Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Opbouw ambulante GGZ

Afspraken over de opbouw van ambulante zorg in de zorginkoop en -verkoop voor 2018 (quickscan)

Opbouw ambulante GGZ

Afspraken over de opbouw van ambulante zorg in de zorginkoop en -verkoop voor 2018 (quickscan)

Trimbos-instituut, Utrecht, 2018

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financier
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectuitvoering/auteurs
Hans Kroon (projectleiding)
Aafje Knispel
Lex Hulsbosch

Met medewerking van
Freeke Perdok

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
www.istockphoto.com
Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel

Artikelnummer **AF1610**

© 2018, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

1 Inleiding 5

2 Doel van het onderzoek 7

3 Aanpak en respons 9

4 Resultaten 11

4.1 Bekendheid met de landelijke afspraak en reactie daarop 11
4.2 Plannen, voorstellen en afspraken 11
4.3 Redenen om (nog) geen voorstel in te dienen 13
4.4 Algemene belemmeringen en potentiële hindernissen voor de toekomst van het ambulantiseringsproces 14
4.5 Ontwikkelingen die een positieve bijdrage leveren aan het ambulantiseringsproces 17
4.6 Impuls? 18

5 Conclusie en aanbevelingen 19

1 Inleiding

Medio 2017 hebben het ministerie van VWS en de vertegenwoordigende organisaties van de GGZ-aanbieders, de zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afspraken gemaakt voor het aanpakken van de wachttijden in de GGZ[1]. Een van deze afspraken heeft betrekking op het versnellen van de opbouw van de ambulante GGZ (afspraak E). Deze afspraak luidt als volgt: 'Zorgaanbieders stellen op basis van de lokale en bovenregionale situatie concrete, integrale, plannen voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod op. Zorgverzekeraars zullen goede plannen financieren uit Zvw middelen.'

GGZ Nederland heeft in oktober 2017 een inspiratiedocument[2] uitgebracht over de ambulante opbouw waarin drie richtingen worden genoemd voor GGZ aanbieders om (mogelijk) op in te zetten in de contractering. De eerste richting is die van hogere volumeafspraken voor bijvoorbeeld extra FACT[3] en IHT[4]. De tweede richting betreft het maken van afspraken over een hogere vergoeding per cliënt zodat bijvoorbeeld FACT teams meer intensieve zorg kunnen bieden. De derde en laatste richting die in het inspiratiedocument wordt genoemd is dat afspraken gemaakt kunnen worden over toeleiding naar werk. Bijvoorbeeld door tarief verhogende afspraken te maken voor de financiering van IPS. Naast deze drie richtingen wijst GGZ-Nederland aanbieders erop dat indien de zorginkoop en -verkoop voor 2018 reeds is afgerond, er ook afspraken gemaakt kunnen worden over bijcontractering en voor 2019.

Het ministerie van VWS heeft behoefte aan inzicht of door zorgaanbieders en zorgverzekeraars de in de 'afspraken wachttijden GGZ' afgesproken acties met betrekking tot de opbouw van de ambulante GGZ opgepakt en uitgevoerd zijn en of deze afspraken inderdaad hebben geleid tot afspraken over meer ambulante GGZ in de zorginkoop en -verkoop voor het jaar 2018. Het Trimbos-instituut is gevraagd de resultaten van de afspraken te inventariseren. In deze rapportage wordt verslag gedaan van de gedane onderzoeksactiviteiten en resultaten.

1 Ministerie van VWS. Kamerbrief 'Afspraken wachttijden ggz. 13 juli 2017.
2 GGZ Nederland. Inspiratiedocument ambulante opbouw. Oktober 2017.
3 Flexibele ACT (Assertive Community Treatment).
4 Intensive Home Treatment (ook wel: Intensieve Behandeling Thuis).

2 Doel van het onderzoek

Het onderzoek beoogt vast te stellen:

- Op welke wijze de intentie om de opbouw van de ambulante zorg te intensiveren vertaald is naar inkoopafspraken voor 2018 (hoe verliep het proces?);
- Wat de inhoud is van de gemaakte afspraken;
- En welke impuls de afspraken naar verwachting (van betrokken partijen) zullen geven aan de ambulante opbouw.

Belangrijk om te noemen is dat dit onderzoek zich conform de opdracht beperkt tot Zvw-gefinancierde zorg[5]. Dit omdat de gemaakte afspraak betrekking heeft op Zvw middelen en niet op bijvoorbeeld Wmo-gefinancierde begeleiding en ondersteuning. In de praktijk gaat het ambulantiseringstraject (juist) verder dan alleen het Zvw-kader en is onder meer de connectie tussen Zvw-gefinancierde zorg en het sociale domein van belang.

5 Zvw-gefinancierde ambulante GGZ in de breedte en niet uitsluitend gericht op mensen met ernstige psychische aandoeningen.

3 Aanpak en respons

Om informatie te verzamelen over de mate waarin er afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de opbouw van het ambulante zorgaanbod in 2018 zijn alle 31 geïntegreerde GGZ-aanbieders benaderd voor deelname aan een interview. In totaal namen 27 geïntegreerde GGZ-aanbieders deel aan de interviews (responsrate van 87 procent). Ook de vier grootste zorgverzekeraars Zilveren Kruis, CZ, VGZ en Menzis zijn benaderd voor een (telefonisch) interview. Zij hebben alle vier deelgenomen aan het onderzoek.

Bij het eerste contact met de organisaties hebben we gevraagd om de interviews te mogen houden met de professionals die het best op de hoogte zijn van de zorgin- en verkoop voor 2018 en afspraken over ambulante opbouw. De geïnterviewde professionals waren allen nauw betrokken bij het in- en verkoopproces. Bij de aanbieders verschilden de functies van de professionals die geïnterviewd zijn van manager control en finance, tot directeur markt, zorgverkoper, businesscontroller en lid of voorzitter van de Raad van Bestuur. De interviews met de zorgverzekeraars werden gehouden met onder andere adviseurs voor de GGZ en zorginkopers. De interviews zijn gehouden in februari en maart 2018 en gingen meestal telefonisch. Sommige interviews zijn gedaan door twee interviewers. En aan een aantal interviews namen twee respondenten deel (deze waren dan beide werkzaam bij dezelfde organisatie). Een aantal geïnterviewden gaf aan dat zij van te voren aanvullende informatie bij collega's hadden ingewonnen. De bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek was groot, zeker gezien de relatief korte tijdspanne van het onderzoek.

