

CHAOS IN DE GGZ

EEN ONDERZOEK NAAR
DE MARKTWERKING IN DE GGZ

TUSSENRAPPORTAGE

SP. 

‘CHAOS IN DE GGZ’

EEN ONDERZOEK NAAR DE MARKTWERKING IN DE GGZ

Wetenschappelijk Bureau SP en actiegroep Zorg geen Markt

Dr. Ineke Palm, Wetenschappelijk Bureau SP

Ir. drs. Fred Leffers, GZ-psycholoog bij GGNet

Drs. Veronique van Egmond, freelance GZ-psycholoog/orthopedagoog

Spencer Zeegers, beleidsmedewerker GGZ Oost Brabant

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1. Inleiding	11
2. Aanpak van het onderzoek	13
3. Resultaten	15
Conclusie	29

VOORWOORD

De zorg is geen markt. De marktwerking leidt ertoe dat het geld gaat regeren in plaats van de menselijkheid. Dat de zorg meer productiegericht wordt, dan gericht op de behoefte van de patient. Dat beschadigt de vertrouwensrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt. Dat was de eensgezinde conclusie op de Themadag Zorg die 15 maart was georganiseerd door de actiegroep Zorg geen markt. De 250 aanwezigen uit alle sectoren van de zorg besloten die dag samen de strijd aan te gaan. Horen, zien en niet meer zwijgen.

Dit onderzoek is daar een goed voorbeeld van. Ruim 3000 werkers uit de GGZ die de moeite namen een deel van hun kostbare tijd te gebruiken om een uitgebreide enquête in te vullen.

Het is de eerste keer dat aan zorgverleners zelf zo uitgebreid wordt gevraagd naar hun mening en ervaringen met het DBC-systeem (Diagnose Behandelcombinatie) en de marktwerking.

Het antwoord is een massaal nee, 90 procent van de werkers uit de GGZ wil stoppen met het DBC-systeem. Dat DBC's leiden tot veel frustratie en bureaucratie wisten we al uit de ziekenhuiszorg. De werkers uit de GGZ maken in dit rapport duidelijk waarom dit systeem goede GGZ-zorg ondermijnt. Zeker in de GGZ is vertrouwen een belangrijk onderdeel van de behandeling. Het registreren en doorgeven van gegevens aan derden zoals zorgverzekeraars, ondermijnt dit vertrouwen. Nog moeilijker dan in de overige zorg laat de GGZ zich in hokjes plaatsen. Elke patiënt is uniek, zeker in deze sector van de zorg.

De ontmanteling van vele preventieve activiteiten, onrendabele diensten en de kostbare bureaucratie waarmee de invoering van het DBC-systeem gepaard gaat, zullen op den duur de zorg alleen maar duurder maken. Kwetsbare mensen vallen tussen wal en schip en een aantal mensen zal sterker afhankelijk worden van behandeling. Graag wil ik alle werkers die meegewerkt hebben aan dit onderzoek of nog mee gaan werken bedanken. Het is goed de stilte te doorbreken om met z'n allen de dreigende ontmanteling van de GGZ tegen te houden.

Agnes Kant,
Tweede Kamerlid SP

SAMENVATTING

Uit de eerste resultaten van een grote enquête in de GGZ – met tot nu toe ruim 3000 deelnemers – blijkt dat de werkers in de GGZ de marktwerking massaal afwijzen. Vooral het ingevoerde nieuwe declaratiesysteem, de Diagnose Behandelcombinaties (DBC) heeft desastreuze gevolgen voor de GGZ-zorg. Bijna 90 procent van de respondenten die hiermee te maken heeft, wil hier dan ook mee stoppen. Volgens deze mensen leidt het DBC-systeem tot:

1. **enorme bureaucratie.** Bijna de helft van de mensen is hier een uur of meer per dag aan kwijt.
2. **onderminning van het vertrouwen** vanwege het registreren en doorgeven van gegevens aan derden zoals zorgverzekeraars. Vertrouwen is een wezenlijk onderdeel van de GGZ-zorg.
3. **controle op controle.** Diagnoses zijn in de GGZ nog moeilijker dan in de overige zorg in hokjes te plaatsen. Om het zekere voor het onzekere te nemen laat men zich makkelijk verleiden tot zwaardere diagnoses dan reëel is. Dit dreigt te leiden tot controle op het registreren zelf.
4. **het verdwijnen van begeleiding en preventie:** deze passen niet in het GGZ-systeem. Datzelfde geldt voor een aantal kwetsbare cliëntengroepen die financieel niet aantrekkelijk zijn.
5. **een soort fastfood-GGZ:** om de zorg zo goedkoop mogelijk te houden wordt steeds meer met kant-en-klare pakketten gewerkt, terwijl zorg op maat juist in de GGZ noodzakelijk is.

Financiële chaos

Het DBC-systeem zorgt bovendien voor een chaos in de financiering. Ruim 900 respondenten melden tamelijk of zeer ernstige financiële problemen. Een aantal zorgverleners dreigt te moeten stoppen met de praktijk of krijgt ontslag.

Frustraties en bureaucratie

Naast DBC's leidt het onderhandelen met zorgverzekeraars tot veel frustraties bij de zorgverleners. Het kost veel tijd, er is nauwelijks sprake van onderhandelingen en contracten worden opgedrongen. Ga je niet akkoord dan moet de cliënt/patiënt bijbetalen of uitwijken naar een andere zorgverlener.

De werkers in de zorg geven massaal aan te maken te hebben met bureaucratie (bijna 100 procent), hoge werkdruk (bijna 90 procent), een vermindering van de kwaliteit van de zorg (83 procent) en een verslechtering van de arbeidsomstandigheden (bijna 90 procent). Een op de vijf respondenten meldt dat collega's stoppen met de praktijk of ontslag nemen.

Geld in plaats van menselijkheid

De marktwerking lijkt een bres te slaan in goede GGZ-zorg. Het geld is gaan regeren in plaats van de menselijkheid. Driekwart van de deelnemers aan de enquête wil de marktwerking dan ook stoppen of terugdraaien. Slechts 2 procent wil door op de ingeslagen weg. Bijna een kwart wil aanpassingen in de marktwerking, veel van deze mensen denken dat de marktwerking niet meer is terug te draaien. Bijna 100 procent van de mensen geeft bovendien aan dat ze zijn overvallen door de invoering van de marktwerking. Hierover is nooit fatsoenlijk overleg geweest met de werkvloer zelf.

