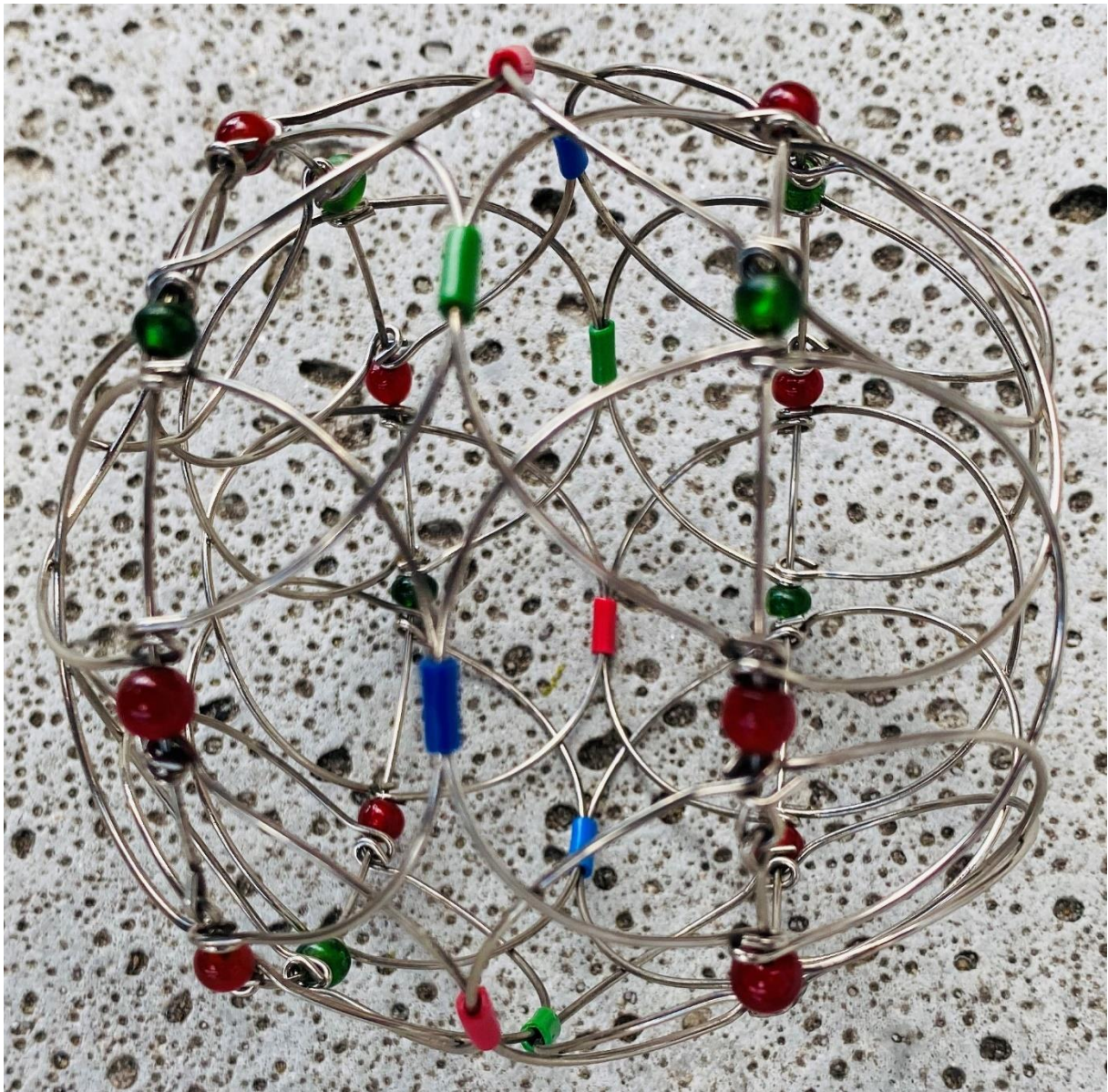


Een gezamenlijke toekomst voor de GGZ

DE RELATIE TUSSEN GGZ-INSTELLINGEN EN ZORGVERZEKERAARS



Claudia de Koning-Brabers

MHBA-17

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Informatiepagina

Auteur	Claudia de Koning-Brabers MHBA17 cdekoningbrabers@gmail.com
Titel	Een gezamenlijke toekomst voor de GGZ
Subtitel	De relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars
Onderwijsinstelling	Erasmus Centrum voor Zorgbestuur Burgemeester Oudlaan 50 3062 PA Rotterdam Postacademische opleidingen in gezondheidszorg Master of Health Business Administration
Thesisbegeleider	Prof. dr. Richard T.J.M. Janssen Bijzonder Hoogleraar Bestuur en Management van Instellingen in de Gezondheidszorg, Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam Hoogleraar Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg, Departement Tranzo, Tilburg University
Tweede beoordelaar	Prof.dr.ir. C.T.B. Ahaus Academisch directeur MHBA Erasmus Centrum voor Zorgbestuur Full professor in Health Services Management & Organization Erasmus School of Health Policy & Management
Mee-lezer	Dhr. R. Bergman
Datum	2 mei 2021

Voorwoord

Deze thesis sluit een intensieve periode af, die voor een belangrijk deel in het teken stond van mijn studie Master in Health Business Administration (MHBA) aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur in Rotterdam. Ik was voorbereid op de impact van een MBA, en die was er ook zeker. Maar naast de inspanning heeft de afgelopen 2 jaar me ook veel gebracht.

Nu rond ik dit traject af met deze thesis. Vanuit mijn ervaring in de GGZ werd tijdens het onderwijs mijn interesse en passie gevoed, en ben ik tot mijn vraagstelling gekomen. Vanuit de academische setting waar ik nu werkzaam ben op de afdeling Psychiatrie, was dit een mooie aanleiding om mijn blikveld te verruimen en me te richten op de volwassen GGZ-sector in zijn bredere context. Het was een mooie ervaring om in het kader van deze thesis uitgebreid te spreken met bestuurders van GGZ-instellingen en adviseurs bij zorgverzekeringen. Ik vind het mooi dat alle respondenten met enthousiasme en vanuit hun passie voor de GGZ mee wilden werken aan dit onderzoek; bedankt hiervoor.

De opleiding heeft me veel gebracht; ik heb me op professioneel en persoonlijk vlak verder ontwikkeld. Ik heb mezelf voor uitdagingen gezet en op de proef gesteld, en het was de moeite meer dan waard. De onderwijsdagen in Epe, de interactie met programmaleiding en groepsgenoten maar zeker ook de momenten aan de bar heb ik als zeer waardevol ervaren. We hadden een mooie groep, en het is zo jammer dat we als gevolg van Covid-19 in het tweede jaar nauwelijks nog bij elkaar konden komen. Wat begon als de *'LeukeMBAfoto-app'*, zijn echte vrienden geworden. Met een lach en een traan hebben we elkaar over menige hobbels heen geholpen in deze periode.

Ik wil een aantal mensen in het bijzonder bedanken voor hun rol in dit traject.

Erasmus MC, afdeling Psychiatrie; bedankt voor het mogelijk maken van deze studie.

Richard Janssen; bedankt voor jouw professionele en inspirerende begeleiding en het delen van jouw kennis tijdens mijn thesis-proces. Het in contact brengen met Tessa heeft een verrijking voor mij opgeleverd.

Tessa van Dijk; bedankt voor jouw beschikbaarheid en het delen van kennis en ervaringen.

Marjolijn en Mathilde; wat was het fijn en bijzonder om dit samen met jullie te doen. Naast heel veel plezier is het zó waardevol dat jullie er altijd waren voor mij als ik dat nodig had.

Met veel trots bedank ik tot slot mijn lieve gezin. Wij hebben dit samen gedaan.

Martijn; dank voor de ruimte en jouw oneindige vertrouwen in mij.

Lieve meiden; wat worden jullie groot. Het was zo fijn dat jullie mij de ruimte gaven en toch steeds vonden dat ik nog genoeg mama was. Ik kijk uit naar meer tijd met jullie!

Bergschenhoek, 2 mei 2021

Managementsamenvatting

Het onderwerp van dit onderzoek is ontstaan na publicatie van het visiedocument 'De GGZ in 2025' door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in 2019. De GGZ-sector is niet in balans, continue in beweging en loopt tegen een aantal hardnekkige problemen aan zoals de wachttijden, financiële problemen en samenwerking in de regio. Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te verkrijgen op hoe de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars van invloed is op de contractering van zorg. Hier komt de volgende vraagstelling uit voort: *Wat is de mogelijke impact van de door de zorgverzekeraars gezamenlijk opgestelde visie op de samenwerking en contractering in de GGZ?*

Dit onderzoek is kwalitatief van aard en heeft een evaluatief karakter. Het is te typeren als een *ex-ante evaluatie*, waarbij gebruik wordt gemaakt van literatuuronderzoek, semigestructureerde interviews en kwantitatieve data uit eerder onderzoek van Van Dijk¹. Bij de analyse van de onderlinge afhankelijkheid tussen GGZ-bestuurders en zorgverzekeraars, en de invloed hiervan op contractering, worden concepten uit de Speltheorie² gebruikt. Aan de hand van het Saliency model³ wordt in beeld gebracht wat de belangen zijn van betrokken partijen en hoe je hier het beste mee om kunt gaan.

Uit de interviews en datavergelijking blijkt dat de relatie tussen GGZ-bestuurders en zorgverzekeraars als wantrouwend en complex wordt ervaren, en dat deze in 2021 eerder verslechterd dan verbeterd is ten opzichte van 2019. De ervaren macht, legitimiteit en urgentie en de invloed van zorgverzekeraars op de bedrijfsonderdelen, zijn van invloed op de relatie. De GGZ-bestuurders ervaren de zorgverzekeraars als voornamelijk financieel gedreven, terwijl de zorgverzekeraars naast de financiële afspraken ook meer open staan voor het maken van inhoudelijke afspraken. De visie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) wordt breed ondersteunt, maar roept ook zorgen op over de concretisering van de doelstellingen. De condities die nodig zijn voor een succesvolle samenwerking volgens de Speltheorie zijn niet- of onvoldoende aanwezig.

Concluderend helpt het visiedocument om de gemeenschappelijke doelen voor ogen te houden, maar is er met name behoefte aan een relatie tussen GGZ-bestuurders en zorgverzekeraars die gebaseerd is op meer vertrouwen en constructievere samenwerking. Door verschillende belangen en concurrentie is het een ingewikkelde(re) opgave om een niveau van succesvolle samenwerking te bereiken.

Een beperking in dit onderzoek is dat er geen vergelijk kon worden gemaakt tussen de resultaten van 2019 en 2021 op basis van hetzelfde aantal respondenten en dezelfde onderzoeksmethode. Vervolgonderzoek zou hier een representatiever beeld van kunnen schetsen.

Aanbevelingen vanuit dit onderzoek voor de praktijk zijn het verstevigen van de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars, het tonen van meer eigenaarschap in het realiseren van doelstellingen en het vormgeven van preventie en maatschappelijke gezondheid als sleutel naar een toekomstbestendige GGZ. In vervolgonderzoek zou gekeken kunnen worden naar hoe de elementen van de Speltheorie beter benut kunnen worden en feminieie eigenschappen van invloed zijn op de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars.

Management summary

The subject of this study arose after the publication of the vision document 'The GGZ in 2025' by the Dutch Health Insurers (ZN) in 2019. The GGZ sector is not in balance, is constantly changing and is encountering several persistent problems such as waiting times, financial problems, and cooperation in the region. The aim of this research is to gain insight into how the relationship between mental health care institutions and health insurers influence the contracting of care. The following research question arises from this: *What is the possible impact of the vision jointly drawn up by the health insurers on cooperation and contracting in mental health care?*

This research is qualitative and evaluative in nature. It can be characterized as an ex-ante evaluation, using literature research, semi-structured interviews, and quantitative data from previous research by Van Dijk¹. Concepts from the Game Theory² are used in the analysis of the interdependence between mental health care administrators and health insurers, and the influence of this on contracting. The Salience model³ shows the interests of the parties involved and how best to deal with them.

The interviews and data comparison show that the relationship between mental health administrators and health insurers is perceived as suspicious and complex, and that it deteriorated rather than improved in 2021 compared to 2019. The perceived power, legitimacy and urgency and the influence of health insurers on the business units influence the relationship. Mental health administrators perceive the insurers as mostly financially driven, while health insurers see themselves also as content driven. ZN's vision is widely supported, but it also raises concerns about the realization of the objectives. The conditions that are necessary for a successful cooperation according to the Game Theory are not or insufficiently present.

In conclusion, the vision document helps to keep the common goals in mind, but there is a particular need for a stronger relationship between mental health care administrators and health insurers. This relationship should be based on more trust and more constructive cooperation. Due to different interests and competition, it is a (more) complicated task to achieve a level of successful cooperation.

A limitation in this study is that no comparison could be made between the results for 2019 and 2021 based on the same number of respondents and the same research method. Follow-up research could make this more representative.

Recommendations from this research for practice are to strengthen the relationship between mental health institutions and health insurers, to show more ownership in realizing objectives and to design prevention and social health as the key to future-proof mental health care. Follow-up research could look at how the elements of the Game Theory can be better utilized and how feminine characteristics influence the relationship between mental health care institutions and health insurers.

Lijst van figuren en tabellen

FIGUREN

Figuur 1 Overzicht stelselwijziging GGZ per 01-01-2014 (bron: NIP ¹⁴)	14
Figuur 2 Landelijke spreiding zorgverzekeraars Nederland 2020 ¹⁶	18
Figuur 3 Uit Visiedocument ZN ‘Speerpunten GGZ voor 2025 ⁴	19
Figuur 4 Ontwikkeling aantal patiënten GGZ 2012-2018 ¹⁷	20
Figuur 5 Totale kosten GGZ 2012-2018 ^{18 9}	21
Figuur 6 Stakeholder Saliency model	28
Figuur 7 Conceptueel model	29
Figuur 8 Schematische weergave Onderzoeksopzet	31
Figuur 9: Gemiddelde macht, legitieme macht en urgentie ervaren door zorgbestuurders 2019	36
Figuur 10 Invloed van zorgverzekeraars op GGZ-instellingen in 2019 en 2021	37
Figuur 11 Ervaren macht, legitimiteit en urgentie in 2019 en 2021	38
Figuur 12 Typering stakeholders in Saliency model	39

TABELLEN

Tabel 1 Overzicht respondenten interviews	32
Tabel 2 Weergave typering zorgverzekeraars als stakeholders	39

Inhoudsopgave

Informatiepagina	2
Voorwoord	3
Managementsamenvatting	4
Management summary	5
Lijst van figuren en tabellen	6
 Hoofdstuk 1 Inleiding	 9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Probleemstelling.....	9
1.3 Doelstelling van het onderzoek.....	10
1.4 Relevantie.....	10
1.5 Vraagstelling	10
 Hoofdstuk 2 Historische schets en context van de GGZ	 12
2.1 Totstandkoming van wet- en regelgeving	12
2.2 Een historische schets 2012-heden.....	13
2.3 Context van de GGZ.....	17
2.3.1 De zorgverzekeraars in Nederland	17
2.3.2 Visiedocument Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	19
2.4 Dynamiek in de GGZ	20
 Hoofdstuk 3 Theoretisch kader	 22
3.1 De Speltheorie	22
3.2 Stakeholder Saliency Model.....	26
3.3 Conceptueel model	29
 Hoofdstuk 4 Methodes	 30
4.1 Onderzoeksmethode	30
4.2 Onderzoeksmodel	31
4.3 Respondenten en onderzoek setting	31
4.4 Dataverzameling en analyse.....	33
4.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	33

Hoofdstuk 5 Resultaten	35
5.1 Resultaten onderzoek 2019.....	35
5.2 De ervaren invloed van zorgverzekeraars: ‘Toen en nu’	36
5.2.1. Invloed op beslissingen	36
5.2.2 Eisen aan de bestuurder	39
5.3 De relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars	40
5.3.1 Perspectief GGZ-bestuurders	40
5.3.2 Perspectief van de zorgverzekeraars.....	42
5.4 Contractering.....	43
5.4.1 Perspectief van GGZ-bestuurders	43
5.4.2 Perspectief van de zorgverzekeraars.....	45
5.5 Visiedocument Zorgverzekeraars Nederland	47
5.5.1 Perspectief van GGZ-bestuurders	47
5.5.2 Perspectief van de zorgverzekeraars.....	48
5.6 Doelstellingen van de GGZ en samenwerking.....	50
5.6.1 Perspectief van GGZ-bestuurders	50
5.6.2 Perspectief van de zorgverzekeraars.....	51
5.7 Toekomstperspectief.....	53
Hoofdstuk 6 Conclusie, Discussie en aanbevelingen.....	54
6.1 Conclusie	54
6.2 Discussie	58
6.3 Beperkingen.....	62
6.4 Aanbevelingen.....	63
6.4.1 De praktijk	63
6.4.2 Vervolgonderzoek	64
Reflectie.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bronvermelding.....	65
Bijlagen	67

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal het onderwerp van deze thesis worden toegelicht. In 1.1 wordt gestart met de aanleiding, gevolgd door een beschrijving van de probleemstelling in 1.2. In 1.3 komt de doelstelling van het onderzoek aan de orde en vervolgens wordt de relevantie beschreven in 1.4. Het hoofdstuk sluit af met de vraagstelling in 1.5, onderverdeeld in hoofd- en deelvragen.

1.1 Aanleiding

Recent hebben zorgverzekeraars in ‘De GGZ in 2025. Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg’ hun gezamenlijke visie gepresenteerd op de toekomst van de Geestelijke Gezondheidszorg in Nederland.⁴ Deze notitie is de aanzet geweest tot mijn Thesis-onderwerp. Tijdens het MHBA-onderwijs trokken de onderwerpen strategie, zorg contractering, besturing en de samenhang tussen deze thema’s in het bijzonder mijn aandacht. Eén van de vragen die voor mij nog niet beantwoord was, is wat de GGZ nodig heeft om haar doelstellingen op effectievere wijze te behalen.

1.2 Probleemstelling

‘De GGZ in ons land staat onder grote druk. De vraag naar GGZ is groot, wordt soms complexer en groeit sneller dan de sector aan kan. Het aanbod is enerzijds versnipperd, anderzijds te veel regionaal geconsolideerd. Ook zijn de kwaliteit en effectiviteit van behandelingen moeilijk vast te stellen. En evenals anders sectoren kampt ook de GGZ met forse personele problemen: krapte op de arbeidsmarkt, een hoog verloop en een hoog verzuim. En hoewel de uitgaven aan GGZ in ons land blijven stijgen kampen veel grote ggz-instellingen met flinke financiële problemen. De al jaren bestaande wachtlijsten in de GGZ lijken onoplosbaar. En vooral mensen met een complexe zorgvraag krijgen niet tijdig de zorg die ze nodig hebben.’⁴

Dit is de inleiding van het Visiedocument wat ZN onlangs publiceerde. Opvallend is dat voor de introductie van deze visie, gekozen is voor een schets van de huidige problematiek. Hieruit valt uit op te maken dat de GGZ als sector zeker niet in balans is. Daarnaast is de GGZ-sector al geruime tijd in beweging, en staat regelmatig negatief in de publiciteit. Niet-afnemende wachtlijsten, relaties met zorgverzekeraars die op scherp worden gezet, en negatieve financiële resultaten.

De afgelopen 10 jaar is er in toenemende mate politieke aandacht gekomen voor de Geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Door middel van Bestuurlijke akkoorden heeft de minister met branche- en beroepsverenigingen afspraken gemaakt om tot een meer samenhangende GGZ te komen^{5, 6, 7}. Ondanks deze afspraken houden een aantal thema’s hardnekkig stand, zoals de financiële problemen, wachttijden en samenwerking in de keten. Contractering van zorg met zorgverzekeraars lijkt vaak moeizaam te verlopen, waarbij het spanningsveld tussen het leveren van kwalitatief goede zorg en beschikbare financiering moeilijk overwonnen kan worden.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Met dit onderzoek hoop ik een bijdrage te leveren aan antwoorden en mogelijke oplossingen op de vraag waarom het de GGZ nog moeilijk lukt om meer samenhangende en betaalbare zorg te leveren. Dit in het licht van de relatie tussen de zorgverzekeraar en GGZ- bestuurders en het belang van de zorgverzekeraars om deze relatie middels contractering te realiseren. Door te spreken met zowel bestuurders van GGZ-instellingen als met zorgverzekeraars wil ik zicht krijgen op hun waardering van de relatie tussen beiden. Ik wil graag duidelijk krijgen of de grote verzekeraars de opgestelde visie van ZN⁴ onderschrijven, en wat de impact hiervan is op de contractering van GGZ-zorg.

Doelstelling:

Inzicht verkrijgen op hoe de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars van invloed is op de contractering van zorg.

1.4 Relevantie

Dit onderzoek richt zich op de effectiviteit van de integrale GGZ bekeken vanuit de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars. Deze relatie wordt vormgegeven in een contracteerproces en uiteindelijk een overeenkomst, waarmee de GGZ een duidelijke opdracht heeft voor het leveren van zorg binnen de afgesproken financiële kaders. Vanuit maatschappelijk oogpunt is dit relevant, omdat een goed functionerende integrale GGZ waar geboden zorg en kosten in balans zijn voor heel veel partijen van groot belang is. Allereerst voor het mentale welzijn en de gezondheid van de burger, maar ook de veiligheid op straat, samenwerking met andere onderdelen binnen de gezondheidszorg, de politiek, de gemeenten, politie, etc.

Onderzoek naar de invloed van de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars is relevant voor bestuurders in de GGZ en zorgverzekeraars, omdat zij hopelijk met de uitkomsten van dit onderzoek meer zicht krijgen op hoe deze relatie de effectiviteit kan vergroten.

Er wordt gebruik gemaakt van de data uit een onderzoek van Van Dijk¹, waar de invloed van de relatie tussen zorgbestuurders en stakeholders wordt onderzocht aan de hand van het Salience model ³. Er zal hier echter specifiek gekeken worden naar de invloed van de relatie tussen GGZ- bestuurders en zorgverzekeraars, in het licht van de inmiddels opgestelde visie op de GGZ door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hiermee levert dit onderzoek naar verwachting een aanvulling op bestaand onderzoek, en maakt het inzichtelijk hoe dit onderwerp specifiek in de GGZ-sector speelt waardoor er een nieuwe wetenschappelijke bijdrage geleverd wordt.

1.5 Vraagstelling

De vraagstelling komt voort uit de doelstelling en de probleemstelling. Het onderzoek betreft een verkenning binnen de integrale volwassen GGZ, gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet.⁸ De integrale GGZ-zorg staat voor het in samenhang vormgeven van preventie, zorg en welzijn om de psychische gezondheid en kwaliteit van zorg te verbeteren en de groei in zorgkosten te verminderen. Er is gekozen voor deze afbakening Gezien het beperkte tijdsbestek van het onderzoek en de bekendheid van de onderzoeker met het werkveld van de volwassen-GGZ.

Zorgverzekeraars en GGZ-bestuurders zijn de hoofdactoren in het onderzoek. Zij hebben een onderlinge relatie en de zorgverzekeraar oefent in de rol van stakeholder invloed uit op de GGZ-instellingen.

De hoofdvraag van dit onderzoek is voortgekomen uit de behoefte om inzicht te verkrijgen op de mogelijke/verwachte effecten van het Visiedocument van Zorgverzekeraars Nederland op het functioneren van de GGZ, meer in het bijzonder op het contracteringsproces en de uitkomst daarvan.

Hoofdvraag

Wat is de mogelijke impact van de door de zorgverzekeraars gezamenlijk opgestelde visie op de samenwerking en contractering in de GGZ?

Deelvragen

1. Hoe beoordelen:

- a. GGZ-bestuurders de relatie met zorgverzekeraars?
- b. Hoe beoordelen zorgverzekeraars de relatie met GGZ-instellingen?

2. Hoe verhouden:

- a. GGZ-bestuurders zich tot de visie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ⁴ en welke betekenis willen zij dit geven in het contracteerproces?
- b. zorgverzekeraars zich tot de visie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ⁴ en welke betekenis willen zij dat geven in het contracteerproces?

3. In welke mate zijn de condities voor een succesvolle samenwerking/contracteringsproces tussen zorgverzekeraars en GGZ-bestuurders aanwezig, zoals de Speltheorie² schetst?

Hoofdstuk 2 Historische schets en context van de GGZ

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de context van de GGZ, gebaseerd op de belangrijkste ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar. In dit onderzoek wordt steeds gesproken over 'de GGZ'. De scope van dit onderzoek is de GGZ-zorg vanuit het oogpunt van integrale GGZ-instellingen voor volwassenen in Nederland, gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. In 2.1 wordt beschreven wie er in Nederland verantwoordelijk is voor wet- en regelgeving in Nederland, en welke partijen hierbij betrokken zijn. In 2.2 worden de belangrijkste ontwikkelingen en besluitvorming weergegeven in de afgelopen tien jaar. Vervolgens geeft 2.3 een weergave van een aantal kernbegrippen, die relevant zijn voor dit onderzoek. Tot slot wordt er in 2.4 een beeld geschetst van de dynamiek in de GGZ de afgelopen jaren, gebaseerd op hetgeen beschreven is in de voorgaande paragrafen.