In de interviews zijn onder meer vragen gesteld over of er tussen aanbieders en verzekeraars afspraken zijn gemaakt voor verdere ambulante opbouw, zo ja hoe deze afspraken eruit zien en zo nee, wat hiervan de reden is. In de interviews is ook nagegaan of door aanbieders en zorgverzekeraars op de door GGZ-Nederland drie genoemde richtingen is ingezet en/of er nog een andere invulling gegeven is aan de opbouw van de ambulante GGZ. Meer verdiepend is daarnaast nagegaan welke bevorderende dan wel belemmerende factoren (gerelateerd aan het in- en verkoopproces) op dit moment een rol spelen bij de opbouw van de ambulante GGZ. Naast de interviews werden er relevante schriftelijke documenten opgevraagd.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de interviews beschreven.

4.1 Bekendheid met de landelijke afspraak en reactie daarop

De geïnterviewde aanbieders gaven aan dat zij op meerdere manieren informatie hebben gekregen over de afspraken over de wachttijden en de mogelijkheid tot het indienen van plannen voor de ambulante opbouw, waarbij sommigen wel aangaven dat zij relatief laat achter de mogelijkheid om extra voorstellen in te dienen kwamen. De geïnterviewde aanbieders gaven aan dat zij informatie hebben verkregen via GGZ-Nederland, via netwerken en via media specifiek gericht op de zorg. Alle aanbieders gaven aan hierover in gesprek te zijn gegaan met hun zorgverzekeraars (geïntegreerde aanbieders hebben doorgaans relaties met alle zorgverzekeraars). Zorgverzekeraars initieerden ook overleg maar dit ging soms vooral over de wachttijden in het algemeen en niet over de mogelijkheid voor aanvullende plannen voor de opbouw van de ambulante zorg. Sommige aanbieders gaven aan dat zij met zorgverzekeraars hebben besproken aan welke voorwaarden plannen moesten voldoen (zoals dat de impact op de wachttijden zichtbaar moest worden gemaakt) maar in het merendeel van de gevallen bleek dit geen expliciet onderwerp van gesprek te zijn geweest.

De landelijke afspraak over de ambulante opbouw werd over het algemeen wat schouderophalend ontvangen. Het lijkt een stevige afspraak van de landelijke partijen, aan de hand waarvan lokale knelpunten zouden kunnen worden aangepakt. Maar over het algemeen, zo werd opgemerkt, merkt men in de lokale praktijk weinig van wat de landelijke partijen met elkaar afspreken en wordt er een afstand ervaren tussen (sommige) - op landelijk niveau gemaakte- afspraken en wat er daadwerkelijk in de praktijk gebeurt. Het zijn de lokale instellingen en zorgverzekeraars die de echte afspraken met elkaar maken. Zo speelde de landelijke onderbesteding in het macrokader dat in de beleidsbrief werd aangegeven, geen rol in die onderhandelingen bij gebrek aan geoormerkte middelen. Men had ook opmerkingen bij de formulering van de specifieke afspraak die opvolging ervan beperkte; deze komen in de volgende paragrafen aan bod.

4.2 Plannen, voorstellen en afspraken

De centrale vragen van de interviews waren gericht op welke wijze en in welke mate aanbieders de opbouw van de ambulante GGZ hebben omgezet tot contractafspaken voor 2018 en of aanbieders voorstellen en plannen hebben ingediend naar aanleiding van de afspraken over de wachttijden in de GGZ.

Of er een voorstel dan wel plan ingediend was, was voor de meeste respondenten niet met een eenduidig “ja” of “nee” te beantwoorden. Dit kwam onder andere omdat in de formulering van afspraak E niet nader omschreven is waar een plan of een voorstel precies aan moest voldoen. Ook al wordt in het inspiratiedocument van GGZ-Nederland wel enige richting gegeven, in de praktijk bleken de interpretaties van wat een plan (of een voorstel) is te verschillen. Zo kwam het voor dat respondenten aangaven geen (uitgewerkt) plan te hebben ingediend, maar dat er in het in- en verkoopproces wel degelijk afspraken werden verweven over opbouw van ambulante zorg. Dit maakt dat als uitsluitend af wordt gegaan op het aantal respondenten dat aangaf plannen of voorstellen te hebben ingediend of binnenkort nog te gaan indienen, een incompleet beeld wordt verkregen van de in- en verkoopafspraken over opbouw van de ambulante zorg. Daarom gaat dit hoofdstuk niet alleen over plannen en voorstellen specifiek gericht op de ambulante opbouw, maar komen ook andere, meer algemene, in- en verkoopafspraken aan bod.

De aanbieders kunnen, afgaande op wat zij hebben verteld over hun plannen voor de opbouw van de ambulante GGZ, de afspraken die zij daarover voor 2018 hebben kunnen maken met zorgverzekeraars en hun verwachting over hoe dit gaat uitpakken in 2018, grofweg in vier groepen ingedeeld worden:

- Aanbieders die naast de zorgcontractering voor 2018 op basis van een aanvullend plan afspraken hebben gemaakt over de opbouw van de ambulante GGZ (of nog in het proces zijn van het ontwikkelen van een aanvullend plan).
- Aanbieders die binnen de zorgcontractering voor 2018 specifieke afspraken hebben gemaakt over de opbouw van de ambulante GGZ (zonder dat hierbij expliciet wordt gesproken van een aanvullend plan of voorstel).
- Aanbieders die inschatten binnen de algemene afspraken van de zorgcontractering voor 2018 (algemene afspraken over de gemiddelde prijs per unieke cliënt, het volume en het budgetplafond) ambulant vooralsnog (grotendeels) te kunnen opbouwen.
- Aanbieders die binnen de algemene afspraken van de zorgcontractering voor 2018 (algemene afspraken over de gemiddelde prijs per unieke cliënt, het volume en het budgetplafond) niet (volledig) naar wens ambulant kunnen opbouwen.

Deze groepen worden hieronder nader beschreven.