Luisteren

Marktwerking in de zorg en zeker in de GGZ lijkt een onbegaanbare weg. Het zou goed zijn als hier pas op de plaats wordt gemaakt en eerst eens goed geluisterd wordt naar de mensen in het veld. Om een verdere afbraak van de zorg te voorkomen moeten direct enkele maatregelen worden genomen. Zoals een verplichte, adequate bevoorschotting door alle zorgverzekeraars. Evenals het vergoeden van DBC's in termijnen, bijvoorbeeld per consult, in plaats van pas na afloop van de behandeling. Tenslotte moet de gehele marktwerking worden heroverwogen waarbij terugdraaien een reële optie is. De markt zorgt niet. Zeker niet in de GGZ.

1. INLEIDING

Op 21 november 2003 besloot de ministerraad om met ingang van 1 januari 2006 de intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) met een duur tot één jaar en de extramurale GGZ in zijn geheel over te hevelen van de AWBZ naar de standaardverzekering curatieve zorg, later de nieuwe basisverzekering. De reden hiervoor was om de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) weer een verzekering van langdurige zorg te laten worden.

Na twee jaar uitstel is op 1 januari 2008 de kortdurende GGZ overgegaan naar de zorgverzekeringswet. Dat betekende tevens invoering van marktwerking in de GGZ. Naast onderhandelen met zorgverzekeraars werd een nieuwe wijze van declareren ingevoerd: de Diagnose behandelcombinaties (DBC). Al voor de ingangsdatum ontstond bij met name vrijgevestigde psychotherapeuten de vrees dat ze in financiële problemen zouden komen door de invoering van de DBC's. Waar psychotherapeuten eerst per consult een vergoeding kregen, krijgen ze bij de nieuwe declaratiemethode pas na afloop van de behandeling de vergoeding van de zorgverzekeraar. Het gevolg is dat psychotherapeuten maandenlang zonder inkomen kunnen komen te zitten.

Noodklok

Op 15 april jongstleden luidde de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP) de noodklok in een brief aan de Tweede Kamer:

“De NVVP is van mening dat veel vrijgevestigde psychotherapeuten gedupeerd worden door de onzorgvuldige invoering van het DBC-systeem in de GGZ per 1 januari 2008. Veel vrijgevestigde klinisch psychologen en psychotherapeuten hebben al meer dan 3 maanden geen inkomsten gekregen en daardoor komen professionals die in de wet verankerde verzekerde zorg leveren in grote financiële problemen.”

Een maand later op 15 mei meldde de NVVP in een uitzending van Eenvandaag dat 300 van de 1850 praktijken inmiddels gedwongen waren te stoppen.

Minister Klink antwoordde op Kamervragen van Henk van Gerven van de SP als volgt:

“Ik hecht er aan dat het zorgaanbod gehandhaafd blijft en ik betreur het dan ook dat sommige vrijevestigde zorgaanbieders momenteel in financiële problemen raken. Partijen onderkennen dat de financiële problemen worden veroorzaakt door problemen in de uitvoering.

In overleg met partijen zijn verschillende opties verkend om voor de korte termijn financiële oplossingen te bieden zolang de uitvoeringsproblemen voortduren. De alternatieven worden samen met partijen verder uitgewerkt. Het staat nu overigens zorgverzekeraars al vrij om zorgaanbieders te bevoorschotten. Niet alle verzekeraars maken van die mogelijkheid gebruik.” (Kamervragen met antwoord 2007-2008, nr. 2451, Tweede Kamer)

GGZ-enquête

Op het meldpunt van Zorg Geen Markt en bij de SP kwamen ondertussen veel meldingen binnen over de GGZ. Vooral de ingevoerde marktwerking lijkt tot problemen te leiden. Behalve de forse financiële problemen wordt veel gerapporteerd over de met de invoering van DBC's gepaard gaande bureaucratie. Ook het afsluiten van contracten met onder meer verzekeraars en gemeenten levert problemen op. Andere thema's die genoemd werden zijn onder meer de hoge productiedruk, het verlies van kwaliteit en het verslechteren van de arbeidsomstandigheden. Niet alleen binnen de overgehevelde GGZ, ook vanuit het nog steeds door de AWBZ gefinancierde deel kwamen veel meldingen binnen. Bijvoorbeeld over ingevoerde zorgzwaartepakketten en de werking van het Centraal Indicatieorgaan Zorg.

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de situatie in de GGZ heeft het Wetenschappelijke Bureau van de SP in samenwerking met de Actiegroep Zorg geen Markt besloten een enquête op te stellen gericht op iedereen die in de GGZ werkzaam is.

2. AANPAK VAN HET ONDERZOEK

De enquête is opgesteld door het Wetenschappelijk Bureau van de SP, samen met een aantal werknemers uit de GGZ van de actiegroep Zorg Geen Markt (www.zorggeenmarkt.nl). Omdat de enquête bedoeld was voor iedereen in de GGZ, is het een uitgebreide vragenlijst geworden waarbij niet alle vragen op iedereen van toepassing zijn. Toch kost het invullen ervan al gauw 45 tot 60 minuten.

Oproep

Op 23 mei is de enquête on line gezet. Dezelfde dag is een brief met de link naar de enquête gestuurd naar alle ondertekenaars van het manifest Zorg Geen Markt. Achter de actiegroep Zorg Geen Markt hebben zich inmiddels ruim 13.000 werkers uit de zorg geschaard, waarvan 2.000 uit de GGZ. In de brief werd opgeroepen de enquête zelf in te vullen (indien men zelf werkzaam was in de GGZ) of de enquête naar collega's in de GGZ te sturen. Ook stond er een algemene oproep in de brief door te sturen naar collega's. De oproep is ook gestuurd naar een aantal beroepsverenigingen in de GGZ met het verzoek deze te verspreiden.

3046 Enquêtes in twee weken

Binnen enkele uren na de start van de enquête waren er al honderden reacties binnen. In de weken daarna bleven de enquêtes binnenstromen. Alleen al het feit dat zoveel mensen een deel van hun kostbare tijd gebruikten om een tijdrovende vragenlijst in te vullen, maakt duidelijk dat er iets aan de hand is in de GGZ.

Het onderzoek loopt nog tot juli. Omdat er op 12 juni een kamerdebat plaatsvindt over de overheveling van de GGZ, is met de gegevens tot nu toe een tussenrapportage opgesteld. Hierbij zijn alleen de vragen verwerkt die (deels) te maken kunnen hebben met de overheveling. Een integrale rapportage met een uitgebreidere analyse (per beroepsgroep) komt aan het einde van de zomer.

In de eerste twee weken van het onderzoek zijn er 3046 enquêtes ingevuld. Door 1905 vrouwen (62,5 procent) en 1141 mannen (37,5 procent). Alle beroepsgroepen zijn goed vertegenwoordigd: psychiaters (276), klinisch

psychologen (217), GZ-psychologen (431), psychotherapeuten (446), verpleegkundigen (ruim 900) en nog vele andere beroepen in de GGZ. Het merendeel werkt in een GGZ-instelling (1929, ruim 63 procent), ook zijn er veel respondenten die een eigen praktijk hebben (508, bijna 17 procent). Anderen werken bij de RIAGG, APZ, RIBW, instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie of voor verslavingszorg, enz.