2.1 Totstandkoming van wet- en regelgeving

In de GGZ zijn verschillende wetten van toepassing, die als doel hebben zorg te dragen voor toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede zorg voor iedereen. Wet- en regelgeving ten aanzien van de GGZ wordt op- en vastgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en De Tweede Kamer.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)⁹, diverse branche- en beroepsverenigingen (o.a. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Nvvp)¹⁰, Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)¹¹) en cliënt- en familie organisaties spelen een belangrijke rol in de totstandkoming van beleid en wet- en regelgeving in de GGZ. De belangrijkste in het kader van dit onderzoek worden hieronder nader toegelicht:

*Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)*⁹: controleert als toezichthouder of zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren zich aan de regels houden, analyseren risico's en doen onderzoek. Er wordt toegezien dat zorgverzekeraars iedereen accepteren voor de basisverzekering en dat burgers vooraf goede informatie ontvangen over de zorg. Informatie over de inhoud en wachttijden van de behandelingen bijvoorbeeld, maar ook wat de zorg patiënten gaat kosten. Goede gegevens zijn onmisbaar om goede regels voor de zorg te maken en om toezicht te houden op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook kunnen ze extra controleren als ze risico's zien voor de betaalbaarheid of toegankelijkheid van de zorg. Met behulp van zorgvuldige analyses adviseren ze het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

*Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*¹²: behartigt de belangen van de zorgverzekeraars. De vereniging heeft als doel om de zorgverzekeraars te ondersteunen bij hun missie: het realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven. ZN ondersteunt de zorgverzekeraars door zich de komende jaren voor de branche in te zetten voor versterking van de maatschappelijke verankering van zorgverzekeraars en acceptatie van de rol en verantwoordelijkheid in het zorgstelsel.

De Nederlandse GGZ¹³: een branchevereniging die zich inzet voor een mentaal veerkrachtige, inclusieve en veilige samenleving. De Nederlandse GGZ roept de politiek op te investeren in mentale weerbaarheid en goede psychische zorg, op maat én op tijd.

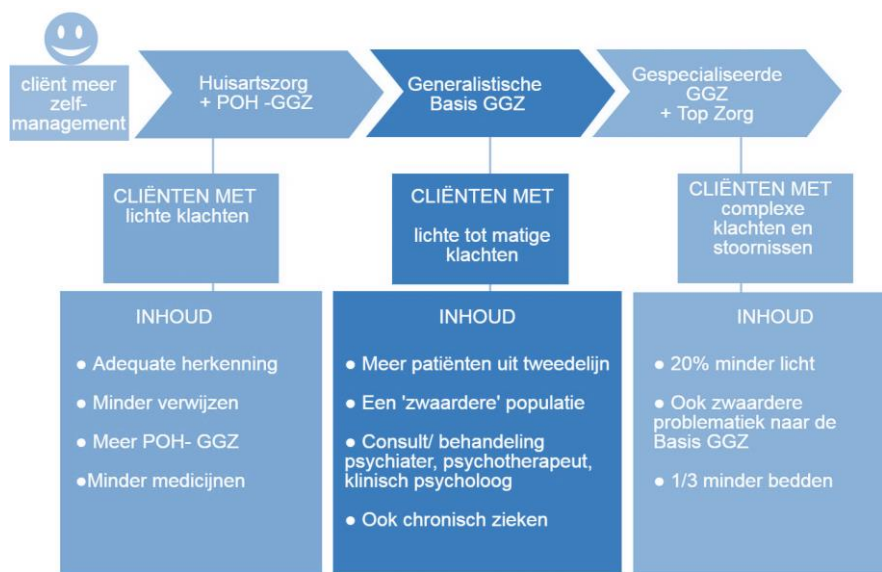
Sinds 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht. De curatie GGZ is hier vanaf 2008 deel vanuit gaan maken. De Zorgverzekeringswet wordt bekostigd door inkomensafhankelijke bijdragen, een premie van de verzekerde en het eigen risico. Daarnaast moet men voor sommige zorgvormen een eigen bijdrage betalen. Bij weinig of geen inkomen heeft men recht op zorgtoeslag. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht om een basisverzekering af te sluiten en zorgverzekeraars mogen mensen die zich willen verzekeren niet weigeren.

2.2 Een historische schets 2012-heden

Sinds 2012 zijn er hoofdlijnakkoorden gesloten voor de verschillende onderdelen van de zorg, waaronder de GGZ. Deze akkoorden hebben de ambitie bij te dragen aan de beheersbaarheid en inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel, en met name aan het belang van effectieve en efficiënte zorg voor patiënten. Het beschikbare budget voor GGZ-zorg en behandeling bekostigd uit de Zorgverzekeringswet bedraagt in 2012 €4 miljard. In 2013 en 2014 zal dit budget stijgen met €210 miljoen per jaar. Er is veel commitment in het veld om de doelstellingen uit de akkoorden te realiseren. Het eerste bestuurlijke akkoord specifiek over de GGZ dateert uit 2013. Vanaf dat moment is er om de paar jaar een nieuw akkoord gesloten.

In het **Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014**⁶ wordt een belangrijk besluit genomen over het zorgstelsel binnen de GGZ. Vanaf 2014 is de Basis GGZ ingevoerd, wat door de huisarts moest worden aangeboden. Het overige zorgaanbod wordt ingedeeld in de Generalistische GGZ of Specialistische GGZ. Het doel van deze stelselwijziging is om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen en dicht bij huis te beleggen. Dit stelsel wil de trend keren dat patiënten mogelijk te snel worden doorverwezen. Vergeleken met de landen om ons heen werden namelijk relatief veel mensen behandeld in duurdere en gespecialiseerde zorg. Het gaat daarbij ook om mensen met lichte of middelzware stoornissen. Hiertoe wordt een deel van de huisartsenzorg vervangen door zelfzorg.

Een deel van de voormalige eerstelijnspsychologie wordt overgeheveld naar de huisarts. De huisarts wordt ondersteund door de POH-GGZ (Praktijkondersteuner Huisarts). Van de Specialistische GGZ wordt een deel overgeheveld naar de Basis Generalistische GGZ. Zie *figuur 1* voor een schematische weergave van deze stelselwijziging.



Figuur 1 Overzicht stelselwijziging GGZ per 01-01-2014 (bron: NIP¹⁴)

In dit akkoord is verder afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de beddencapaciteit af gaan bouwen met 30% tot 2020. Er zal een ombouw van de bekostiging naar ambulante behandeling en zorg plaatsvinden. Ambulantisering moet verder worden vormgegeven door zorgaanbieders met andere relevante partijen zoals gemeenten, woningbouwcoöperaties en maatschappelijk werk.

Voor de gespecialiseerde GGZ wordt per 2013 voor alle zorgaanbieders prestatiebekostiging ingevoerd op basis van de bestaande DBC's. Er wordt daarnaast gewerkt aan doorontwikkelingen van de DBC-systematiek. Zorgaanbieders maken afspraken met zorgverzekeraars binnen het jaarlijks beschikbare budget prijs- en volumeafspraken. Ten behoeve van een goede monitoring van productieafspraken streven beide partijen voor 1 januari te komen tot afspraken te komen in contractering. Onderzocht wordt of het mogelijk is om per kwartaal inzicht te geven in het onderhanden werk. Er wordt een macrobeheersinstrument (MBI) geïntroduceerd wat ingezet kan worden als er ondanks de gemaakte afspraken toch overschrijdingen optreden in het financiële kader.

Om de transparantie van de zorg te bevorderen wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij zicht gaan geven op de doelmatigheid, effectiviteit, veiligheid en de patiëntervaring van de door hen geleverde zorg. Door één taal te ontwikkelen kunnen kwaliteit en uitkomsten onderling vergeleken worden. Routine Outcome Monitoring (ROM) zal daar onderdeel van uitmaken.

In het **Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017**⁵ spreken de betrokken partijen uit dat ze de hoofdlijnakkoorden in de komende jaren graag voortzetten. In verband met de verslechterde economische situatie hebben overheid, zorgaanbieders, cliënten en verzekeraars een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een beheerste uitgavenontwikkeling in de curatieve GGZ. Partijen ervaren dit als een zware opgave, maar spreken uit dat met name het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ondanks de hoge druk steeds op constructieve, respectvolle wijze gevoerd zal blijven worden. De gemaakte afspraken zijn een aanvulling op het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014⁶ en benadrukt dat 'de zorg die nodig is op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang moet worden verleend'.

Voor 2014 wordt een landelijk maximum groeipercentage afgesproken van 1,5%, voor de periode 2015-2017 een percentage van 1% per jaar. Vanaf 2015 wordt de financiering en organisatie van Jeugdzorg middels de Jeugdwet⁶ bij de gemeenten belegd. Begeleiding, dagbesteding en beschermd wonen gingen over naar de WMO en de langdurige chronische zorg ging over naar de Wet langdurige zorg (Wlz). De forensische zorg werd ondergebracht bij het Ministerie van Justitie¹⁵. Preventie, zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt zullen worden gestimuleerd en dwangtoepassingen worden meer teruggedrongen.

Afgesproken wordt dat partijen zich tot het uiterste inspannen om de zorg binnen de treeknormen (=de maximaal aanvaardbare wachttijd in de GGZ) te bieden. Er wordt besloten tot een nieuwe bekostigingssystematiek die beter aansluit op de zorgzwaarte- en behoefte. Tot slot zal er een Kwaliteitsstatuut worden ontwikkeld waardoor landelijke afspraken ook een concreet effect hebben.

In **het Bestuurlijk akkoord GGZ 2019-2022**⁷ wordt een toekomstbeeld en ambitie voor de GGZ uitgesproken. Hierin wordt een ideaalbeeld geschetst, namelijk: 'dat er goed naar de persoon wordt geluisterd, deze de hulp krijgt die nodig is en afgestemd is op zijn behoefte en dat deze hulp snel geleverd wordt.'⁷

Door investeringen in de arbeidsmarkt, afspraken over aanpak regeldruk en het vormgeven van de juiste zorg op de juiste plek wordt een belangrijke impuls gegeven aan het verminderen van wachttijden. Er is ruimte voor een gemiddelde volumegroei van 1% gedurende de looptijd van het akkoord. Er zijn extra middelen beschikbaar om de transitie naar 'Zorg op de juiste plek' mogelijk te maken en de ambities in dit akkoord te realiseren, zoals het oplossen van de wachttijden, de invoering van de Wet verplichte ggz, beveiligde zorg en de module Acute GGZ.

Met de implementatie van de nieuwe bekostiging, het Zorgprestatie-model, wordt naar verwachting de betaalbaarheid van de (toekomstige) zorg verbeterd. Er wordt een vermindering van de administratieve lasten nagestreefd en een versnelling van de declaratiemogelijkheden en informatie over zorgkosten- en gebruik.

Contractering van zorg moet vaker op basis van meerjarencontracten kunnen plaatsvinden en er moet jaarlijks voldoende ruimte zijn voor duurzame afspraken en innovatie. Het aandeel niet-gecontracteerde zorg moet worden verlaagd, en verzekeraars houden op adequate wijze contact met zorgaanbieders gedurende het proces van contractering en tijdens het contractjaar.

Er zijn grote tekorten aan behandelaren en aan verpleegkundigen en tegelijkertijd kan bestaande (behandel)capaciteit beter ingezet worden met een aanzienlijke vermindering van de administratieve lasten en een betere taakverdeling. Dit draagt bij aan het oplossen van tekorten aan specifieke behandelcapaciteit en crisisdiensten en aan te lange wachttijden. Het opleiden van professionals in speelt ook een belangrijke rol bij het oplossen van de arbeidsmarktproblematiek en hier zal extra budget voor beschikbaar zijn.

Alle partijen willen de wachttijden op zo kort mogelijke termijn terugbrengen en zorgen ervoor dat alle behandelingen in alle regio's binnen de Treeknormen vallen. Zorgverzekeraars zullen voortdurend alert zijn op het ontstaan van wachtlijsten op basis van wachttijdinformatie en signalen van cliënten en zorgaanbieders en zullen uit hoofde van hun zorgplicht zo nodig actie ondernemen. ZN en andere brancheorganisaties komen met een actieplan voor de vervolgaanpak wachttijden.

Alle actuele thema's (verbeteren van triage en doorstroom, samenwerking, doorzettingsmacht en wachtlijstondersteuning) moeten daarin worden opgenomen.

De administratieve lasten zijn heel hoog en dit gaat ten koste van tijd en geld voor patiënten. De aanpak van regeldruk moet een substantiële vermindering van de administratieve lasten opleveren. Er is in 2018 een actieplan vastgesteld voor 'Ontregel(de) zorg' om de regeldruk voor professionals te verminderen.

Betrokken partijen werken gezamenlijk verder aan een ambitieuze hervorming van de ggz op het gebied van *'De juiste zorg op de juiste plek'*. De gewenste transformatie zal als effect moeten hebben het voorkomen van (duurdere) zorg, het verplaatsen van zorg (zo dichtbij huis als mogelijk, zo ver weg als nodig in geval van specialistische zorg). Waar mogelijk wordt zorg vervangen door andere vormen van hulp en ondersteuning zoals eHealth met een gelijkwaardige of betere zorginhoudelijke kwaliteit. Preventieactiviteiten worden gestimuleerd en gesubsidieerd door VWS.

Gemeenten en zorgverzekeraars gaan afspraken maken op regionaal niveau over *beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg* (maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie). Vanaf 2020 wordt bekostiging van de consultatiefunctie voor 'kijk- en luistergeld' geregeld.

Op deze manier kunnen wijkteams, POH-ers GGZ of huisartsen eenvoudiger specialisten uit de tweedelijnszorg consulteren. De financiering van de acute GGZ-zorg verandert ook per 2020. De bekostiging van een crisisdienst verloopt de eerste 72 uur niet meer via DBC's, maar via een regionaal budget. Zorgaanbieders moeten op regionaal niveau afspraak maken op basis van representatie. Op die manier moet versnippering van het aanbod worden voorkomen.

In 2020 publiceert Zorgverzekeraars Nederland (2020) het visiedocument *'De GGZ in 2025, Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg'*, vanuit de conclusie van zorgverzekeraars dat het van belang is om een gezamenlijke stip op de horizon te zetten voor de (door) ontwikkeling van de GGZ. Zij voerden de discussie over wat de samenleving mag verwachten van de ggz, en vertaalden dit naar een visiedocument.

In 2020 brengt De Nederlandse GGZ het rapport *'Geestelijke gezondheidszorg: op maat én op tijd'* uit als input voor de verkiezingsprogramma's en de contourennota VWS. GGZ-aanbieders willen de samenwerking met maatschappelijke partners versterken om zorg en ondersteuning te bieden die op maat én op tijd is, voor iedereen. Om deze ambitie waar te kunnen maken vragen zij de politiek en overheid de juiste randvoorwaarden te scheppen. Zo moet de zorg opnieuw geordend worden op lokaal, regionaal en landelijk niveau zodat samenwerking gestimuleerd wordt en bureaucratie verminderd. Ze vragen ook ggz-professionals de ruimte te geven om te doen waar ze voor zijn opgeleid. Tot slot willen ze groots inzetten op preventie, vroege signalering en leefstijlondersteuning.

In de aanloop naar de verkiezingen in 2021 spreekt *De Nederlandse GGZ* zich opnieuw uit. Zij geven aan dat de Corona-crisis extra duidelijk heeft gemaakt wat basisbehoeften zijn voor eenieder: fysieke gezondheid, mentale weerbaarheid, zelfstandig kunnen blijven functioneren, sociaal contact en welbevinden. In politiek en beleid is meer aandacht gekomen voor ggz-zorg, mentale gezondheid en leefstijlpsychiatrie. De vraag naar ggz-zorg voor jeugd en volwassenen was al groot vóór de crisis en zal naar verwachting de komende periode sterk verder stijgen. De Nederlandse GGZ voorziet dat er veel moet veranderen om psychische zorg op maat en op tijd te kunnen blijven bieden.

Zij doen hiertoe voorstellen op vijf thema's, namelijk jeugd, organisatie van zorg, preventie, leefbaarheid en zorgprofessionals.

2.3 Context van de GGZ

Om dit onderzoek in de juiste context te kunnen belichten, worden in deze paragraaf twee belangrijke onderdelen toegelicht, te weten de Zorgverzekeraars in Nederland en een toelichting op het Visiedocument van ZN 'De GGZ in 2025'.

2.3.1 De zorgverzekeraars in Nederland

De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de zorgverzekeringswet. Zij bieden een basisverzekering aan en moeten ervoor zorgen dat alle verzekerden toegang krijgen tot betaalbare en goede zorg. Iedereen die in Nederland woont of werkt moet een basisverzekering voor zorg (basispakket) afsluiten. De Rijksoverheid bepaalt wat er in het basispakket zit. Dat is medisch noodzakelijke zorg waar iedereen recht op heeft. Zorgverzekeraars bepalen zelf wat in aanvullende verzekeringen zit. De basisverzekering dekt de standaardzorg van bijvoorbeeld huisarts, ziekenhuis of apotheek. Voor de meeste zorg in het basispakket geldt een eigen risico. Er kunnen ook nog eigen bijdragen gelden. Het Nederlandse zorgstelsel garandeert goede en toegankelijke zorg voor iedereen.

Nederland kent op dit moment elf zorgverzekeraars (concerns) die bestuurder zijn voor één of meerdere labels, verzekeraars en/of volmachten (zie bijlage 1 voor een overzicht).

De zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over de te leveren zorg en sluiten hier contracten over af. Dat heeft gevolgen voor de zorgvragers. In Nederland heeft men recht op vrije artskeuze, wat betekent dat men zelf mag kiezen waar de behandeling wordt uitgevoerd. Voor de vergoeding van die behandeling is het van belang of de zorgverzekeraar een contract heeft met de zorgaanbieder; indien dit niet het geval is worden mogelijk niet alle zorgkosten vergoed.

Bij de keuze voor *een zorgverzekering* is er keuze tussen verschillende polissen. Met een *natura* polis kan men alleen terecht bij zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft. Met een *restitutie polis* kan men zelf de zorgaanbieder kiezen en worden de kosten helemaal vergoed, ook als de zorgaanbieder geen contract heeft. Ongeveer 25% van de Nederlanders heeft een restitutiepolis.

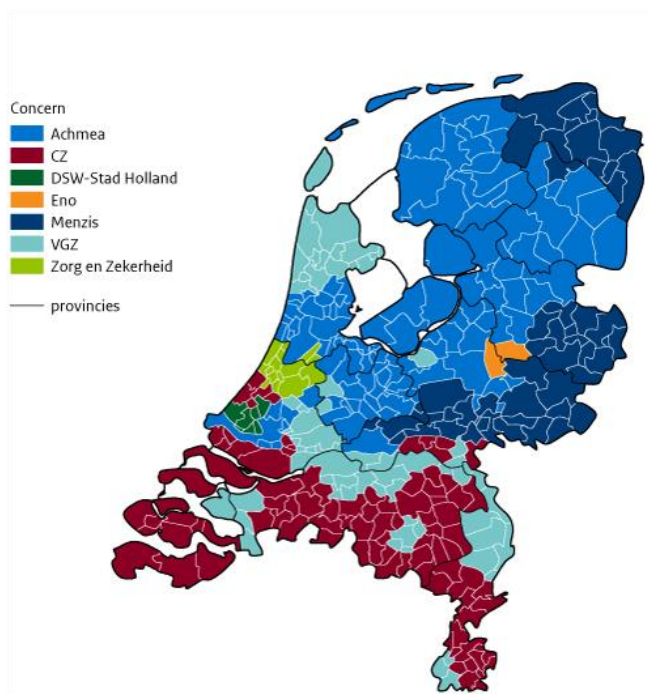
Er zijn 11 (overkoepelende) merken in Nederland. De vier grootste zorgverzekeraars zijn: Zilveren Kruis (Achmea), VGZ, CZ en Menzis. Van iedereen die verplicht is een zorgverzekering te kiezen, is 85% procent (in 2020) verzekerd bij deze vier. Zorgverzekeraars moeten iedereen als verzekerde accepteren voor het basispakket. Leeftijd of gezondheid mogen hierbij geen rol spelen.

Met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 is er sprake van marktwerking. Dit is het gevolg van oplopende wachttijden en steeds duurder wordende zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen vanaf dat moment met elkaar concurreren. Concurrentie tussen verzekeraars wordt verondersteld te leiden tot goede én betaalbare zorg, tegen een betaalbare zorgpremie. Verzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over de prijs van geleverde zorg. Wel moeten verzekeraars volgens de Zorgverzekeringswet zorg vergoeden als een verzekerde daar recht op heeft.

Met de overgang van de curatieve GGZ naar de Zorgverzekeringswet is aanvankelijk de oude budgetsystematiek aangehouden, waarin tekorten in de financiële dekking door de verzekeraars bijgepast werden. Deze budgetsystematiek liep tot en met 2012, waarbij de budgetten werden afgesproken door representerende verzekeraars namens alle zorgverzekeraars. In 2013 werd de budgetsystematiek afgeschaft en maakte de verzekeraars nog 1 jaar als representant afspraken, maar dan in DBC's. Vanaf dat moment was er een omzetplafond voor de DBC-omzet.

In 2014 werd ook de representatie afgeschaft en sindsdien maakt iedere zorgverzekeraar eigen afspraken met alle GGZ-aanbieders.

Historisch gezien is er een landelijke spreiding ontstaan van zorgverzekeraars (zie figuur 2), waardoor sommige verzekeraars in bepaalde delen van Nederland helemaal geen verzekerden hebben en andere verzekeraars juist landelijk klanten hebben. Dit zorgt automatisch al voor een bepaalde marktwerking.



Figuur 2 Landelijke spreiding zorgverzekeraars Nederland 2020¹⁶

2.3.2 Visiedocument Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

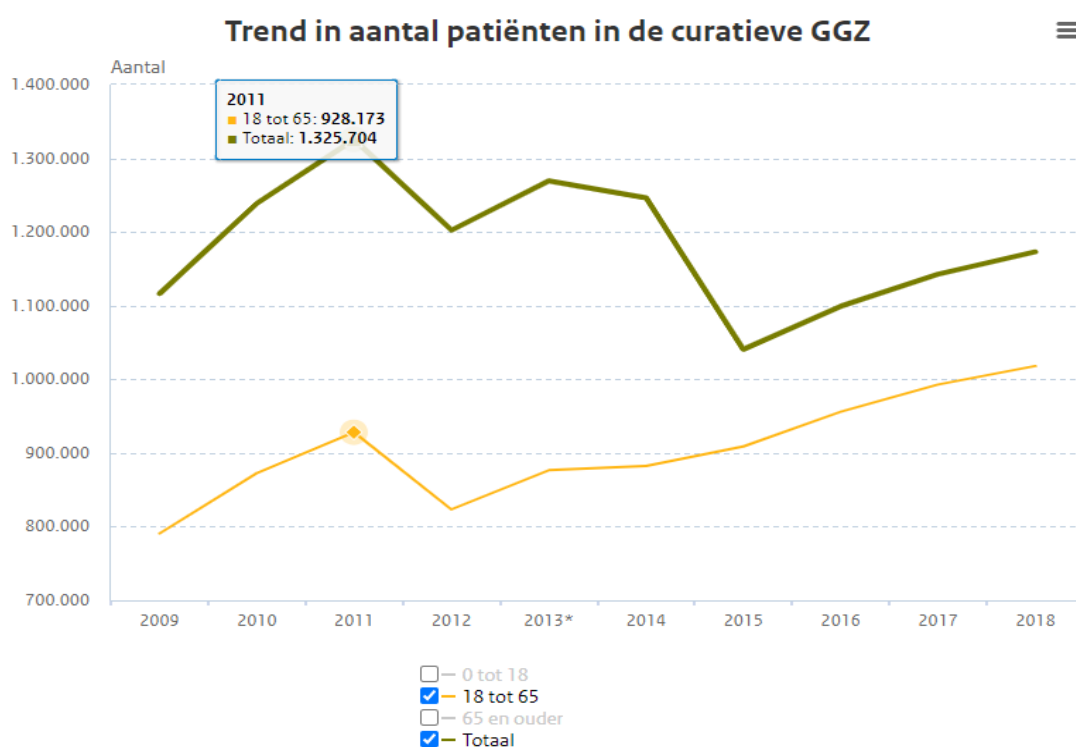
Eind 2019 kwamen zorgverzekeraars tot de conclusie dat het voor de (door)ontwikkeling van de GGZ van belang is om een gezamenlijke stip op de horizon te zetten. Ze zien dat de GGZ onder druk staat en vinden de groeiende vraag naar GGZ, forse personele problemen, financiële problemen van zorginstellingen en onoplosbare wachtlijsten zorgwekkend. Met het Visiedocument 'De GGZ in 2025, Vergezicht op de geestelijke gezondheidszorg' wil Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de bestaande problemen oplossen door een paradigma-verschuiving: "van behandelen en genezen naar werken *aan maatschappelijk herstel voor mensen met psychische kwetsbaarheden*." ZN formuleert vijf speerpunten voor 2025 (zie figuur 3). Vanuit deze speerpunten wordt 'De visie op de GGZ'⁴ uitgewerkt aan de hand van 9 thema's, die in het document worden uitgewerkt (zie bijlage 2 voor een overzicht van deze thema's).

1. Zorgverzekeraars willen de trend van onderbehandeling van zware klachten en overbehandeling van lichte klachten keren.
2. Samen met het GGZ-veld worden goede, bewezen praktijken ontwikkeld, opgeschaald en via de nieuwe bekostigingssystematiek per 2022 gefinancierd.
3. Zorgverzekeraars zetten in op het verbeteren van de samenwerking tussen de huisartsenzorg en de ggz-sector en het versterken van het sociaal domein en de eerste lijn.
4. Zorgverzekeraars vragen de Rijksoverheid om de gemeentelijke overheden via het Gemeentefonds voldoende en stabiel te financieren om hun taken waar te kunnen maken.
5. De Rijksoverheid moet een heldere uitspraak doen over de afbakening van de aanspraak geneeskundige ggz in de Zorgverzekeringswet
6. De Rijksoverheid moet kwalitatieve toetredingsdrempels voor zorgaanbieders mogelijk maken.

