

# Rode draden analyse

Bevindingen controlebezoeken zorgverzekeraars  
Casuïstiek afbouw klinische ggz

**Nederlandse Zorgautoriteit**  
*Directie Toezicht & Handhaving*

5 juli 2022



# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Aanleiding</b>	<b>3</b>
1.1	Achtergrond	3
<b>2</b>	<b>Werkwijze onderzoek</b>	<b>4</b>
2.1	Onderzoeksopzet	4
2.2	Uitvoering onderzoek	4
<b>3</b>	<b>Bevindingen onderzoek</b>	<b>5</b>
3.1	Oorzaken casuïstiek	5
3.2	Zowel inhoudelijke als financiële redenen voor afbouw	5
3.3	Communicatie klinische afbouw ggz	6
3.4	Rol zorgverzekeraars - korte termijn	7
3.5	Rol zorgverzekeraars - lange termijn	7
<b>4</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>8</b>
4.1	Conclusie – casuïstiek	8
4.2	Conclusie – ‘bovenregionaal’ inzicht	8
4.3	Aanbevelingen	9

# 1 Aanleiding

## 1.1 Achtergrond

In de periode van een maand verschenen er drie berichten in de media over (voorgenomen) sluitingen of het afbouwen van klinische ggz-capaciteit. Het gaat om het Centrum voor Psychotherapie (CvP) in Lunteren van Pro Persona, de Kliniek Intensieve Behandeling (KIB) van koepelorganisatie Arkin in Amsterdam en om de kliniek Psychosomatiek Eikenboom van Altrecht in Zeist. Samen met het bericht over de sluiting van vestigingen van PsyQ en i-psy in Amsterdam, de wachtlijstproblematiek in de ggz en de rol van de zorgverzekeraar bij deze casuïstiek, zijn deze signalen aanleiding voor maatschappelijke onrust en politieke vragen over de capaciteit van de klinische ggz in Nederland.

Daarnaast worden naar de NZa vanuit diverse organisaties zoals MIND, NVVP en de IGJ zorgen geuit. Ook in de Tweede Kamer zijn verschillende vragen over deze sluitingen gesteld. Zodra de (voorgenomen) sluitingen zich voordeden, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deze casuïstiek omtrent de afbouw van klinische voorzieningen in de ggz opgepakt vanuit haar rol t.a.v. het monitoren van de toegankelijkheid van zorg en het toezicht uit hoofde van de zorgplicht.

Gezien de maatschappelijke onrust en politieke vragen heeft de Minister voor Langdurige Zorg de NZa aanvullend gevraagd om een rode draden analyse naar aanleiding van deze casuïstiek en de 'verkenning' naar uniek/specialistisch ggz-behandelaanbod met een bovenregionale functie. In de rode draad analyse zal ook specifiek worden ingegaan hoe de sluitingen zich verhouden tot de zorgplicht van zorgverzekeraars.

# 2 Werkwijze onderzoek

## 2.1 Onderzoeksopzet

Naar aanleiding van de (voorgenomen) sluitingen van de klinische GGZ voorzieningen heeft het ministerie van VWS de NZa gevraagd om een rode draden analyse te maken. In deze analyse staat het identificeren van overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende (voorgenomen) sluitingen centraal evenals het doen van aanbevelingen om de maatschappelijke onrust ten gevolge van deze sluitingen te voorkomen.

Daartoe heeft de NZa tussen 18 en 23 mei 2022 controlebezoeken uitgevoerd bij de vier grootste zorgverzekeraars: Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis. Het doel van het controlebezoek was om na te gaan of de zorgverzekeraar bij sluiting van de genoemde ggz-voorzieningen aan haar zorgplicht blijft voldoen en hoe de (voorgenomen) sluitingen zijn gelopen. Dit onderzoek richtte zich op de voorziening CvP van Pro Persona en de instellingen KIB en Eikenboom. PsyQ is buiten beschouwing gelaten gezien het geen klinisch aanbod betreft.

Onderzoeksthema's van het controlebezoek waren:

- 1 Inzicht in huidig zorgaanbod per casus
- 2 Inzicht in alternatief zorgaanbod per casus
- 3 Anticiperen van zorgverzekeraar per casus
- 4 Overige sluitingen
- 5 Invulling zorgplicht zorgverzekeraar

## 2.2 Uitvoering onderzoek

Ter voorbereiding van het controlebezoek heeft de NZa kenbaar gemaakt wat het doel van het onderzoek was en welke informatie (zie opsomming slide 6) ter inzage aanwezig moesten zijn.