Ruim 20 procent van de responderende aanbieders geeft aan specifieke plannen of voorstellen voor opbouw van ambulante GGZ met zorgverzekeraars te hebben besproken. Grofweg genomen kunnen twee typen plannen onderscheiden worden, zijnde plannen voor het uitbreiden van de capaciteit (van voorzieningen) en plannen voor het inzetten van andere typen professionals zoals basispsychologen, voor het vervullen van vacatures. De plannen voor capaciteitsuitbreiding hebben zowel betrekking op de specialistische GGZ (SGGZ) als de generalistische basis GGZ en gaan (voor bepaalde onderdelen) gepaard met afspraken over extra budget. Wat betreft de SGGZ hebben de plannen betrekking op de uitbreiding van ambulante teams zoals IHT en FACT en op het implementeren van aanvullende zorgpaden voor kortere ambulante zorgtrajecten (aanvullend op bestaande zorgpaden en niet in plaats van). Bij de plannen voor uitbreiding van de basis GGZ wordt de toelichting gegeven dat met een uitbreiding van de basis GGZ een extra verschuiving van cliënten van de SGGZ naar de basis GGZ bewerkstelligd kan worden hetgeen capaciteit in de SGGZ vrijmaakt voor mensen met ernstigere problematiek. Een te overwinnen knelpunt daarbij is, zo wordt aangegeven, dat professionals in de basis GGZ extra toegerust moeten worden om deze cliënten de benodigde behandeling te kunnen bieden.

Een kleine groep respondenten - 15 procent - gaf aan dat zij geen specifiek, aanvullend plan voor de opbouw van ambulante zorg had besproken met hun zorgverzekeraars, maar dat in de afgesloten contracten wel afspraken zijn gemaakt voor 2018 (en soms ook voor daarna) over opbouw van ambulante zorg. Ook hier gaat het om uitbreiding van IHT (maar dan op basis van afspraken die bijvoorbeeld al voor 2017 waren gemaakt) en het certificeren van FACT-teams, maar ook over het uitbreiden van IPS, het vergroten van de inzet van e-health en het uitbreiden van het aantal fte binnen bestaande ambulante zorgpaden of zorglijnen. Verder worden afspraken genoemd over het uitbreiden van HIC[6], vanuit de gedachte dat met een opname op een HIC afdeling de ambulante zorg sneller vervolgd kan worden. De gemaakte afspraken gingen overigens niet altijd gepaard met een verhoging van het budgetplafond, maar moesten ook gerealiseerd worden door extra doelmatigheid en/of afbouw van intramurale voorzieningen.

Naast de twee eerst genoemde groepen zijn er ook aanbieders - ruim 40 procent - die aangeven binnen de contractafspraken voor 2018 waarschijnlijk (grotendeels) verder te kunnen gaan met de opbouw van ambulante zorg, zonder dat hierbij met zorgverzekeraars afspraken gemaakt zijn over specifieke voorzieningen. Soms is er bij deze groep sprake van betere zorgcontractering voor 2018 in termen van de gemiddelde prijs per unieke cliënt, het totaal aantal te behandelen cliënten (volume) en/of het budgetplafond, soms moest ambulante opbouw gerealiseerd worden door extra doelmatigheid en/of afbouw van intramurale voorzieningen.

Tenslotte geeft een aantal aanbieders – bijna 20 procent - aan dat zij binnen de kaders van de contractafspraken niet (volledig) naar wens verder kunnen gaan met ambulante opbouw en hierover ook geen aanvullende plannen met zorgverzekeraars konden maken. Bijvoorbeeld omdat uitbreiding van het budget nodig wordt

6 High Intensive Care.

geacht of andere afspraken over de gemiddelde prijs per unieke cliënt nodig zijn, en hierover niet tot overeenstemming gekomen is met zorgverzekeraars (of met voldoende zorgverzekeraars). Verzekeraars sturen op meer doelmatigheid, maar er vallen nog maar weinig doelmatigheidsslagen te maken dus dan wordt het moeilijk zonder extra budget, aldus geïnterviewde aanbieders.

4.3 Redenen om (nog) geen voorstel in te dienen

Aan geïnterviewde aanbieders die aangaven nu nog geen voorstellen voor verdere ambulante opbouw ingediend te hebben, is gevraagd wat hier de reden voor was. Deze redenen worden hieronder toegelicht.

4.3.1 Krapte op de arbeidsmarkt

Eén voorname, door velen genoemde reden om terughoudend te zijn met het maken van plannen en voorstellen is dat er een grote krapte op de arbeidsmarkt is, met specifiek een tekort aan regiebehandelaren voor de SGGZ. Dit maakte dat aanbieders soms geen voorstel indienden voor ambulante opbouw omdat zij niet wisten of zij de vacatures zouden kunnen vervullen om de zorg ook daadwerkelijk te kunnen leveren. Dit hebben aanbieders ook besproken met zorgverzekeraars, zo bleek uit de interviews met zorgverzekeraars.

Respondenten geven aan dat de krapte op de arbeidsmarkt een landelijk probleem is; zij zijn graag een werkgever die goede primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden biedt, maar hebben bedenkingen bij het wegkapen van personeel van andere aanbieders. Bonussen en het inhuren van bijvoorbeeld ZZP psychiaters die niet participeren in de crisisdienst van de organisatie, drijven de loonkosten op, en verhogen de werkdruk van het personeel dat wel in loondienst is. Sommige respondenten bestempelen de krapte op de arbeidsmarkt daarbij als een even groot, zo niet groter, probleem voor de opbouw van de ambulante zorg dan tekorten aan financiering.

Uit de interviews komt naar voren dat door aanbieders gezocht wordt naar oplossingen voor de krapte op de arbeidsmarkt die effect hebben op de korte termijn. Dit omdat het opleiden van meer mensen een oplossing is die pas over een aantal jaar effect zal hebben. Oplossingen worden vooral gezocht in het inzetten van andere typen professionals zoals bijvoorbeeld basispsychologen, onder supervisie van regiebehandelaren, waarbij men afweegt hoe ver men daar in kan gaan zonder de kwaliteit van zorg aan te tasten.

Daarnaast is genoemd dat waar mogelijk groepsbehandelingen en E-health worden benut, om de professionals doelmatiger in te kunnen zetten. Geïnterviewde aanbieders geven daarbij aan te zoeken naar (nog) meer ruimte om andere professionals de rol van regiebehandelaar te laten vervullen, maar lopen daarbij aan tegen de afspraken die gemaakt zijn over welke professionals als regiebehandelaar kunnen optreden. Er zijn daarbij wel afspraken over experimenteerruimte, maar hierbij is de financiering achteraf geregeld waardoor aanbieders een risico lopen. Meerdere geïnterviewden hebben aangegeven hierover verder in gesprek te (willen) gaan met zorgverzekeraars. Daarbij werd genoemd dat er voor wat betreft dit punt ook meer ruimte en flexibiliteit nodig is vanuit het ministerie van VWS en de NZa.