Niet alle respondenten hebben de enquête volledig ingevuld: 2153 mensen zijn helemaal tot het einde gekomen, 893 mensen niet helemaal (soms vanwege het optreden van een zogenaamde time-out, een door de webserver ingebouwde (veiligheids-)instelling).

3. RESULTATEN

Bureaucratie

De vraag over bureaucratie is door 2998 respondenten ingevuld, 48 mensen hebben hier geen mening over of vinden deze vragen niet van toepassing op hun situatie. In totaal 129 mensen (4 procent) geeft aan geen bureaucratie te ervaren.

96 procent van de respondenten heeft te maken met bureaucratie. Door deze respondenten werden een of meer van de volgende items ingevuld.

Tabel 1. Bureaucratie

Er gaat tijd verloren aan verantwoording, registratie en administratie	2419	81%
Dwingende procedures en protocollen maken het moeilijk om cliënten snel en gericht zorg te geven	1043	35%
Er moet worden voldaan aan nutteloze eisen en regels vanuit overheid, verzekeraars of instelling zelf	1556	52%
Eisen en regels veranderen voortdurend waardoor het lastig is erop in te spelen	1334	45%

“Eindeloos registreren van steeds kleinere details en als het niet in het systeem past dan ‘kan’ het niet; meest idiote is dat je niet kunt registreren en declareren als na een psychiatrisch onderzoek iemand geen psychiatrische aandoening heeft. Patiënt is geen patiënt waarmee gefeliciteerd, het werk is voor niks, want je moet nu eenmaal een diagnose hebben. Dan verzinnen we meestal iets stompzinigs als een aanpassingsstoornis, want daar heeft iedereen wel eens last van en de baas kan incasseren. Elke ‘scheet’ moet worden geregistreerd. Elke medemens die een patiënt vergezelt moet worden geregistreerd als ‘nevencliënt’ en dat brengt ook weer geld op; het liefste dus de hele familie mee want dan zien we meer mensen in dezelfde tijd; dit heb ik lang geweigerd, maar door de grote tekorten die de instelling nu heeft, doe ik het wel met veel schaamte en uitleg voor iets dat ik niet zelf doe, ik schaam me voor mijn handelen in deze.”

Het percentage van de totale werktijd dat verloren gaat aan verantwoording, registratie en administratie werd door 2348 mensen ingevuld. Voor ruim de helft van deze respondenten lag dat boven 20 procent.

Tabel 2. Tijd kwijt aan bureaucratie (als percentage van de totale werktijd)

Minder dan 10 procent	312	13%
Van 10 tot 20 procent	831	35%
Tussen 20 en 50 procent	968	41%
Meer dan 50 procent	242	11%

“Voor een aantal jaren terug ging 70 procent van de werktijd naar de cliënten, tegenwoordig is dat andersom. Vanwege de administratie o.a. richting zorgverzekeraars (overbodig overigens). Ten tweede wordt er door het management totaal niet gekeken naar de praktijk op de vloer en op een arrogante manier uitgemaakt wat er moet gebeuren, hetgeen dan weer tot gevolg heeft dat er werkdruk ontstaat op de werkvloer. Wat weer tot gevolg heeft dat er veel tijd verloren gaat naar een inefficiënte manier van werken en volkomen overbodig ingehuurde managers die het dan beter denken te weten maar wat niet zo is, immers ze kijken niet en verplaatsen zich niet in het praktische deel. Zware onderbezetting bij de zorginstelling waar ik en mijn vrouw werken. Enzovoorts”

Werkdruk

De vragen over werkdruk zijn door 2986 mensen ingevuld, 60 mensen hebben hierover geen mening of vinden deze vragen niet van toepassing op hun situatie. In totaal 405 mensen (14 procent) ervaren geen hoge werkdruk.

86 procent van de respondenten geeft aan te maken te hebben met hoge werkdruk. Door deze respondenten werden een of meer van de volgende items ingevuld.

Tabel 3. Werkdruk

De 'productiedruk' is hoog (meer cliënten moeten zien dan reëel is)	1224	41%
Veel kostbare tijd gaat op aan administratieve rompslomp	1912	64%
Ik kan mijn cliënten nauwelijks nog de gewenste kwaliteit van zorg bieden	907	30%
Door bemoeienis van buitenaf wordt mijn professioneel handelen belemmerd	997	33%

“Hoge productieafspraken die nagekomen dienen te worden want anders is er gevaar voor eigen bestaan terwijl de patiënten zich in een voortdurende stroom aandienen; reflectie-tijd, ons meest kostbare instrument, is er nauwelijks/niet.”

“Een gesprek van 45 minuten kost soms 3 uur werk om aan te melden, te rapporteren, te registreren, te verantwoorden waarom ik bepaalde keuzes heb genomen, mensen te vinden die werkzaam zouden moeten zijn maar er niet zijn, te wachten op mensen voor van mijn kant afhandelen van de casus etc etc”

De kwaliteit van de zorg

De vragen over de kwaliteit van de zorg zijn ingevuld door 2818 mensen, 228 mensen hebben hierover geen mening of vinden deze vragen niet van toepassing op hun situatie. In totaal 357 mensen (13 procent) ervaart geen verslechtering in de kwaliteit van de zorg vergeleken met een aantal jaren geleden.

83 procent van de respondenten vindt dat er in hun situatie sprake is van een vermindering van de kwaliteit van zorg vergeleken met enkele jaren geleden.

Tabel 4. Kwaliteit van zorg

Er is minder tijd voor cliënten	1654	59%
Er is minder aandacht voor cliënten	1138	40%
Er is minder ruimte voor maatwerk	1421	50%
De wachtlijst is toegenomen	808	29%

Cliënten moeten om administratieve redenen soms langer wachten op behandeling dan nodig is	800	28%
De behandeling stopt om administratieve redenen soms eerder dan wenselijk is	487	17%
Er zijn goede behandelprogramma's stopgezet of uitgekleet	694	25%
Dure hulpverleners zijn vervangen door goedkopere en minder gekwalificeerde collega's	994	35%

“Mijn 2 collega's en ik zijn voortdurend bezig met ‘brandjes blussen’. We moeten bijna al onze werkdagen beschikbaar zijn voor de crisisdienst, die vaak zoveel tijd opslokt, dat het reguliere werk daaronder lijdt. Een paar jaar geleden waren we met 5 artsen en nu nog met 3. Toen deed ieder één dag per week de crisisdienst. Als nu één van ons ziek wordt, hebben we een groot probleem. Hetzelfde geldt bij de sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. Ook daar knelt het aan alle kanten. Het is te danken aan de hoge betrokkenheid, die onze medewerkers bij hun cliënten hebben, dat we het nog altijd redden. Maar iedereen beseft, dat het wachten is, op de eerste, die omvalt. Want dan ben ik bang, dat het hele systeem inzakt en dan staan de cliënten helemaal in de kou.”