Figuur 3 Uit Visiedocument ZN 'Speerpunten GGZ voor 2025'⁴

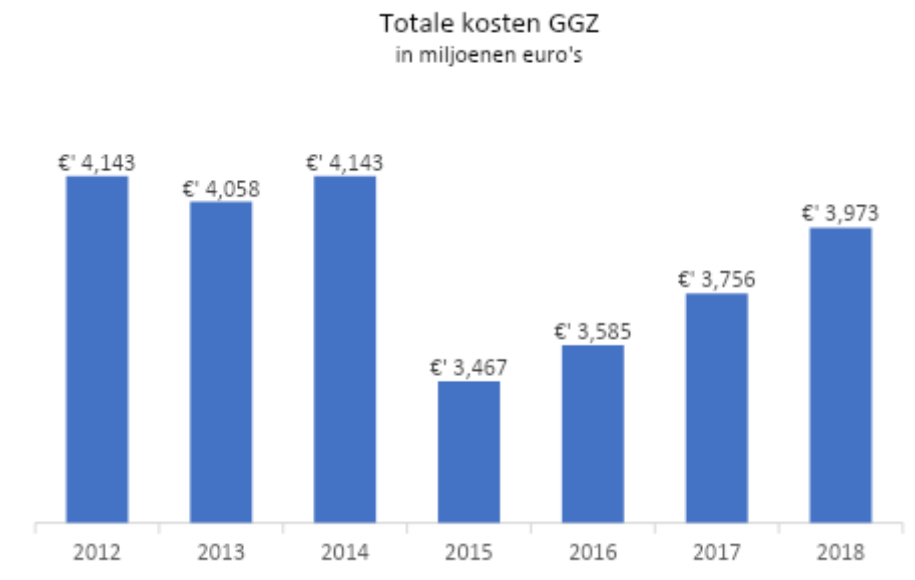
2.4 Dynamiek in de GGZ

Deze beschrijving van de ontwikkelingen in de afgelopen 10 jaar geeft wel aan hoeveel dynamiek er is (geweest) in de sector. De ene wijziging is nog niet ingevoerd, of er staan alweer nieuwe wijzigingen gepland. De GGZ krijgt weinig adempauze om beleid te bestendigen en te consolideren. Dit terwijl in de media regelmatig het beeld wordt geschetst dat de GGZ als sector steeds verder groeit en de maatschappelijke kosten voor GGZ-zorg blijven stijgen. Figuur 4 laat zien dat er in het totaal aantal patiënten in de GGZ (inclusief jeugd en ouderen) een afname is van het aantal patiënten vanaf 2011. Het aantal patiënten in de volwassenen GGZ stijgt echter vanaf 2012, van 825.000 naar ruim een miljoen patiënten in 2018.



Figuur 4 Ontwikkeling aantal patiënten GGZ 2012-2018¹⁷

De kosten voor de GGZ lijken ten opzichte van 2012 iets afgenomen (zie figuur 4). Echter is de trendbreuk in 2015 te verklaren door de overgang van de financiering voor Jeugdzorg naar de gemeenten. Na een flinke daling van de kosten daardoor in 2015 zijn de kosten vervolgens met 10% gestegen tot bijna vier miljard euro in 2018, terwijl dit dan alleen nog de kosten voor volwassen GGZ-zorg betreft.



Figuur 5 Totale kosten GGZ 2012-2018^{18 9}

Het loslaten van representatie in contractering, de toename van het aantal zorgverzekeraars, de verschillende domeinen en financieringsstromen, de ingevoerde marktwerking en het toenemend personeelstekort zorgt voor grote bestuurlijke uitdagingen. Met name de onderwerpen die nog níet op orde zijn, zoals de aanhoudende wachtlijsten en het personeelstekort, krijgen landelijk veel aandacht. De GGZ kampt met een imagoprobleem, wat invloed heeft op de aantrekkelijkheid als sector om in te werken en het veranderpotentieel op complexe thema's.

Hoofdstuk 3 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de theoretische achtergrond van dit onderzoek beschreven. In 3.1 wordt de Speltheorie² beschreven. Om de elementen die onderdeel uitmaken van deze theorie goed te kunnen duiden, worden deze elementen eerst gedefinieerd. Vervolgens wordt in 3.2 het Stakeholder Saliency model³ beschreven, aan de hand waarvan de stakeholders binnen dit onderzoek getypeerd worden. In 3.3 wordt tot slot het theoretisch kader weergegeven in een conceptueel model, met een toelichting op het model.

3.1 De Speltheorie

Definitie van de verschillende elementen

Relatie

Om de relatie te duiden wordt hier uitgegaan van een zakelijke relatie. In 'Managing Authentic relationships'¹⁹ wordt beschreven dat zakelijke relaties voldoende wederkerig moeten zijn en relevante voordelen bieden. Wanneer een relatie onvoldoende wederzijds belang biedt, is er geen evenwichtigheid in de samenwerking. Hoewel elementen als chemie en gunnen ook van invloed zijn, bepaalt de professionaliteit, wederzijdse strategische waardes, de tactische uitvoering en de operationele kwaliteit uiteindelijk het succes van een relatie.¹⁹

De relatie tussen zorgverzekeraars en GGZ-bestuurders wordt gedefinieerd als een werkrelatie, waarbij de zorgverzekeraar als een (externe) stakeholder wordt beschouwd van de GGZ-instelling, naast meerdere interne stakeholders. De GGZ-instelling heeft als eerste verantwoordelijkheid het besturen van de organisatie. De zorgverzekeraar heeft ook een verantwoordelijkheid voor zijn eigen organisatie, én een belang bij het goed functioneren van de GGZ-instelling. Daarnaast is er sprake van een relatie tussen zorgaanbieders; in de keten, in de regio en bovenregionaal.

Vertrouwen

Het begrip vertrouwen kent veel definities. Vertrouwen is niet statisch²⁰. Hoewel het nodig is als basis voor een relatie, is het ook iets wat daardoor wordt gevormd. Vertrouwen is de weerspiegelde reactie van de één op de betrouwbaarheid van de ander.²⁰ Dit maakt vertrouwen tot een relationeel proces van actie en reactie.²¹ Vertrouwen is aan de orde als een actor om iets te bereiken afhankelijk is van een andere actor, waarbij hij het handelen van die ander niet volledig kan controleren of voorspellen.²²

Bij de totstandkoming van vertrouwen in een relatie speelt wederkerigheid een rol; het gedrag van de één beïnvloedt het gedrag van de ander. Door deze wederkerigheid ontstaat een continu, iteratief proces waarmee uiteindelijk stabiele, betrouwbare instituties geschapen worden die zelf weer een vorm van vertrouwen organiseren. Zo kan een cultuur van vertrouwen ontstaan.²³

Interactie

Interactie is een wisselwerking waarbij er wederzijdse actie tussen mensen is. Het gaat om onderlinge beïnvloeding en beschrijft de manier waarop iemand op dingen reageert.

Turner²⁴ definieert interactie vanuit een sociaal perspectief en beschrijft het als een proces waarbij de handelingen, de achterliggende bedoelingen en de basis behoeften van één individu die van een ander beïnvloeden en andersom.

De Speltheorie² is een theorie die probeert de interactie die mensen met elkaar hebben te verklaren. Speltheorie ziet de menselijke interactie als een spel. De Speltheorie vindt zijn oorsprong in de tak van de wiskunde waarin het nemen van beslissingen centraal staat. John Nash, is één van de uitvinders van de speltheorie samen met wiskundige John von Neumann.²⁵

De Speltheorie is ontstaan uit de analyse van beslissingen die worden genomen bij het spelen van bordspellen, maar niet beperkt tot het spel in de zin van een vrijetijdsbesteding. Met toepassingen in de economie, sociologie, psychologie en biologie is het een zich snel ontwikkelend onderdeel van de wetenschap. De speltheorie biedt een raamwerk waarbinnen strategische interactie tussen 'spelers' bestudeerd wordt. Met behulp van modellen wordt geprobeerd de onderliggende interactie van 'spelers' die beslissingen nemen te begrijpen. Sommige wetenschappers zijn van mening dat ze daadwerkelijk kunnen voorspellen hoe de mensen zich zullen gedragen als ze geconfronteerd worden met situaties die gelijk zijn aan het spel dat wordt bestudeerd. Deze specifieke kijk op de Speltheorie is bekritiseerd omdat de aannames van de theoretici vaak worden geschonden. Ze gaan er dan bijvoorbeeld van uit dat spelers altijd zo handelen om hun winst direct te maximaliseren, terwijl dit niet altijd het geval is. Speltheorie gaat over de posities die we innemen in sociaal handelen, waarin concurreren en samenwerken beiden opties zijn. In onderhandeling kan het van meerwaarde zijn om te beschikken over kennis en bewustwording hierover²⁶.

Fischer²⁷ spreekt over speltheorie in termen van gerationaliseerde samenwerking.

Traditioneel draaien spellen vaak om concurreren; van de ander winnen. In de gedachte van de Speltheorie kan samenwerken de optie met hogere uitkomsten voor het geheel zijn. Uitgangspunt hierbij is dat als beide spelers alleen voor hun eigen winst gaan, hiermee afbreuk aan het geheel wordt gedaan. Dat dwingt de spelers ertoe om vrijwillig in te leveren op de grootst haalbare winst.

Vanuit een gevoel van onrechtvaardigheid over een verdeling kunnen spelers een afkeer hebben tegen suboptimale winst, waardoor men geneigd is om vanuit trots een naar hun idee een te klein deel maar helemaal af te wijzen. Als de spelers dit vraagstuk zelf in de hand hebben, kan 'kiezen of delen' een oplossing zijn, waarbij de 'deler' zoekt naar minimalisering van zijn maximale verlies. Als er sprake is van een vicieuze cirkel van conflicten, zijn er een aantal oplossingen; zorgen dat partijen in de toekomst nog met elkaar van doen hebben, een nóg grotere vijand inbrengen, zelf stoppen met het conflict, gelijkwaardige vergelding ('Tit for Tat'), het conflict handhaven duur maken, een scheidsrechter inbrengen, begrip tonen ten aanzien van het opgelopen nadeel van degene die verliest en daardoor agressief wordt.

Vertrouwen is cruciaal in spelen waarin je samenwerking wenst, maar er is niet altijd sprake van vertrouwen. Manieren om de betrouwbaarheid te vergroten zijn een boete zetten op nalatigheid, je reputatie in het spel brengen, risico's voor de andere partij beperken, consequenties verbinden aan oneerlijke risico's, je onderwerpen aan de aanwijzingen van de ander of de vertrouwensomgeving verkleinen. Met een aantal effectieve maatregelen kan er zelfs commitment worden gegenereerd tussen twee partijen zónder dat er vertrouwen is.

Drie belangrijke elementen van een spel

- ❖ De spelers
- ❖ De strategieën van elke speler
- ❖ Conflicten en/of samenwerking tussen spelers een belangrijke rol spelen

Soorten spellen

Er zijn verschillende soorten spellen die worden bestudeerd met behulp van de speltheorie.

Nul-som-spel (Zero-sum game)

De belangen van de spelers zijn in directe strijd met elkaar, zoals bijvoorbeeld in een sportwedstrijd waar het ene team wint en het andere team verlies. Als wint gelijk is aan 1 en een verlies gelijk aan -1, dan is de som nul.

Niet-nul-som-spel (Non-zero sum game)

De belangen van de spelers zijn niet altijd in direct conflict, zodat er voor beide spelers kansen zijn om te winnen. Een voorbeeld is wanneer beide spelers voor 'niet bekennen' kiezen in het 'Prisoner's dilemma' (zie onderstaand).

Gelijktijdig verplaatsingsspel (Move game)

Spelers kiezen acties tegelijkertijd. Bijvoorbeeld in het Prisoner's Dilemma moet elke speler anticiperen op wat de tegenstander doet op dat moment, in het besef dat de tegenstander hetzelfde doet.

Opeenvolgend verplaatsingsspel (Sequential move game)

Acties worden door de spelers in een bepaalde volgorde gekozen. Bij schaken of in een onderhandelings situatie moet de speler vooruitkijken om te weten welke actie hij nu moet kiezen.

Éénmalig spel (one-shot game)

Het spel wordt slechts éénmaal gespeeld. De spelers weten niet veel over elkaar of kennen elkaar niet goed. Een voorbeeld hiervan is fooi geven in een restaurant.

Herhaald spel (tit-for-tat game)

Het spelen van een spel wordt steeds herhaald met dezelfde spelers. De strategie van de andere speler wordt gevolgd. Er is daarmee een stille samenwerking; er is geen overleg maar de keuzes hebben invloed op elkaar.

Veel voorkomende dilemma's

Er kunnen zich volgens de Speltheorie een aantal dilemma's voor doen in het spel. De belangrijkste in het kader van dit onderzoek, namelijk het Nash-evenwicht en het Prisoner's dilemma, wordt hier toegelicht.

Prisoner's Dilemma In de Speltheorie is dit één van de meest populaire spellen dat is bestudeerd en is getoond in vele films en televisieshows. Het '*dilemma van de gevangene*' laat zien waarom twee individuen het misschien niet eens zijn, ook al lijkt het erop dat het het beste is om het wél eens te zijn. In dit scenario worden twee 'partners in crime' gescheiden in aparte kamers op het politiebureau gezet en krijgen ze een vergelijkbare deal. Als iemand tegen zijn partner getuigt en de partner zwijgt, gaat de verrader vrijuit en krijgt de partner de volledige straf (bijv. tien jaar). Als beide zwijgen, krijgen beide individuen gevangenisstraf (bijv. een jaar). Als de individuen tegen elkaar getuigen, krijgen ze allebei een matige straf (bijv. drie jaar). Beide individuen moeten kiezen of ze verraden of zwijgen, en de beslissing van de één wordt voor de ander verzwegen. Er ontstaat dan een Nash-evenwicht (zie onderstaand) die niet optimaal is. En dit komt doordat er geen communicatie plaatsvindt tussen beide partijen. Zodra er communicatie mogelijk is, dan zou de uitkomst voor beide partijen de meest ideale zijn. Het Prisoner's dilemma kan ook op veel andere sociale situaties worden toegepast, van politicologie en recht tot psychologie en reclame.

Nash-evenwicht In deze situatie halen beide partijen een maximaal resultaat. Er is sprake van maximaal resultaat evenwicht als voldaan wordt aan de volgende vier voorwaarden:

- Alle partijen hebben uit de situatie kunnen halen wat voor hem van belang is;
- Er is geen verdere concurrentie;
- De spelers zijn content met de gezamenlijke uitkomst en
- Er is maximaal samengewerkt met maximaal resultaat voor de afzonderlijke partijen.

Andere dilemma's zijn *freerider-ship* (opbrengsten krijgen zonder kosten mee te betalen), *Volunteers' dilemma* (een groep verliest tenzij iemand een offer brengt), *Stag hunt* (door samenwerking als groep veel winnen), *Chicken game* (als niemand toegeeft, is dit voor iedereen nadelig) en *Battle of sexes* (er is geen duidelijke oplossing, er ontstaat een dubbel Nash-evenwicht omdat beide spelers geen dominante strategie hebben).

In de film '*A Beautiful Mind*' toont Nash²⁸ aan dat coöperatie leidt tot het best denkbare resultaat voor alle deelnemende partijen. Niet concurrentie, maar samenwerking levert zo volgens hem absolute maximalisatie van resultaten op. Dit inzicht is inmiddels uitgegroeid tot een wetenschappelijk kennisgebied.

In onderzoek van Johnson-Lafleur et al.²⁹ wordt aan de hand van de Speltheorie onderzocht wat de invloed is op samenwerking in de Jeugd GGZ. Hierin wordt gesuggereerd dat het negeren van de nodige condities voor een goede samenwerking terwijl je wel spreekt van samenwerking, de situatie verergeren voor degenen die niet de grootste stem hebben of zich niet vanzelf uitspreken. Continuïteit wordt als een belangrijke sleutel gezien in een relatie. Alleen herhalende interactie is hierbij niet vanzelfsprekend voldoende om succes in een relatie te garanderen. Het voornemen interactie te blijven herhalen, creëert een dynamiek die nodig is om het vertrouwen te garanderen. Hiermee kan samenwerking worden ontwikkeld of verstevigd.²⁹

In dit onderzoek zal onderzocht worden in hoeverre de hier beschreven elementen uit de Speltheorie en bevindingen uit eerder onderzoek van invloed zijn op de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars. Het spelelement zal dan ook onderzocht worden in de context van de relatie, en niet vanuit wiskundig of economisch perspectief.

3.2 Stakeholder Saliency Model

Definitie stakeholder

Er zijn veel verschillende manieren om het begrip stakeholder(s) te definiëren, afhankelijk van het type organisatie en er bestaan zowel interne- als externe stakeholders van een organisatie.

In dit onderzoek wordt de volgende definitie van een stakeholder gehanteerd:

*Een stakeholder van een organisatie is een groep of individu die de organisatie kan beïnvloeden of door de verwezenlijking van de doelstellingen van de organisatie beïnvloed kan worden.*³⁰

In de context van dit onderzoek wordt alleen de zorgverzekeraar als externe stakeholder belicht, omdat het onderzoek zicht richt op de samenwerking en contractering met de zorgverzekeraars als directe financier van de GGZ-zorg. Andere externe, maar ook interne stakeholders worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

De *Stakeholder Saliency theorie*³ biedt een manier om stakeholders te identificeren en te typeren aan de hand van drie kenmerken, te weten macht, legitimiteit en urgentie. De ze drie kenmerken worden gebruikt om stakeholders te typeren. Er zijn acht type stakeholders te onderscheiden, waarbij het type wordt bepaald door hun machtspositie, hun legitimiteit en de urgentie waarmee ze eisen aan de orde stellen bij organisaties. Een combinatie van deze kenmerken bepaalt het type stakeholder.

De drie kenmerken zijn:

Macht: de mate waarin organisaties invloed ervaren van de stakeholder(s);

Urgentie: de mate waarin claims van stakeholders onmiddellijke aandacht vergen;

Legitimiteit: de mate waarin de eisen en invloed van de stakeholder(s) als passend wordt ervaren.

Samen bepalen deze kenmerken de mate waarin de organisatie prioriteit geeft aan de stakeholder(s), te weten *Saliency*. Hoe meer attributen er bij een stakeholder aanwezig zijn, hoe hoger de prioriteit een bestuurder geeft aan deze stakeholder. Macht gaat specifiek over de rol van de stakeholder(s), legitimiteit en urgenties gaan over de acties en de eisen van een stakeholder.

In het originele model van Mitchell, Agle en Wood³ wordt met name gesproken over *Saliency*. In dit onderzoek worden de elementen macht, legitimiteit en urgentie meer als individuele onderdelen beschouwd, omdat dit een specifiek beeld geeft van de waardering van stakeholders door GGZ-instellingen. Hierbij wordt het onderzoek van Van Dijk¹ als basis gebruikt. In dat onderzoek is gekeken naar hoe zorgbestuurders als representant van zorgverzekeraars, hun relatie met zorgverzekeraars waarderen in termen van macht, legitimiteit en urgentie.

De belangrijkste uitkomsten uit het onderzoek 'Zorgbestuurders ervaren de eisen van zorgverzekeraars in beperkte mate als wenselijk en passend'¹ zijn:

- Zorgbestuurders ervaren veel macht en urgentie van zorgverzekeraars, echter ervaren zij de eisen van zorgverzekeraars in beperkte mate als wenselijk en passend.
- Zorgbestuurders ervaren de meeste invloed van zorgverzekeraars op het gebied van financiën, strategievoering en kwaliteit van zorg.
- Een gedeelde lange termijnvisie zou de kwaliteit van de samenwerking kunnen bevorderen, de legitimiteit verhogen en het zorgstelsel werkbaar houden.

Van Dijk¹ richt haar onderzoek op alle zorgbestuurders in Nederland, en beschouwt banken en zorgverzekeraars als stakeholders. In dit onderzoek wordt er specifiek gekeken naar GGZ-bestuurders, en de zorgverzekeraars als stakeholder. Met deze resultaten wordt de huidige kennis uitgebreid, en verrijkt het naar verwachting de resultaten van het onderzoek van Van Dijk¹ door specifiek naar de GGZ-sector en zorgverzekeraars te kijken en op basis daarvan de resultaten te kunnen vergelijken.

Stakeholder typering volgens het Saliency model³¹

Latente stakeholders

Eén of meerdere van de bovenstaande drie kenmerken kunnen van toepassing zijn op een stakeholder. Stakeholders die één van de drie kenmerken bezitten worden latente stakeholders genoemd en bevinden zich in de buitenkant van het model (nummer 1,2 en 3).

1. Slapende stakeholder (dormant)

Het relevante kenmerk van een slapende stakeholder is macht. Slapende stakeholders hebben de macht om hun wil op te leggen aan een organisatie. Maar door het ontbreken van een legitieme relatie of een urgente eis, blijft hun macht onbenut. Slapende stakeholders hebben weinig of geen interactie met de organisatie. Vanwege hun potentie om een tweede eigenschap als stakeholder te verwerven, moeten organisaties zich echter bewust blijven van dergelijke stakeholders. De dynamische aard van de relatie tussen de stakeholder en de organisatie kan er namelijk voor zorgen dat ze meer in het oog zullen springen als ze een urgente of gelegitimeerde status verwerven.

2. Discrete stakeholder (discretionary)

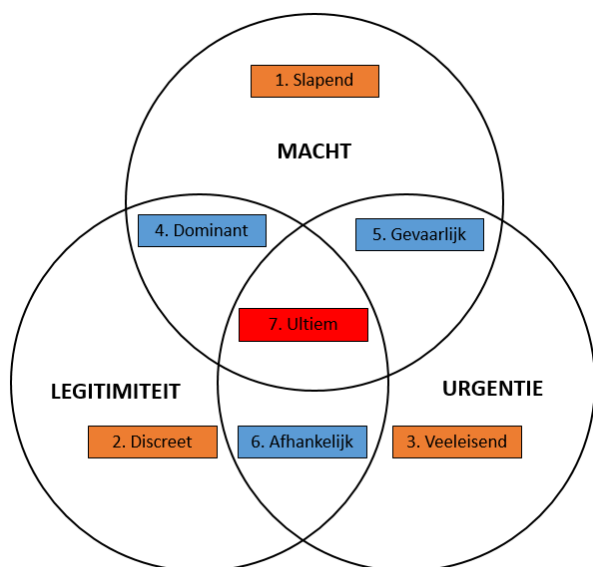
Een discrete stakeholders bezitten de eigenschap van legitimiteit, maar hebben geen bevoegdheid om de organisatie te beïnvloeden en geen dringende eisen. Het belangrijkste is dat dit type stakeholder absoluut geen druk uitoefent op de organisatie om een actieve relatie aan te gaan. De organisatie kan er echter wel voor kiezen dit alsnog te doen.

3. Veeleisende stakeholder (demanding)

Als de enige relevante eigenschap van de relatie tussen stakeholder en organisatie urgentie is, spreken we van een veeleisende stakeholder. Dit type heeft geen macht of legitimiteit, maar wel urgente eisen.

Verwachtende stakeholders

Stakeholders die twee van de drie kenmerken bezitten worden getypeerd als *verwachtende stakeholders* en bevinden zich centraal in het model (nummer 4,5,6). Zie figuur 5 voor een weergave van het model.



Figuur 6 Stakeholder Salience model

4. Dominante stakeholder (dominant)

De stakeholder heeft een legitieme macht en vormt daarmee een 'dominante coalitie' in de organisatie. Zijn eis is echter niet urgent, en kan er daarom voor kiezen om wel of niet te handelen n.a.v. de eis. Deze stakeholder verwacht veel en krijgt vaak veel aandacht.

5. Gevaarlijke stakeholder (dangerous)

Een stakeholder is gevaarlijk als deze macht bezit en een urgente eis heeft, maar met onvoldoende legitimiteit. De stakeholder kan dwingend zijn en zelfs gewelddadige middelen gebruiken. Het is van groot belang gevaarlijke stakeholders te onderkennen maar het is niet altijd noodzakelijk om aan hun eis te voldoen.

6. Afhankelijke stakeholder (dependent)

Deze stakeholder heeft geen macht maar is afhankelijk van anderen om de macht te verkrijgen die nodig is om hun eis uit te voeren. In deze relatie is de macht niet wederkerig, waardoor de uitoefening ervan beheerst wordt door de belangen van anderen (dominante andere stakeholders of de organisatie zelf).

Ultieme stakeholders

Stakeholders die beschikken over alle kenmerken, namelijk macht, urgentie en legitimiteit, worden getypeerd als ultieme stakeholders.

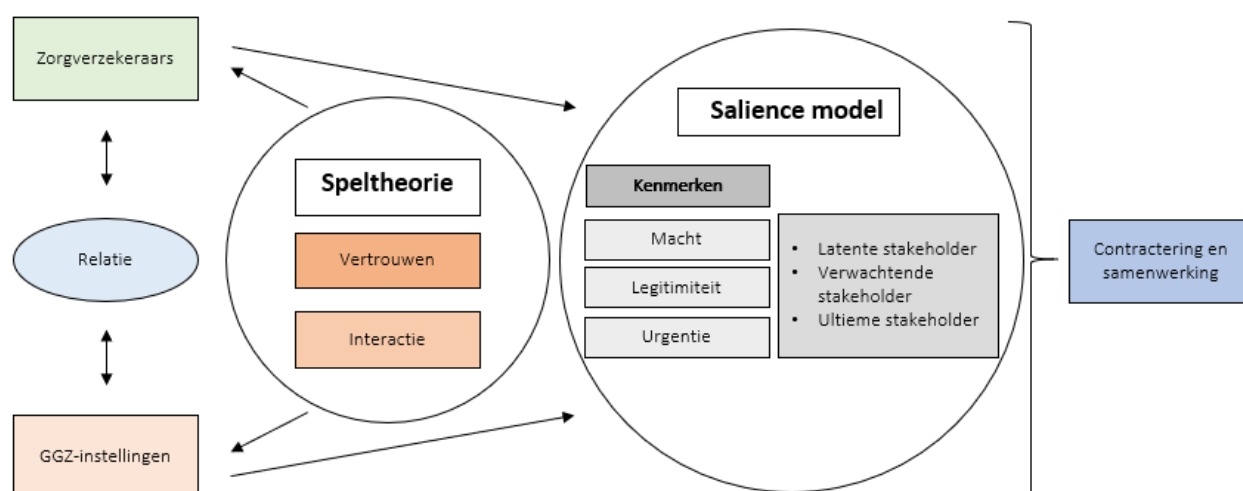
7. Ultieme stakeholders (definitive)

Een stakeholder die zowel macht als legitimiteit heeft, zal lid zijn van de dominante coalitie van een organisatie. Als een eis van een stakeholder dringend is, heeft de organisatie mandaat om prioriteit te geven aan deze eis. Het komt het meest voor dat een dominante stakeholder verandert in een ultieme stakeholder.