4.3.2 Andere prioriteiten in het zorgin- en verkoopproces

Verschillende respondenten gaven aan de timing van de afspraak over de ambulante opbouw enigszins ongelukkig te vinden omdat het in- en verkoopproces voor 2018 al was opgestart. Met andere woorden, er was al een bepaalde lijn ingezet, waarbij het niet altijd bevorderlijk was om de gesprekken over zorgcontractering toe te spitsen op de ambulante opbouw. Verschillende aanbieders gaven daarbij prioriteit aan afspraken waarbij risico's beter en flexibeler werden afgedekt, onder meer via een meer reële gemiddelde prijs, omgang met "snijverliezen" tussen de verschillende verzekeraars, en tussentijds kunnen bijsturen van afspraken.

Geïnterviewden geven aan pas na dit proces afspraken te willen maken over andere zaken (en aanvullende voorstellen) dan volume en prijs, om zo te garanderen dat deze aanvullende plannen niet gefinancierd moeten worden uit het vierkant van reeds gemaakte afspraken. Soms was dit in het verleden wel zo gegaan, wat geïnterviewden nu wilden voorkomen. Deze respondenten gaven aan dat zij na afronding van de contracten voor 2018 in gesprek gaan over aanvullende afspraken maar dat een betere contractering een basisvoorwaarde is voor verdere ambulante opbouw.

4.3.3 Onduidelijkheid over extra financiering

In de notitie over de aanpak van de wachttijden wordt gerefereerd aan een onderschrijding in het macrokader van 288 miljoen euro en dat daarmee geld dus geen probleem zou moeten zijn in de aanpak van de wachttijden. De geïnterviewde aanbieders geven echter aan dat zij het onduidelijk vonden of er nu wel of geen mogelijkheden waren tot aanvullende financiering. Aanbieders kregen van zorgverzekeraars namelijk te horen dat er geen extra geld beschikbaar was. Sommige geïnterviewde aanbieders gaven ook aan dat het bedrag nooit genoemd had moeten worden omdat dat geld helemaal niet op de plank ligt. Dit komt ook uit de interviews met zorgverzekeraars naar voren. Bedragen zijn verrekend in het zo laag mogelijk houden van premies en dat geld ligt nergens op de plank, zo is de uitleg.

In ieder geval hebben verschillende geïnterviewde aanbieders aangegeven niet verder te zijn gegaan met het maken van voorstellen nadat zij van zorgverzekeraars begrepen dat hiervoor geen extra (landelijke) financiering zou zijn; omdat het idee leefde dat dit de relatie met de zorgverzekeraar zou kunnen schaden, dan wel dat het geen zin had omdat er geen extra middelen zouden komen. Daarbij gaven geïnterviewde aanbieders aan dat als er extra geld geïnvesteerd kan worden, dit beter via een zorginnovatieregeling met geoormerkte middelen kan gaan.

4.3.4 Reeds bestaande plannen voor opbouw van ambulante GGZ

Een andere genoemde reden om geen aanvullende plannen in te dienen, was dat er reeds investeringsafspraken waren gemaakt met zorgverzekeraars. Sommige aanbieders hadden al meerjarenafspraken over ambulantisering en 2017 werd dan niet gezien als het juiste moment om deze afspraken te evalueren en eventueel bij te stellen (dat stond gepland voor 2018). In de afspraken wordt niet altijd ingezet op meer ambulante zorg (opbouw) maar wordt ook gezocht naar innovaties om andere ambulante zorg te bieden (ombouw). De afspraak is dan dat de instelling deze innovaties naar eigen inzicht binnen het afgesproken budget kan doorvoeren.

4.3.5 Eenzijdige opdracht

Een aantal keer is door geïnterviewden genoemd dat zij de landelijke oproep tot het maken van ambulante opbouwplannen te eenzijdig vinden. Eenzijdig in de zin dat de aanbieder aan zet is om een plan te formuleren en de zorgverzekeraar deze beoordeelt en financiert. In de praktijk is dit meer een proces waarin beide partijen samen optrekken en commitment hebben. Eenzijdig ook in de zin dat het opbouwen van ambulante zorg in de praktijk ook samen met gemeenten opgepakt moet worden, en niet alleen of voornamelijk in onderhandeling tussen aanbieder en zorgverzekeraar. Meerdere geïnterviewden (zowel aanbieders als verzekeraars) geven aan dat dit ook al gebeurt zoals met bijvoorbeeld de EPA taskforces en regiotafels. Hier is het van belang om het zo compleet mogelijk aan te pakken en niet allerlei overleggen over kleinere, specifieke thema's te houden, want dan gaat de samenhang alsnog verloren, aldus geïnterviewden.

4.4 Algemene belemmeringen en potentiële hindernissen voor de toekomst van het ambulantiseringsproces

Naast specifieke punten die een belemmering vormden voor het maken van aanvullende plannen en voorstellen voor de opbouw van de ambulante GGZ, noemden de geïnterviewden ook algemene ontwikkelingen (al dan niet gerelateerd aan het in- en verkoopproces) die als belemmering worden gezien voor de ambulantisering. Deze worden hieronder beschreven.

4.4.1 Toename zorgzwaarte, gemiddelde kosten per unieke cliënt SGGZ en doelmatigheid

Instellingen geven aan dat zij in het verleden afspraken met zorgverzekeraars maakten waarbij vrijkomende kosten door beddenafbouw geïnvesteerd konden worden in de ambulante opbouw. Sommige instellingen mochten zowel vrijkomende gelden voor huisvesting als voor verblijfdagen herinvesteren, andere alleen de verblijfsdagencomponent. Ambulantisering kostte dan geen extra budget, maar kon "uit het vierkant" worden gefinancierd. Hoewel dit mechanisme maar beperkt tot ambulante opbouw leidde[7], begint deze financieringsoptie bij menig instelling inmiddels uitgeput te raken. Dat komt omdat de beddenafbouw daar

7 Onder andere uit de resultaten van de LMA 2017 blijkt bijvoorbeeld dat de zorgzwaarte van de verblijfsdagen toeneemt waardoor afbouw van verblijfsdagen niet automatisch leidt tot vrijgespeeld budget voor de ambulante GGZ.

inmiddels (nagenoeg) als voltooid beschouwd wordt. Ambulante opbouw kan dan niet meer uit intramurale afbouw gefinancierd worden.