“De wachttijd voor intake kinderen GGZ is 9 maanden, na diagnostiek is de wachttijd ouderbehandeling 7 maanden, reken uit het kind is bijna 2 jaar ouder! Ernst van problematiek is enorm toegenomen, draaglast ouders ernstig verminderd.”

Van de 2461 mensen die verlies van kwaliteit aangeven, hebben de meeste respondenten wel een mening over de oorzaak hiervan. Zij gaven een of meer van de volgende items aan.

Tabel 5. Oorzaken kwaliteitsverlies

De marktwerking heeft een negatieve invloed gehad	1443	59%
Geld is belangrijker geworden ten koste van de cliënt	2044	83%
Interne organisatieproblemen	1092	44%
Bemoeienis van buitenaf met de inhoud van de zorg	1493	61%

“Ik zie de film Sicko (M. Moore) als geleidelijk bewaarheid in ons land. De verzekeraarconcerns spannen samen met de landsregering. Goede behandeling is NIET meer leidraad.”

Arbeidsomstandigheden

De vragen over de arbeidsomstandigheden zijn ingevuld door 2887 mensen, 159 mensen hebben hierover geen mening of vinden deze vragen niet van toepassing op hun situatie. In totaal 336 mensen (12 procent) ervaart geen verslechtering in de kwaliteit van de zorg vergeleken met een aantal jaren geleden.

88 procent van de respondenten vindt dat er sprake is van een verslechtering van de arbeidsomstandigheden vergeleken met enkele jaren geleden. Deze respondenten hebben een of meer van de volgende items ingevuld.

Tabel 6. Arbeidsomstandigheden

Er is weinig tijd en geld beschikbaar voor deskundigheidsbevordering	1137	39%
Ik word alleen nog aangesproken op geld of productie en nauwelijks op inhoud van het werk	1315	46%
Ik voel me minder verbonden met het grotere geheel	1226	43%
Mijn werkplezier is afgenomen	1001	35%
Ik mis waardering voor het inhoudelijke werk	1189	41%
Ik maak veel onbetaalde overuren	670	23%
Ik heb/zoek ander werk	425	15%
Collega's zijn gestopt met hun praktijk of hebben ontslag genomen	599	21%
Collega's zijn overbelast of overspannen	1122	39%

“We zijn verworden tot werklaven, een jaargesprek begint steevast met de opmerking of je wel of niet je productie gehaald hebt. Niets over je integriteit, kwaliteit, doortastendheid etc”

“De tent wordt gedreven door marketeers in krijtstreppakken en veel te felle zijden stropdassen die liever in de raad van bestuur van Shell zitten, maar daarvoor niet goed genoeg zijn.”

Onderhandelingen met zorgverzekeraars

In totaal 373 respondenten hebben in hun dagelijkse werk te maken met onderhandelingen met zorgverzekeraars. Ruim 90 procent heeft hier slechte ervaringen mee, 9 procent heeft goede ervaringen met onderhandelingen.

“Er viel en valt niets te onderhandelen, maatregelen, voorwaarden, tarieven etc. worden eenzijdig opgelegd, het is buigen of barsten. Bevoorschotting kan alleen onder strikte voorwaarden plaatsvinden, wat in de praktijk neerkomt op onmogelijk. Het is voor mij een volstrekt mysterie waar nu het marktprincipe uit bestaat.”

Van de respondenten vindt 42 procent de verzekeraars te weinig actief in het afsluiten van contracten, 28 procent vindt de verzekeraars juist te opdringerig hierin.

“De grote zorgverzekeraars hebben contracten aangeboden, de ene op een respectvolle manier, de andere op een aanmatigende wijze. Sfeer loopt uiteen van ‘wij bepalen’ tot ‘wij hebben u nodig’.”

De meeste respondenten vinden dat de zorgverzekeraars te veel voorwaarden stellen bij het afsluiten van contracten: 266 respondenten (83 procent) is die mening toegedaan. De voorwaarden die verschillende zorgverzekeraars stellen zijn ook meestal niet goed met elkaar te verenigen, vindt 40 procent.

“Manier van aanleveren, per verzekeraar verschillend, verschillende prijzen, soms verplichte deelname aan universitair (farmacologisch?) onderzoek, namen van intervisiegroepsleden, verslag van inhoud van intervisie, deelname aan bijscholing ‘hoe bij hen te declareren’ 1-3 dagen!!!”

Slechts 6 procent vindt dat de zorgverzekeraars meestal of altijd oor hebben voor de argumenten die door de zorgverleners worden ingebracht, 94 procent vindt dat soms of meestal niet.

“Er zijn geen onderhandelingen geweest tussen de individuele professionals en de verzekeraars. De verzekeraars hebben de tarieven bepaald. Soms kan de beroepsvereniging aanmerkingen maken, maar dat helpt bij de tarieven niet veel. Menzis biedt hulpverleners die niet BIG-geregistreerd zijn een contract aan. Alle beroepsverenigingen hebben hiertegen geprotesteerd, maar dit heeft niet geholpen voor zover ik weet.”

Een ruime meerderheid, 78 procent van de respondenten, stellen dat de zorgverzekeraars zich ook bemoeien met de inhoud van de zorg.

“De verzekeraars hanteren verschillende tarieven voor verschillende diagnoses, alsof de inspanning die geleverd wordt wezenlijk verschilt op basis van een diagnose. Er zijn al voorzichtige bewegingen merkbaar richting strak geprotocolleerde therapievormen, zodat te verwachten valt dat binnenkort een contract voorwaardelijk gesteld gaat worden aan een door de verzekeraar opgelegde werkwijze.”

De zorgverleners zijn ook de nodige tijd kwijt aan het onderhandelen met, contracteren van en onderhouden van de contacten met de zorgverzekeraars.

Tabel 7. Tijd onderhandelen, contracteren en contacten verzekeraars

Minder dan 1 week per jaar	150	51%
1-2 weken	67	23%
2-3 weken	37	13%
Meer dan 3 weken	40	13%

Indien geen contracten kunnen worden afgesloten zijn vooral de cliënten de dupe.

Tabel 8. Gevolgen cliënten

De cliënten krijgen minder vergoed	242	79%
Cliënten moeten noodgedwongen naar elders	151	49%
Te weinig patiënten om praktijk draaiende te houden	112	36%

“Wat opvalt, is een grote discrepantie tussen wat verzekeraars in hun propaganda naar buiten beloven en suggereren, en wat daar in de praktijk van wordt waargemaakt. Ik heb overwegend een beschamende minachting en desinteresse ervaren in mijn contacten met de meerderheid van de verzekeraars. Zolang er bijvoorbeeld geen zware externe prikkel komt die ze onder grote druk zet om een fatsoenlijke betalingsregeling te treffen, zal het ze een grote zorg zijn dat wij al een half jaar op een houtje moeten bijten.”

Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)

Van de respondenten hebben 1657 mensen in hun dagelijkse werk te maken met DBC's.

Hiervan vinden 1577 mensen (95 procent) dat het DBC-systeem in hun werksituatie tot meer bureaucratie leidt.

Bijna de helft van de mensen is hier 1 uur of langer per dag aan kwijt.

Tabel 9. Tijdsbesteding DBC

Minder dan 30 minuten per dag	350	22%
30 tot 60 minuten	525	33%
1 tot 2 uur	512	32%
2 uur of langer	200	13%

“De DBC is een Kafkaëske toestand. Transparantie is het doel en het zal alleen maar leiden tot minder transparantie. De kosten zijn extreem en de tijd die het kost ook. Van mijn patiëntenzorgtijd (2 dagen) ben ik ongeveer 15 procent kwijt aan DBC.”

Driekwart van de respondenten (73 procent) is van mening dat deze benodigde registratietijd ten koste gaat van de tijd voor de cliënt.

De respondenten verwachten in grote getale ook niet dat het DBC-systeem zal leiden tot goedkopere zorg; 1358 mensen (92 procent) is deze mening toegedaan.

“Ik denk dat het uiteindelijk 3 keer zo duur uitpakt als voorheen. Instelling en zorgverzekeraar moeten zo groot mogelijk zijn om op de ‘markt’ te blijven, i.e. beide hebben belang bij het realiseren van een zo groot mogelijk volume tegen een zo hoog mogelijk prijs. De opsplitsing in allerlei overgedifferentieerde deelactiviteiten jaagt de declaratie en dus de prijs op.”

“Zoals in de VS en Australië zal het systeem duurder uitvallen. De overheid compenseert in 2008, maar niet meer in 2009. De tarieven gaan dus naar beneden. In de VS verdient de gemiddelde psychotherapeut nu tussen de 20.000-30.000 dollar. Dit heeft erin geresulteerd dat velen van hen andere dingen zijn gaan doen, bijvoorbeeld in het bedrijfsleven trainingen geven. Dit gaat ten koste van de patiënten. Bij de grote instellingen in Nederland wordt al veel volgens protocollen gewerkt. Een protocol angststoornis bijvoorbeeld. Dat is goedkoop, daar zetten ze dan mensen met SPH-opleiding op. Dat veel moeilijke patiënten daar uiteindelijk niet bij gebaat zijn, maakt die instellingen niet uit. Ik krijg regelmatig mensen die niet verder zijn gekomen bij deze fastfood-GGZ.”

Veel mensen (77 procent) verwachten bijvoorbeeld dat het DBC-systeem zal leiden tot zogenaamde upcoding. Het toekennen van een zwaardere diagnose dan reëel is.

“Ik verwacht over 10 jaar een studie met als vraag waarom de ernst van de psychiatrische morbiditeit zo toegenomen is. Artsen zijn helaas net mensen en als een beetje buigzaam in je diagnostiek zijn geld opbrengt en langer behandelen mogelijk maakt – wie maakt je wat. Tenslotte hangt in een kapitalistische maatschappij je prestige samen met je vermogen, veel minder met ethisch/moreel handelen.”

Eenderde van de respondenten bekend dat ze zelf ook wel eens upcoding toepast. Vooral om er voor te zorgen dat de cliënt de behandeling krijgt die hij/zij nodig heeft.

Een overgrote meerderheid, namelijk 88 procent, vindt ook dat het DBC-systeem fraude uitlokt. Hier worden veel voorbeelden van gegeven.

“De opbrengsten dekken de reële kosten niet, dus wil je je personeel behouden moet je soms duurdere DBC's openen. Daarnaast kan een behandeling en het herstel binnen de GGZ grillig verlopen dus je neemt al snel het zekere voor het onzekere. Daarnaast weet je nooit helemaal zeker of je het goed doet omdat de hele systematiek nog vaag en onduidelijk is.”

“Omdat de aard van de registratie direct gerelateerd is aan betaling. Als dit zo doorgaat zal er ook nog een controlesysteem moeten komen over het registreren zelf: de super-DBC registratie, etc (dit is een 'mooi' voorbeeld van de 'audit explosie').”

“Ik heb gehoord op trainingen en congressen dat mensen het helemaal uitgedokterd hadden hoe ze het meeste geld uit het systeem konden halen.”

Veel respondenten (65 procent) hebben er grote moeite mee dat het DBC-systeem het beroepsgeheim aantast. Voor een aantal mensen was dit een van de redenen om DBC-vrije praktijk of weigeraar te worden. Vertrouwen is een wezenlijk onderdeel van de behandeling in de GGZ.

“Het is onacceptabel dat diagnoses aan verzekeraars worden verstrekt. Recente schandalen in Engeland tonen aan hoe makkelijk deze gegevens kunnen uitlekken en in de openbaarheid kunnen belanden. Dat zou voor mijn patiëntengroep (m.n. patiënten met persoonlijkheidsstoornissen) zeer schadelijk zijn.”

Het merendeel van de respondenten vindt ook dat het DBC-systeem door beleidsmakers en zorgverzekeraars in onvoldoende mate is voorbereid en gefaciliteerd. In totaal 1121 mensen ofwel 88 procent is die mening toegevoegd. Driekwart vond de implementatietijd onvoldoende.

“De vertrouwelijkheidskwestie is momenteel onderwerp van een juridisch gevecht tussen beroepsgroep en instanties; de waarborgen blijken onvoldoende. Al een jaar geleden is gewezen op de bizarre inkomensgevolgen voor de vrijgevestigden, hier is nooit iets mee gedaan. Veel verzekeraars blijken nu nog steeds niet in staat om declaraties adequaat te verwerken. Ook hiervoor is al ruim een jaar geleden gewaarschuwd.”

Laten we stoppen met het DBC-systeem vinden 1029 ofwel 88 procent van de respondenten. Velen komen ook met alternatieven voor het DBC-systeem.

*“Eerste keuze: terug naar het oude systeem van de AWBZ en zorgkantoren; hiermee zijn zowel de privacykwes-
tie als de inkomensgevolgen geneutraliseerd. Tweede keuze: een uniform tarief per sessie, geen DBC-registra-
tie, declaraties worden door de therapeut naar de cliënt gestuurd, die ze kan innen bij de verzekeraar. Hiermee
wordt misbruik en fraude grotendeels ondervangen.”*

“Gewoon een honorarium op uurbasis.”