De aanwezigen aan de kant van de zorgverzekeraar waren veelal een combinatie van de inkoopmanager(s), betrokken zorginkopers en een medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Drie van de vier zorgverzekeraars hadden ter voorbereiding de gevraagde informatie en antwoorden op de onderzoeksvragen in een presentatie verwerkt. Na toelichting op de casuïstiek door de zorgverzekeraar heeft de NZa bij alle vier de bezoeken aanvullende vragen gesteld en ter plaatse inzage verzocht in enkele geselecteerde documenten en correspondentie. De NZa heeft onder andere de volgende documenten ingezien (wisselend per zorgverzekeraar): inkooprapportages, contracten, accountplannen, signaleringsinstrument, mailwisselingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, lange termijnstrategie van de zorgaanbieder en zorgbemiddeling.

Alle zorgverzekeraars hebben gedurende de dag volledige medewerking verleend en daar waar verzocht inzage gegeven.

# 3 Bevindingen onderzoek

## 3.1 Oorzaken casuïstiek

### **CvP – Pro Persona**

Het nieuwe bestuur van Pro Persona heeft een koerswijziging ingezet. Onderdeel daarvan is het omvormen van de klinische en dagklinische voorzieningen van het CvP, waar patiënten met persoonlijkheidsstoornissen zeer intensieve zorg ontvingen, naar intensieve deeltijd trajecten. Hiermee wil Pro Persona personeel effectiever inzetten, zodat meer patiënten geholpen kunnen worden, mede op basis van recente, wetenschappelijke inzichten. Daarnaast wil Pro Persona kosten besparen, met name op het gebied van het vastgoed. Het klinisch aanbod wordt omgevormd naar deeltijd. Bestaande cliënten worden naar passende zorg begeleid bij een vergelijkbare instelling of elders binnen Pro Persona.

### **Eikenboom – Altrecht**

Eikenboom is een TOPGGz-afdeling voor patiënten met een ernstige somatische symptoomstoornis waarbij voorgaande behandelingen niet hebben geholpen. Reden van sluiting van de helft van het klinisch aanbod is het feit dat de zorgaanbieder toe wil naar meer passende zorg. Zorgverzekeraars steunen het voornemen van Altrecht om klinisch af te bouwen met als doel meer passende zorg. Het sluit aan op de trends in de ggz: ambulante waar kan en vergroten van doorstroom en evalueren van instroom.

### **KIB Vlaardingenlaan – Arkin**

In Nederland zijn een aantal Klinieken voor Intensieve Behandelingen (KIB) die regionaal zijn verdeeld. Een KIB behandelt patiënten met een zeer intensieve zorgvraag die bij andere klinieken zijn vastgelopen. Patiënten worden bij een KIB geplaatst voor meestal maximaal drie maanden ter stabilisatie en gaan daarna weer terug naar de oorspronkelijke zorgaanbieder. Er was al langer sprake van personeelstekort mede door een onveilige werkomgeving. Er is vrij abrupt een eind gemaakt aan de voorziening doordat twee regie-behandelaren op dezelfde dag opzegden waardoor er sprake was van discontinuïteit van zorg. Alle patiënten in zorg zijn intern dan wel extern uitgeplaatst. De feitelijke plaatsing is door de zorgverzekeraar gemonitord.

Bovenstaande beschrijving is geformuleerd op basis van de opgehaalde informatie tijdens de controlebezoeken bij de zorgverzekeraars. Hieruit blijkt dat de drie casussen niet één op één met elkaar te vergelijken zijn. Pro Persona en Altrecht hebben wel met elkaar gemeen dat het gaat om ombouw van klinische ggz naar ambulante ggz. Het is toeval dat berichtgeving in dezelfde maand viel.

## 3.2 Zowel inhoudelijke als financiële redenen voor afbouw

Uit het onderzoek komen drie belangrijke redenen naar voren om klinische capaciteit in de ggz af te bouwen.

- Allereerst is er een inhoudelijk argument waarbij vanuit ontwikkelingen in de beroepsgroep vragen worden gesteld bij de effectiviteit van klinische ggz. De ideeën van professionals bij welke patiënten dit echt toegevoegde waarde heeft, lopen uiteen en veranderen. Er is overeenstemming over dat er voor sommige patiënten een klinische behandeling nodig is. Tegelijk is er sprake van afbouw van klinische ggz met het idee dat veel patiënten juist ook goed kunnen worden geholpen in de eigen

omgeving of door middel van dagbehandeling. Dit sluit aan bij de ambitie tot ambulantisering die VWS aanmoedigt.