Daar komt bij dat de vastgoedkosten van de klinische locaties zwaarder op de begroting drukken dan voorheen doordat de beschikbare capaciteit niet volledig meer wordt benut, maar de lasten blijven bestaan. (De ene aanbieder heeft daarbij overigens, bijvoorbeeld vanwege van de locatie, meer mogelijkheden om van het vastgoed af te komen dan de andere.) Dit maakt dat het voor aanbieders moeilijker wordt om bij gelijkblijvende contractafspraken over volume, gemiddelde prijs per unieke cliënt en budgetplafond investeringen te blijven doen in de opbouw van de ambulante GGZ, aldus geïnterviewden.

Verschillende respondenten gaven aan dit te hebben besproken met zorgverzekeraars (zoals wat het effect is van het vastgoed en hoe daar het beste mee om kan worden gegaan). Met wisselend resultaat, waarbij sommige aanbieders konden komen tot betere afspraken en andere niet (of niet in de gewenste mate). Aanbieders gaven aan dat de ene zorginkoper meer gericht is op beheersing (en minder op de inhoud) dan de andere en dat juist een sterke focus op beheersing, zorgt dat het maken van ruimere afspraken stroef verloopt. Zorgverzekeraars hebben genoemd dat het vergroten van de doelmatigheid van de GGZ een belangrijk speerpunt is en dat aanbieders juist vaak aangeven extra middelen nodig te hebben. Daarbij noemde een zorgverzekeraar dat het voor aanbieders vaak ook geen natuurlijke beweging is te denken aan krimp en hetzelfde (of meer) doen met minder, net zoals dit voor andere typen organisaties ook niet de meest voor de hand liggende koers is.

Verder is ingezet op uitstroom van cliënten van de SGGZ naar de basis GGZ waardoor de zorgzwaarte van de SGGZ-cliënten gemiddeld gezien is toegenomen. Dit betekent dat het personeel van de ambulante afdelingen en voorzieningen zoals FACT-teams te maken krijgt met patiënten met ernstiger klachten dan voorheen en daarmee met een hogere zorgzwaarte in de vorm van intensievere behandel- en/of begeleidingstrajecten. Gezien het gegeven dat de populatie binnen de ambulante zorg steeds zorgintensiever wordt en er vacatures zijn die moeilijk vervuld kunnen worden, betekent dit dat de werkdruk zal toenemen. Hiermee kan de kwaliteit van de ambulante zorg onder druk komen te staan in de komende jaren, ook omdat het bieden van ambulante zorg vraagt om andere competenties van professionals dan het bieden van intramurale zorg. Zo is een belangrijke competentie van ambulant werkende professionals het kunnen opbouwen en onderhouden van netwerken en hierin ondernemend zijn en niet alle professionals die in een intramurale setting hebben gewerkt, kunnen of willen dit.

Geïnterviewden geven aan dat dit een onderwerp van gesprek is met zorgverzekeraars, mede op initiatief van zorgverzekeraars. Het terugbrengen van de caseload van FACT-teams is een onderwerp dat de aandacht had, met wisselende voorgestelde oplossingen. Zo gaven geïnterviewden aan dat het mogelijk is om meer FACT-teams op te zetten, maar lopen de meningen uiteen in hoeverre dit kan binnen de gemaakte contractafspraken, zonder aanvullende financiering. Sommigen gaven aan dit te kunnen realiseren uit verdere intramurale afbouw en doelmatigheid, anderen gaven aan dat de ondergrens in beide opzichten wel bereikt is. Meerdere geïnterviewden gaven aan dat hun organisatie de laatste jaren sterk had ingezet op een meer doelmatige manier van werken. Dit betekende onder meer dat er per hulpverlener meer cliënten behandeld en begeleid worden. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat het einde bereikt is in de doelmatigheidsslagen die zij kunnen maken, ook al wordt daar door zorgverzekeraars dikwijls wel op ingezet. Een enkele instelling zag hierin nog wel verbetermogelijkheden.

Op zich zijn de hierboven geschetste ontwikkelingen van afbouw van klinische voorzieningen en verschuiving van cliënten van de SGGZ naar de basis GGZ bewust ingezette bewegingen, maar in de praktijk blijkt het soms lastig om met zorgverzekeraars tot afspraken te komen over een hoger gemiddelde prijs per unieke cliënt die nodig is vanwege de toename van de zorgzwaarte en een toename van activiteiten zoals het bespreken van effectmetingen, somatisch onderzoek bij mensen met EPA en de kindcheck. Sommige geïnterviewden geven aan dat zij wel betere afspraken hierover hebben kunnen maken, maar bij anderen lukte dit (nog) niet. Daarbij is gezegd dat aanbieders en zorginkopers het inhoudelijk vaak eens zijn maar dat een zorginkoper uiteindelijk ook weer moet werken met een meegekregen target. Uit de interviews met zorgverzekeraars komt naar voren dat kostenbeheersing zeker een rol speelt aangezien zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor het betaalbaar houden van premies.

Zorgverzekeraars sturen op de beweging van SGGZ naar basis GGZ. Verdergaande mogelijkheden voor deze verschuiving worden onderzocht. Financieel knelt deze verschuiving niet; in theorie kent de basis GGZ een lagere bekostiging, in de praktijk, aldus sommigen, zijn de uurtarieven vergelijkbaar met die van de SGGZ, omdat zorgverzekeraars bij de basis GGZ dichter bij de maximumtarieven van de NZa blijven. Als dit in de toekomst zou worden rechtgetrokken, ontstaat natuurlijk wel een probleem, zo geeft een geïnterviewde aan.

4.4.2 Omgaan met perverse prikkels

Er zijn bepaalde financiële prikkels die het opbouwen van ambulante zorg tegen kunnen werken. Voor sommige aanbieders is het moeilijk om klinische verblijfdagen af te bouwen, vanwege de daaraan verbonden vastgoedkosten. Sommige geïnterviewden gaven aan dat dit onderwerp van gesprek is met zorgverzekeraars en er oplossingen waren gevonden, maar voor andere respondenten was dit nog onvoldoende gelukt.