*“Voor de chronische psychiatrie: per regio is uit te rekenen hoeveel cliënten van deze doelgroep er zijn, hierop
kan een voorschot worden gegeven (dus gemiddeld bedrag per cliënt), eventueel kan achteraf correctie plaats-
vinden als het aantal werkelijke cliënten sterk afwijkt van het geschatte aantal. Voordelen: eenvoudige registra-
tie, zorg kan integraal in een regio voor een van te voren bepaald budget worden georganiseerd, voor iedere
cliënt komt gemiddeld even veel geld beschikbaar, middelen kunnen per regio flexibel worden ingezet, passend
bij de behoeften. Cliënten zouden een belangrijke stem moeten krijgen bij de inzet van deze middelen.”*

*“Verlaat het wantrouwen/controle systeem, stap over op vertrouwen. Geef de zorg vertrouwen, ik ken geen ver-
pleegkundigen die dat vak kiezen om rijk te worden en de boel te belazeren. Werk met een voorafplan , ‘dit gaan
wij aanbieden’ stel goede randvoorwaarden aan kwaliteit en aanbod en overleg die met de beroepsgroepen van
zorgaanbieders.Zorg voor marktconforme betaling.”*

In totaal 293 mensen hebben in de praktijk ook zelf te maken met het in rekening brengen van DBC's. Ruim drie-
kwart (78 procent) hiervan ondervindt hier financiële problemen bij.
Voor 98 procent van de respondenten geldt dat niet alle zorgverzekeraars een voorschotregeling aanbieden. Heel
vaak worden ook nog eens voorwaarden gesteld aan het verlenen van voorschotten.

Financiële problemen

Veel praktijken en instellingen hebben te maken met financiële problemen, 1335 respondenten melden dit.

Tabel 10. Financiële problemen

Niet zo ernstig	294	22%
Tamelijk ernstig	834	61%
Zeer ernstig, faillissement dreigt	94	7%
Niet bekend nog	138	10%

De tamelijk en zeer ernstige problemen hebben in belangrijke mate te maken met het DBC-systeem (50 tot 60
procent) of vooral met de zorgverzekering (circa 30 procent).

*“Tot op heden heb ik nog geen cent ontvangen. Dit doordat er nog van alles fout gaat bij de verzekeraars en de
softwareleveranciers. Wij hebben allemaal grote investeringen moeten doen voor dit nieuwe systeem. Vandaag*

werd duidelijk dat de minister ondanks alle verzoeken daartoe, absoluut niet bereid is om ook maar iets te compenseren!”

“Om de salarissen te kunnen betalen is er een lening afgesloten van 20 miljoen. Dit geld is eind augustus op. Het verschil tussen wat er binnen komt aan DBC en salarissen bedraagt voor 2008 30 miljoen. De bank wil vooralsnog niet de 10 miljoen bijlenen. Dit betekent een grote kans op faillissement. Voor 2008 beschikte de instelling over voldoende eigen vermogen en was financieel een van de gezondste instellingen. Het eigen vermogen is in januari en februari volledig opgegaan aan de salarissen.”

Zorgverleners nemen veel maatregelen om de financiële problemen het hoofd te kunnen bieden. Zij maken hun spaargeld op, lenen bij bank, familie of vrienden. Zij stoppen met de praktijk, verkopen soms eigendommen of verhogen de hypotheek. Een enkele zorgverlener zet de studiebijdrage aan de kinderen stop. Ook zorginstellingen hebben problemen. Zij teren in op eigen vermogen, stellen een vacaturestop in of ontslaan personeel.

Overzicht maatregelen die zijn of worden genomen

Bezuinigen op uitgaven	806
Vacaturestop	801
Ontslag van personeel	327
Liquide middelen aanspreken (bijv spaargeld)	303
Lenen bij de bank	259
Verkoop van eigendommen	52
Lenen bij familie of vrienden	45
Elders in loondienst treden	38
Stoppen met eigen praktijk	26
Hypotheek verhoogd	17
Studiebijdrage kinderen, alimentatie stopgezet	6
Anders	155

Preventie

In totaal 660 respondenten hebben in hun dagelijkse werk te maken met preventie-activiteiten. Tweederde is van mening dat het DBC-systeem van invloed is op de preventie-activiteiten.

“Mensen die we preventief willen benaderen moeten ingeschreven worden als cliënt en een diagnose krijgen ten bate van de DBC-registratie.”

“Eerder gaf ik cursussen in het kader van preventie. Nu moeten al deze mensen worden ingeschreven, een DBC en behandelplan krijgen. Dit kost veel tijd voor de hulpverlener en cliënten willen dit niet altijd. Ze willen wel de cursus volgen, maar niet ingeschreven worden als cliënt.”

“Het DBC-systeem is gericht op diagnoses. Preventie van iets wat mogelijk verwacht wordt is niet mogelijk, want er moet een diagnose worden gesteld!”

“Preventie-activiteiten worden afgebouwd omdat ze niet voldoende vergoed worden door de zorgverzekeraar.”

Bijna 200 respondenten noemen voorbeelden van preventieprojecten die dreigen te stoppen of al zijn gestopt door de invoering van de DBC.

“Ouderenpsychiatrie: Reguliere consultatie bij verzorgingshuizen, kan niet gekoppeld worden aan patiënt en is gestopt.”

“Projecten van consultatie aan wijkverpleegkundigen worden nauwelijks meer gedaan omdat er geen financiële basis voor is.”

“Er wordt steeds meer gezegd door de leidinggevende dat niet-rendabele producten afgestoten dienen te worden. Groepen die het hard nodig hebben zoals kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen komen dan in de knel. Bij deze groepen is dikwijls een lange adem nodig om de groepen vol te krijgen. Bovendien kost het meer investering om de ouders te benaderen etc.”

“Preventie is opgeheven, maar doordat ik een functie heb waar veel preventie bij komt kijken doen mensen wel een beroep op me. Prachtige initiatieven zoals de TRIVERSUM-CHAT voor jongeren is opgeheven. Jongeren willen graag van gedachten wisselen over hun problemen met elkaar en de computer is toch het medium wat hen het meest aanspreekt. Omdat preventie stopt is dit ook gestopt terwijl het een groot succes was in de regio Alkmaar.

KOPP (groepen voor Kinderen van Ouders die Psychiatrische Patiënten zijn) is gestopt. Voorlichting en dienstverlening aan collega instellingen, scholen, huisartsen, alles is gestopt.”

Ongeveer 60 procent van de mensen meldt dat ze niet meer in staat zijn hetzelfde preventieaanbod en/of hetzelfde dienstverleningsaanbod (consultatie) te doen als in 2006.

Marktwerking

Het overgrote deel van de respondenten vindt marktwerking in de zorg een slecht idee.

