zorginstituut Nederland*, geraadpleegd via:

<https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20kwaliteitsstatuut%20ggz.pdf>;

GGZ Nederland, Federatie Opvang en RIBW Alliantie (2015), *Brief aan Tweede Kamer over het Algemeen Overleg decentralisatie Wmo/Wlz*;

i-Sociaal Domein (2016), *Algemeen accountantsprotocol financiële productieverantwoording Wmo en Jeugdwet 2016*, geraadpleegd via:

[http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/algemeen\\_accountantsprotocol\\_financiele\\_productieverantwoording\\_wmo\\_jeugdwet\\_2016\\_0.pdf](http://i-sociaaldomein.nl/sites/isd/files/publicaties/2016/algemeen_accountantsprotocol_financiele_productieverantwoording_wmo_jeugdwet_2016_0.pdf);

i-Sociaal Domein (2016), *Standaardartikelen inspanningsgerichte uitvoeringsvariant Wmo en Jeugdwet*, geraadpleegd via:

<http://i-sociaaldomein.nl/publicaties/standaardartikelen-inspanningsgerichte-uitvoeringsvariant-wmo-en-jeugdwet>;

i-Sociaal Domein (2016), *Standaardartikelen outputgerichte uitvoeringsvariant Wmo en Jeugdwet*, geraadpleegd via: <http://i-sociaaldomein.nl/publicaties/standaardartikelen-outputgerichte-uitvoeringsvariant-wmo-en-jeugdwet>;

i-Sociaal Domein (2016), *Standaardartikelen uitvoeringsvarianten Wmo & Jeugdwet*, geraadpleegd via: <http://i-sociaaldomein.nl/standaardartikelen-voor-uitvoeringsvarianten>;

Janssen et al. (2012), *Differences in seclusion rates between admission wards: does patient compilation explain?*, in: *Psychiatric Quarterly*, DOI: 10.1007/s11126-012-9925-3;

Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Netwerk voor goede zorg (2015), *Model GGz Generieke Module*, geraadpleegd via:

[http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/10/Model\\_GGz\\_GeneriekeModule\\_20150526.pdf](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/10/Model_GGz_GeneriekeModule_20150526.pdf)

Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Netwerk voor goede zorg (2016), *Model GGz Zorgstandaard 2.1*, geraadpleegd via:

<http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Model-GGz-Zorgstandaard-2.1.pdf>

Ministerie van BZK (2014), *Inrichting informatievoorziening gedecentraliseerd sociaal domein*, Kamerbrief 2014-0000350022, geraadpleegd via:  
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/documenten/kamerstukken/2013/02/19/kamerbrief-aanpak-decentralisaties-op-terrein-van-ondersteuning-participatie-en-jeugd>;

Ministerie van VWS (2016). *Beantwoording Kamervragen over kosten bureaucratie jeugdhulpinstellingen*, Kamerbrief 985091-152590-J, geraadpleegd via:  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/29/beantwoording-kamervragen-over-kosten-bureaucratie-jeugdhulpinstellingen>;

Meurs et al. (2015), *Hoofdbehandelaar GGZ als noodgreep*, Adviescommissie Hoofdbehandelaarschap GGZ;

NZa (2015), *Regeling protocol prestatiemeting Wlz 2015*, geraadpleegd via:  
<http://wetten.overheid.nl/BWBR0036635/2015-05-28>;

NZa (2016), *Beleidsregel CA-BR-1607 – Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten*;

NZa (2016), *Beleidsregel TH/NR-005 – Transparantie zorginkoopproces Zvw*;

Q-Consult (2016), *Administratieve lasten door hervorming langdurige zorg en jeugdzorg Oplossingen om de administratieve lasten voortvloeiend uit contractering en verantwoording te beperken door middel van standaardisatie*, (nog niet gepubliceerd, inzage gehad bij Q-Consult; eind februari 2017 aanbieding aan Tweede Kamer);

Q-Consult (2016), *Kwaliteitseisen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang*, geraadpleegd via: <http://www.opvang.nl/files/20160616-kwaliteitseisen-beschermd-wonen-en-maatschappelijke-opvang.pdf>;

TNS NIPO (2015), *Resultaten onderzoek declaratieregelnaleving onder behandelaars in de curatieve GGZ*, geraadpleegd via: [https://www.nza.nl/1048076/1048181/Resultaten\\_onderzoek\\_declaratieregelnaleving\\_ggz.pdf](https://www.nza.nl/1048076/1048181/Resultaten_onderzoek_declaratieregelnaleving_ggz.pdf);

Transitie Autoriteit Jeugd (2016), *TAJ onderzoek ontwikkelingen jeugdhulp 2015-2016*, Kamerbrief: TAJ-1604020, geraadpleegd via:  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2016/04/26/taj-onderzoek-ontwikkelingen-jeugdhulp-2015-2016>

Transitiecommissie Sociaal Domein (2016), *Vijfde en slotrapportage Transitiecommissie Sociaal Domein*, pag. 4;