3.2 Conceptueel model

Het geschetste theoretisch kader vormt de basis voor de variabelen die het onderzoek samenvatten en helpen om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Zorgverzekeraars en GGZ-bestuurders zijn de hoofdactoren in het onderzoek. Zij hebben een onderlinge relatie en de zorgverzekeraar oefent in de rol van stakeholder invloed uit op de GGZ-instellingen. De elementen vertrouwen en interactie worden gebruikt om de relatie te duiden, waarbij er vanuit gegaan wordt dat dit volgens de Speltheorie² bepalende elementen zijn voor het al dan niet functioneren van de relatie. De relatie tussen beide actoren wordt onderzocht aan de hand van het Saliency Model³ en de Speltheorie². Met behulp van het Saliency model wordt de relatie gekenmerkt aan de hand van de kenmerken macht, legitimiteit en urgentie. Op basis van deze kenmerken kunnen de zorgverzekeraars als stakeholder getypeerd worden. De Speltheorie typeert de interactie tussen beide actoren als zijnde een spel en kan op basis van de condities om succesvol te zijn de relatie tussen beiden analyseren. De resultaten van beide analyses leiden tot inzicht over de samenwerking en het contracteerproces, ervan uitgaande dat de kenmerken van de relatie hierop van invloed zijn. Het visiedocument van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de 'interventie' waarvan de mogelijke impact ex ante geëvalueerd wordt, met behulp van het hier geschetste theoretisch kader.



Figuur 7 Conceptueel model

Hoofdstuk 4 Methoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd. De onderzoeksmethode wordt uiteengezet in 4.1. Vervolgens wordt in 4.2 het onderzoeksmodel weergegeven, wat een schematische weergave van de te nemen stappen in het onderzoek is. In 4.3 wordt beschreven welke respondenten hebben meegewerkt aan het onderzoek en wat de setting van het onderzoek is. Daarna volgt in 4.4 hoe de dataverzameling en analyse heeft plaatsgevonden. Tot slot wordt in 4.5 de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek weergegeven.

4.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek is kwalitatief van aard en heeft een evaluatief karakter. Het is te typeren als een *ex-ante* evaluatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van literatuuronderzoek, semigestructureerde interviews en kwantitatieve data uit het onderzoek van Van Dijk¹. Er wordt gebruik gemaakt van *literatuuronderzoek* binnen het theoretisch kader. Bij de analyse van de onderlinge afhankelijkheid tussen GGZ-bestuurders en zorgverzekeraars, en de invloed hiervan op contractering, worden concepten uit de Speltheorie² gebruikt. Aan de hand van het Saliency model³ kan in beeld gebracht worden wat de belangen zijn van betrokken partijen en hoe je hier het beste mee om kunt gaan.

Om een beeld te schetsen van de wet- en regelgeving en ontwikkelingen in de GGZ in de afgelopen 10 jaar is gebruik gemaakt van een *documentanalyse*. Hiermee kan het Visiedocument 'De toekomst van de GGZ' ook in een historisch perspectief worden geplaatst.

Een *ex ante* evaluatie wordt gebruikt om inzicht te verkrijgen op de mogelijke/verwachte effecten van het Visiedocument van Zorgverzekeraars Nederland op het functioneren van de GGZ, meer in het bijzonder op het contracteringsproces en de uitkomst daarvan. Evaluatieonderzoek heeft betrekking op het systematisch verzamelen en analyseren van gegevens om tot een oordeel van beleid te komen. Evaluatie *ex ante* is toekomstgericht, waarbij de verwachte effecten van beleidsvoornemens inzichtelijk worden gemaakt en beoordeeld.

Ik maak gebruik van data uit het onderzoek van Van Dijk¹, die resultaten bevat van een representatief vragenlijst onderzoek onder Nederlandse zorgbestuurders. Er is gekeken naar hoe zorgbestuurders als representant van zorgorganisaties, hun relatie met zorgverzekeraars waarderen in termen van macht, legitimiteit en urgentie. Van Dijk richt zich op zorgverzekeraars en banken als stakeholder bij het functioneren van zorginstellingen, en op bestuurders van zorginstellingen in het algemeen. Dit onderzoek is gericht op de zorgverzekeraar als stakeholder, en specifiek voor de integrale Volwassen-GGZ als sector.

Uit de dataset zijn de data met betrekking tot de GGZ-sector en de relatie met zorgverzekeraars gefilterd. Dit betekent dat de data van andere zorgsectoren en de bank als stakeholder buiten beschouwing zijn gelaten. Hiermee bleven er 47 respondenten over in de categorie 'bestuurder Volwassen GGZ'. Uit het 'Vragenlijstonderzoek zorgbestuurders'³² zijn de relevante vragen overgenomen in de vragenlijst voor dit onderzoek. Hiermee kon in beeld worden gebracht hoe GGZ-bestuurders in het bijzonder en zorgverzekeraars hun onderlinge relatie beoordelen.

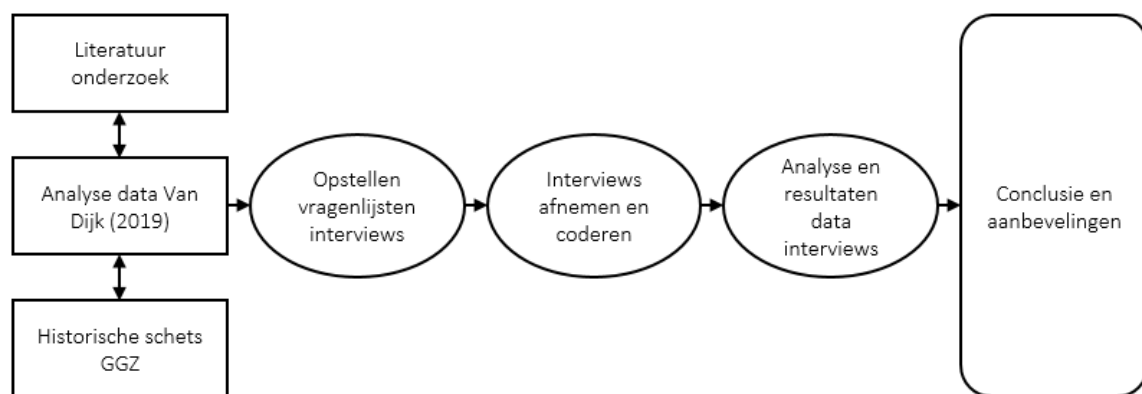
In dit onderzoek is aan de GGZ-bestuurders naast het interview een tweede vragenlijst voorgelegd, namelijk een gecomprimeerde versie van de 'Vragenlijstonderzoek zorgbestuurders'.³²

Hiermee hoopt de onderzoeker wellicht nog een passende bijdrage te kunnen leveren aan het promotieonderzoek van Van Dijk ¹. Dit onderdeel van het onderzoek heeft een retrospectief karakter.

Daarnaast wordt er aan de hand van *semigestructureerde interviews* veldonderzoek verricht door de onderzoeker om een zo diepgaand mogelijk beeld verkregen van de relatie tussen GGZ-bestuurders en Zorgverzekeraars. In de gesprekken komt aan de orde hoe de relatie tussen beiden ervaren wordt. Aan de hand van het theoretisch kader kan bepaald worden of deze relatie van invloed is op het functioneren van de GGZ op de thema's uit het Visiedocument. In de interviews zal ook specifiek aandacht besteed worden aan hoe GGZ-bestuurders tegen de visie van ZN op de toekomst van de GGZ aankijken.

4.2 Onderzoeksmodel

In figuur 8 wordt schematisch weergegeven wat in het onderzoek de te nemen stappen zijn om de doelstelling te bereiken. Aan de hand van de literatuur zoals beschreven in het theoretisch kader worden verschillende type stakeholders beschreven aan de hand van het Saliency model³. De relatie tussen stakeholders wordt onderzocht aan de hand van de Speltheorie. Op basis van de literatuur zal er naar een verband worden gekeken tussen type stakeholders en de relatie tussen beiden. Vervolgens wordt op basis van de data uit de interviews getoetst in hoeverre de literatuur vertalen is naar de praktijk (zie figuur 8).



Figuur 8 Schematische weergave Onderzoeksopzet

4.3 Respondenten en onderzoek setting

Voor het onderzoek is gekozen voor het afnemen van semigestructureerde interviews bij zowel bestuurders van GGZ-instellingen als de strategische (beleids-)adviseurs van Zorgverzekeraars. Er is bewust gekozen voor het interviewen van beide type respondenten, omdat hiermee naar verwachting de wederkerigheid in de relatie tussen beiden beter in beeld kon worden gebracht.

Er zijn 15 personen geïnterviewd die zicht hebben op het proces van contractering, betrokken zijn bij het onderhouden van de relatie met stakeholders, en voldoende zicht hebben op het landelijke ontwikkelingen in de ggz en strategisch beleid van de organisatie (zie bijlage 3 voor een overzicht van de respondenten). Het onderzoek heeft een verkennend karakter in het schetsen van een beeld van de integrale GGZ-instellingen en de zorgverzekeraars in Nederland.

De 15 respondenten bestaan uit zeven GGZ-bestuurders, zes strategisch adviseurs van zorgverzekeraars, een sales-adviseur en een strategisch adviseur van Zorgverzekeraars Nederland (zie figuur 8). Omdat er bewust gekozen is voor het interviewen van zowel GGZ-instellingen als Zorgverzekeraars, moest er gezien de scope en het tijdsplan van het onderzoek een beperking in aantal worden aangebracht. De selectie van deze respondenten is gemaakt door rechtstreekse benadering van hen door de onderzoeker, al dan niet via het professionele netwerk. Nederland kent 27 integrale GGZ-instellingen. Door zeven instellingen te benaderen voor dit onderzoek, kan dit in zekere mate als afspiegeling van de GGZ-sector beschouwd worden.

De selectie heeft niet als doel en intentie om een representatief beeld te geven van de sector. Er zijn een aantal overwegingen gemaakt bij het benaderen van de respondenten, met als doel dat dit onderzoek een verkennend beeld over de GGZ-sector oplevert. Omdat deze het imago heeft van een uitgesproken en invloedrijke partij in het GGZ-landschap. Er is gestreefd naar een gelijke verdeling man/vrouw, vanuit de vraag of er nog een verschil zal zijn in beleving tussen beiden. Uiteindelijk bestonden de respondenten uit vijf mannen en twee vrouwen en kan hier niet op deze manier naar gekeken worden. Er is gestreefd naar landelijke spreiding van de GGZ-instellingen. Dit is ten dele gelukt; er is geen respondent uit het noorden en oosten van Nederland.

Er zijn 11 (overkoepelende) zorgverzekeraars, met de zes respondenten wordt hier ook gestreefd naar een verkennend beeld over de sector. Bij de zorgverzekeraars is ook gekozen voor de grootste partij, en daarnaast naar een representatie op basis van grote en kleine zorgverzekeraars. Dit resulteerde in de drie marktleiders, en drie kleinere organisaties. De sales-adviseur is via het professionele netwerk benaderd, vanwege een ruime ervaring in contractering in de GGZ. De strategisch adviseur van ZN is benaderd in het kader van het Visiedocument van ZN. Deze respondent is nauw betrokken geweest bij het proces van totstandkoming van het visiedocument 'De GGZ in 2025' en is daarmee van toegevoegde waarde op de beelden van GGZ-instellingen en zorgverzekeraars.

<i>Type respondent</i>	<i>Aantal</i>	<i>Geslacht</i>	
		Man	Vrouw
GGZ-bestuurder	7	5	2
Strategisch adviseur zorgverzekeraar	6	4	2
Sales adviseur	1		x
Strategisch adviseur ZN	1	x	

Tabel 1 Overzicht respondenten interviews

De geselecteerde respondenten zijn allemaal geïnterviewd aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst, en de gesprekken vonden als gevolg van de Covid19-beperkingen online plaats via Teams. De non-verbale communicatie kon zo alsnog geobserveerd worden. De vragenlijsten zijn opgesteld aan de hand van een topiclijst, waar alle relevante begrippen uit het theoretisch kader in terugkwamen. Aan de GGZ-bestuurders is een tweede vragenlijst voorgelegd. Dit was een gecomprimeerde versie van de vragenlijst die in het onderzoek van Van Dijk¹ gebruikt is, en bevatte alleen de vragen die (ook) van toepassing zijn op de GGZ-sector.

4.4 Dataverzameling en analyse

Met behulp van *de wetenschappelijke literatuur* is aan de hand van het Saliency model onderzocht wat de verschillende type stakeholders voor invloed hebben op de onderlinge relatie in termen van macht, urgentie en legitimiteit. Aan de hand van de Speltheorie wordt de relatie tussen stakeholders onderzocht in het licht van interactie, werkbaarheid en vertrouwen. In het conceptueel model zijn dit de uitgangspunten voor het onderzoek. *De wet- en regelgeving in de GGZ* van de afgelopen 10 jaar wordt beschreven om een beeld te schetsen van de dynamiek in de sector en het gebruikte *Visiedocument 'De toekomst van de GGZ'*⁴ in een perspectief te plaatsen.

Tijdens de *interviews* is gebruik gemaakt van een topiclijst en een aantal gestructureerde vragen. Voorafgaand aan de interviews is de respondent om toestemming gevraagd om het materiaal geanonimiseerd te gebruiken ten behoeve van deze thesis. Van elke interview is een audio-opname gemaakt zodat de interviews eenvoudiger uitgewerkt konden worden. Door middel van open coderen zijn teksten uit het interview gecodeerd. De codes houden verband met concepten uit het theoretisch kader. In de fases van axiaal en selectief coderen³³ zijn codes steeds meer gegroepeerd en met elkaar in verband gebracht. Uiteindelijk bleven er 3 codegroepen over die corresponderen met de topics die de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek kunnen beantwoorden. De verkregen informatie uit de literatuur, observaties en de afgenomen interviews zijn geanalyseerd en verwerkt in de resultaten.

4.5 Betrouwbaarheid en validiteit

De *betrouwbaarheid* van een kwalitatief onderzoek is lastiger aan te tonen dan van een kwantitatief onderzoek. Een instrument, in dit geval een semigestructureerde vragenlijst, zou dezelfde resultaten moeten opleveren als deze opnieuw gebruikt wordt. Opnieuw betekent in deze context dat er sprake zou moeten zijn van stabiliteit over respondenten heen en van stabiliteit in tijd³⁴. Dat betekent dat dezelfde respondenten in dit onderzoek een week later dezelfde antwoorden zouden geven in de interviews. Alle interviews zijn afgenomen aan de hand van de semigestructureerde vragenlijst, er is een audio opname gemaakt, de interviews zijn uitgewerkt door middel van codering en scores van de vragen op de Likertschaal. Door het opnemen van een aantal gestructureerde vragen in dit onderzoek die beantwoord zijn met behulp van de Likertschaal, is deze stabiliteit vergroot.

Validiteit zegt iets over de waarheid van de resultaten binnen het onderzoek, met andere woorden of de onderzoeker meet wat hij beweert te meten³⁴. *Interne validiteit* wordt bepaald door de keuze voor methoden die het construct ook daadwerkelijk onderzoeken.

Door het gebruik van een conceptueel model wat gebaseerd is op wetenschappelijke literatuur in combinatie met de kwantitatieve data van Van Dijk¹ wordt de validiteit van dit onderzoek vergroot. *Externe validiteit* zegt iets over de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Deze zouden transfereerbaar moeten zijn naar andere situaties en plaatsen. In dit onderzoek wordt deze validiteit nagestreefd door de keuze voor respondenten te beschouwen als een representatieve steekproef voor zowel GGZ-bestuurders als zorgverzekeraars in Nederland. Door gebruik van codering van de interviews, wordt de herhaalbaarheid vergroot.

Door *triangulatie* wordt de geloofwaardigheid van de resultaten vergroot. In dit onderzoek wordt met behulp van methodologische triangulatie, namelijk door het betrekken van de kwantitatieve data uit het onderzoek van Van Dijk¹, vanuit verschillende methoden naar de onderzoeksvraag gekeken.

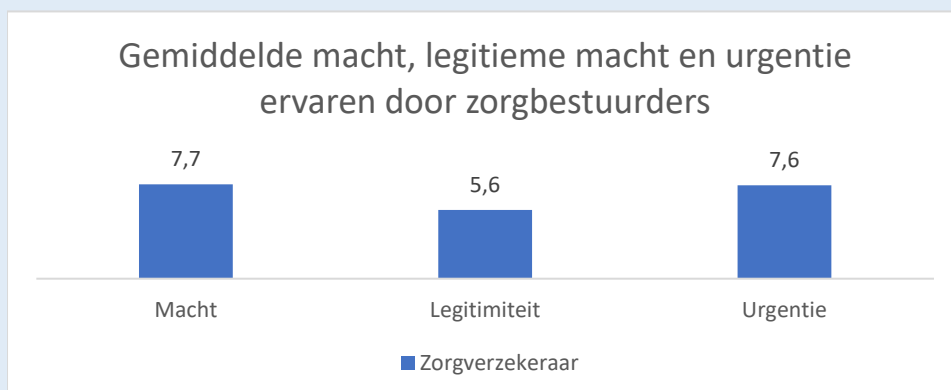
Hoofdstuk 5 Resultaten

In dit hoofdstuk worden in 5.1 allereerst in hoofdlijnen de resultaten gepresenteerd uit eerder onderzoek, gebaseerd op de Vragenlijst 'Zorgbestuurders 2019'.^{32 1} Hierbij zijn alleen de resultaten die betrekking hebben op GGZ-bestuurders en de Volwassen-GGZ bekeken en vergeleken. In 5.2 wordt de ervaren invloed van zorgverzekeraars op GGZ-instellingen beschreven, 'toen en nu'. Hier komen de invloed van beslissingen, de eisen aan de GGZ-bestuurder en de onderlinge relatie aan de orde. Vervolgens worden in 5.3 wordt de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars beschreven vanuit het perspectief van de GGZ-bestuurder en de zorgverzekeraars. Vanaf hier is er geen vergelijkend materiaal meer uit 2019. In 5.4 volgen de resultaten ten aanzien van de contractering. In 5.5 komen de bevindingen in het kader van het visiedocument van Zorgverzekeraars Nederland aan bod. Daarna volgt in 5.6 een weergave van de beeld van de respondenten op de toekomstige doelstellingen in de GGZ. Tot slot wordt in 5.7 aan de hand van quotes van respondenten een beeld weergegeven van het gewenste toekomstperspectief voor de GGZ. De input van de sales-adviseur en de strategisch adviseur van ZN zie ik als bevestiging dan wel als aanvulling op de overige resultaten. Zeker de input van de sales-adviseur sluit grotendeel aan op de bevindingen van de GGZ-bestuurders. Daar waar hun input iets specifiek toevoegt, beschrijf ik dit apart.

5.1 Resultaten onderzoek 2019

Bijna de helft van de respondenten (14 van de 37) is enigszins tevreden over de relatie met zorgverzekeraars. Opvallend is dat acht respondenten de relatie neutraal beoordelen. Geen van de respondenten is echter helemaal niet tevreden. De vraag of de relatie met zorgverzekeraars veranderd is in de periode van 2012 t/m 2018 wordt heel verschillend beantwoord; 41% van de respondenten vindt de relatie verbeterd, 35% van de GGZ-bestuurders vindt de relatie verslechterd en 25% vindt de relatie niet veranderd. De eisen die de zorgverzekeraar aan de GGZ-instelling stelt, oftewel de *legitimiteit*, wordt door 38% van de respondenten als wenselijk dan wel passend beoordeeld. Ook hier lopen de resultaten uiteen; 32% beoordeelt de eisen als neutraal, en 22% als enigszins onwenselijk/niet passend. Het merendeel van de respondenten (78%) ervaart de eisen van de zorgverzekeraars die onmiddellijke aandacht van de GGZ-instellingen vragen (*urgentie*) als urgent tot zeer urgent. De mate waarin de organisatie prioriteit geeft aan de eisen van de zorgverzekeraar, te weten *Salience*, is met 7 niet opmerkelijk laag of hoog te noemen (zie figuur 9).

“Uit een verdere analyse van de resultaten blijkt dat er significante verschillen bestaan in de waardering door bestuurders van verschillende typen zorgorganisaties. Bestuurders in de GGZ ervaren meer invloed van zorgverzekeraars dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. Bestuurders in de eerstelijns ervaren de eisen van zorgverzekeraars als minder passend en wenselijk dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. Bestuurders in de VVT geven aan dat de eisen van de zorgverzekeraars in mindere mate directe aandacht vragen (urgentie) dan bestuurders in de eerstelijns en de GGZ. Bestuurders in de eerstelijns ervaren weer meer urgentie dan bestuurders in de gehandicaptenzorg. De verschillen kunnen grotendeels verklaard worden door de sectorspecifieke (beleids-) dynamiek. De gevonden resultaten komen overeen met eerder onderzoek, waarbij ook consequent verschillen per sector worden gevonden (Bijloos, Van der Scheer & Van Veen-Berkx, 2017).”¹



Figuur 9: Gemiddelde macht, legitieme macht en urgentie ervaren door zorgbestuurders 2019

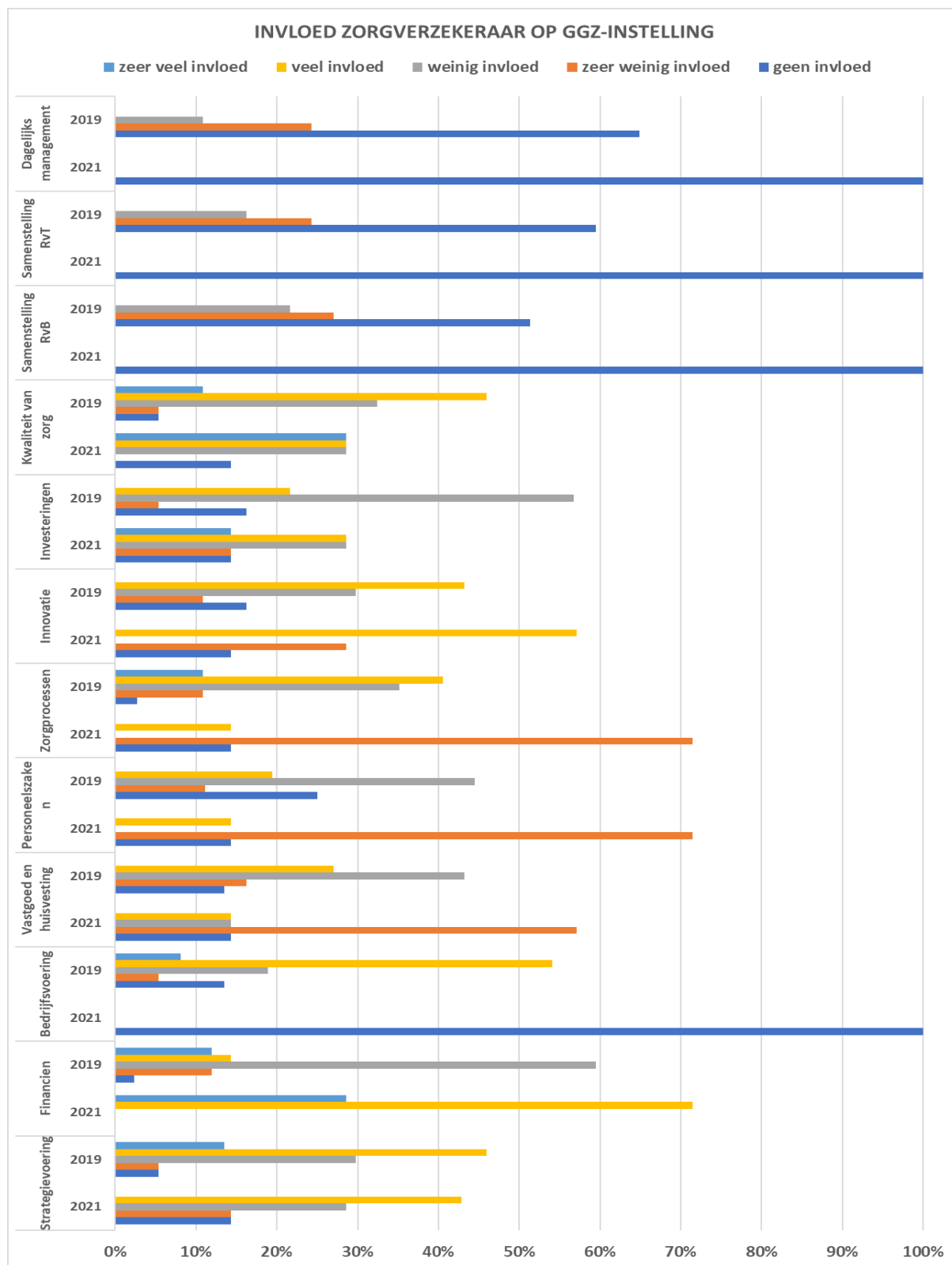
5.2 De ervaren invloed van zorgverzekeraars: ‘Toen en nu’

5.2.1. Invloed op beslissingen

2019

Bijna alle GGZ-bestuurders (86%)ervaarden in 2019 veel tot zeer veel invloed van de zorgverzekeraars op de beslissingen van de GGZ-instelling. Opvallend is dat er grote verschillen zijn in de ervaren invloed op de verschillende deelgebieden van de GGZ-instellingen. Zo wordt er relatief veel invloed ervaren op de *Strategievoering*; 17 respondenten ervaren veel invloed, en vijf respondenten zelfs zeer veel. Hetzelfde geldt voor de ervaren invloed op financiën van de GGZ-instelling; 25 respondenten ervaren veel invloed en zes zeer veel invloed. De invloed op de *Operationele bedrijfsvoering* noemt 54% ‘veel’, de mening van de overige respondenten ligt wat meer verdeeld van geen invloed tot drie respondenten die zeer veel invloed ervaren op dit gebied. Op gebied van *Vastgoed en huisvesting* én *Personeelszaken* ervaart bijna de helft (43%) van de GGZ-bestuurders weinig invloed. Op het gebied van *Zorgprocessen* en *Innovatie* liggen de ervaringen weer meer uiteen; 41% van de respondenten ervaart hier veel invloed en 35% ervaart hier juist weinig invloed. De invloed op *Investerings* binnen de GGZ-organisatie wordt door 21 respondenten als weinig ervaren.