Een andere prikkel is dat cliënten met zeer hoge zorgkosten de gemiddelde prijs per cliënt opdrijven en dat deze groep cliënten daardoor minder aantrekkelijk zou worden. Geïnterviewden gaven aan dat zij dit bijvoorbeeld merken in hun regio uit de hoeveelheid doorverwijzingen van deze cliënten door andere aanbieders. Soms worden daarom afspraken gemaakt tussen aanbieders en zorgverzekeraars om cliënten met een zeer hoog zorggebruik niet mee te nemen in de samenstelling voor de gemiddelde prijs en bijvoorbeeld op nacalculatie te verrekenen. Dergelijke afspraken lijken zich nu nog in een pilotfase te bevinden en het is volgens geïnterviewden nog vroeg om uitspraken te doen over de werkzaamheid van deze afspraken.

4.4.3 Indexering

Een aantal geïnterviewden geeft aan voor het jaar 2018 betere en reëlere afspraken gemaakt te hebben met zorgverzekeraars (bijvoorbeeld minder ondercontractering) en soms met verhoging van het budget. Anderen geven aan dat verhoging van budget niet bespreekbaar is en dat er ook nog niet met alle verzekeraars afspraken gemaakt zijn over indexering in verband met stijgende loonkosten. Soms is de boodschap dat aanbieders de indexering dienen te compenseren met een doelmatigheidsslag en zoals genoemd geeft een aantal geïnterviewden aan weinig ruimte te ervaren om nog doelmatiger te gaan werken.

4.4.4 Silo's, snijvlakken en de totale keten

Uit de interviews komt naar voren dat de silovorming in de zorgfinanciering (nog steeds) als een belemmering wordt ervaren voor de verdere ambulantisering. De verschillende financieringskaders zijn geen communicerende vaten en ook binnen de afzonderlijke financieringskaders is sprake van silovorming. Bijvoorbeeld doordat de aanbieders met alle zorgverzekeraars apart tot afspraken moeten komen en overproductie bij de één niet gecompenseerd kan worden door onderproductie bij de ander. Dit maakt dat aanbieders op last van de accountant grote bedragen (meerdere miljoenen euro's) moeten reserveren om risico's (van bijvoorbeeld over- en onderproductie) af te dekken. Euro's die dan niet besteed kunnen worden aan het leveren van zorg.

Het algemene beeld is dat men met de zorgverzekeraar met de meeste cliënten binnen de instelling (met andere woorden het grootste marktaandeel) voor 2018 tot (relatief) goede afspraken gekomen is maar dat het onderhandelen met de kleinere zorgverzekeraars stroever verloopt ('dan wordt verwacht dat we maar tekenen bij het kruisje'). Dit maakt dat ook als er met de grotere partijen goede afspraken zijn gemaakt, het geheel aan afspraken toch nog niet voldoende kan zijn. Meerdere geïnterviewde aanbieders hebben dan ook geopperd om het representatiemodel opnieuw in te voeren. Van de kant van de zorgverzekeraars zijn hier geen stellige uitspraken over gedaan behalve dan wel de algemene opmerking dat het een complex systeem is, maar dat meer sleutelen aan het systeem niet de weg is. Er moet meer vertrouwen zijn in het samen kunnen oplossen van knelpunten.

Door verreweg de meeste geïnterviewden (aanbieders en zorgverzekeraars) is aangegeven dat de samenwerking met de gemeenten erg belangrijk is voor een optimale totale zorgketen. Ook de overgang met de Wlz (en effecten van afbouw van Wlz-bedden) is een belangrijk onderwerp. Een groot deel van de geïnterviewde aanbieders gaf aan in te zetten op eindigheid van zorg (aanbieders focussen steeds meer op het tijdig afsluiten van zorgtrajecten en het waar nodig realiseren van vervolgzorg) en daarbij ook nadrukkelijk hun ketenpartners nodig te hebben voor bijvoorbeeld ambulante begeleiding, dagbesteding en (toeleiding naar) arbeid. Voor bijvoorbeeld de financiering van de activiteiten van de FACT-teams verwijzen sommige zorgverzekeraars steeds meer naar gemeenten om ook een bijdrage te leveren. De relatie met de gemeenten is echter in veel gevallen nog niet optimaal, vooral omdat er met (doorgaans) veel verschillende

gemeenten moet worden gesproken die niet allemaal op dezelfde wijze te werk gaan en waarbij nogal eens verschillen te zien zijn in de attitude ten aanzien van de financieringstrajecten. Hierbij moet niet uit het oog worden verloren dat gemeenten zich relatief kort op bepaalde delen van het GGZ-domein bewegen en dat de ervaring met en kennis omtrent de GGZ-sector en –problematiek nog in opbouw is. Overigens worden ook voorbeelden genoemd van instanties die wel al een lange traditie hebben met bepaalde taken (zoals het UWV), waarmee de samenwerking ook nog steeds niet optimaal verloopt.

Belangrijk om hierbij te benoemen is dat, volgens een aantal geïnterviewden (zowel aanbieders als zorgverzekeraars), het ambulantiseringsproces een complexe beweging is, die tijd nodig heeft, en dat rekening gehouden moet worden met waar de sector vandaan kwam. Er vinden veel ontwikkelingen plaats (bijvoorbeeld rondom de afbouw van bedden en werken vanuit de herstelvisie) en er is tijd en ruimte (minder druk op regels) nodig om volgende stappen te zetten, aldus een aantal geïnterviewden.

4.4.5 Cultuurverandering

Door zowel geïnterviewde aanbieders als zorgverzekeraars is benoemd dat aspecten van de cultuur binnen de GGZ ambulantisering soms belemmeren. Hierbij gaat het om de mate van veranderingsbereidheid, zowel op instellingsniveau als het niveau van de professionals. Veranderbereidheid om meer samen te werken met het sociale domein (met behoud van de eigen specialistische verantwoordelijkheid), bereidheid om meer de wijk in te gaan, bereidheid tot betere samenwerking tussen de basis GGZ en de SGGZ en ook de bereidheid van de professionals om scherp te kijken naar eindigheid van zorg (is blijven behandelen echt nodig en zinvol?). Daarbij kan er bij professionals ook de neiging zijn om wachttijden te zien als iets dat ‘erbij hoort’. Dit is iets dat aan het veranderen is, aldus geïnterviewden. Meerdere malen is genoemd dat de ‘professionele autonomie’ vaak hoog in het vaandel staat en dat veranderingen weerstand opleveren. Aanbieders zetten wel echt in op deze veranderingen maar dat gaat dan niet zonder slag of stoot. Hier moeten nog stappen worden gezet, aldus geïnterviewde aanbieders en zorgverzekeraars.

