

## Consultatiebijeenkomst eerstelijnspsychologische zorg

Datum: 1 juni 2007

Tijd: 13.00-14.30 uur

Locatie: 328

### Aanwezig

Mevr. E. Palmboom (NIP), Dhr. R. Baneke (NIP), Dhr. D. Nieuwpoort (LVE), Dhr. H. Kamsma (LVE), Dhr. W. de Vreeze (NZa, Voorzitter), Mevr. Y. Hijnen (NZa, Notulist)

### Kenmerk

OV/8607662

Tijdens de consultatiesessie is ingegaan op een drietal onderwerpen uit het consultatiedocument, namelijk "vraag en aanbod", "prestatie-indicatoren/kwaliteitstransparantie" en "prijsregulering ja of nee". Deze onderwerpen zijn geselecteerd omdat hierover in de schriftelijke reacties veel werd gesproken en omdat over deze punten veel discussie bestond. Dit verslag geeft de belangrijkste punten zoals besproken tijdens de consultatiesessie weer. Dit is niet noodzakelijk de mening van de NZa.

## Vraag en aanbod

### *Aanbodsubstitutie*

- Partijen geven aan dat het belangrijk is dat er een goede eenduidige definitie komt van eerstelijnspsychologische zorg. Nu hanteert iedereen hiervoor andere definities, waardoor het ook onduidelijk is wie de zorg kunnen leveren. De definitie die GGZ-Kompas enige tijd geleden heeft vastgesteld zou uniform door iedereen moeten worden gebruikt.
- De LVE en het NIP zijn van mening dat huisartsen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers), en algemeen maatschappelijk werkers (AMW-ers) zijn zelfstandig niet in staat om eerstelijnspsychologische zorg van voldoende kwaliteit te leveren. Zij mogen bijvoorbeeld geen psychodiagnostiek leveren, waardoor het onmogelijk wordt om eerstelijnspsychologische zorg te leveren. De huisarts heeft vooral een rol bij het inschatten van de zorgvraag van de patiënt en het vervolgens doorverwijzen van die patiënt. De SPV-er heeft vooral een duidelijke rol als ondersteuner van de huisarts bij het nemen van beslissingen over welke zorg het meest geschikt is voor een bepaald type cliënt (een extra praktijkondersteuner acht men dan ook overbodig). De SPV-er kan niet zelfstandig eerstelijnspsychologische zorg leveren, dan is de kwaliteit niet geborgd. Om voldoende kwaliteit te kunnen leveren zou een aanbieder van eerstelijnspsychologische zorg ten minste de opleiding tot GZ-psycholoog gehad moeten hebben.

### *Opleiden nieuwe eerstelijnspsychologen*

- Voor de opleiding tot GZ-psycholoog worden momenteel slechts 84 opleidingsplekken binnen de GGZ betaald (er worden wel meer mensen opgeleid, maar hier staat geen vergoeding tegenover). Volgens het NIP en de LVE kan dit een belemmering vormen voor mensen die GZ-psycholoog/eerstelijnspsycholoog willen worden. Een deel van dit probleem wordt waarschijnlijk overigens opgelost doordat de meeste grote verzekeraars vanaf 2008 de verrichtingen van eerstelijnspsychologen in opleiding (tegen een lager tarief) vergoeden.

### *Tarieven*

- Hoewel er op korte termijn regionaal waarschijnlijk wat problemen zullen ontstaan verwachten partijen niet dat er op langere termijn echt een gebrek is aan zorgaanbieders op deze markt. De nieuwe

marktomstandigheden (vergoeding in het basispakket) maken immers ook dat het beroep eerstelijnspsycholoog voor meer mensen aantrekkelijk wordt. De nieuwe markt creëert dus haar aanbod.

Kenmerk  
OV/8607662

Pagina  
2 van 3

- In de regio's waar momenteel weinig eerstelijnspsychologen zijn, zie je geen hogere tarieven. Volgens de LVE springen in die regio's vooral GGZ-instellingen en commerciële aanbieders in het gat. Hierdoor komen eerstelijnspsychologen soms zelfs zonder klanten te zitten. Dit leidt vaak tot een verslechtering van de eerstelijnspsychologische zorg omdat de aanbieders minder met elkaar samenwerken op zorginhoudelijk vlak en omdat grote instellingen vaak "wachtlijsten achter de voordeur" hanteren.