Ook hier lopen de uitersten wat meer uiteen; acht respondenten ervaren veel invloed, en zes respondenten juist géén invloed op dit gebied. De invloed op de *Kwaliteit van zorg* ervaren de GGZ-bestuurders over het algemeen (17 respondenten) als groot. Daarentegen vinden 12 respondenten de invloed op dit gebied juist niet groot. Op de *Samenstelling van de Raad van Bestuur*, *Raad van Toezicht* en het *Dagelijks management* ervaren de meeste respondenten (55-64%) geen invloed.



Figuur 10 Invloed van zorgverzekeraars op GGZ-instellingen in 2019 en 2021

2021

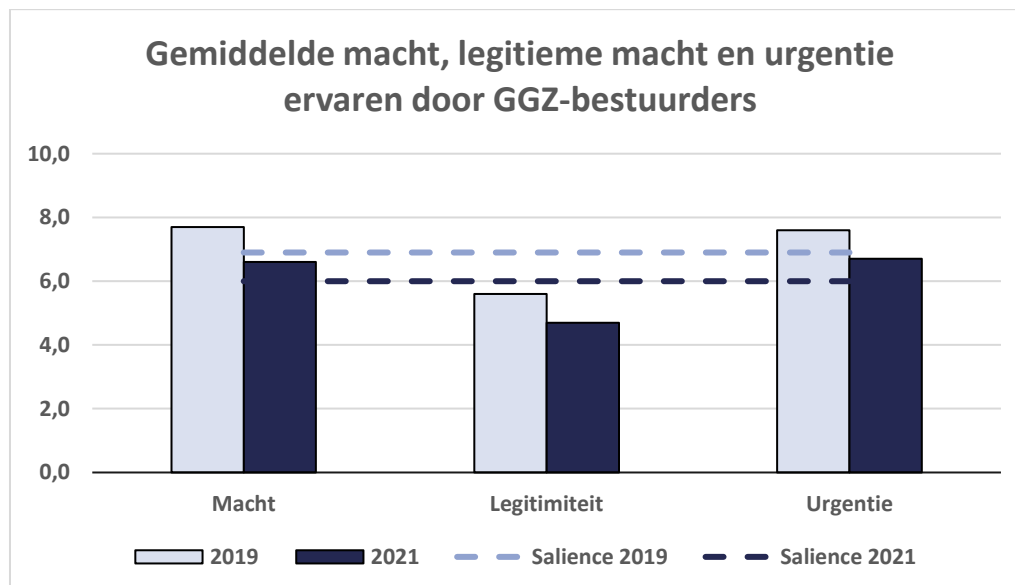
In 2021 ervaren drie van de zeven GGZ-bestuurders veel invloed (macht) op de strategievoering van de GGZ-instelling. De invloed op de *Financiën* wordt door alle respondenten als groot ervaren; vijf respondenten vinden de invloed groot, en twee zeer groot.

Opvallend is dat geen van de respondenten invloed ervaart op de *Operationele bedrijfsvoering* van de organisatie. Op het gebied van *Vastgoed en huisvesting* ervaart maar één GGZ-bestuurder hier veel invloed; de anderen niet of zeer weinig.

Ook op *Personeelszaken* en *Zorgprocessen* ervaren de respondenten hier, op één na, zeer weinig tot geen invloed. Als het gaat om de invloed op *Innovatie* is de ervaren invloed groter; bijna 60% van de respondenten beschrijft de invloed als 'veel'. Op het gebied van *Investerings* en *Kwaliteit van zorg* zijn de resultaten weer veel meer verdeeld. Drie bestuurders ervaren veel tot zeer veel invloed op investeringen en twee respondenten juist zeer weinig tot geen. Vier GGZ-bestuurders ervaren veel tot zeer veel invloed op de kwaliteit van zorg.

De respondenten geven eenduidig aan dat zij geen invloed ervaren van de zorgverzekeraars op de *Samenstelling van de Raad van Bestuur*, *Raad van Toezicht* en het *Dagelijks management* van de GGZ-instelling.

De meeste bestuurders ervaren de eisen van zorgverzekeraars als (zeer) onwenselijk dan wel niet passend (legitiem); vier van de zeven respondenten geeft dit aan. Slechts één bestuurder ervaart de wensen wel als passend. Ook ervaren vier van de zeven GGZ-bestuurders in grote mate dat de eisen van de zorgverzekeraars directe aandacht vragen (urgentie). De mate waarin de organisatie prioriteit geeft aan de eisen van de zorgverzekeraar, te weten *Salience*, is met 6 lager te noemen dan in 2019 (zie figuur 11).



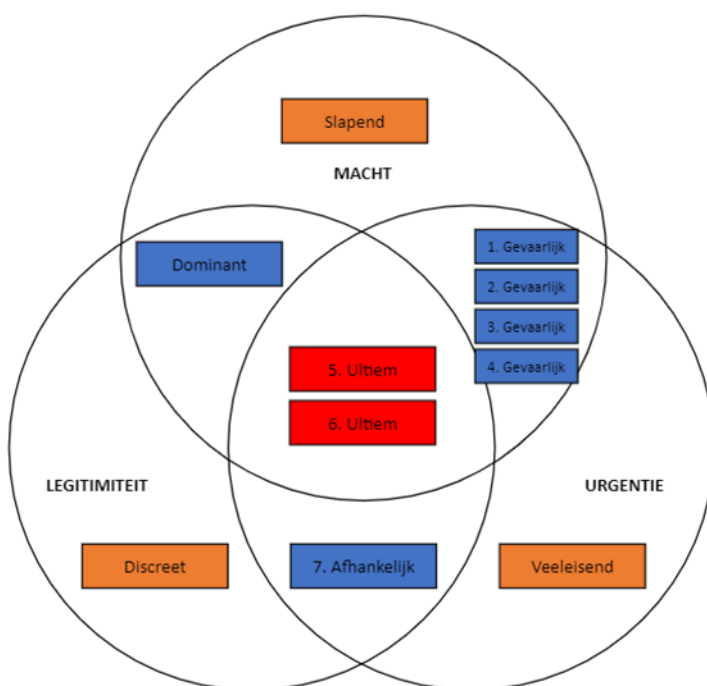
Figuur 11 Ervaren macht, legitimiteit en urgentie in 2019 en 2021

Aan de hand van de scores in de vragenlijst op 'Macht, legitimiteit en urgentie' zijn de type stakeholders gedefinieerd volgens het Saliency model.³ Op één na worden alle zorgverzekeraars getypeerd in de categorie 'Verwachtende stakeholder', omdat de respondenten ze op twee van de drie kenmerken scoren. Binnen deze categorie worden op twee zorgverzekeraars na alle stakeholders als 'dominant' getypeerd door de GGZ-bestuurders.

Er is namelijk sprake van ervaren macht én urgentie, terwijl de eisen als minder legitiem worden ervaren. Deze stakeholder verwacht veel en krijgt vaak ook veel aandacht. Eén bestuurder typeert de zorgverzekeraars als stakeholder als 'ultiem', omdat hier sprake is van alle drie de kenmerken. De eisen van de stakeholder worden hier als legitiemer ervaren dan door de andere respondenten. Een GGZ-bestuurder typeert de zorgverzekeraars als 'afhankelijk'. De eisen worden als legitiem ervaren, en er is minder sprake van macht en urgentie vanuit de zorgverzekeraars. De scores worden hieronder weergegeven in tabel 2, waarbij de GGZ-bestuurders als respondent genummerd zijn van 1 t/m 7. In figuur 12 zijn de zorgverzekeraars in beeld gebracht als type stakeholder.

Respondent	Kenmerken Zorgverzekeraar			Typering Zorgverzekeraar
	Macht	Legitimiteit	Urgentie	
1	x		x	Gevaarlijke stakeholder
2	x	x	x	Gevaarlijke stakeholder
3	x		x	Gevaarlijke stakeholder
4	x		x	Gevaarlijke stakeholder
5	x	x	x	Ultieme stakeholder
6	x	x	x	Ultieme stakeholder
7		x		Afhankelijke stakeholder

Tabel 2 Weergave typering zorgverzekeraars als stakeholders



Figuur 12 Typering stakeholders in Saliency model

5.2.2 Eisen aan de bestuurder

In 2019 vindt 38% van de respondenten dat zorgverzekeraars in de periode 2012 t/m 2018 meer eisen zijn gaan stellen aan *Het persoonlijk functioneren* van de GGZ-bestuurder. Tien respondenten staan hier neutraal in, en negen respondenten ervaren deze invloed niet zo. Op de vraag op welke gebieden de GGZ-bestuurders invloed ervaart, wordt zichtbaar dat de invloed van de zorgverzekeraars vooral ervaren wordt op gebied van de *Toekomstvisie, Strategische doelstellingen* van de bestuurder en de *Competenties*. Op het gebied van *Accreditatie, Opleidingen, Financiële kennis* wordt juist heel weinig invloed (71-93%) ervaren.

In 2021 ervaart ruim 70% van de GGZ-bestuurders meer eisen van de zorgverzekeraars aan *Het persoonlijk functioneren als GGZ-bestuurder*, en dan vooral op het gebied van *Financiële kennis* van de GGZ-bestuurder (drie respondenten). Vier van de zeven respondenten hebben de vraag op welke gebieden ze deze invloed ervaren niet beantwoord.

5.3 De relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars

5.3.1 Perspectief GGZ-bestuurders

Het merendeel van de GGZ-bestuurders (75%) geeft aan dat de relatie met zorgverzekeraars de afgelopen tien jaar veranderd is. Er is een wisselend beeld in de gesprekken als het gaat om de vraag of er sprake is van vertrouwen in de relatie; de helft van de GGZ-bestuurders geeft aan dat er enigszins sprake is van vertrouwen. De meeste respondenten ervaren een kantelpunt vanaf het moment dat de representatie gestopt is en men met alle zorgverzekeraars aparte afspraken moest gaan maken. Dit heeft veel meer hardheid in de relatie veroorzaakt. *“Onderhandelen met meerdere zorgverzekeraars is lastig; het is steeds hetzelfde kunstje en het zou het leven veel makkelijker maken als je maar met één partij hoeft te praten.”* Ook de sales-adviseur herkent het ervaren wantrouwen en het afspraken maken met meerdere partijen maakt dat je continue op je hoede moet zijn en ervoor moet zorgen dat de risico's beperkt blijven.

De relatie wordt als ingewikkeld en complex beschreven. De nadruk is steeds meer komen liggen op het maken van financiële afspraken en er is sprake van een hoge verantwoordingslast.

Er is een wisselend beeld op basis van de gesprekken in hoeverre de relatie werkbaar is. Een paar bestuurders geven aan dat er ondanks de financiële sturing en wantrouwen wel samenwerking is met zorgverzekeraars, en de belangen daarin gelijk zijn.

“Ik ga er altijd vanuit dat we dezelfde belangen hebben, namelijk toegankelijke zorg tegen de minste kosten voor mensen die het nodig hebben.”

Twee bestuurders zijn wat stilliger in de ervaring dat zorgverzekeraars een andere agenda hebben en daarmee de belangen verschillend zijn. *“De verzekeraars waar we de meest verstoorde relatie mee hebben zijn degene die om Best Practices en andere parameters vragen om meer budget te verstrekken.”*

Er is een verschil in ervaring tussen grote en kleinere verzekeraars, waarbij de meesten aangeven dat de grote zorgverzekeraars meer financieel gedreven zijn en dat als onprettig/onwenselijk wordt ervaren.

De relatie wordt door grote zorgverzekeraars bij een aantal zorgaanbieders echter ook beter onderhouden, waardoor zij de zorgaanbieders beter kennen en weten wat er speelt. Het is dan makkelijker om dezelfde taal te spreken. Op bestuurlijk niveau is er in alle gevallen contact, en wordt er in de relatie duidelijk onderscheid gemaakt en ervaren in op welk niveau er welke afspraken gemaakt worden.

De bestuurders onderhouden de relatie met elkaar, op inkoopniveau wordt de contractering vormgegeven. Als het vastloopt in contractering en er escalatie nodig is, worden de GGZ-bestuurders betrokken bij de onderhandeling. Er is een verschil te bemerken in hoe de relatie tussen bestuurders ervaren wordt, en hoe dit wordt doorvertaald naar inkoopniveau. Volgens de sales-adviseur speelt ook een gunfactor een rol, en ligt deze soms op bestuursniveau wel en op inkoopniveau niet. Men ervaart in alle gevallen een relatie waarin ze aan elkaar vastgeketend zijn en men niet zonder elkaar kan.

Vijf van de zeven ggz-bestuurders ervaren de relatie met zorgverzekeraars als wantrouwend. Eén van de respondenten zegt zelfs: *“er is sprake van geïnstitutionaliseerd wantrouwen.”*

Drie van de zeven bestuurders geven aan dat de relatie in de afgelopen jaren met één of meer verzekeraars dusdanig verstoord was dat het helemaal niet meer ging over de inhoud en wat wij aan het doen waren als zorgorganisatie. Een ander veelgehoord knelpunt is het feit dat de verschillende financieringsstromen en domeinen als complex en niet werkend ervaren wordt.

Alle bestuurders staan open voor verbetering in de relatie met zorgverzekeraars. Ze zouden graag meer het gesprek voeren over de inhoud van zorg, en constructiever samenwerken om de doelstellingen te bereiken. Door te erkennen dat het op een aantal vlakken niet goed loopt maar de intentie er wel is dit te verbeteren, kunnen er stappen gezet worden.

De bestuurders geven aan dat ze dit kunnen bereiken door zelf transparanter te worden, en ook open te staan voor de belangen en de zienswijze van de ander. Allen noemen echter dat dit wel in wederkerigheid moet gebeuren. Het verschilt per respondent of ze hiervoor zichzelf een sleutelrol of initiatief in zien weggelegd.

“Ik wil in toenemende mate transparantie geven, maar die verwacht ik dan ook van de andere kant. Naast dat verzekeraars ons aanspreken en uitdagen, wil ik ook transparantie van hun kant en dat ze investeren in kennis en kunde op het gebied van zorg.”

5.3.2 Perspectief van de zorgverzekeraars

De meeste respondenten (75%) geven aan dat er enigszins tot veel sprake is van vertrouwen in de relatie met GGZ-bestuurders. Met name in de relaties waar samenwerking plaatsvindt op het gebied van zinnige zorg en andere initiatieven, is het vertrouwen zeker aanwezig.

Ze noemen wel dat dit de afgelopen jaren steeds meer gegroeid is, na een periode van veel meer wantrouwen. Zij vinden de relatie allen constructief, en ervaren het contact als toegankelijk. 85% van de zorgverzekeraars vindt dit relatie met GGZ-instellingen ook productief. Inkopers komen regelmatig over de vloer. De verzekeraars noemen dat het sinds het loslaten van het representatiemodel niet mogelijk is om met álle aanbieders een intensieve relatie te onderhouden.

Ze richten zich nu allemaal met name op hun kernregio, en op de grootste klanten als zorgaanbieder. Met die partijen willen ze ook graag inhoudelijk in gesprek over de kwaliteit van zorg en verbeterinitiatieven. Met de kleinere partijen maken ze meestal met name een financiële afspraak. De kleinere verzekeraars hebben met meer aanbieders een intensievere relatie dan de grotere.

“De wijze waarop de relatie wordt vormgegeven van de top tot aan de werkvloer, is bepalend voor de kwaliteit ervan. Met de GGZ-instellingen die we frequent spreken, op zowel bestuurlijk- als onderhandelingsniveau, is de relatie beter.”

Vier van de zes zorgverzekeraars vinden dat de relatie met ggz-instellingen in de laatste tien jaar veranderd is. Er wordt vaker een inhoudelijk gesprek gevoerd, er is minder wantrouwen. De relatie is steeds minder gericht op controleren en in toom houden van de GGZ-instellingen. Alle zorgverzekeraars hebben op bestuurlijk niveau frequent contact met bestuurders van GGZ-instellingen. Eén van de zorgverzekeraars merkte nog op:

“Het valt mij op dat daar waar vrouwelijke bestuurders aan het roer staan de relatie wat beter is, dan daar waar geen vrouwelijke bestuurders zijn.”

Men is van mening dat het helpt om het gesprek met elkaar aan te gaan en te proberen een goede relatie te onderhouden. Het respecteren van elkaars belangen is hierin steeds meer het uitgangspunt.

“Je mag er bij ons op vertrouwen dat als ú passende zorg verleent, wij met een redelijke vergoeding komen. Maar dan moeten wij er wél op kunnen vertrouwen dat jullie er álles aan doen om tot die passende zorg te komen.

Twee andere verzekeraars noemen dat het krampachtig inbouwen van prikkels en risico's proberen in te dammen wantrouwen opwekt bij GGZ-instellingen. Eén zorgverzekeraar heeft 'duurzame allianties opgezet met een aantal instellingen; hier is veel meer transparantie, openheid en vertrouwen naar elkaar toe. Zo wordt dit ook ervaren op het moment dat er een meerjarenafspraak geldt. *“Maar tegen de tijd dat het contract moet worden herzien, neemt het wantrouwen weer wat toe. Dan hangt er ineens weer veel vanaf.”*

5.4 Contractering

5.4.1 Perspectief van GGZ-bestuurders

De helft van de respondenten is enigszins tevreden over het proces van contractering. De mening van de overige GGZ-bestuurders loopt uiteen. Twee respondenten zijn tevreden en heel tevreden, en twee zijn helemaal niet en niet tevreden. Van helemaal niet naar heel tevreden. Er is een groot verschil tussen de respondenten in de totstandkoming van contractafspraken. Tot nu toe wordt er meestal een contract afgesloten met de looptijd van een jaar.

“Zeker de laatste paar jaar is het proces veranderd, het wordt steeds meer vechten.”

“Ik ben helemaal niet tevreden over het proces van contracteren.”

“Op een aantal onderwerpen gaat het prima, en op andere onderwerpen clasht het volledig.”

De laatste jaren worden er echt steeds vaker meerjarenafspraken afgesproken, met het idee dat je niet ieder jaar dezelfde onderhandeling hoeft te voeren. Welk soort contract er gesloten wordt, en de voorwaarden waarop dit gebeurt, verschilt per instelling. De zorginstellingen die contracteren voor meerdere jaren, zijn hier tevreden over. Degenen die deze contracten (nog) niet hebben, kunnen niet goed aangeven wat hier de reden van is. In hun ogen is het niet duidelijk wat van hen als GGZ-instelling verwacht wordt van de zorgverzekeraar om tot meerjarenovereenkomsten over te gaan.

In één geval was het al dan niet aangaan van een overeenkomst voor meerdere jaren wel onderwerp van gesprek, maar werden er in de ogen van de bestuurder oneigenlijke eisen opgelegd door de betreffende verzekeraar om te voldoen aan de voorwaarden voor een meerjarencontract.

“Voorwaarde was bijvoorbeeld dat dure patiënten buiten contract niet meer betaald zouden worden. Terwijl ik niet kan kiezen hoeveel dure patiënten zich in een jaar aandienen van een bepaalde verzekeraar.”

Op diverse plekken zijn er initiatieven en samenwerking met zorgverzekeraars ten aanzien van zinnige zorg, samenwerking in de regio en doelmatigheid. *“Het standpunt dat verbeteringen in de zorg en kwaliteit en efficiëntie van zorg leiden tot goedkopere zorg horen zorgverzekeraars graag en dat helpt in het maken van afspraken.”* Er zijn meerdere initiatieven van GGZ-bestuurders om de zorg efficiënter in te richten. Voorbeelden hiervan zijn ‘Samenwerking Coöperatie A59’, waar het doel is om in samenwerking tussen GGZ-instellingen de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te verlagen, en het project ‘Ontregel de zorg’ vanuit Arkin, waarmee de administratieve last voor medewerkers verlaagd wordt en er meer tijd voor patiëntenzorg overblijft. Een aantal respondenten geeft juist aan dat contractering op bureaucratische wijze tot stand komt en alleen financieel gedreven is.

“Het beeld is dat wij steeds meer geld willen. Daar irriteer ik me erg aan. Ik wil niet méér geld, maar ik wil wel betaald worden voor de zorg die ik lever. Ik wil niet vechten met zorgverzekeraars.”

Twee bestuurders van de grotere GGZ-instellingen geven aan dat zij bij voorkeur afspraken zouden maken op basis van een raming van de geboden zorg, in plaats van vooraf een contract te sluiten. *“Als je van het contract afwijkt is er een probleem; dan kost het beide partijen veel tijd en moeite om de geboden zorg alsnog betaald te krijgen.”*

Alle respondenten geven aan dat er bij de grote zorgverzekeraars meer verantwoording moet worden afgelegd en de regels van de zorgverzekeraars meestal leidend zijn. De normen voor het aantonen van doelmatigheid worden volgens twee respondenten verschillend gehanteerd door zorgverzekeraars, en vaak uitgelegd in het nadeel van de GGZ-instelling. Het merendeel van de bestuurders heeft veel kritiek op het feit dat vrijgevestigde zorgaanbieders nauwelijks getoetst worden op hun doelmatigheid. Contractering vindt daar doorgaans digitaal plaats, en er wordt nauwelijks inhoudelijk gesproken over de geboden zorg.

De respondenten vinden allen dat zorgverzekeraars indirect veel invloed hebben op de financiën van de instellingen. *“Want als wij er met de tarieven niet uitkomen dan we daar heel veel last van met de afspraken. ZN schrijft dat organisaties het financieel moeilijk hebben. Ik vind dit een beetje het krokodillentranengedeelte. Want ja, als je 8% onder kostprijs betaald en niet bereid bent meer te betalen, wat wil je dan? Dan moet je eerst eens betalen wat je hoort te betalen voordat je stelt dat instellingen het lastig hebben.”*

Drie van de zeven respondenten geven aan dat het soms jaren duurt voordat financiële afrekening over een jaar is afgerond. *“We zitten nog in afwikkeling van de jaren tot 2015. Functioneel verdrietig van worden helpt dan af en toe.”* Ook in het lopende jaren wordt de deadline die landelijk geldt om half november de contracten met zorgverzekeraars voor het komende jaar gesloten te hebben eigenlijk nooit gehaald. Alleen in het geval van meerjarencontracten zijn daar even geen zorgen over. *“We voeren steeds stevige gesprekken, met name over volume. Het is nu februari, en er zijn slechts twee contracten rond.”*

Men is het erover eens dat zorgverzekeraars het waarderen als zorgaanbieders transparant zijn. Dit wordt beloond door bijvoorbeeld betere prijsafspraken, maar dan moet je wel je zaken op orde hebben. Het blijkt voor GGZ-instellingen echter nog vaak lastig om transparant te zijn. Relevante stuurinformatie over ligdagen, prijs per patiënt en DBC's zijn vaak niet betrouwbaar of niet actueel. Hierdoor helpt het vaak niet om dit als transparant beeld in te zetten in de contractering, omdat de zorgverzekeraar dan toch uitgaat van hun eigen informatie en dit zich laat vertalen in vb. een lagere prijs. Meerdere GGZ-bestuurders spreken ook hun zorgen uit over de invloed van de prestatiebekostiging in 2022, omdat dit het proces eerder complexer zal maken dan eenvoudiger.

“Ik vind echt dat de zorgverzekeraars de laatste jaren niet geïnvesteerd hebben in een volwaardige transparante zorginkoop.”

Alle GGZ-bestuurders zouden in de contractafspraken met zorgverzekeraars meer vrije ruimte willen krijgen om een aantal zaken zelf vorm te geven. Digitalisering van zorg, preventie en consultatie in de eerste lijn zijn daar voorbeelden van. *“Dat vraagt om een andere vorm van verantwoording dan vinkjes zetten. Dat vraagt om vertrouwen.”*

De respondenten ervaren regelmatig een onenigheid of knelpunt in de contractering met zorgverzekeraars. Inhoudelijk gaat dit in alle gevallen over volumeafspraken, type patiënten en de tarieven.

“Een escalatie kan productief zijn voor de relatie. Na een goede ruzie klaart het vaak ook op.”

Alle GGZ-bestuurders geven aan dat het helpt om de onderhandeling op scherp te zetten en de stap te zetten richting (dreigen met) escalatie. Wát onder escalatie verstaan wordt en hoe ver men bereid is hierin te gaan, verschilt erg. De ene bestuurder verstaat onder escalatie dat de inkoper van de organisatie de onderhandeling escaleert op bestuurlijk niveau, en de bestuurder vervolgens aanschuift in gesprek met de zorgverzekeraar. De andere bestuurder denkt bij escalatie meer aan het stoppen van de onderhandeling, en het standpunt innemen dat er sprake is van een conflict met het gevolg dat de zorg niet gecontracteerd is.

Op de vraag of het helpend kan zijn om dit via de media te spelen, is eigenlijk iedereen van mening dat dit niet functioneel is en niet zonder risico's. In het geval waar dit onlangs wel in de media gekomen is, is dit naar mening van de bestuurder niet het gevolg van zijn initiatief. *“Uiteindelijk is het streven toch om vanuit wederzijds respect het conflict op te lossen en het belang van de patiënt steeds voor ogen te houden.”* Op het moment dat de media betrokken raakt, zijn alle respondenten het erover eens dat je aan dit respect voorbijgaat. *“Media is echt het laatste middel. Dat zou ik niet snel uit mezelf inzetten.”*

Alle respondenten gaan een confrontatie over de contracteerresultaten echter niet uit de weg. *“Te lang wachten met escalatie is ook ondermijnend voor je positie. In hoeverre laat je de ander er dan mee weggkomen?”* De GGZ-bestuurders willen opstaan voor de inhoud, wederzijdse belangen proberen in beeld te krijgen en zo min mogelijk vechten met zorgverzekeraars. Goed nadenken over de onderhandelstrategie vinden alle bestuurders van belang. Vier van de zeven respondenten geeft aan het helpt om transparantie te geven op het moment dat de spanning hoog oploopt.