- Een tweede reden is financieel en gaat over de kosteneffectiviteit. De locaties voor klinische ggz zijn mede vanwege de kosten van het vastgoed relatief duur. Het betreft vaak grote terreinen met verouderde panden die maar een deel van de tijd in gebruik zijn. Daarnaast is de inzet van hooggekwalificeerd personeel per patiënt relatief hoog. Dat maakt deze vorm van ggz kostbaar. Het lukt aanbieders steeds minder goed om deze vorm van zorg kostendekkend aan te bieden.

Precies op dit punt beoogt het Zorgprestatiemodel (ZPM) voor betere bekostiging te zorgen. Aangezien deze transitie nog maar kortgeleden is ingezet, is het te vroeg om hier conclusies over te trekken. De NZa monitort of instellingen voor complexe ggz uitkomen binnen de nieuwe bekostiging en zal blijven zorgen voor tarieven die aansluiten bij deze zorg. We bereiden op dit moment een uitvraag voor om de declaratiestroom verder op gang te brengen om zo spoedig de effecten van het ZPM in kaart te brengen.

- Bovenstaande redenen gelden met name voor de casus CvP en Eikenboom. De casus KIB is vooral ingegeven door onvoldoende personeel. Het lukte niet om een vast team van psychiaters te binden aan de KIB Vlaardingenlaan. De kwaliteit van zorg kon niet worden gewaarborgd. Dit heeft ertoe geleid om tijdelijk van 36 naar 18 bedden te gaan om binnen de KIB orde op zaken te stellen. Dit was niet bekend bij de zorgverzekeraars. Toen onlangs tegelijkertijd twee behandelaren (ZZP-ers) opzegden, werd de bezetting te dun en is per 1 mei 2022 KIB Vlaardingenlaan gesloten in plaats van terug op te schalen naar 36 plekken, zoals vorig jaar zomer nog de bedoeling was.

### 3.3 Communicatie klinische afbouw ggz

Zorgaanbieders zijn contractueel verplicht om wijzigingen in hun portfolio te melden aan de relevante zorgverzekeraars. Volgens zorgverzekeraars is dit in de casus KIB niet gebeurd.

Pro-Persona heeft haar voornemen tot sluiting van het CvP tijdig aan zorgverzekeraars gecommuniceerd. Het anders vormgeven van intensieve complexe ggz in meer ambulante vormen van zorg wordt momenteel onderzocht. Zorgverzekeraars steunen deze lijn om zo met hetzelfde budget meer cliënten te helpen. Intern is er binnen Pro Persona vooral onenigheid tussen de lijn, de cliëntenraad en behandelaren over de ingeslagen richting op basis van verschil van inzicht in de inhoudelijke argumenten. Het besluit tot sluiting is nog niet definitief.

Altrecht was naar de mening van zorgverzekeraars niet volledig in de communicatie rond de afbouw van klinische capaciteit bij de Eikenboom. Zorgverzekeraars waren op de hoogte van de bredere ontwikkelingen bij Altrecht, maar werden verrast door het nieuwsbericht. Inhoudelijk steunen de zorgverzekeraars de ingezette richting.

De sluiting van het KIB Vlaardingenlaan (Arkin) kwam volgens zorgverzekeraars onverwachts. Reden voor de sluiting is een acuut personeelstekort. Er waren echter al plannen om een deel van de capaciteit af te bouwen. Ook hier waren zorgverzekeraars niet van op de hoogte. Kort voor het persbericht van 5 april 2022 zijn nog contracten gesloten tussen zorgverzekeraars en het KIB. Veel patiënten van het KIB hebben een plek gekregen op een locatie van de langdurige intensieve zorg (LIZ) van Arkin. Door deze sluiting is er een gat ontstaan in de landelijke dekking van KIB GGZ in Noord-Nederland waar Arkin verantwoordelijk voor is. Wel zijn er mogelijk ambulante alternatieven.

De zorgverzekeraars geven aan dat zorgaanbieders (moeten) zorgen voor herplaatsing van patiënten gezien hun behandelplicht. Uit het onderzoek bij de zorgverzekeraars komt naar voren dat de zorgaanbieders dit ook goed oppakken. In enkele gevallen wordt een consultatieteam ingezet.