Transitiebureau Jeugd (2014), *Handreiking Uitvoering jeugdbescherming en jeugdreclassering, afspraken tussen gemeente en gecertificeerde instellingen*, geraadpleegd via:  
[https://vng.nl/files/vng/publicaties/2014/20140731\\_handreiking\\_afspraken\\_uitvoering\\_jb\\_en\\_jr.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2014/20140731_handreiking_afspraken_uitvoering_jb_en_jr.pdf)

Trimbos Instituut (2016), *Sociale inclusie en verbindende zorg. Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda*;

Vereniging HEAD (2015), *Control Framework opgesteld door leden werkgroep Horizontaal Toezicht*, geraadpleegd via:  
<https://www.headonline.nl/actueel/control-framework-opgesteld-door-leden-werkgroep-horizontaal-toez>;

VNG (2015), *Handreiking Uitvoeringsvarianten iWmo en ijW*; geraadpleegd via:  
<http://i-sociaaldomein.nl/standaardartikelen-voor-uitvoeringsvarianten>

VNG (2015), *Raadgever minder administratieve lasten in de jeugdhulp en de Wmo*;

VNG (2016), *Uitkomsten bestuurlijk overleg over AMvB inkoop Wmo*, geraadpleegd via:  
<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/uitkomst-bestuurlijk-overleg-over-amvb-inkoop-wmo>;

VNG (2015), *Wmo 2015 - Nieuws, publicaties, voorbeeldmateriaal etc. over de 'nieuwe Wmo' zoals die sinds 1 januari 2015 van kracht is*, geraadpleegd via:  
<https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015>;

VNG, IZA, VWS (2015), *Werkagenda 2015 - 2017 Administratie en informatievoorziening*, Domeinen: Wmo en Jeugdwet; geraadpleegd via:  
[https://vng.nl/files/vng/nieuws\\_attachments/2015/201507-werkagenda-2015-2017-administratie-en-informatievoorziening-jeugdwet-wmo.pdf](https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2015/201507-werkagenda-2015-2017-administratie-en-informatievoorziening-jeugdwet-wmo.pdf);

VWS (2016), *Voortgang nieuw jeugdstelsel, Kamerbrief juni 2016*, geraadpleegd via:  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/06/22/kamerbrief-over-voortgang-nieuw-jeugdstelsel>;

Werkgroep Registratielasten in de langdurige zorg (2014), *Terugdringen registratielasten in de langdurige zorg*, geraadpleegd via:  
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/11/01/terugdringen-registratielasten-in-de-langdurige-zorg>;

## BIJLAGE 1

# Afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DBBC	Diagnose Behandeling Beveiliging Combinatie
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FO	Federatie Opvang (brancheorganisatie)
Forzo	Forensische zorg
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
GHZ	Gehandicapten Zorg
HEAD	Hoofd Economische Administratieve Dienst
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
Ibfz	Interim besluit forensische zorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ijW	informatiemodel Jeugd Wet
iSD	programma i-Sociaal Domein
iWMO	informatiemodel Wet maatschappelijke ondersteuning
JJI	Justitiële Jeugd Inrichting
JH	Jeugdhulp
Jw	Jeugdwet
NBA	Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
P&C-cyclus	Planning en controlcyclus
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIBW All	RIBW Alliantie (brancheorganisatie)
ROM	Routine Outcome Monitoring
SROI	Social Return Of Investment
V&J	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VGN	Verenging Gehandicaptenzorg Nederland (brancheorganisatie)
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten (brancheorganisatie)
VOG	Verklaring Omtrent het Gedrag
VVT	Verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland (brancheorganisatie)
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

## BIJLAGE 2

# Verschillende inkoopvoorwaarden verzekeraars

	Zilveren Kruis	VGZ
<b>Deelplafonds/ afrekenafspraken</b>	Omzetplafonds voor gbggz, sggz, sggz verblijf (incl. lggz) Substitutie van sggz naar gbggz is toegestaan	Afzonderlijk plafond voor gbggz en sggz
	Afrekening op gemiddelde prijs per klant voor alle sggz (excl. lggz) Zilveren Kruis heeft eigen referentietarief als richtlijn voor gemiddelde prijs per patiënt	Afrekening zorgkostenplafond op uurtarief, kosten per verzekerde (klinische en ambulante DBC's) en totaal budget
	Maximum aantal ligdagen sggz en lggz en gemiddelde prijs per verblijfsdag	
		Aanbieder moet VGZ informeren bij het bereiken van 70 procent van het productieplafond
	Basistarief gbggz 85%, opslag voor Keurmerk Kwaliteit in de Basis ggz	Basistarief gbggz 80% (ovv Kwaliteitsstatuut), opslagen voor Keurmerk Basis ggz, regionale samenwerking met huisartsen en integrale ketenzorg
<b>Kwaliteit/ kwaliteitsstatuut</b>	De zorgaanbieder voldoet aan de verplichtingen van het Kwaliteitsstatuut.	Zorgaanbieder heeft een door ZIN goedgekeurd kwaliteitsstatuut
	Regiebehandelaars conform kwaliteitsstatuut	Psychiater als mogelijke regiebehandelaar is niet conform NZa regelgeving
		Regiebehandelaar moet 80%(SGGZ) resp. 70% (gbggz) van de behandeling uitvoeren
		Regiebehandelaar moet minimaal anderhalf uur directe tijd geschreven hebben in de initiële DBC
		Gebruik maken van de methodiek van Shared Decision Making en dit moet blijken uit dossier verzekerde