“Met elkaar in gesprek blijven, elkaar op een andere manier tegemoet treden en vertrouwen wekken helpt om eruit te komen.”

5.4.2 Perspectief van de zorgverzekeraars

Het merendeel van de zorgverzekeraars, namelijk vijf van de zes, zijn tevreden over het proces van contractering met GGZ-instellingen. Zij vinden dat ze open in gesprek zijn en bespreken hoe het beter en anders kan. Zorgverzekeraars richten zich met name op hun kernregio's, d.w.z. op die regio's waar zij de meeste verzekerden hebben. Daar zijn zij dan ook 'in the lead' als het gaat om het initiëren van initiatieven in de ketenzorg en over domeinen heen. Een stilzwijgende afspraak is dan ook, dat verzekeraars van elkaar weten wie-waar de grootste is, en ervan uit gaan dat diegene dan ook deze voortrekkersrol op zich neemt. *“Iedere verzekeraar heeft natuurlijk als doel om kwalitatief goede zorg in te kopen, want daar zijn we voor. Dat je gaat ervan uit dat een ander dat ook doet, maar tegelijkertijd weet je dat natuurlijk nooit helemaal zeker.”*

Alle zorgverzekeraars beamen dat contractering veel tijd kost en het vaak (te) lang duurt om tot afspraken te komen voor het volgende jaar. Waar contracten eigenlijk voor half november voor het komende jaar rond moeten zijn, loopt deze onderhandeling vaak door tot het voorjaar van het lopende jaar.

Zorgverzekeraars merken dat het voor instellingen steeds belangrijker wordt om de zorg goed gefinancierd te krijgen, omdat hun financiële situatie hier direct door beïnvloedt wordt. Het gesprek rond contractering gaat in eerste instantie over het maken van financiële afspraken. Als daar overeenstemming over bereikt kan worden, is er ruimte voor een meer inhoudelijk gesprek. En als dat meer tijd nodig heeft, duurt het vaak best wel even voordat ze er gezamenlijk uit zijn. “We zijn het tij aan het keren in onze kernregio’s; in plaats van een rituele dans over P x Q proberen we ook echt om een gesprek over de inhoudelijke doelstellingen te voeren.” Zeker in geval van afspraken over de meest complexe zorg is de ervaring vaker dat het niet werkt om daar alleen een harde financiële afspraak te willen maken.

Een aantal zorgverzekeraars sluit steeds vaker meerjarenovereenkomsten, en zijn hier heel tevreden over. Zij denken dat het GGZ-instellingen ook zekerheid geeft en daarmee ruimte om een andere dialoog te voeren. Als zo’n contract op financieel gebied eenmaal staat, is er dan op regelmatige basis ook contact om te spreken over doelstellingen op het gebied van kwaliteit en inhoud van zorg. Dat geeft ook een steeds beter beeld over patiënttevredenheid en effectiviteit van behandeling. Eén zorgverzekeraar vertelt dat de partijen waar meerjarenovereenkomsten zijn, hen ook steeds beter weten te vinden. *“Als er iets speelt op verzekerdeniveau, bijvoorbeeld een klacht, dan kunnen we snel bespreken wat er mis is gegaan en hoe dit in de toekomst beter kan.”*

Contractering met vrijgevestigden en kleinere GGZ-instellingen vindt grotendeels digitaal plaats. Het contact met vrijgevestigden wordt ook onderhouden via hun koepelorganisaties. Zorgverzekeraars hebben duidelijk op basis van welke parameters zij deze aanbieders toetsen, namelijk kunnen we met deze aanbieder iets bereiken in de regio, en zit deze in ons kernwerkgebied. Als een aanbieder niet in hun kernregio zit, besteden ze er ook minder tijd aan. Ze zullen dan wel contracteren, maar de relatie en de uitwerking zal dan minder intensief zijn.

“Uiteindelijk zit het toch gewoon heel platgezegd vast op financiering.”

“Ik geloof niet in escalatie. “Ik vind dat toch onderhandelen over de rug van verzekerden.”

“Je ontkomt soms niet aan escalatie. Het is wel goed om dan met elkaar spelregels af te spreken. Wat is een escalatie? Met wie vervolg je het gesprek dan? En wat is het doel van de escalatie?”

Zorgverzekeraars zijn van mening dat escalatie in de onderhandeling soms kan helpen om het gesprek op scherp te zetten. Maar allen zien dit wel als het eindpunt van een traject. Het geeft veel onrust bij verzekerden, en helpt je niet direct verder. Een aantal zorgverzekeraars geeft ook aan dat een escalatie op korte termijn vooral de GGZ-instelling iets op kan leveren. Maar op langere termijn doet het ook de onderlinge relatie niet goed. Het streven om er samen uit te komen en erop vertrouwen dat je dezelfde doelen voor ogen hebt, is een uitgangspunt waar alle verzekeraars zich in lijken te vinden.

5.5 Visiedocument Zorgverzekeraars Nederland

5.5.1 Perspectief van GGZ-bestuurders

Drie van de zeven ondervraagde respondenten geeft aan betrokken te zijn geweest bij de totstandkoming van het Visiedocument van ZN. En de bestuurders die betrokken zijn geweest bij het visiedocument, zijn dit allemaal via een brancheorganisatie of andere landelijke rol, en niet vanuit hun positie als bestuurder van de betreffende GGZ-organisatie. Op één na geven wel alle bestuurders aan reeds voorafgaand aan het interview in het kader van dit onderzoek, bekend te zijn geweest met de inhoud van het Visiedocument. De GGZ-bestuurders die niet betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het Visiedocument, geven aan dat hen ook niet duidelijk is hoe bepaald is wie er wel of niet betrokken zouden worden bij dit proces.

De inhoud van het visiedocument wordt door alle respondenten ondersteund. *“Wat er in dit document staat, is echt wel in lijn met hoe wij als organisatie denken en willen werken.”*

Het wordt als erkenning gevoeld dat een aantal thema's die besproken worden in het document, dus blijkbaar ook door ZN gezien worden als knelpunten. Hiervan is regelmatig het idee dat dit niet net zo op de agenda staat bij zorgverzekeraars als bij de GGZ-instellingen. De juiste zorg op de juiste plek is hier een belangrijk voorbeeld van.

De zorgen liggen dan ook meer op het gebied van hoe deze visie handen en voeten krijgt zodat in 2025 de doelstellingen behaald worden. Alle GGZ-bestuurders noemen hier iets over, en wordt goed samengevat in de uitspraak van één van de respondenten:

“Visie is papier en papier is geduldig. Dus wat je mist is toch wel het commitment, bestuurlijk maar ook in andere geledingen van de organisatie, bij een verzekeraar maar ook bij een aanbieder, om dit dan ook te gaan doen. En daar wringt volgens mij de schoen omdat de onderliggende patronen, de diepere patronen, die zijn er al 10 jaar.”

Het concretiseren van de visie, en het vertrouwen dat dit visiedocument daadwerkelijk iets anders gaat brengen, wordt niet of gedeeltelijk gevoeld. Het Visiedocument is bij geen van de bestuurders actief onderwerp van gesprek met zorgverzekeraars. Zich hardmaken voor preventie en het verlagen van de opnameduur waardoor de wachtlijsten afnemen worden als realistische doelstellingen ervaren. Het oplossen van het personeelstekort en samenwerken over domeinen heen lijken meer hardnekkige problemen.

“25 procent van de duurste patiënten veroorzaken 75 procent van de kosten. Ja, dat moet echt niet. Dat is altijd zo. Maar daar moet natuurlijk gewoon 10.000 euro af per patiënt.”

De helft van de bestuurders noemt dan ook dat er veel ruimte is gegeven aan aanbieders in de basiszorg, die goede prijsafspraken met de zorgverzekeraars hebben kunnen maken. Vervolgens blijven patiënten daar echter te lang 'hangen' door de wachtlijsten in de gespecialiseerde GGZ, en is er langer zorg nodig. Het Visiedocument geeft nog geen antwoord op het voornemen om het beroep op de GGZ-zorg te kunnen verminderen. De bredere maatschappelijke gerichtheid hierin, om preventie vorm te te geven, wordt gemist door de bestuurders.

Ook is het men er unaniem over eens dat er een vertekend beeld wordt gegeven van de beeldvorming dat de zorgkosten voor de GGZ alleen maar toenemen en de sector onbetaalbaar zou worden. Meerdere bestuurders weerleggen dit imago, door te schetsen dat in deze zorgkosten bijvoorbeeld ook de dementiezorg is opgenomen en er gaat uiteindelijk maar 10-12% van de totale zorgkosten naar de GGZ. Wel krijgt een fors aandeel van de problematiek een medische vertaling. Men pleit dan ook voor meer integratieve zorg, waardoor je het geheel aan zorg doelmatiger kunt maken.

De thema's uit het Visiedocument staan bij alle geïnterviewde GGZ-instellingen op de agenda, en zijn daar onderwerp van strategie en beleid. *“Wij hebben onze visie er niet op aangepast hoor, toen we het lasen. We hadden onze meerjarenstrategie als staan en je zou bijna denken, ze hebben goed naar ons geluisterd.”* Eén van de bestuurders vertelt dat zij vanaf 2016 bezig zijn met een heleboel punten die in het Visiedocument staan, maar hierin wel de ondersteuning van de zorgverzekeraars missen. *“Het zijn mooie woorden, maar de uitvoeringskant heb ik nog niet zo meegemaakt.”*

Het visiedocument helpt in ieder geval vier GGZ-bestuurders om het gesprek aan te gaan in de regio over de doelstellingen, bijvoorbeeld ten aanzien van hoog-complexe zorg, en het verkorten van de opnameduur.

Één respondent is zoekende naar hoe preventie een rol kan spelen in het voorkomen van ernstigere opnamen. Het naast preventie, leveren van een bijdrage aan het vergroten van mentale maatschappelijke gezondheid noemen drie bestuurders specifiek, maar hebben er nog niet zo'n beeld bij hoe ze hieraan kunnen bijdragen. De GGZ-bestuurders hebben een wisselend beeld van of het Visiedocument nu ook onderwerp van gesprek is tussen hen en zorgverzekeraars.

Een andere zorg, die drie respondenten aangeven, is dat de GGZ de wens heeft om over twee domeinen heen in te kunnen kopen. Het sociaal domein en de zorgverzekeringswet zijn nu twee zo gescheiden werelden, dat het bijna onmogelijk is om in gezamenlijkheid met gemeentes preventie vorm te geven. Beide domeinen hebben hier nu geen geoormerkt budget voor, en blijven daarom naar elkaar kijken. *“De prikkel om preventie te financieren is gewoon heel mager; we kunnen niet meten wat het ons oplevert en de gemeentes maken er ook geen concreet beleid op.”*

5.5.2 Perspectief van de zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) geeft aan dat het doel van het Visiedocument is geweest om als zorgverzekeraars vanuit hetzelfde kader naar ontwikkelingen te kijken. *“Want als wij het niet op hoofdlijnen met elkaar eens zijn, lukt het ook de sector niet.”* Voor de totstandkoming heeft men uit de sector mensen betrokken die met enige afstand naar hun formele rol en positie kunnen kijken, omdat dit volgens ZN nodig was om vrijuit te kunnen praten.

Op één na zijn alle zorgverzekeraars betrokken geweest bij de totstandkoming van het Visiedocument van ZN. De meesten vinden het een goed idee om een gezamenlijke visie te formuleren en deze ook na te streven.

“De urgentie om een duidelijke stip op de horizon te zetten wordt overal gevoeld. Bij aanbieders, maar ook bij De Nederlandse GGZ en andere brancheorganisaties, erkent men dat dat het beginpunt is om te kunnen veranderen.”

Door meer partijen dan alleen zorgverzekeraars te betrekken bij de totstandkoming van het document, geeft het een realistischer beeld. Met als doel om vanuit een breder perspectief te horen hoe men de contractering ervaart en wat de doelstellingen de komende jaren zouden moeten zijn. Eén zorgverzekeraar vindt dat hier een mooi proces uit is voortgekomen, begeleid door de Argumentenfabriek. Wel vindt hij dat er ook de nodige conservatieve ideeën zijn meegenomen in de uitwerking, maar dit doet wel recht aan het gehoor geven aan alle leden. “Het geeft ons een gemeenschappelijke taal om uitdrukking te geven aan wat we op allerlei deelgebieden zoals personeel, organisatie, kwaliteit, vraag en aanbod, et cetera, wat we daarvan willen.”

De meeste zorgverzekeraars geven aan dat de thema's en doelstellingen uit het Visiedocument wel een plek hebben binnen het beleid van hun eigen organisatie; bij de één weliswaar wat explicieter dan bij de ander. “De thema's uit het document zijn wat beter geïntegreerd in de werkwijze dan de paar jaar daarvoor. Dus nee, het is niet heel vernieuwend, maar het zijn denk ik punten die goed zijn om bij te houden en in ieder geval je aandacht op te vestigen.”

Méer eHealth toepassingen en de gevolgen van het nieuwe financieringsmodel voor de GGZ per 2022, het Zorgprestatiemodel, heeft grote prioriteit. Ook op het niveau van Zorgverzekeraars Nederland staat dit onderwerp elke zes weken op de agenda. Per thema wordt dan besproken hoe zorgverzekeraars ervoor staan en waar meer op ingezet kan worden. In gesprek met de GGZ-instellingen is het Visiedocument meestal geen concreet onderwerp van gesprek. Indirect komen de thema's eruit wel terug; preventie, samenwerking en wachtlijsten zijn actuele thema's. Concretisering van verandering en verbetering blijkt echter in de praktijk toch steeds wel lastig.

Eén van de zorgverzekeraars noemt als knelpunt dat de meeste inkopers ook weinig mandaat hebben om afspraken met zorgaanbieders zelf vorm te geven. *“Als daar niet meer ruimte en mandaat in komt, blijf je hangen in bureaucratie en kom je op korte termijn niet tot concretisering.”*

Het vergroten van de mentale gezondheid in Nederland, om te zorgen dat er niet onnodig veel ingezet wordt op zorg voor de lichtere klachten, wordt belangrijk gevonden door de zorgverzekeraars. De vraag waarop we dit met elkaar kunnen bereiken, staat echter nog wel open. Zorgverzekeraars lopen er tegenaan dat zij hun budget alléén mogen besteden aan geneeskundige GGZ, en er daarmee geen ruimte is voor het financieren van preventie. “GGZ-instellingen en gemeentes kaatsen deze bal echter ook terug, zij hebben de middelen hier ook niet voor.”

Of het Visiedocument zal bijdragen om de doelstellingen te bereiken, is ook een vraag die niet eenduidig beantwoord wordt. De zorgverzekeraars zijn van mening dat het goed is dat het op papier stelt, dat het helpt om het doel voor ogen te houden. “Aan tafel met koepel- of brancheorganisaties lijkt vaak of de discussiepunten groter zijn en de belangen uiteenlopen”, aldus één van de respondenten. Maar tegelijkertijd vragen een aantal thema's om bewegingen die traag ingezet worden. Twee zorgverzekeraars noemen hierin ook duidelijk de rol van de GGZ-bestuurders: “als jij écht wil bewegen en veranderen, dan ga je het wel doen. Dan zoek je samenwerking met de zorgverzekeraar en dan zorg je dat een project slaagt.”

5.6 Doelstellingen van de GGZ en samenwerking

5.6.1 Perspectief van GGZ-bestuurders

Het gesprek met GGZ-bestuurders over samenwerking met andere partners, in de regio of landelijk, levert een heel divers beeld op. Overal is samenwerking, maar hoe deze functioneert, op welk gebied er wordt samengewerkt en vanuit welke intentie dit is, verschilt sterk.

“Willen we iets bereiken, dan kunnen we dat niet allemaal als los zand gaan doen, dat zullen we dan met elkaar moeten doen.”

“Het gaat steeds beter om in de regio dingen samen te doen. Het heeft veel positieve invloed op elkaar om elkaar beter te leren kennen, patiënten over te nemen, etc.”

Maar ook:

“Het ontbreekt binnen de GGZ aan een structuur voor meer samenwerking. Marktwerving en een gebrek aan transparantie dragen hier niet aan bij.”

Op bestuurlijk niveau is er contact, en dit wordt als constructief en prettig ervaren. Er zijn waarde netwerken en regiegroepen, maar deze zijn vaak functioneel ingericht. Een aantal bestuurders mist de gezamenlijke drive om problemen echt anders aan te gaan pakken en samen op te lossen. *“Het voelt niet alsof er een gezamenlijke wens is om het voor de patiënt goed op orde te hebben.”* In het Zuiden van het land is er veel onderlinge samenwerking, met name tussen ggz-instellingen. Met ‘Samenwerking Coöperatie A59’ geven vijf GGZ-instellingen samenwerking vorm met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren en de kosten te verlagen. In de Randstand ligt samenwerking wat complexer. Hier noemen bestuurders met name dat er zoveel partijen zijn, dat het lastig is om iedereen aan tafel te krijgen en is er ook meer sprake van concurrentie. Met name op de eerstelijnszorg. De complexere zorg is overbelast, en kunnen instellingen ook weinig voor elkaar betekenen voor elkaar. Er is behoefte aan meer samenhangend beleid, waar er nu aparte beleidsplannen zijn als uitgangspunt voor samenwerking. Samenwerking in de keten vindt overal plaats, maar vraagt nog wel om verbetering. *“Er is e.e.a. opgezet, maar dat heeft nog wel verbeterpotentieel.”*

Met name de samenwerking met de huisartsen wordt op veel plaatsen nog als onvoldoende ervaren. Huisartsen zijn vaak niet voldoende toegerust om de patiënt in de eerstelijnszorg te bedienen. Capaciteit, maar ook de angst dat de huisarts een patiënt na een paar gesprekken niet door kan verwijzen naar de Gespecialiseerde GGZ indien nodig, maakt dat ze regelmatig ook moeite hebben de POH-zorg te realiseren. GGZ-instellingen zouden graag meer consultatie bieden in de huisartspraktijken, maar hiervoor is de financiering ook niet goed ingericht tot op heden.

Alle bestuurders geven aan dat er overleg is op het gebied van wachtlijsten. Iedereen is van mening dat je dit probleem alleen gezamenlijk op kan lossen. Vijf van zeven bestuurders spreken over Transfertafels, waar regionaal op initiatief van de zorgverzekeraars gezamenlijk inzicht wordt verkregen over de patiënten die op de wachtlijst staan en hoe vraag en aanbod beter bij elkaar gebracht kan worden. Alle bestuurders vinden dit een goed initiatief, maar zien het ook niet als oplossing voor alle problemen.

“Op een gegeven moment ben je uitgeschoven, en is wel duidelijk dat er gewoon te weinig capaciteit is voor de complexe zorg.”

Verdere digitalisering, het aanpakken van het personeelstekort en realistische prijsafspraken voor de meest complexe zorg worden hier wel als sleutels gezien. Preventie is in alle gesprekken met de GGZ-bestuurders een thema. Alle bestuurders geven aan dat het vormgeven van preventie hoge prioriteit heeft, maar dit lastig is zolang er geen richtlijnen dan wel mogelijkheden zijn voor de financiering ervan. Zorgverzekeraars kunnen alleen budgetafspraken maken op basis van DBC's, en gemeentes hebben ook geen financiële middelen.

Bestuurders zouden graag de mentale gezondheid bevorderen, en hierbij hun expertise inzetten om daaraan bij te dragen. *“Mentale gezondheid moet net zo belangrijk worden gemaakt als fysieke gezondheid.”* Twee bestuurders geven aan dat ze in de gedachte van meer eigen regelruimte binnen contractering, financieel willen investeren in preventie met het vertrouwen dat dit op termijn in hun voordeel is. *“Ik zou het echt aandurven om een de komende jaren alle groeimiddelen in te zetten op preventie, maar dan wel onder regie van de aanbieders en niet gereguleerd in een regionale subsidiepot.”*

5.6.2 Perspectief van de zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gaf in gesprek aan dat ze graag meer experimenteerruimte zien de komende jaren, en meer financiële middelen voor de gemeenten om het sociale domein beter te bedienen. Voor de GGZ-bestuurders wordt eigenaarschap als een belangrijk instrument genoemd. *“Neem de regie; als bestuurder heb je veel invloed, maar die moet je wel willen nemen en ook aangrijpen om stappen te zetten.”*

Waar het gaat over de doelstellingen voor de komende jaren benoemen de zorgverzekeraars met name het belang van samenwerking in de regio en ketenzorg. Zij beschrijven het verbeteren van het functioneren in de keten, tussen huisarts POH-GGZ, basis-GGZ en specialistische GGZ eigenlijk allen als prioriteit.

“We zijn natuurlijk nooit klaar. Er zijn ontzettend veel partijen waar je wat mee zou kunnen of moeten. Prioriteit heeft ‘De juiste zorg op de juiste plek’. In kleine stapjes zou het over een paar jaar écht wel beter moeten zijn.”

Het algemene beeld is dat de intentie in het veld er ook is om de ketenzorg te verbeteren, maar dat het verschil in belangen maakt dat niemand zich er écht verantwoordelijk voor voelt. Eén van de zorgverzekeraars noemt de behoefte aan een vloeiende keten met goede bedrijfsvoerders, waar je processen zó inricht dat de doorstroom in de keten goed is en de wachttijden verminderen.

Een andere zorgverzekeraar vindt dat er in de keten nóg meer naar het belang van de patiënt gekeken moet worden. *“Heeft een patiënt nog baat bij de geboden behandeling? Hoe kunnen we de Psychosociale ondersteuning meer aandacht geven zodat de geneeskundige behandeling beter aanslaat?”*

Op de vraag waarom het nog niet zo goed lukt om de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk meer te positioneren, zegt één van de zorgverzekeraars: *“Nou, we zijn niet lenig genoeg om daar heel snel in te opereren. Want kijk, toen de basis GGZ en de POH kwam, was er een soort systeemwijziging waar Nederland nog steeds van aan het bijkomen is. De huisartsen zien het nog steeds als een dingetje wat ze erbij gekregen hebben.”* In gesprek met gemeentes geven de zorgverzekeraars aan een bredere coalitie nodig te hebben om hier resultaat te bereiken. *“Wij kunnen dit als zorgverzekeraars niet alleen, daarvoor is het te complex.”*

Zorgverzekeraars zijn steeds vaker betrokken bij-, initiator van of verbinder daar waar het gaat over het opzetten van regionale samenwerking en projecten om de zorg kwalitatief te verbeteren. Waardegericht inkopen, werken met ‘good practices’, passende zorg, eHealth-projecten en het opzetten van strategische allianties. Alle respondenten hebben hier inmiddels goede ervaringen mee en zetten zich hier actief voor in, ter illustratie een voorbeeld van VGZ:

Best Practices zijn bewezen en succesvolle voorbeelden van goede zorg voor de patiënt, tegen lagere kosten. Zo kunnen steeds meer patiënten gebruik maken van deze nieuwe, effectieve werkwijzen. Bijvoorbeeld ‘Beter worden doe je thuis’, ‘Centralisatie nachtzorg’ en ‘Vroeg interventie psychose’³⁹.

De zorgverzekeraars zien geen oplossingen in het verhogen van de budgetten voor de GGZ. Het merendeel noemt het belang van de ingezette koers met projecten die bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit tegen lagere kosten.

Het Zorgprestatiemodel wordt door een paar respondenten genoemd in de zin van een komende verandering, waarvan de impact nog onduidelijk is. De impact en de gevolgen hiervan komen echter (nog) niet zo aan bod.

Ten aanzien van de wachtlijstproblematiek spelen de meeste verzekeraars een rol aan de zogenaamde Transfertaafels die per regio zijn ingericht. Regelmatig hebben ze hier de rol van verbinder, door betrokken partijen met elkaar in contact te brengen en het gesprek te openen. Omdat zij meer op afstand staan van de zorg, kunnen ze een lastige verandering som ook makkelijker forceren: *“soms moet ik ook als breekijzer fungeren. Als twee partijen helemaal niet op één lijn zitten en alleen maar in strijd blijven, helpt het om daar een wat neutraler standpunt in op te werpen.”* De gepubliceerde wachttijden zijn volgens een aantal zorgverzekeraars niet betrouwbaar. Er zoude dubbele tellingen zijn, omdat een patiënt vaak op meerdere wachtlijsten staat. Een transparant overzicht, bijvoorbeeld op BSN-nummer zou dan kunnen helpen om een realistisch overzicht te krijgen, aldus één van de respondenten. Ook wordt de suggestie gedaan om behandelaren meer te betrekken bij het oplossen van de wachtlijstproblematiek. Zij komen vaak met verrassende oplossingen, en daarmee is het ook minder alleen een bestuurlijk probleem maar wordt het breder gedragen.

5.7 Toekomstperspectief

Tot slot is de respondenten in de interviews gevraagd wat zij over vijf jaar in ieder geval bereikt willen hebben. Dit leverde een breed palet op met wensen en ambities. Bij de meeste respondenten liggen de ambities op het gebied van verbeterde samenwerking, met zorgverzekeraars en over domeinen heen, en het inzetten op preventie en maatschappelijke gezondheid. Zie onderstaand een greep uit de reacties van de respondenten.

Wat wil je over vijf jaar bereikt hebben?

"De focus leggen op preventie en het behandelen van patiënten die echt ziek zijn."

"Wat ik hoop is dat we blijven investeren in de wijk, en vanuit vertrouwen en meerdere belangen gezamenlijk de kwetsbare mens zo goed mogelijk ondersteunen. Dat niet alleen gekeken wordt naar inzet vanuit de GGZ, maar ook wat er nodig is vanuit welzijn.