#### *Marktmacht*

- Het NIP en de LVE onderkennen het door de NZa gesignaleerde risico dat grote GGZ-instellingen (die ook AWBZ-zorg leveren) te lage prijzen zullen vragen om de eerstelijnspsychologen uit de markt te drukken. Men verwacht wel dat dit minder wordt wanneer er voor de rest van de GGZ DBC's of ZZP's gaan gelden. Wel is een goede registratie van de geleverde zorg en een strenge controle daarop dan noodzakelijk. Het CVZ is voornemens te gaan controleren hoe de DBC's in de markt worden gezet en of er niet verkeerd wordt gedeclareerd. Daarnaast kunnen ook verzekeraars een rol hebben door sterk te letten op welke zorg zij inkopen.

#### *Zorgvraag*

- Op lange termijn zouden de LVE en het NIP graag zien dat de eerstelijnspsycholoog vrij toegankelijk is maar voor de korte termijn vinden zij het logisch dat verzekeraars huisartsen willen inzetten als poortwachters.
- De LVE is van mening dat het goed mogelijk is om te registreren hoe het doorverwijsgedrag van en naar eerstelijnspsychologen zich komend jaar ontwikkeld. Om er voor te zorgen dat er geen onterechte afwenteling van de eerste op de tweede lijn en andersom plaatsvindt zouden verzekeraars deze cijfers kunnen vergelijken met de huidige situatie en eventueel bij kunnen sturen.

#### **Kwaliteitstransparantie / prestatie-indicatoren**

- De LVE is van mening dat het goed is om evidence based aan te tonen wat de effectiviteit is van een zorgaanbieder, maar dat men hier voorzichtig mee om moet gaan. Wanneer een consument volgens de indicatoren succesvol behandeld is, is de consument in werkelijkheid lang niet altijd tevreden. Wel is het mogelijk om bijvoorbeeld de algemene zorgzwaarte van consumenten te scoren (via de GAF-score) en te benchmarken hoeveel tijd eerstelijnspsychologen besteden aan het behandelen van die persoon.
- Partijen vinden het van belang op te letten dat er bij de ontwikkeling van indicatoren geen grote wildgroei ontstaat. Het aantal indicatoren moet behapbaar blijven evenals de informatiestroom van de consument (geen 100 vragen stellen). Daarnaast zou iedereen dezelfde indicatoren moeten gebruiken. De IGZ, het CVZ of de NZa zouden bijvoorbeeld een framework voor outcomeindicatoren moeten opstellen (waaraan moeten de indicatoren voldoen). Dan kan het aan de markt worden overgelaten om die indicatoren verder te ontwikkelen/in te vullen.
- De LVE merkt op dat eerstelijnspsychologen nu al veel uitkomsten registreren (zoals patiënttevredenheid en wachtlijsten) in het LVE-codeboek. Deze informatie is op geaggregeerd niveau openbaar. Zorgverzekeraars zouden bij de contractering bijvoorbeeld aan

eerstelijnspsychologen kunnen vragen hoe zij scoren ten opzichte van het gemiddelde en alleen de besten kunnen contracteren.

Kenmerk  
OV/8607662

Pagina  
3 van 3

**Prijsregulering: ja of nee?**

- Over het algemeen is men geen voorstander van prijsregulering.
- Het NIP is van mening dat een tarief niet nodig is. Verzekeraars zijn zelf prima in staat om selectief te contracteren en een lagere prijs af te dwingen. Zij maken hun rol op dit moment echter nog niet waar. Als verzekeraars op termijn meer kennis over deze markt krijgen zullen zij waarschijnlijk wel actiever worden op de zorginkoopmarkt.
- Volgens de LVE is er nu geen goede reden om de prijzen al te gaan reguleren. Er zijn vooralsnog geen signalen dat de prijs sterk zal gaan stijgen. De NZa dient de ontwikkelingen in de markt te monitoren. Mocht de marktontwikkelingen daar aanleiding toe geven, dan kan zonodig alsnog gepaste regulering worden toegepast.
- De LVE is van mening dat een maximum tarief in praktijk vaak als een vast tarief wordt beschouwd. Er is dan geen ruimte meer voor bijvoorbeeld kwaliteitsdifferentiatie en dat is uiteindelijk schadelijk voor de consument.