Tabel 11. Marktwerking

Marktwerking is goed	160	7%
Neutraal over marktwerking	375	18%
Marktwerking is slecht	1565	75%

“De kwaliteit neemt af. De administratie neemt toe. Binnen mijn organisatie (en de reorganisatie daarvan) heb ik gezien dat een hele populatie (de bewoners van Rotterdam-Zuid) werden buitengesloten van zorg. Het hogere doel van organisaties lijkt niet eens zozeer winst alswel marktaandeel geworden te zijn, wat maakt dat de ene fusie op de andere volgt. Dit geeft ongelooflijk veel ruis die de kwaliteit van de zorg direct beïnvloed. Op veel kleinere schaal zie ik dat het bijvoorbeeld veel lucratiever wordt om intakes te doen (waardoor cliënten worden binnengehaald) dan daadwerkelijk te behandelen. Soms worden de wachtlijsten dmv administratieve trucage weggetoverd, zodat we goed in de markt blijven liggen.”

“Dit is geen markt waar dit bij hoort, concurrentie wordt bevorderd en overal daalt de kwaliteit van zorg. Er wordt meer gesproken over de kosten dan over kwaliteit. Alle instanties in de GGZ doen aan ‘windowdressing’, ik vind het walgelijk. Geen werknemer in onze tak van dienst is hierom het vak ingegaan.”

“Er zijn teveel redenen om op te noemen. Een van de belangrijkste vind ik dat de patiënten die wij behandelen niet meer in staat zijn zich als klant te gedragen wegens de cognitieve stoornissen waaraan zij lijden. Je kunt je bovendien sterk afvragen of je van mensen met gezondheidsproblemen moet vragen zich als klant te gedragen. Wij zouden in dit land in staat moeten kunnen zijn in iedere instelling goede, evidence based zorg te leveren. Hierbij zouden we elkaar niet moeten willen beconcurreren. Onze focus zou de patiënt moeten zijn en niet de efficiency.”

“Geestelijke Gezondheidszorg is bij uitstek een gebied waar de markt verre van moet blijven, om te waarborgen dat de beoefenaren zich vooral met hun primaire taak kunnen bezighouden, en om te voorkomen dat met de zeer gevoelige en vertrouwelijke informatie geldelijk gewin te maken valt. De huidige ingrepen in de GGZ – en zeker bij de vrijevestigden – hebben bar weinig met marktwerking te maken, maar veeleer met extreme en vergaande controlebehoefte, en een eenzijdig machtsblok van calculerende zorgverzekeraars die psychotherapie louter als een van hun producten zien. De psychotherapeuten hebben geen enkele stem, hebben geen onderhandelingspositie, en krijgen een contract door hun strot geduwd waarover geen enkele onderhandeling mogelijk is.”

“Het gaat er niet om de zorg te verbeteren, zorg op maat betekent zorgconfectie. het denken over de behandeling stopt. Allerlei protocollen nemen het over.”

Het overgrote deel van de respondenten vindt ook dat de beroepsgroepen en de patiënten/cliënten te weinig zijn betrokken bij de besluitvorming over de invoering van de marktwerking. In totaal 1113 respondenten ofwel 97 procent van de mensen die deze vraag hebben beantwoord is deze mening toegedaan. Het is sluipend gebeurd, er was nauwelijks overleg en er was geen mogelijkheid tot inspraak. Als er al overleg is geweest, zijn de professionals niet goed vertegenwoordigd.

“Absoluut niet betrokken en dat vind ik schandalig. Het wordt ons door de strot gewrongen zonder dat we hierover mogen meebeslissen.”

“Absoluut niet betrokken. Hoogstens de zogenaamde vertegenwoordigende organen van beroepsgroepen zijn geraadpleegd. Maar deze vertegenwoordigen niet de professionals.”

“Het is hetzelfde probleem als in het onderwijs: alle adviesgroepen zijn zelf verbureaucratiseerd en leunen tegen de macht aan.”

“Nee. Het zijn vooral de boekhouders geweest die de laatste jaren het zorgbeleid hebben bepaald, niet de cliënt en de professionals. Geld gaat voor kwaliteit.”

Op de vraag hoe het verder moet antwoordt driekwart dan ook dat de marktwerking stopgezet of teruggedraaid moet worden.

Tabel 12. Hoe verder met marktwerking

Doorgaan op ingeslagen weg	37	2%
Doorgaan met aanpassingen	457	23%
Stopzetten marktwerking	822	42%
Terugdraaien marktwerking	647	33%

“De cliënt moet centraal blijven staan. Nu worden afdelingen gesloten met speciaal zorggroepen omdat ze niets opleveren. Dit vind ik zorgelijk. Minder bedeelde groepen zoals niet-aangeboren hersenletselpatiënten die de rest van hun leven opgenomen dienen te zijn worden hier de dupe van.”

“Een betere onafhankelijke controle op de uitgaven en wegen die de verschillende zorginstellingen inslaan is heel goed; directies hebben in het verleden veel te veel hun eigen gang kunnen gaan. De hele zelfsturende team-gedachte is vervaagd terwijl dit erg op zijn plaats was binnen de zorg gezien het niveau van de werknemers en de taken waar zij in de praktijk voor staan.”

“Kritisch kijken naar ons functioneren is goed. Er zijn vele manieren en methodes om dit te doen. Geld als richtlijn voor dit soort zorg is in mijn ogen slecht. Psychiatrie is mensenwerk. Je kunt er geen productiewerk van maken met deelhandelingen. Het brengt onrust. Het is onmogelijk om alles op elkaar af te stemmen. De enige constante factor is namelijk de cliënt zelf. Als die alles op elkaar kon afstemmen, dan deed die dat en had hij geen hulp nodig.”

4. CONCLUSIE

De voorlopige resultaten van een uitgebreide enquête onder de GGZ laten een zorgwekkend beeld zien van een ontmanteling van de GGZ op alle terreinen.

Zeer veel tot vrijwel alle deelnemers aan deze enquête geven een toename aan van de bureaucratie en de werkdruk. Bijna 100 procent van de respondenten heeft te maken met bureaucratie en bijna 90 procent ervaart hoge werkdruk. Dit heeft deels te maken met de overheveling en invoering van de marktwerking, deels ook met de ontwikkelingen in de AWBZ. Hetzelfde geldt voor de vermindering van de kwaliteit van de zorg in de GGZ en de verslechtering van de arbeidsomstandigheden, respectievelijk door 83 en 88 procent van de respondenten aangegeven. Een op de vijf respondenten meldt dat collega's stoppen met de praktijk of ontslag nemen.

In een eindrapportage zal op alle aspecten uit deze enquête uitgebreid worden ingegaan. In deze tussenrapportage is de aandacht vooral gericht op de gevolgen van de overheveling van een deel van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de daarbij ingevoerde marktwerking.