4.5 Ontwikkelingen die een positieve bijdrage leveren aan het ambulantiseringsproces

Uit de interviews met aanbieders en zorgverzekeraars komt ook een aantal ontwikkelingen naar voren die volgens de geïnterviewden een positief effect kunnen hebben op de opbouw van de ambulante GGZ.

Deze ontwikkelingen worden in deze paragraaf toegelicht.

4.5.1 Verbetering van afspraken met zorgverzekeraars

Een groot deel van de geïnterviewden geeft aan (redelijk) positief te zijn over de afspraken die voor 2018 gemaakt zijn (of ten tijde van het interview nog in de maak waren) met zorgverzekeraars, ten opzichte van de jaren hiervoor. Soms was dit relatief (‘we hadden slechtere afspraken verwacht’ en ‘het is wel iets beter dan de jaren hiervoor’), maar soms waren geïnterviewden ook uitgesproken positief. Met bijvoorbeeld ervaringen dat zorginkopers die zich meer inzetten voor de inhoud van zorg, ook meer werken vanuit vertrouwen, en minder drukken op de beheersing. En dat risico’s minder eenzijdig bij de instelling liggen. Aanbieders die meerjarenafspraken hebben kunnen maken zijn positief over deze afspraken. Dit geeft hen duidelijkheid voor de toekomst en meer mogelijkheden tot ambulantisering. Bijvoorbeeld doordat bepaalde innovaties nu wel kunnen worden opgestart omdat aanbieders weten dat zij een aantal jaar door kunnen gaan met de ontwikkeling. Ook uit de interviews met zorgverzekeraars blijkt, dat als zij meerjarenafspraken maken, zij dit zien als een positieve ontwikkeling die meer ruimte biedt voor innovaties en ontwikkeling.

Geïnterviewden geven steeds aan dat wederzijds vertrouwen essentieel is. Het lijkt variabel hoe men zo ver gekomen is. Soms werd gezegd door aanbieders dat transparantie en het letterlijk meenemen van de zorgverzekeraar in werkprocessen en innovaties belangrijk is. Anderen gaven echter aan dit ook te doen maar daarbij niet merken dat het vertrouwen groter wordt. Soms lijkt dit samen te hangen met een persoonlijke klik en kan een personele wisseling ineens tot andere resultaten leiden. Het onderlinge vertrouwen lijkt groter te worden als men aan de andere kant van de tafel gezeten heeft. Zo hebben verschillende “zorgverkopers” eerder een functie gehad bij een zorgverzekeraar. Binnen de instelling is het (dan) wel weer een aandachtspunt dat het economische perspectief gaat domineren, en behandelaren op de werkvloer afhaken, zo wordt gesignaleerd.

Tenslotte kennen veel van de eerder genoemde knelpunten ook een positieve keerzijde: waar voor de ene instelling nog een probleem ligt, heeft een andere naar tevredenheid afspraken kunnen maken. Wat maakt dat de ene aanbieder in de optiek van de aanbieder voor 2018 wel betere afspraken heeft kunnen maken en een andere niet, is zoals uit boven beschreven resultaten blijkt van diverse factoren afhankelijk, waarbij het op basis van de verzamelde data niet mogelijk is om de meest bepalende factoren te identificeren. Zaken als de persoonlijke relatie tussen de ver- en inkopers, of er een zorgverzekeraar is met een groot aandeel en (daarmee) belang bij de aanbieder, historische ontwikkeling van de intramurale voorzieningen, vastgoedontwikkeling en regionale ontwikkelingen zijn voorbeelden van factoren die een rol spelen.

4.5.2 Betrokkenheid van cliënten en familie bij zorginkoop

Sommige aanbieders vertellen dat zij cliënten en familieleden actief betrekken bij het in- en verkoopproces. Gesprekken met de zorgverzekeraars worden bijvoorbeeld samen met cliënten en familieleden gevoerd. Soms is dit voor de zorgverzekeraar even wennen, aldus een geïnterviewde, maar de reacties zijn positief en het komt de kwaliteit van het proces ten goede.

4.6 Impuls?

Wat betekenen de gemaakte afspraken alles bij elkaar volgens de geïnterviewden voor de te verwachten impuls aan de ambulante opbouw waarbij het bij een impuls gaat om een vergroting of versnelling van al reeds ingezette ontwikkelingen? Het beeld dat rijst is dat de contractafspraken als geheel als gunstiger worden ervaren, met volgens een aantal geïnterviewde aanbieders specifieke consequenties en voordelen voor de ambulante opbouw. Volgens andere geïnterviewde aanbieders kan er wel verder ambulant opgebouwd worden maar is dat dan meer volgens al ingezette ontwikkelingen en zonder een aanvullende impuls. En weer anderen geven aan dat de ambulante opbouw onder druk staat. De context waarbinnen ambulant opgebouwd moet worden heeft invloed. Zo speelt de krapte op de arbeidsmarkt een voorname rol bij de bescheiden verwachtingen. Een enkele keer geeft men aan dusdanig veel energie te hebben moeten steken in de algehele financiële perikelen (bijvoorbeeld vanwege opgelopen tekorten of een fusie), dat men geen tijd en energie had voor specifieke impulsen aan de ambulantisering. Een enkele maal is ook te vernemen dat de ambulante opbouw – in het bijzonder de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen – geen specifieke impuls nodig heeft, althans niet meer dan de andere onderdelen van de organisatie.

Wat over het geheel genomen opvalt is dat zorgverzekeraars en instellingen (nu of voortgezet vanuit een eerder jaar) eerder plannen bespraken over de crisisfunctie (IHT, HIC) dan over voortgezette behandeling en zorg. In later ingediende specifieke plannen (waarover nog geen besluit was genomen), is hiervoor meer aandacht te vinden. Zoals eerder aangetekend, is de ambulante zorg in de praktijk breder dan het Zvw-kader en zijn partijen afhankelijk van wat er nog meer in de regio gebeurt en de samenwerking met partijen in het sociale domein.

Naar het zich laat aanzien is er voor 2018 voor een hoger bedrag ingekocht. Dit extra budget laat zich echter niet altijd één op één vertalen naar meer (ambulante) zorg. Dit omdat loonkosten stijgen (en indexering niet altijd meegenomen is in de afspraken), maar ook omdat er sprake kan zijn geweest van ondercontractering in de voorgaande jaren. De afspraken waren deels nodig voor continuering van de normale bedrijfsvoering, aldus geïnterviewde aanbieders.