Dat zou ik wezenlijk vinden."

"Ik zou het mooi vinden als we samen met de GGZ-partijen, maar ook met gemeenten en VWS, écht stappen zetten op dat stuk weerbaarheidsvermogen van de samenleving."

"Dat we met dezelfde middelen gewoon betere zorg kunnen leveren. Dat vraagt om innovatie, handelingsruimte, dus om een andere vorm van verantwoording dan vinkjes zetten. Dat vraagt om vertrouwen."

"Dat we door dit visiedocument nader tot elkaar komen en het wantrouwen meer loslaten. Hoe gaan we de visie concreet maken en dit ook aan met elkaar?"

"Ik gun de sector minder complexiteit; meer zorg leveren in plaats van verantwoording en wantrouwen, ja dan zouden we echt iets bereikt hebben."

"Veel punten uit het visiedocument staan op de agenda, en die wil ik graag bereiken. Dat kan alleen maar als er een netwerksamenwerking tot stand komt. "

"Dat we zoveel netwerken en samenwerkingspartijen hebben dat we er voor mensen kunnen zijn om te voorkomen dat ze uiteindelijk in psychische nood terecht komen."

"Dat er toch echt in de samenleving een opwaardering is van het belang van mentale gezondheid. En dat mensen met ernstige problemen ook zo snel mogelijk op de juiste plek terechtkomen."

Hoofdstuk 6 Conclusie, Discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zal in 6.1 in de conclusie antwoord worden gegeven op de deelvragen en vervolgens op de hoofdvraag van dit onderzoek. In 6.2 volgt de discussie waarin de conclusie wordt besproken in het licht van het theoretisch kader en de probleemstelling. In 6.3 komen de sterktes en beperkingen van dit onderzoek aan de orde. Tot slot worden in 6.4 aanbevelingen gedaan voor de praktijk en eventueel vervolgonderzoek.

6.1 Conclusie

Deelvraag 1a: Hoe beoordelen GGZ-bestuurders de relatie met zorgverzekeraars?

In 2019 was bijna de helft van de respondenten enigszins tevreden over de relatie met zorgverzekeraars, terwijl dit beeld in 2021 minder positief lijkt. Weliswaar is nu ook de helft van de bestuurders tevreden over het proces van contractering, maar blijkt uit de gesprekken ook de nodige ervaren complexiteit en wantrouwen. In 2019 vond bijna de helft van de bestuurders dat de relatie verbeterd was, terwijl twee jaar later de meesten de relatie niet ten goede veranderd vinden. De ervaren invloed op de verschillende bedrijfsonderdelen is op een aantal punten ook veranderd tussen 2019 en 2021. Met name op het gebied van *Financiën* en *Innovatie* is men meer invloed gaan ervaren, terwijl de ervaren invloed op gebied van *Zorgprocessen*, *vastgoed* en *Samenstelling van bestuur en management* als minder ervaren wordt.

Salience, de mate waarin de organisatie prioriteit geeft aan de eisen van de zorgverzekeraar is in 2021 lager dan in 2019. Dit betekent dat de macht, legitimiteit en urgentie als minder groot worden ervaren. Volgens de stakeholder typering van het Salience model³ typeren de meeste respondenten de zorgverzekeraars als *dominante stakeholder*. Zij ervaren macht én urgentie van de verzekeraars, terwijl de gestelde eisen als minder legitiem worden ervaren.

De relatie wordt in 2021 als wantrouwend ervaren, waarbij het laten vervallen van representatie bij zorgverzekeraars een belangrijke rol in heeft gespeeld. Men ervaart de relatie als complexer, ingewikkeld en verhard, met name door het feit dat men met zoveel verschillende partijen zaken moet doen en een relatie moet onderhouden. De relatie wordt met name onderhouden op bestuurlijk niveau. Op inkoopniveau is de relatie zakelijker; de contractering wordt vormgegeven en samenwerking al dan niet uitgewerkt, maar er wordt minder aandacht besteed aan de inhoud van de relatie. Er wordt ook genoemd dat er regelmatig wisselingen zijn in contactpersonen op inkoopniveau, wat het onderhouden van de relatie niet ten goede komt.

Ondanks de verandering sinds het wegvallen van representatie ervaren een aantal GGZ-bestuurders de afgelopen jaren wel steeds meer ruimte voor samenwerking met zorgverzekeraars. Wel wordt dit met name zo beleefd bij de kleinere zorgverzekeraars. De grote zorgverzekeraars blijven overwegend financieel gedreven samenwerken en als zij met initiatieven komen om de inhoud te verbeteren is dit ook meestal vanuit een financiële prikkel. Wel wordt de relatie met de zorgverzekeraars die het grootste aandeel hebben bij de verschillende GGZ-instellingen beter onderhouden.

Alle bestuurders staan open voor het verbeteren van de relatie met zorgverzekeraars. Zij zouden graag constructiever samenwerken vanuit inhoudelijke belangen en zich meer richten op gezamenlijke belangen. Hiervoor is meer transparantie nodig - van beide partijen – en meer openstaan voor de belangen van de ander als deze niet overeenkomen.

Deelvraag 1b: Hoe beoordelen zorgverzekeraars de relatie met GGZ-instellingen?

De zorgverzekeraars zijn ook van mening dat de relatie met GGZ-instellingen veranderd is in de afgelopen 10 jaar, maar meer ten goede. Er is sprake van enigszins tot veel ervaren vertrouwen, afhankelijk van hoe de relatie met de GGZ-instelling is ingericht. De zorgverzekeraars richten zich namelijk met name op hun kernregio, en onderhouden daar de relatie met aanbieders op actieve wijze. Met kleinere GGZ-instellingen of waar zij een klein aandeel verzekerden hebben, wordt met name een financiële afspraak gemaakt. Er is meer ruimte gekomen voor een inhoudelijk gesprek met GGZ-instellingen, en de focus ligt steeds minder op het controleren en beheersen door de verzekeraars.

Ook de zorgverzekeraars geven aan open te staan voor het verder bestendigen en verbeteren van de onderlinge relatie met GGZ-instellingen. Transparantie en vertrouwen zijn belangrijke uitgangspunten om de inhoudelijke doelstellingen te kunnen behalen.

Deelvraag 2a: Hoe verhouden GGZ-bestuurders zich tot het Visiedocument van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en welke betekenis willen zij dit geven in het contracteerproces?

Alle GGZ-bestuurders zijn van mening dat de doelstellingen uit het Visiedocument van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de komende jaren prioriteit moeten krijgen in de GGZ. Ondanks dit gezamenlijke standpunt ligt de zorg wel op het gebied van concretisering van deze doelen. Men is het eens dat hier een gezamenlijke opdracht ligt, maar mist hier nog de kaders op gebied van financiering en uitwerking. Alle bestuurders hebben de doelstellingen (deels) reeds opgenomen in hun eigen strategie en beleid, en het helpt om aan de hand van het Visiedocument het gesprek in de regio over samenwerking meer te voeren. In gesprek met zorgverzekeraars is het echter nauwelijks meer dan voorheen onderwerp van gesprek geworden, en heeft het daarmee nog geen invloed op het contracteerproces.

Kijkend naar de ervaringen in de contractering, zou de behoefte bij bestuurders dan ook zijn om meer ruimte te creëren in de contractering; door minder verantwoording en opgelegde regels maar met meer vrije ruimte voor GGZ-instellingen voor het vormgeven van digitalisering, preventie en consultatie in de eerste lijn.

Deelvraag 2b: Hoe verhouden zorgverzekeraars zich tot het Visiedocument van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en welke betekenis willen zij dat geven in het contracteerproces?

Ook de zorgverzekeraars ondersteunen het belang van een gezamenlijk perspectief op de toekomst van de GGZ en de doelstellingen staan ook bij henzelf op de agenda. Bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is het visiedocument vast onderwerp van gesprek, maar met GGZ-instellingen niet op gestructureerde wijze. Wel helpt het document de verzekeraars om scherp te houden wat de komende tijd prioriteit heeft; preventie, samenwerking en het terugbrengen van de wachtlijsten.

Aandacht voor mentale gezondheid wordt ook door zorgverzekeraars van groot belang geacht, maar ook zij zijn zoekende hoe dit vorm te geven zonder beleid over financiering en regievoerder. Doelstellingen uit het visiedocument kunnen volgens de zorgverzekeraars behaald worden, als dit in gezamenlijkheid met de ggz-instellingen gebeurt en zij ook echt willen veranderen.

Deelvraag 3: In welke mate zijn de condities voor een succesvolle samenwerking en contracteringsproces tussen zorgverzekeraars en GGZ-bestuurders aanwezig, zoals de Speltheorie schetst?

Volgens de Speltheorie³⁵ zijn de condities voor succesvolle samenwerking continuïteit in de relatie door herhalende interactie, er dient geen sprake te zijn van concurrentie en er moet een uitkomst zijn naar tevredenheid van beide partijen. Er dient voldoende interactie te zijn tussen beiden, zodat er ruimte is voor wederkerigheid en vertrouwen kan ontstaan en worden behouden.

In de interviews wordt het beeld geschetst dat de *continuïteit* in de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars regelmatig ontbreekt doordat er óf te weinig geïnvesteerd wordt in de relatie óf de relatie op meerdere niveaus wordt onderhouden. Op bestuurlijk niveau is er sprake van meer continuïteit in de interactie; er wordt bewust geïnvesteerd in het onderhouden van het contact. Op niveau van contractering wordt er vaak te weinig continuïteit in het contact ervaren, en gaat het gesprek ook vooral over de financiële onderhandeling. *Concurrentie* is ten alle tijden aanwezig, gebaseerd op de marktwerking in de zorg. Maar dit wordt in de interviews niet als zodanig besproken of benoemd. Wel geven respondenten aan dat er geen transparantie is over kaders en wederzijdse belangen. Uiteindelijk worden er bijna elk jaar, soms met terugwerkende kracht, door alle GGZ-aanbieders met alle zorgverzekeraars een contractafpraak gemaakt. Dit proces kost wel vaak veel tijd, strijd en onderhandeling en wordt door de respondenten niet beschreven als een proces van succesvolle samenwerking. Ook volgens de speltheorie is de conclusie dat de elementen om te spreken van een succesvolle samenwerking op dit moment niet-of onvoldoende aanwezig zijn.

Hoofdvraag: Wat is de mogelijke impact van de door zorgverzekeraars gezamenlijk opgestelde visie op succesvolle samenwerking en contractering in de GGZ?

Zowel GGZ-bestuurders als zorgverzekeraars onderschrijven de inhoud van het visiedocument en de geformuleerde doelstellingen. Of en hoe een gezamenlijk visiedocument kan bijdragen aan het bereiken van de doelstellingen, wordt verschillend ervaren door de geïnterviewden. Er is sprake van het nodige wantrouwen, dan wel gebrek aan vertrouwen, in de relatie. Dit wordt door GGZ-bestuurders sterker ervaren dan door de zorgverzekeraars. Omdat de financiële afspraken nog vaak leidend zijn in contractering, wordt er bij de bestuurders ook minder ruimte ervaren om aan inhoudelijke doelstellingen te werken. Bij beide partijen is er nog minder vertrouwen in hoe de doelstellingen geconcretiseerd kunnen worden. Waar het gaat om samenwerking, hebben zowel de GGZ-bestuurders als de zorgverzekeraars de intentie om de samenwerking te verbeteren. Wanneer het lukt om met meer transparantie en begrip voor wederzijdse belangen de relatie vorm te geven, zijn zowel GGZ-bestuurders als zorgverzekeraars van mening dat dit een positieve invloed heeft op het behalen van doelstellingen de komende jaren.

De Speltheorie³⁵ schetst een aantal condities die noodzakelijk zijn voor succesvolle samenwerking. Ook al is de intentie er om meer aandacht te hebben voor elkaars belangen in de samenwerking tussen GGZ-bestuurders en zorgverzekeraars, lijkt dit nog een doel wat niet zomaar gerealiseerd kan worden. Er is in de relatie nog veel strijd tussen het financiële belang enerzijds en het bieden van tijdige, kwalitatieve patiëntenzorg anderzijds. Deze belangen monden in contractering vaak uit in strijd. De contractering kan volgens de Speltheorie² dan ook als *zero-sum game* worden getypeerd. De belangen van beide spelers zijn namelijk in directe strijd met elkaar, op het moment dat men er niet uitkomt in onderhandeling. Om in dit spel zo goed mogelijk te acteren, is het *Prisoners dilemma* dan regelmatig aan de orde; er is geen transparantie over de strategie van de ander, maar deze is wél bepalend voor jouw strategie of aanpak. In contractering is er ook geen transparantie over de strategie; het is niet duidelijk welk tarief de collega-GGZ-instelling ('de concurrent' in de Speltheorie) heeft afgesproken en het is ook niet duidelijk hoeveel speelruimte de zorgverzekeraar heeft in het toekennen van budget. De GGZ-instelling anticipeert hier zo goed mogelijk op, maar weet eigenlijk nooit of hij het best mogelijke resultaat (*Nash-evenwicht*) behaalt. Dit uitgangspunt heeft invloed op de interactie en werkt wantrouwen in de hand.

Omdat concurrentie en het bestaan van verschillende belangen tussen partijen aan de orde is, is het een ingewikkelde(re) opgave om een niveau van succesvolle samenwerking te bereiken en is dit nu ook vaak niet of slechts gedeeltelijk het geval. Het visiedocument wordt op inhoud ondersteund en levert een bijdrage aan een meer gezamenlijke focus, maar heeft de beweging naar succesvollere samenwerking en contractering tot op heden niet echt in gang gezet.

6.2 Discussie

Op basis van de resultaten is een breed beeld ontstaan over de probleemstelling van dit onderzoek en de elementen die hierbinnen een rol spelen. De relatie tussen GGZ-bestuurders en zorgverzekeraars, de invloed van deze relatie op de samenwerking en contractering in de GGZ en hoe doelstellingen in de toekomst gerealiseerd kunnen worden komen uitgebreid aan bod. In de resultaten valt op dat er aanzienlijk meer output is uit de gesprekken met GGZ-bestuurders dan zorgverzekeraars. Bestuurders praten iets vaker uit eigen ervaring of beleving, waar zorgverzekeraars wat vaker een algemeen beeld schetsen of weergeven 'hoe het werkt'. Ook spreken zorgverzekeraars meer over 'de zorg' dan in termen van belangen voor de patiënt of verzekerde als individu. In termen van relatie lijkt er bij GGZ-bestuurders dan ook meer emotie te zitten op dit onderwerp.

De relatie wordt verschillend ervaren; zowel tussen GGZ-bestuurders als tussen GGZ-bestuurders en zorgverzekeraars is er een verschil in ervaren vertrouwen. Opvallend is dat er ook een verschil is in hoe de relatie met zorgverzekeraars door GGZ-bestuurders twee jaar geleden en nu wordt ervaren. Beide onderstrepen wel het beeld dat de relatie tussen GGZ-bestuurders en zorgverzekeraars nog vaak problematisch verloopt, maar in 2019 leek dit beeld minder stellig. Mogelijk wordt dit verschil gekleurd door het feit dat er twee jaar geleden alleen een vragenlijst is uitgezet bij de GGZ-bestuurders, en er nu naast een vragenlijst ook een interview heeft plaatsgevonden met de respondenten, waarin per definitie uitgebreider in wordt gegaan op een vraag en daardoor een uitgebreider beeld ontstaat. Hoe dan ook is het beeld nu minder positief dan twee jaar geleden.

In de interviews is het opvallend dat alle respondenten in het eerste deel van het gesprek praten over wantrouwen of vertrouwen, nog voordat hier een vraag over gesteld wordt.

Vertrouwen, of het gebrek eraan is een onderwerp wat erg leeft en blijkbaar ook direct in verband wordt gebracht bij het beoordelen van de relatie en de samenwerking tussen ggz-instellingen en zorgverzekeraars. Het wantrouwen lijkt vooral voort te komen uit een gebrek aan transparantie en het delen van wederzijdse belangen. Óf er is te weinig contact waardoor het moeilijk is om een werkrelatie op te bouwen, óf de patronen die al geruime tijd bestaan worden voortgezet. In deze patronen lopen de belangen in zo'n mate uiteen dat er vaak geen sprake is van wederkerigheid in de relatie.

Vertrouwen wordt door GGZ-bestuurders wel steeds genoemd in het licht van financiële afspraken. Zorgverzekeraars spreken meer over aan-of afwezigheid van vertrouwen vanuit de wens om inhoudelijke samenwerking vorm te geven. Zij benadrukken hier ook dat het financieel 'goed' moet zitten voordat het over inhoud kan gaan. Van Dijk¹ noemt in haar onderzoek het steeds vaker afsluiten van meerjarenafspraken in contractering een mogelijk begin van een nieuw relationeel evenwicht. De keerzijde hiervan is dat het sluiten van meerjarenovereenkomsten de relatie met GGZ-instellingen juist ook kan verzwakken. Dergelijke contracten zijn bedoeld om de basisafspraken voor een langere termijn te borgen, zodat er tussentijds gelegenheid is om de inhoud gezamenlijk vorm te geven. Maar de overeenkomst wordt nu soms ook gebruikt om meer of langer uit beeld te zijn bij de GGZ-instelling omdat de afspraak daar toch staat of het 'wel loopt'. Dan werkt de intentie van een overeenkomst over jaren heen in mijn ogen averechts.

Kijkend naar de ontwikkelingen in de sector, zijn er meer initiatieven gekomen die gericht zijn op samenwerking aan inhoudelijke doelstellingen. Maar *de complexiteit* in de relatie en daarmee in het proces van contractering lijkt de boventoon te voeren. GGZ-bestuurders moeten met véél verschillende zorgverzekeraars een relatie onderhouden en afspraken maken. En op twee niveaus; op bestuurlijk- en inkoopniveau. Er zijn regelmatig de nodige wisselingen bij zorgverzekeraars, waardoor het bestendigen van een relatie ook bemoeilijkt wordt. Zorgverzekeraars blijken heel duidelijk prioriteiten te stellen door hun focus te leggen binnen kernregio's en bij zorgaanbieders waar zij het grootste marktaandeel hebben. Hier praten ze zelf met een bepaalde vanzelfsprekendheid over, terwijl het voor mij een opmerkelijk gegeven is. Op het moment dat een zorgverzekeraar niet de grootste is in een regio of bij een aanbieder, wordt ervan uitgegaan dat één van de andere zorgverzekeraars in die regio het voortouw neemt. Maar dit blijkt een stilzwijgende afspraak en niet geformaliseerd. Daarmee bestaat het risico dat er instellingen 'tussen wal en schip' kunnen vallen, en met geen van de zorgverzekeraars een intense(re) relatie onderhouden. Ook lijken kleinere zorgaanbieders in het nadeel bij de grotere zorgverzekeraars, en grotere instellingen bij de kleinere zorgverzekeraars. De grote zorgverzekeraars richten zich namelijk met name op de kernregio, en daarbinnen op de grote instellingen. De kleine zorgverzekeraars hebben een minder groot aandeel bij de grote instellingen, waardoor ze ook minder actief zijn of minder aan zet kunnen zijn.

Ondanks het feit dat Zorgverzekeraars Nederland aangaf dat het uitgangspunt voor het opstellen van een gezamenlijk visiedocument was dat men alle neuzen meer één kant op kreeg, lijken zorgverzekeraars het nog niet op die manier uit te dragen. Het visiedocument is bij geen van de zorgverzekeraars actief onderwerp van gesprek met de GGZ-instellingen. Bij zorgverzekeraars staat het visiedocument wel structureel op de agenda bij overleggen met ZN, wat de vraag oproept of zorgverzekeraars de doelstellingen eenzijdig (gaan) vertalen in hun inkoopbeleid en daarmee contractering. Men geeft echter aan dat het kan helpen om het gesprek erover te voeren en de doelen voor ogen te houden nu het op papier staat. Ook hier lijken belangen verschillend te liggen, terwijl geen van de betrokken partijen het visiedocument onzinnig vindt.

Wat in de stakeholdertypering volgens het Saliency model³ opvalt is dat de meeste GGZ-bestuurders de zorgverzekeraars als *dominante stakeholder* typeren, maar niet als *ultieme stakeholder*. Het verschil tussen deze twee is de ervaren legitimiteit van de eisen van de zorgverzekeraar. In deze theorie wordt het verschil gemaakt in het al dan niet aanwezig zijn van legitieme macht. In de resultaten wordt duidelijk dat bijna alle respondenten de invloed van de zorgverzekeraars als niet heel legitiem ervaren. Gezien het feit dat de zorgverzekeraar de geldverstrekker is voor de zorgaanbieder, is dit een opvallende beleving. In het kader van de Zorgverzekeringswet is het namelijk legitiem te noemen dat de zorgverzekeraar invloed uitoefent op de financiering van de geleverde zorg. Zij hebben namelijk binnen het zorgstelsel de opdracht om betaalbare en effectieve zorg te leveren. Dit zou betekenen dat de legitimiteit van de invloed een gegeven is, en de GGZ-instelling dit als prikkel ervaart om hieraan te voldoen. Blijkbaar gaat het in de relatie dan vooral om de manier waarop deze legitimiteit wordt uitgeoefend door de zorgverzekeraars en dus ervaren wordt door de bestuurders.

Volgens de Speltheorie² ontbreken de condities voor een succesvolle samenwerking tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars. Ondanks de intentie om vanuit gezamenlijke belangen samen te werken, wordt het verschil in belangen vaak niet erkend.

Hierdoor zal daar toch regelmatig spanning op staan. In de basis is er namelijk vaak een verschil in uitgangspunt; namelijk de GGZ-instelling die primair goede patiëntenzorg wil leveren en de zorgverzekeraar die de zorgkosten zo doelmatig mogelijk wil besteden en dus een scherpe financiële afspraak wil maken. Er wordt een ongelijkheid in de relatie ervaren door GGZ-instellingen, waardoor het extra moeilijk is om een niveau van vertrouwen te bereiken. Ook blijft het thema concurrentie eigenlijk weg uit de gesprekken. Er is sprake van concurrentie tussen GGZ-aanbieders, maar ook tussen zorgverzekeraars. Concurrentie is geen goede voorwaarde voor constructieve samenwerking, maar ook hier geldt dat erkenning dat er concurrentie speelt zorgt voor transparantie en juist ruimte kan geven in de samenwerking.

Uit de resultaten en de uiteenzetting van de context van de GGZ in Hoofdstuk 2 blijkt hoe complex de GGZ als sector is. Er zijn véél aanbieders, van groot naar klein en in soorten en maten, en véél zorgverzekeraars waarmee afspraken gemaakt worden. Samenwerking binnen de regio, in de keten, en over domeinen heen. Maar ook de brancheorganisaties, patiëntenverenigingen, het ministerie van VWS, de Tweede kamer, de NZA, etc. Dit is geen uitputtende opsomming, maar geeft wel aan hoeveel betrokken partijen er zijn die een rol spelen in het functioneren van de sector. Er is een Contourennota, er zijn Visiedocumenten vanuit de verschillende brancheorganisaties en steeds veranderende Wet- en regelgeving. Dit complexe web maakt het ingewikkeld om een stabiele koers te varen omdat er van zoveel kanten eisen zijn, input komt en samenwerking wenselijk is. De afgelopen jaren volgen de ontwikkelingen elkaar in snel tempo op, en krijgen nauwelijks de tijd om goed geïmplementeerd te worden dan wel te bestendigen. Omdat nieuwe wet- en regelgeving vaak op korte termijn wordt ingevoerd, zijn de randvoorwaarden er niet om voor een succesvolle implementatie te zorgen. De invoering van de Wet Verplichte GGZ (WvGGZ) en de Acute zorg zijn hier voorbeelden van. Terwijl deze laatste grote wijzigingen nog niet volledig zijn bestendigd, staat de volgende grote ontwikkeling alweer op de agenda, namelijk de invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur voor de GGZ, het Zorgprestatiemodel, per 2022.

Zowel het aantal patiënten als de totale kosten voor de GGZ stijgen de afgelopen jaren. Dit alles geeft veel onrust en geeft de sector het gevoel voortdurend achter de feiten aan te lopen. Dit is ook merkbaar uit de reacties in de interviews op het Visiedocument van ZN. Men kan zich grotendeels vinden in de inhoud, is het er niet mee oneens, maar er klinkt ook enige vermoeidheid door in wat er nú weer moet gebeuren. En daarin ontbreken de ambities nergens, maar is men ook zoekende naar wie de regie heeft en neemt. De structuur en de kaders hiervoor ontbreken of is onduidelijk, zo is het beeld. In die fase lijken toch ook hier het verschil in belangen in de weg te staan.

Het grote belang van het beter vormgeven van *preventie* en de ontwikkeling naar het bevorderen van *maatschappelijke gezondheid* komt in alle gesprekken terug. Alle betrokkenen zijn van mening dat dit een belangrijke sleutel is in het behalen van de doelstellingen; begin aan de voorkant, laagdrempelig. Maatschappelijke gezondheid en inzet van preventie kan een deel van de instroom in de eerstelijnszorg voorkomen. Als er minder instroom is aan de voorkant, zal ook de doorstroom naar de specialistische zorg minder groot zijn, en daarmee kunnen de wachttijden verlaagd worden.

Een groot knelpunt is echter dat de financiering van preventie geen plaats heeft in het systeem. GGZ-instellingen worden gefinancierd door middel van contractafspraken met zorgverzekeraars, zorgverzekeraars mogen alleen DBC-gerelateerde zorg financieren, en gemeenten hebben geen geoormerkt budget voor preventie en ook geen financiële ruimte om dit te creëren. Zo kijkt iedereen naar elkaar en komt er niets van de grond.

Opvallend is dat preventie in de somatische zorg een speerpunt was in de laatste verkiezingsprogramma's. Het belang van preventie op het gebied van psychische zorg is hier echter nog geen onderwerp van gesprek.