Wurgcontracten

De overheveling naar de Zvw leidde er toe dat voortaan onderhandeld moet worden met zorgverzekeraars. Van de respondenten die hier direct mee te maken hebben, heeft 90 procent hier slechte ervaringen mee. De zorgverzekeraars ondernemen te weinig actie in het afsluiten van contracten of ze zijn juist te opdringerig.

Er is geen of nauwelijks sprake van onderhandelingen, de contracten worden de zorgverleners 'door de strot geduwd'. Er worden door de zorgverzekeraars te veel voorwaarden gesteld waarbij veel zorgverzekeraars zich ook met de inhoud van de zorg bemoeien.

Het onderhandelen, contracteren en onderhouden van contacten met de zorgverzekeraars kost ook veel tijd.

Voor de helft van de betrokken zorgverleners betreft dat een of meer weken op jaarbasis.

Indien geen contracten worden afgesloten zijn vooral de patiënten de dupe. Zij krijgen geen volledige vergoeding of ze moeten maar op zoek naar een andere zorgverlener.

Kafkaëske toestanden

De invoering van het DBC-systeem in de GGZ leidt volgens 95 procent van de zorgverleners tot meer bureaucratie. Bijna de helft van de mensen is hier 1 uur of langer per dag aan kwijt. Driekwart meent dat dat ten koste gaat van de zorg voor de patiënten/cliënten.

De overgrote meerderheid van de respondenten, 92 procent verwacht niet dat het DBC-systeem zal leiden tot goedkopere zorg. Men verwacht dat het DBC-systeem zal leiden tot zogenaamde upcoding. Het toekennen van een zwaardere diagnose dan reëel is. Een verschijnsel dat bekend is uit de VS. Velen bekennen het zelf ook wel toe te passen. Ook om er voor te zorgen dat de cliënt de behandeling krijgt die hij/zij nodig heeft. Een overgrote meerderheid namelijk 88 procent vindt ook dat het DBC-systeem fraude uitlokt. De vrees is dat dit nog eens gaat leiden tot een controlesysteem over het registreren zelf: de super-DBC-registratie.

Veel zorgverleners maken zich vooral ook zorgen over de schending van het beroepsgeheim en de privacy van de cliënten. Vertrouwen is zeker in de GGZ een wezenlijk onderdeel van de behandeling. Het registreren en doorgeven van gegevens aan derden zoals de zorgverzekeraars ondermijnen dit vertrouwen. Voor een aantal zorgverleners was dit de belangrijkste reden om DBC-vrije praktijk te worden. De consequentie hiervan is meestal dat cliënten zelf moeten betalen. Dat leidt dan weer tot een tweedeling in de zorg.

Een overgrote meerderheid van de respondenten wil stoppen met het DBC-systeem: 88 procent. De meeste mensen willen terug naar het oude systeem hoewel ze daarbij tegelijk erkennen dat hierin veel te verbeteren valt.

Nog geen cent ontvangen

Veel praktijken en instellingen hebben te maken met financiële problemen, in totaal 1335 respondenten melden dit. Voor tweederde van deze mensen zijn de financiële problemen tamelijk tot zeer ernstig.

Veel van deze problemen hebben te maken met het DBC-systeem. Vrijwel alle respondenten melden hierbij dat niet alle zorgverzekeraars een voorschotregeling aanbieden. Heel vaak worden ook nog eens voorwaarden gesteld aan het verlenen van voorschotten.

Er zijn zorgverleners die tot op heden nog geen cent hebben ontvangen. Men spreekt spaargeld aan, leent bij de bank of familie of vrienden. Soms wordt overgegaan op verkoop van eigendommen of zelfs het stoppen van de studiebijdrage van de kinderen.

Niet alleen vrijgevestigde hulpverleners, ook veel instellingen komen in de problemen.

Hierbij wordt flink ingeteerd op eigen vermogen. Regelmatig wordt er ook overgegaan op een vacaturestop of ontslag van personeel.

Preventie zwaar onder druk

Een van de gevolgen van de invoering van het DBC-systeem is de ontmanteling van de preventie-activiteiten. Deze passen niet in het DBC-systeem. Soms worden deze projecten op creatieve wijze als behandeling gedefinieerd binnen het DBC-systeem. In andere gevallen verdwijnen ze gewoon. Belangrijke projecten die veel leed in de toekomst kunnen voorkomen of bijvoorbeeld jongeren handvatten geven met problemen om te gaan, verdwijnen onder het DBC-bewind. Dit zal op den duur leiden tot een toename van duurdere GGZ-zorg.

Marktwerking ondermijnt wezen GGZ

Driekwart van de respondenten ofwel 75 procent vindt marktwerking in de GGZ een slecht idee. Slechts 7 procent denkt dat de marktwerking goed zal zijn voor de GGZ.

Veel mensen maken zich grote zorgen. Omdat de GGZ, de geestelijke gezondheidszorg, bij uitstek een gebied is waar markt verre van moet blijven. Om te waarborgen dat de beoefenaars zich vooral met hun primaire taak kunnen bezighouden en om te voorkomen dat met zeer gevoelige en vertrouwelijke informatie geldelijk gewin te maken valt. Het vertrouwen, een zeer wezenlijk onderdeel in de GGZ, wordt ondermijnd door het registreren en doorgeven van gegevens aan derden zoals de zorgverzekeraars. Daarnaast vallen cliënten buiten de boot die financieel niet aantrekkelijk zijn. Bovendien wordt steeds meer met protocollen gewerkt die voor iedereen ingezet worden, een soort fastfood-GGZ dus. Het draait vooral om geld en niet meer om de cliënten/patiënten. Hoewel een deel van de mensen denkt dat het proces niet meer terug te draaien is, vindt driekwart van de betrokken zorgverleners dat de marktwerking stopgezet of teruggedraaid zou moeten worden. Zij willen de menselijke maat terug in de zorg.

Marktwerking in de zorg en zeker in de GGZ lijkt een onbegaanbare weg. Het zou goed zijn als hier pas op de plaats wordt gemaakt en eerst eens goed geluisterd wordt naar de mensen in het veld. Om een verdere afbraak van de zorg te voorkomen moeten direct enkele maatregelen worden genomen. Zoals een verplichte en adequate bevoorschotting door alle zorgverzekeraars. Evenals het vergoeden van DBC's in termijnen, bijvoorbeeld per consult, in plaats van pas na afloop van de behandeling. Tenslotte moet de gehele marktwerking worden heroverwogen waarbij terugdraaien een reële optie is. De markt zorgt niet. Zeker niet in de GGZ.

SP

www.sp.nl

Vijverhofstraat 65
3032 SC Rotterdam

T (010) 243 55 55

F (010) 243 55 66