### 3.4 Rol zorgverzekeraars - korte termijn

De rol van de zorgverzekeraar specifiek bij overplaatsing van patiënten naar andere zorgaanbieders, hetgeen uiteraard het geval is bij klinische afbouw, staat specifiek beschreven in het document: 'De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars' in het hoofdstuk Discontinuïteit van zorg. Hierin staat onder andere genoemd: zorgdragen voor duidelijke regie, opstellen van een plan, coördinatie en uitvoering van plan, bewaken van proces van matchen zorgvraag en aanbod. Samen te vatten als een *proactieve, coördinerende* rol. Dit wordt ook wel een inspanningsverplichting van de zorgplicht genoemd, met als beoogde uitkomst dat alle individuele verzekerden passende -alternatieve- zorg houden: de resultaatverplichting van de zorgplicht.

Binnen de ggz hebben zorgverzekeraars geen actueel overzicht van waar hun verzekerden in zorg zijn. Inzicht hierin is gebaseerd op declaratiedata en het duurt, zeker met DBC's, enige tijd voordat deze data binnen is. Deze situatie verandert nu het ZPM operationeel is. We zien dat zorgverzekeraars in de onderzochte casuïstiek primair verwachten én vertrouwen dat de zorgaanbieders hun verzekerden een passend alternatief bieden. Wanneer een verzekerde zich meldt via zorgbemiddeling, nemen de zorgverzekeraars hierin zelf ook een actieve rol.

Het verschilt hoe proactief coördinerend zorgverzekeraars handelen in deze casuïstiek. Pas naar aanleiding van de aankondiging van het controlebezoek zijn een aantal zorgverzekeraars meer proactief gaan opvragen hoe de continuïteit van zorg voor hun verzekerden door de betreffende zorgaanbieders is georganiseerd. Het verschil in proactiviteit hangt samen met de rol van de zorgverzekeraar (wel of geen marktleider) en per casus.

We hebben tijdens de controlebezoeken kunnen vaststellen dat individuele verzekerden continuïteit van zorg is geboden. In die zin is met betrekking tot de onderzochte casuïstiek aan de resultaatverplichting van de zorgplicht voldaan. Dat laat onverlet dat er wel zorgplichtrisico's zijn gelopen, doordat in sommige situaties de proactieve, coördinerende rol vanuit de zorgverzekeraar soms pas laat is ingevuld.

### 3.5 Rol zorgverzekeraars - lange termijn

De zorgverzekeraar heeft ook een verantwoordelijkheid voor het tijdig kunnen leveren van passende zorg in de toekomst. Hoeveel klinische capaciteit 'bovenregionaal' nodig is, is een vraag die de zorgverzekeraar niet alleen kan beantwoorden. Dat neemt niet weg dat de zorgverzekeraars op dit punt wederom een proactief coördinerende rol hebben. Ook dit staat beschreven in het hoofdstuk Toekomstbestendig zorglandschap in het document 'De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars'.

De onderzochte casuïstiek heeft een relatie met dit meer lange termijn vraagstuk. Eenmaal afgebouwde capaciteit zal immers niet makkelijk of snel weer op te bouwen zijn. Er is verschil in hoe goed zorgverzekeraars op de hoogte zijn van de ontwikkelingen in de sector. Door de oplopende casuïstiek hebben zorgverzekeraars hun alertheid op dit punt verhoogd en laten zij de afbouw van klinische ggz vaker in de gesprekscyclus van contractering terugkomen.

# 4 Conclusies en aanbevelingen

## 4.1 Conclusie – casuïstiek

De verschillende berichten over het sluiten van klinische ggz, dan wel het ombouwen van klinische ggz naar ambulante ggz, hebben geen directe samenhang met elkaar. De drie casussen zijn in de tijdslijn samen gevallen. Iedere casus kent zijn eigen aanloop en verloop. We zien een rode draad in de combinatie van nieuwe inzichten in wat medisch effectief is, samen met beslissingen over beheerste bedrijfsvoering ('snijden in de kosten').

Zorgaanbieders zijn contractueel verplicht om een voorgenomen sluiting, afbouw of verandering van zorgaanbod te melden aan de gecontracteerde zorgverzekeraar. Zowel de ontwikkelingen bij Altrecht als bij Pro Persona waren bekend bij de relevante zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar wordt echter niet altijd vooraf geïnformeerd door de zorgaanbieder over voorgenomen sluitingen en wijzigingen in de portfolio. In de casus KIB waren de zorgverzekeraars noch de NZa tijdig geïnformeerd. Zorgaanbieders zouden zorgvuldiger kunnen handelen in de communicatie over wijzigingen in hun portfolio's. Het is belangrijk dat de zorgverzekeraar minimaal vooraf wordt geïnformeerd.