Naast de invloed van de complexiteit van de GGZ-sector, wordt er ook in *de contractering* tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars een gebrek aan ruimte ervaren om de (inhoudelijke) doelstellingen te concretiseren. De manier waarop afspraken met zorgverzekeraars tot stand komen worden vaak nog als heel financieel gedreven ervaren, en met een prikkel waarbij er pas ruimte is voor de inhoud als de financiële afspraak gemaakt is. GGZ-bestuurders ervaren regelmatig een keurslijf waar ze aan moeten voldoen, en dit roept weerstand en wantrouwen op.

De GGZ-bestuurder denkt dat de zorgverzekeraars alleen vanuit het perspectief van een zo laag mogelijk tarief en een zo scherp mogelijke prijsafpraak te werk gaan. En de zorgverzekeraar ziet aan de kant van de GGZ-instelling alleen het belang van de patiëntenzorg en voelt geen ambitie voor doelmatigheid en inhoudelijke initiatieven om de zorg te verbeteren. Waar de belangen van beide spelers in directe strijd zijn met elkaar, is sprake van een *Zero-sum game*²⁵, in dit geval altijd in het nadeel van de GGZ-aanbieder. Een overschrijding van een budget wordt regelmatig niet terugbetaald, en zorg op basis van onderschrijding van de afspraken kan niet worden gedeclareerd.³⁶

GGZ-bestuurders zouden graag meer regelruimte krijgen om zelf een aantal doelstellingen vorm te geven zoals digitalisering, preventie en samenwerking in de keten om de wachtlijsten terug te dringen. Het terugleggen van de verantwoordelijkheid en regie bij GGZ-instellingen zou kunnen helpen bij het creëren van meer wederkerigheid en daarmee vertrouwen in de relatie. Meerjarige contracten kunnen hierbij helpen, mits ze op de juiste manier worden ingezet. Zo kun je bijvoorbeeld een verschil maken tussen kosten en investeringen die wat meer tijd nodig hebben voordat ze effect hebben. Daarbinnen kan ook met behulp van *Shared savings*³⁷ de GGZ-instelling bijvoorbeeld financieel beloond worden als hij bijdraagt aan een beperking van de schadelast.

Wat opvalt in de interviews is dat de respondenten die zelf initiatief nemen in het aanpakken van doelstellingen of de regie nemen in verandering, ook veel positiever spraken over samenwerking met zorgverzekeraars en in de regio. Het was dan zeker niet alleen een rooskleurig verhaal, maar het nemen van de regie zorgt er waarschijnlijk voor dat er meer invloed wordt ervaren op ontwikkelingen. Hierdoor is er meer oog voor de belangen van beide partijen en wordt er ook minder afhankelijkheid in de relatie ervaren en meer wederkerigheid. Het uitgangspunt dat beide partijen hetzelfde doel nastreven, namelijk kwalitatief goede patiëntenzorg, is dan het uitgangspunt.

Zoals Fischer²⁷ beschrijft kan samenwerken zorgen voor een ervaren winst voor beide partijen. Hiervoor is nodig dat er niet gestreefd wordt naar een zo groot mogelijke winst, maar ook aan de belangen van de ander wordt gedacht. Dit zou in de contractering en samenwerking tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars betekenen dat het de moeite waard kan zijn om belangen van beide partijen voor ogen te houden in het streven naar een zo goed mogelijk resultaat. De GGZ-instelling zou dan erkennen dat de zorgverzekeraar hoe dan ook een belang heeft om de schadelast te beperken. De zorgverzekeraar daarentegen is hier transparant over maar geeft daarnaast ook transparantie over de ruimte die er is voor de GGZ-instelling om zelf doelstellingen vorm te geven of samen te werken op dit gebied. Op deze manier zou het optimale, nl *het Nash-evenwicht* kunnen worden bereikt.

6.3 Beperkingen

Het onderzoek heeft als gevolg van hoe het curriculum van het onderwijsprogramma van de MHBA plaatsgevonden in een kort tijdsbestek. Er was veel onderzoeksmateriaal, waardoor er keuzes gemaakt moesten worden in de afbakening. Zo is er gekozen voor het afnemen van interviews met slechts zeven respondenten die als GGZ-bestuurders werkzaam zijn. Dit brengt een aantal beperkingen met zich mee. Ten eerste is er een vergelijking gemaakt met eerder onderzoek van Van Dijk¹. De periode tussen deze twee studies is echter relatief kort, namelijk twee jaar. Voor een goed vergelijk was een interval van drie/vier jaar beter geweest, omdat je dan ook goed kan vergelijken wat er is veranderd in de sector. In het onderzoek in 2019 zijn alle GGZ-bestuurders benaderd in Nederland, in totaal 47 personen. In huidig onderzoek lag de focus echter op instellingen voor curatieve GGZ; 27 instellingen in Nederland. Gezien de tijdsbeperking is er voor de interviews een selectie gemaakt van zeven respondenten uit deze 27 GGZ-instellingen. In de vergelijking van het onderzoeksmateriaal levert dit mogelijk een bias op; er is geen sprake van een vergelijking op basis van hetzelfde aantal respondenten. De vergelijking is ook alleen gemaakt op basis van de GGZ-bestuurders als respondent. Gezien het tijdsbestek was er geen gelegenheid om ook een vergelijking te maken met de ervaring van Zorgbestuurders in het algemeen. Dit geldt ook voor het verzamelen van de data. In het onderzoek van Van Dijk¹ is een digitale vragenlijst uitgezet, met antwoordmogelijkheden op de vragen op basis van een Likertschaal. In dit huidige onderzoek is een selectie gebruikt van deze eerdere vragenlijst. Daarnaast zijn er semigestructureerde interviews afgenomen met de respondenten. Een open gesprek levert per definitie meer informatie op dan alleen een digitale vragenlijst, dus dat kan een beperking geven in de resultaten.

Er is gestreefd naar een gelijke verdeling man-vrouw bij de selectie van respondenten. Juist in het kader van de onderzoeksvragen zou het interessant kunnen zijn om te onderzoeken of er verschillen zijn in besturing tussen mannen en vrouwen. De man-vrouw verdeling was echter bij beide respondent-groepen niet gelijk, en door het kleine aantal respondenten kunnen hier ook geen conclusies in die richting getrokken worden.

Omdat de respondenten min of meer toevallig benaderd zijn, namelijk grotendeels via het netwerk of actieve benadering, geeft dit onderzoek geen representatief beeld van alle GGZ-instellingen in Nederland. De landelijke spreiding is beperkt; er zijn geen bestuurders gesproken uit Noord- en Oost-Nederland. Dit geldt ook voor de selectie van de zorgverzekeraars. Omdat deze zijn geselecteerd op de grootste en kleinste verzekeraars in Nederland, sluit deze selectie niet altijd geheel aan bij de geselecteerde GGZ-instellingen wat betreft landelijke spreiding. Zo is er wel gesproken met één van de zorgverzekeraars die met name Noord- en Oost-Nederland als werkgebied heeft, maar niet met een GGZ-instelling uit die omgeving. Ook hier is de intentie van dit onderzoek dan ook niet om een representatief beeld te schetsen, maar beperkt het zich tot een verkennend onderzoek. De negen domeinen waarop het Visiedocument van ZN doelstellingen beschrijft, komen niet allemaal even uitvoerig aan bod in dit onderzoek. Dit is het gevolg van prioritering op basis van de resultaten, waarin bijvoorbeeld 'Personeel' wat minder onderwerp van gesprek was. Dit betekent niet dat deze doelstelling wat mij betreft minder belangrijk is.

6.4 Aanbevelingen

6.4.1 De praktijk

Vanuit de conclusie en discussie komen er een aantal aanbevelingen naar voren. Hier is gekozen voor de bevindingen die betrekking hebben op de huidige praktijk, het meest opvallend zijn, en daarmee extra aandacht nodig hebben. Vervolgens worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Verstevigen van de onderlinge relatie

In de relatie GGZ-bestuurder en zorgverzekeraar is het wenselijk om meer basis te leggen voor het verbeteren van de samenwerking en het vergroten van het vertrouwen. Als eerste stap is het van belang dat de legitimiteit van zorgverzekeraars erkend wordt en als vast gegeven beschouwd wordt. Als de *Salience* vergroot wordt, namelijk door macht, urgentie en legitimiteit minder negatief te beoordelen of anderszins in te kaderen, is er meer basis voor vertrouwen. Van daaruit kan men in de onderlinge relatie afspraken maken over hoe het beste aan deze eisen voldaan kan worden zodat dit aan de belangen van beide partijen tegemoet komt en ook werkbaar is. Wederzijdse transparantie is wenselijk. Zorgverzekeraars zouden op basis van meer gelijkheid toe moeten zien op het bewaken van de doelstelling om betaalbare en effectieve zorg te leveren. In plaats van een focus nu op de grotere aanbieders, de kernregio van een zorgverzekeraar en regionale initiatieven zou inhoudelijke sturing bij de vrijgevestigde GGZ-aanbieders en kleinere partijen gerechtvaardigd zijn. Dit geeft ook meer mogelijkheden om te sturen op de in- en uitstroom van de zorg. Met het erkennen van concurrentie en het aanwezig zijn van verschillende belangen kan er gestreefd worden naar een meer optimaal resultaat in samenwerking. In termen van de Speltheorie³⁸ zal er gestreefd moeten worden naar het gaan spelen van een ander type spel. Het nu vaak gespeelde *Zero-sum game* is ten alle tijden nadelig voor de GGZ-instellingen en zet de relatie verder op scherp. Door te erkennen dat er sprake is van machtsongelijkheid maar met het uitgangspunt dat men dezelfde intenties heeft, kan er gezocht worden naar meer samenspel; een *Nash-evenwicht*. Onderling is het maken van duidelijke afspraken over hoe de relatie onderhouden wordt; op welk niveau, frequentie en inhoud van de contactmomenten dan wenselijk. Zo zou de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars eigenlijk kunnen worden vormgegeven aan de hand van een kwaliteitskeurmerk als onderdeel van Waardegedreven zorg. Naast aandacht voor het verhogen van de kwaliteit van leven en gezondheid voor de patiënt, ook aandacht voor het verhogen van de kwaliteit van de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars; *‘De Waardegedreven relatie’*.

Doelstellingen nabije toekomst

Een belangrijke sleutel in het behalen van toekomstige doelstellingen in de GGZ is het tonen van *‘Eigenaarschap’*. In dit onderzoek is het beeld ontstaan dat de GGZ-instellingen die positiever zijn over de relatie met zorgverzekeraars en in ontwikkeling zijn, daar vooral zélf een actieve rol in spelen. Inhoudelijke initiatieven moeten niet alleen afhankelijk meer zijn van de financiële afspraak met zorgverzekeraars. Een proactieve aanpak, gericht op samenwerking in plaats van strijd, zorgt voor resultaten op korte(re) termijn. Eerlijk durven kijken naar wat er nodig is om het grote probleem van wachttijden en in- en uitstroom op te lossen. Door dit probleem niet over en weer over de schutting te gooien, maar oplossingen te creëren die soms voor verlies zorgen en onzekerheid. Zorgverzekeraars kunnen een concrete vertaling maken van het visiedocument *‘De GGZ in 2025’*.

Door het formuleren van (deel)doelstellingen en het behalen hiervan beter faciliteren voor GGZ-instellingen, zou het aantrekkelijker moeten worden om te werken aan de realisatie van deze doelen. Met behulp van *Shared savings*³⁷ kunnen GGZ-instellingen bijvoorbeeld financieel beloond worden als ze bijdragen aan het verlagen van de kosten en daarmee een beperktere schadelast. Regievoerder zijn heeft als meerwaarde dat je ook meer invloed hebt op de resultaten en de wijze waarop (korte termijn-) doelstellingen behaald worden. Dit voorkomt vermoeidheid en verlamming, die zichtbaar is bij de partijen die het gevoel hebben geen invloed te hebben op de benodigde initiatieven.

De toekomst van de GGZ

Over één ding is eenieder in de context van dit onderzoek het eens; preventie en het bevorderen van maatschappelijke gezondheid zijn naast het verbeteren van de relatie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars dé sleutel naar een toekomstbestendigere GGZ. Samenwerking over de domeinen heen, met name met de gemeenten heeft hierbij prioriteit. Ik zou willen pleiten voor een actieve rol en het tonen van eigenaarschap op juist dit probleem. Idealiter komt er in de komende nieuwe kabinetsperiode een oplossing voor financiering van preventie en samenwerking over domeinen heen. Maar laten we daar niet op wachten. Toon initiatief, verbind en zorg voor concretisering van alle goede ideeën en plannen die er op dat gebied al zijn.

6.4.2 Vervolgonderzoek

Dit onderzoek heeft voldoende materiaal opgeleverd om vervolgonderzoek uit op te zetten, waarbij gedacht kan worden aan de volgende richtingen. Er een vervolg kunnen zijn op het vergelijkend onderzoek wat nu is gedaan op basis van de resultaten van het onderzoek van Van Dijk¹ en dit onderzoek. Het zou interessant zijn om *de resultaten van dit onderzoek te vergelijken* met de gehele onderzoeksgroep uit 2019, namelijk alle zorgbestuurders in Nederland. Ook zou er gebruik gemaakt kunnen worden van hetzelfde aantal respondenten uit beiden onderzoeken, waardoor het resultaat betrouwbaarder is. Om een uitgebreider beeld te krijgen zou dan met alle GGZ-bestuurders én alle zorgverzekeraars in Nederland een interview afgenomen kunnen worden. Een dergelijk vervolgonderzoek kan de resultaten verrijken en de betrouwbaarheid vergroten.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is om *op basis van het gedachtengoed van de Speltheorie*², nader onderzoek te doen naar hoe de elementen die volgens de theorie waarde toevoegen aan een samenwerking, beter benut kunnen worden in de GGZ-sector of de zorgsector in zijn geheel. Een vraag hierin kan ook zijn of vrouwelijke zorgbestuurders, of feminiene gedragskenmerken, verschil maken in het vormgeven en onderhouden van een constructieve samenwerkingsrelatie in de complexe GGZ-sector en specifiek in de relatie met zorgverzekeraars.

Bronvermelding

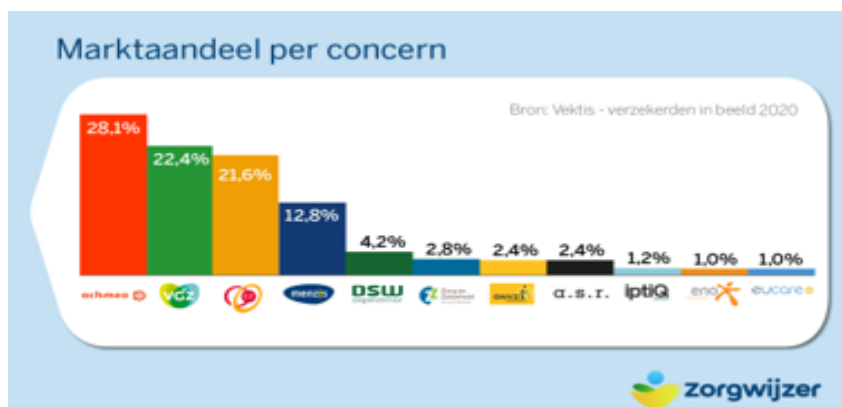
1. van Dijk T, van der Scheer W, Janssen R. *Zorgbestuurders Vinden de Eisen van Verzekeraars Niet Altijd Wenselijk En Passend.*; 2019. <https://www.eur.nl/eshpm/nieuws/zorgbestuurders-vinden-de-eisen-van-verzekeraars-niet-altijd-wenselijk-en-passend>
2. Leonard R. *Von Neumann, Morgenstern, and the Creation of Game Theory: From Chess to Social Science, 1900--1960*. Cambridge University Press; 2010.
3. Mitchell RK, Agle BR, Wood DJ. Toward a theory of stakeholder identification and salience: Defining the principle of who and what really counts. *Acad Manag Rev*. 1997;22(4):853-886. doi:10.5465/AMR.1997.9711022105
4. Kraaijeveld K, Lomans R. *De GGZ in 2025 Vergezicht Op de Geestelijke Gezondheidszorg.*; 2020. [https://assets.zn.nl/p/32768//files/De ggz in 2025 - vergezicht van zorgverzekeraars op de geestelijke gezondheidszorg\(1\).pdf](https://assets.zn.nl/p/32768//files/De%20ggz%20in%2025%20-%20vergezicht%20van%20zorgverzekeraars%20op%20de%20geestelijke%20gezondheidszorg(1).pdf)
5. Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017. 2014;(183):1-10.
6. Schippers EI. Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. Published online 2012:19. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html>
7. Blokhuis P. *Bestuurlijk Akkoord 2019 t/m 2022.*; 2018. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022>
8. De Zorgverzekeringswet. Published 2021. <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>
9. Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA). www.nza.nl
10. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. www.nvvp.nl
11. Nederlands Instituut voor Psychologen. www.nip.nl
12. Zorgverzekeraars Nederland. www.zn.nl
13. De Nederlandse GGZ. denederlandseggz.nl
14. Stelselwijziging GGZ : doelstelling en achtergrond. Published online 2021:3-6.
15. Janssen RTJM. *Het Onzekere Voor Het Zekere: Tweebenig Sturen in de Zorg*. Marketing & Communicatie ESHPM; 2017.
16. Volksgezondheidszorg.info. Landelijke spreiding zorgverzekeraars.
17. De Ministerie van Volksgezond Welzijn en Sport. Aantal patiënten curatieve GGZ. *Staat van Volksgezond en Zorg*. Published online 2018:2014-2015. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/ggz-aantal-patiënten-curatieve-ggz>
18. Nederlandse Zorg Autoriteit. Marktscan GGZ 2016. Published online 2016:70. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3600_22/1/
19. J.P. Wijers, Bakker M. *Managing Authentic Relationships: Facing New Challenges in a Changing Context*. (Wijers JP, ed.). Amsterdam University Press; 2019.

20. Nooteboom B. *Vertrouwen Opening Naar Een Veranderende Wereld*. VBK Media; 2017.
21. Nooteboom B. Vormen en bronnen van vertrouwen. *Maandbl Voor Account en Bedrijfsecon*. 2006;80(1):8-16. doi:10.5117/mab.80.10835
22. Six F.E. Vertrouwen in toezicht. *Tijdschr voor Toezicht*. Published online 2013:6-26. <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/23716/246580.%0Apdf?sequence=2>
<http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/23716/246580.%0Apdf?sequence=2>
23. Stoopendaal A, Bouwman R. Ruimte voor Vertrouwen. 2018;150:115. www.panart.nl
24. Turner JH. *A Theory of Social Interaction*. Stanford University Press; 1988.
25. Von Neumann J, Morgenstern O. *Theory of Games and Economic Behavior (Commemorative Edition)*. Princeton university press; 2007.
26. Neville BA, Bell SJ, Whitwell GJ. Stakeholder Salience Revisited: Refining, Redefining, and Refueling an Underdeveloped Conceptual Tool. *J Bus Ethics*. 2011;102(3):357-378. doi:10.1007/s10551-011-0818-9
27. Fisher L. Speltheorie : gerationaliseerde samenwerking. Published online 2008:3-5.
28. Nash J. *The Essential*. Ned editio. Princeton university press; 2002.
29. Johnson-Lafleur J, Papazian-Zohrabian G, Rousseau C. Learning from partnership tensions in transcultural interdisciplinary case discussion seminars: A qualitative study of collaborative youth mental health care informed by game theory. *Soc Sci Med*. 2019;237:3-5. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112443
30. Freeman RE, McVea J. *A Stakeholder Approach to Strategic Management*. University of Virginia; 1984.
31. Parmar BL, Freeman RE, Harrison JS, Wicks AC, Purnell L, de Colle S. Stakeholder Theory: The State of the Art. *Acad Manag Ann*. 2010;4(1):403-445. doi:10.1080/19416520.2010.495581
32. Leenen J. *Zorgbestuurders 2019 Vragenlijst Afgenomen Onder Zorgbestuurders*; 2019.
33. Doorewaard H, Verschuren P. *Het Ontwerpen van Een Onderzoek*. 5th ed. Boom Lemma Uitgevers; 2015.
34. Mortelmans D. *Handboek Kwalitatieve Onderzoeksmethoden*. 3rd ed. Acco; 2020.
35. van den Bosch FJP, Pleijte M, Balduk C, et al. Speltheorie en complexe besluitvorming : zoektocht naar een methode voor onderzoek naar en analyse van besluitvormingsprocessen. *Reeks "planbureau-w uitvoering";werkdokument 2004/13*. Published online 2004. <http://library.wur.nl/waay/bestanden/clc/1756356.pdf>
36. Janssen R, Grunt L de. Verzekeraars hebben te veel risico's afgewenteld op ggz-aanbieders. Published online 2019:3.
37. Janssen RTJM. *De Ontwikkeling van Het Zorgbestuur: Samenwerken, Relatievorming, Waarde Creëren*; 2019.
38. Parent MM, Deephouse DL. A case study of stakeholder identification and prioritization by managers. *J Bus Ethics*. 2007;75(1):1-23. doi:10.1007/s10551-007-9533-y
39. VGZ. Good Practices. <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/geestelijke-gezondheidszorg/inkoopbeleid/good-practices>

Bijlagen

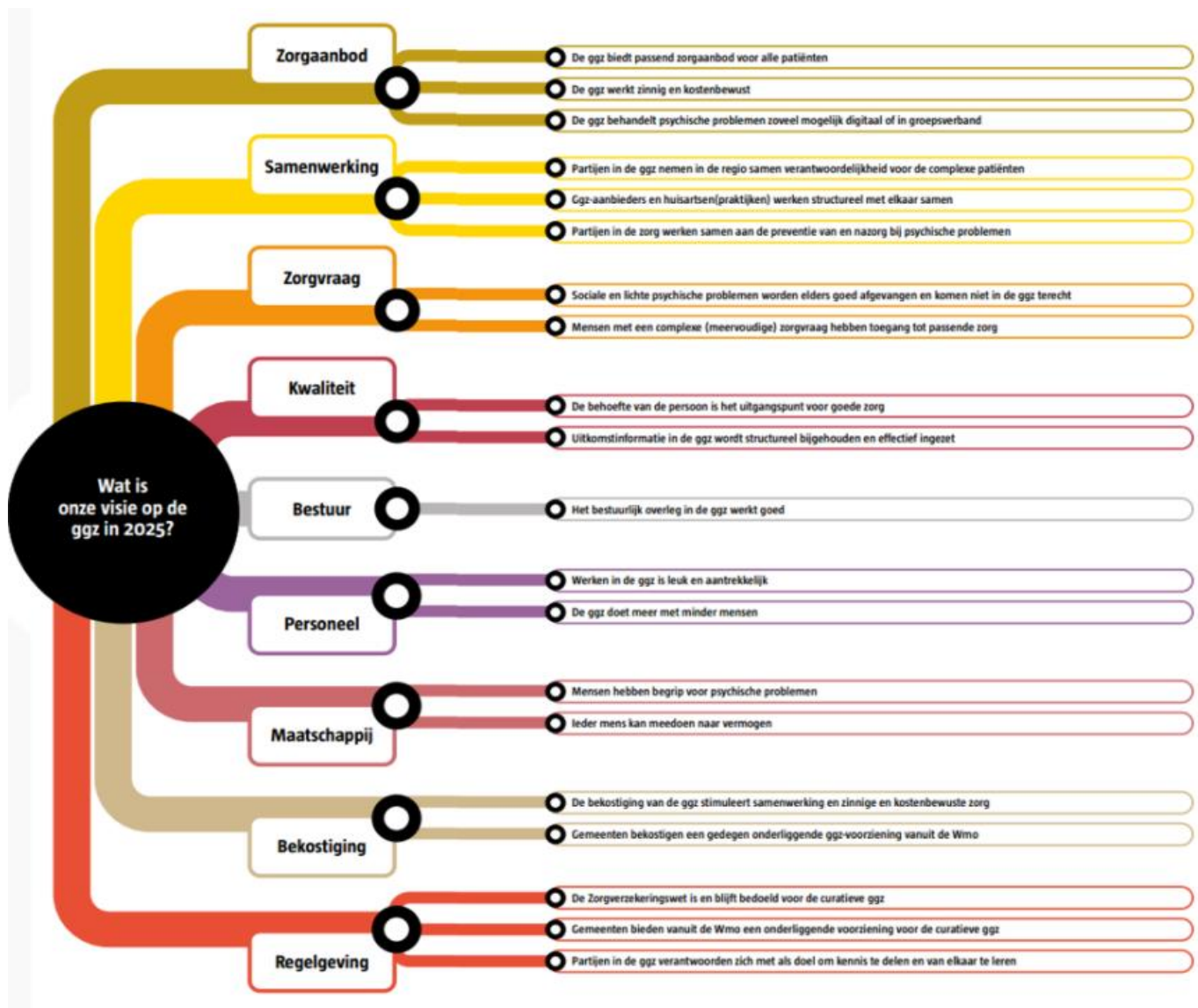
Bijlage 1 Overzicht van zorgverzekeraars in Nederland

achmea • De Friesland Zorgverzekeraar N.V. • FBTO Zorgverzekeringen N.V. • Interpolis Zorgverzekeringen N.V. • Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	 • ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.
 • Centrale Ziektekostenverzekering NZV NV • OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. • OWM CZ Groep Zorgverzekeraar U.A.	DSW zorgverzekeraar • OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. • OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A.
eucare • EUCARE Insurance PCC Limited	eno Van tijd tot tijd • Eno Zorgverzekeraar N.V.
 • AnderZorg N.V. • Menzis Zorgverzekeraar N.V.	iptiQ • iptiQ Life S.A.
 • IZA Zorgverzekeraar N.V. • N.V. Univé Zorg • N.V. Zorgverzekeraar UMC • VGZ Zorgverzekeraar N.V.	ONVZ • ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.
	 • OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.



Bron: <https://www.zorgwijzer.nl/faq/welke-zorgverzekeraars-zijn-er>

Bijlage 2 Overzichtskaart Visie op de GGZ



Bron: Visiedocument ZN: De GGZ in 2025, vergezicht op de Geestelijke gezondheidszorg (2020)