Tenslotte geeft een groot deel van de geïnterviewden aan dat de afspraken die nu gemaakt zijn over de ambulante opbouw grotendeels voortborduren op ontwikkelingen die al waren ingezet, voor het moment van de afspraken over de wachttijden. Geïnterviewden geven aan dat er met zorgverzekeraars wel meer gesproken is over zorgplicht maar dat de meeste ontwikkelingen óf al liepen óf sowieso wel zouden zijn ingezet. De impact van afspraak E van de afspraken over de wachttijden wordt wat dit betreft niet als groot gezien.

5 Conclusie en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was het bieden van inzicht in het volgende: zijn door zorgaanbieders en zorgverzekeraars de in de 'afspraken wachttijden GGZ' afgesproken acties met betrekking tot de opbouw van de ambulante GGZ opgepakt en uitgevoerd en hebben deze afspraken inderdaad geleid tot afspraken over meer ambulante GGZ in de zorginkoop en verkoop voor het jaar 2018?

- Een minderheid van de geïnterviewde aanbieders – ruim 20% - heeft aanvullende plannen voor ambulante opbouw ingediend. Die plannen zijn gehonoreerd of de besprekingen hierover zijn nog gaande.
- Dat wil niet zeggen dat er verder niet geïnvesteerd wordt in ambulante opbouw. Er zijn ook andere mogelijkheden benut op basis van reeds eerder gemaakte afspraken en/of financierings/ investeringsruimte binnen de algemene afspraken tussen instellingen en zorgverzekeraars.
- De in de brief vermelde 288 miljoen uit het macrokader waaruit eventuele plannen zouden kunnen worden gefinancierd is volgens verzekeraars niet reëel beschikbaar. Dit heeft het maken van aanvullende plannen geremd.
- Een andere rem op aanvullende ambulante opbouwplannen komt voort uit personeelstekorten in de zorg. Extra opbouw zou in de praktijk niet waargemaakt kunnen worden bij gebrek aan geschikt personeel.
- Een meerderheid van de aanbieders vindt in algemene zin (niet specifiek voor de ambulante opbouw) dat de gemaakte afspraken voor 2018 meer perspectief geven voor het bieden van goede zorg. Een minderheid is niet tevreden, bijvoorbeeld omdat verzekeraars meer efficiency vragen, waar dat volgens de instelling niet meer mogelijk is.
- De landelijke afspraak speelde al met al een kleine rol in de concrete onderhandelingen tussen aanbieders en zorgverzekeraars. De afspraak maakte wel duidelijk dat overheid en landelijke partners op dit vlak bestuurlijke urgentie ervaren, wat meer in afgeleide zin de onderhandelingen kan hebben beïnvloed.
- De landelijke afspraak betrof alleen de zorgverzekeringswet. Aanbieders en verzekeraars wijzen erop dat ambulantisering een thema is dat veel verder gaat dan specialistische ambulante behandeling en dus ook bredere oplossingen in de regionale keten (waaronder gemeentelijk gefinancierde zorg en ondersteuning) vergt. Dit proces vergt veel tijd en energie voor onderhandelingen.
- Het is op basis van de interviews niet exact aan te geven hoeveel gelden zijn vrijgemaakt voor extra ambulante opbouw. We schatten al met al in dat deze specifieke impuls in de contractafspraken in 2018 - bovenop wat al bereikt of in gang gezet was – beperkt is gebleven.

Een beperking van dit onderzoek is dat we binnen de instellingen vooral hebben gesproken met de verkopers van zorg, degenen die de contractafspraken met verzekeraars maken. Het viel ons op dat het geschetste beeld van (knelpunten in de) de ambulante opbouw soms afweek van wat ons via andere kanalen – buiten het bestek van dit onderzoek - bereikt had. Het perspectief van werkvloer en middenkader ontbreekt in dit onderzoek.

Wat betreft aanbevelingen bieden de bevorderende factoren die door de geïnterviewden zijn genoemd perspectief. Meerjarenafspraken, meer werken vanuit vertrouwen tussen aanbieder en verzekeraar en minder vanuit beheersing met vele regeltjes, aanbieders die scherper letten op ondercontractering en zorgverzekeraars die meer reëele contractafspraken maken worden benoemd als (recente) veranderingen met vooralsnog positieve opbrengsten zoals meer mogelijkheden tot ambulantisering en innovatie. Dit zijn ontwikkelingen die gevolgd moeten worden en bij gebleken effecten breder kunnen worden toegepast. Daarnaast zijn er ook factoren genoemd die belemmerend werken zoals de silo's en snijvlakverliezen. Het is niet makkelijk om deze problemen te vertalen naar een oplossing voor een nieuwe manier van handelen. In het land wordt er op verschillende manieren gezocht naar oplossingen met pilots, overleg tafels en taskforces. Het doorpakken op wat op lokaal niveau aan oplossingen wordt gevonden (of lokaal als probleem wordt gesignaleerd waarbij voor de oplossing hulp nodig is van bijvoorbeeld de Nza en VWS) zal belangrijk zijn om verder te komen. Experimenteerruimte en regelvrijheid zijn hierbij belangrijke elementen. Ook een belangrijk signaal is dat een aantal aanbieders wat betreft het afbouwen van intramurale plaatsen zegt de grens wel te hebben bereikt. Dit geldt volgens een aantal aanbieders ook voor de doelmatigheidsslagen die nog gemaakt kunnen worden.

Dit maakt dat het opbouwen van ambulante zorg binnen het vierkant van het budget steeds moeilijker kan worden. Een onderwerp waarover sommige aanbieders en zorgverzekeraars al over in gesprek zijn maar waar nog nadrukkelijker aandacht aan besteed kan worden.

Bijlage 1 Deelnemers aan het onderzoek

GGZ Instellingen
Altrecht
Antes
Arkin
De Viersprong
Dimence Groep
Emergis
Fier!
GGNet
GGZ Breburg
GGZ Centraal
GGZ Delfland
GGZ Drenthe
GGzE
GGZ Friesland
GGZ Ingeest
GGZ Noord-Holland-Noord
GGZ Oost Brabant
GGZ Westelijk Noord-Brabant
Lentis
Met GGZ
Mondriaan
Parnassia
Pro Persona
Reinier van Arkel
Rivierduinen
Stichting Centrum '45
Yulius

Zorgverzekeraars
Zilveren Kruis
VGZ
CZ
Menzis

Trimbos instituut

www.trimbos.nl