In de onderzochte casuïstiek is de zorgplicht niet geschonden, maar wij signaleren wel een risico dat dit anders had kunnen lopen. Niet iedere zorgverzekeraar zag er even proactief op toe dat elke patiënt passend in zorg wordt herplaatst. Zorgverzekeraars vertrouwen op de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders voor continuïteit van behandeling voor hun verzekerden. Door het controlebezoek van de NZa hebben zij intensiever navraag gedaan naar de vervolgzorg of vervangende zorg voor hun verzekerden als gevolg van een sluiting of afbouw van klinische capaciteit.

## 4.2 Conclusie – 'bovenregionaal' inzicht

Zorgverzekeraars hebben de verantwoordelijkheid om te borgen dat een verzekerde zorg krijgt die hij daadwerkelijk nodig heeft en dat deze zorg passend is. De zorgplicht van de zorgverzekeraar ziet zowel op de korte termijn op patiënten die in behandeling zijn of daarop nog wachten; als op de (midden)lange termijn dat de zorg ook voldoende gewaarborgd blijft. Daarvoor is inzicht ook een belangrijk element. Uit dit onderzoek zijn voor dit punt in ieder geval twee grote uitdagingen voor de klinische ggz zorg naar voren gekomen:

- Zowel aanbieders als verzekeraars hebben geen (voldoende) beeld bij de benodigde landelijke of regionale klinische capaciteit om de klinische ggz-zorg in Nederland te borgen die minimaal nodig is. Zorgverzekeraars geven aan dit in ZN-verband te agenderen om hierover met elkaar een beter beeld te verkrijgen.
- Het lukt aanbieders niet altijd om klinische ggz-zorg kostendekkend aan te bieden vanwege met name het dure vastgoed en de inzet van hooggekwalificeerd personeel. Wanneer onduidelijk is hoeveel zorg er minimaal nodig is, kan dit leiden tot een afbouw van klinische capaciteit op basis van kosteneffectiviteit die tot gevolg heeft dat er in totaal onvoldoende van deze zorg wordt aangeboden.

Daarnaast komt duidelijk het beeld naar voren dat de trend naar ambulantisering binnen de ggz sector verder wordt doorgezet. Vanwege deze trend worden er in de toekomst geen nieuwe sluitingen



uitgesloten. Dit zal mogelijk ook onrust onder patiënten met zich meebrengen gezien de algemene problematiek in de complexe ggz.

### 4.3 Aanbevelingen

- 1 Het proces over een voornemen tot sluiting, afbouw van klinische capaciteit of andere ingrijpende wijzigingen in de portfolio van de zorgaanbieder, kan worden verbeterd doordat zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties hier vaker met elkaar over in gesprek te gaan en werkafspraken te maken (ook over goede communicatie richting patiënten en de maatschappij). Zorgaanbieders kunnen hierbij ook, meer dan nu, hun mede-zorgaanbieders betrekken. Zeker wanneer het gaat om schaars en bovenregionaal klinisch ggz-aanbod. De casuïstiek geeft ons aanleiding om met de IGJ te bespreken wat de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders op dit punt is, mede in het licht van de door de IGJ gepubliceerde leidraad Continuïteit van zorg.
- 2 Zorgverzekeraars zouden bij afbouw van zorg een meer proactieve rol moeten vervullen om te zorgen dat hun verzekerden goede vervolgzorg hebben gekregen. Zeker wanneer dit een patiëntgroep betreft die mogelijk minder goed in staat is om proactief gebruik te maken van zorgbemiddeling. We verwachten dat zorgverzekeraars dit zonder een onderzoek van de NZa oppakken en daarvoor gebruik maken van eigen actuele risico analyses.
- 3 Wij verwachten van zorgaanbieders in de ggz en van de betrokken zorgverzekeraars dat zij bij besluiten over afbouw of ombuiging van klinische capaciteit ook rekening houden met het zorglandschap in de regio; en hier andere zorgaanbieders en de zorgverzekeraars actief bij betrekken. Daarbij is het voor de beweging naar ambulantisering cruciaal dat er een juiste afstemming plaatsvindt in de ggz keten en met het sociale domein. Ook het Zorginstituut moet hierbij worden betrokken. Zij kunnen aanbieders en zorgverzekeraars helpen hierbij de juiste, zorginhoudelijke keuzes te maken voor de meest passende behandeling.
- 4 Wij vinden het noodzakelijk dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in kaart brengen waar de ondergrens ligt van de huidige ontwikkeling van ambulantisering. Wij verwachten dat zij hier samen aan werken: zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk en van elkaar afhankelijk voor voldoende aanbod van klinische capaciteit. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars daarvoor een proactieve, coördineerde rol vervullen.