CZ	Menzis
Afzonderlijk plafond voor gbggz en sggz	Afzonderlijk plafond voor gbggz en sggz Substitutie van sggz naar gbggz is toegestaan
Afspraken over gemiddelde kosten per verzekerde/normatief uurtarief	Afrekening zorgkostenplafond op uurtarief: € 112,00 voor SGGZ, € 96,50 voor gbggz en € 89,50 bij prestatie 'chronisch' (allen gerelateerd aan afgesproken tariefpercentage. Afrekening ook op kosten per verzekerde en totaal budget)
Bepaalde langdurige behandelingen en intensieve behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking indien minder dan 50 procent direct tijd is geschreven	
aantal diagnostiek DBC's maximaal 10 procent van totaal aantal DBC's	
Basistarief gbggz 89%, opslagen voor inzet e-health behandel-programma's, continu verbetercyclus en inzet + aanlevering ROM	
Zorgaanbieder heeft een door ZiN goedgekeurd kwaliteitsstatuut	Zorgaanbieder heeft een door ZiN goedgekeurd Kwaliteitsstatuut
Regiebehandelaars conform kwaliteitsstatuut	Regiebehandelaars conform kwaliteitsstatuut
	Regiebehandelaar moet 80% van de behandeling uitvoeren (sggz en gbggz)
Voor alle stoornissen zijn zorgprogramma's en zorgprotocollen geïmplementeerd	Verplichting tot gestructureerde zorgprogrammatische aanpak

	Zilveren Kruis	VGZ
<b>Declaratievoorschriften</b>	Minimaal 1x per maand, uiterlijk binnen 1 jaar na einddatum behandeling	Maandelijks declareren, uiterlijk binnen 12 maanden na beëindiging behandeling
	Controles in principe tot max 3 jaar na betaling. Her declaratie binnen 2 maanden.	Start controles tot 36 maanden na het jaar van indienen van de declaratie

#### *Toelichting*

Dit overzicht is bedoeld om een indruk te geven van de veelheid en het verschil in inkoopvoorwaarden van verzekeraars waar ggz-aanbieders rekening mee moeten houden. Het overzicht is beperkt tot de 4 grote van in totaal 9 verzekeraars (concerns). Er is slechts een kleine selectie van de inkoopvoorwaarden in het overzicht opgenomen. De inkoopvoorwaarden van één verzekeraar beslaan veelal meerdere pagina's. Ook is geen rekening gehouden met onder andere specifieke voorwaarden bij selectieve inkoop door verzekeraars of met verschillende polissen die verzekeraars hanteren en voorwaarden die hierin zijn opgenomen. Alhoewel dit laatste gaat over overeenkomsten tussen een verzekeraar en een verzekerde, kunnen voorwaarden in polissen wel degelijk consequenties hebben voor zorgaanbieders. Bijvoorbeeld de wijze van vergoeding en/of hoogte van de vergoeding bij gebruik van niet gecontracteerde zorg.



---

**CZ****Menzis**

---

Indienen binnen 3 maanden na behandel-  
datum dan wel sluitingsdatum. gbggz  
uiterlijk 1 maart T+1, sggz uiterlijk 1 juni T+1

Indienen binnen 6 maanden na behandeldatum  
dan wel de sluitingsdatum. De declaraties  
indienen binnen 30 dagen na ontvangst van de  
retourinformatie.

---

Controles mogelijk tot 5 jaar na  
declaratiedatum

Controles mogelijk tot 5 jaar na de  
declaratiedatum

---

## COLOFON

Uitgever:

**GGZ Nederland**

Bezoekadres:

**Piet Mondriaanplein 25  
3812 GZ Amersfoort**

Postadres:

**Postbus 830  
3800 AV Amersfoort  
tel. 033 - 460 89 00**

Opdrachtgever:

**D. Moerman,  
managementteam GGZ Nederland**

Projectteam HRMO (Het Roer Moet Om):

**C. van Bracht, J. Douma, A.W. Roza,  
J. Schrieke, G.J. van Unen, M. Verbeek**

Eindredactie:

**S. Beumer, F. van Leeuwen**

Secretariaat:

**I. de Ridder**

Publicatienummer:

**2017-408**

Vormgeving:

**Case Communicatie, Ede**



**GGZ Nederland**

Piet Mondriaanplein 25  
3812 GZ Amersfoort

Postbus 830  
3800 AV Amersfoort

(033) 460 89 00  
[www.ggz nederland.nl](http://www.ggz nederland.nl)

