

Reactie op reactie, enzovoort


Drs. Keimpe Bak
Senior manager contract- en relatiebeheer



If "I" is replaced by "we" than becomes illness
wellness


Van shareholders value naar careholdersvalue

Voor goede zorg, zorg je samen



Wat heeft u geaccepteerd?

- u moet minimaal 5% minder vervolg DBC openen dan in 2014.
- wanneer tijdens een lopende behandeling bemoeizorg nodig is, b.v. na het aflopen van een voorwaardelijke RM, dan moet de DBC worden afgesloten
- Na 2 jaar behandeling moet uw patiënt een nieuwe verwijzing halen.
- Bij verzekerdenmutatie verwerkt de verzekeraar dit gemotiveerd naar eigen inzicht in de afspraak
- U mag voor bepaalde labels van verzekeraar X geen behandeling angst, depressie en somatoforme stoornissen behandelen. Dat mag alleen HSK, Mentaal Beter of Interapy
- Er kan geen DBC worden gefactureerd als er geen zorgpad is ingericht voor betreffende aandoening




- Die inkopers hebben geen flauw benul welke patiënten wij behandelen!
- Ze willen op onze behandelstoel zitten
- Ze waarderen ons niet om ons goede werk
- Het gaat ze alleen maar om de centen




Hoe begonnen we ook alweer te praten met zorgverzekeraars

- 2007 beperking intake/onderzoek
- 2008 kosten per patiënt
- 2009 ROM
- 2010 beperking hoofdbehandelaar
- 2011 beperking pakket
- 2012 eigen bijdrage (beh. Bemoeizorg)
- 2013 HB directe tijd
- 2014 HB directe tijd in diagnostische fase



Waarom wilden wij ook al weer naar de ZVW

Wij zijn anders dan de GZ en VenV
Wij behandelen
Wij leveren medisch specialistische zorg
Wij horen bij onze collega's van de somatiek
Marktwerking




Als we dit geweten hadden dan....

Kan marktwerking in de curatieve GGZ eigenlijk wel


Voor en goede marktwerking is nodig:

- Mondige patiënten
- Gelijkwaardige kennis
- Aanbod, Benchmark en zorgzwaarte
- Verevening/geen risicoselectie
- Winst komt niet terecht bij de betaler




GGZ patiënten

- bellen nooit naar een verzekeraar over wachttijd
- Hebben geen inzicht in de gevaren van uitstel behandeling
- Hoe zieker des te minder motivatie




Gelijkwaardige kennis en benchmark

- de beroemde blackbox (80% van het behandelingseffect komt door...)
- praktijkvariatie
- Grote verschillen in kosten p.p.
- Aanzienlijk deel van behandelduur wordt door sociale factoren bepaald




Advertentie: wij hebben de beste GGZ zorg ingekocht voor onze verzekerden!

- verevening klopt niet.
- Gevaar voor risicoselectie (internet aanbidding, selectieve inkoop, te weinig inkopen)
- Overstappers zijn vaak gezonde mensen of gecalculeerd




Wie profiteert

- gemeente
- Bedrijf
- Overheid (politie)




Dus wat doet de patient

- blijft bij de POH vanwege het eigen risico
- Moet betalen voor behandeling die niet is gevraagd en protesteert
- Wacht tot het ER vol is gelopen en gaat daarna pas naar de GGZ



Dus wat doet een zorgaanbieder:


- Fusie
- Proces wordt ingericht op facturatie
- Nieuwe toetreders verlaten de markt
 - Gaat failliet
 - Specialisatie



Dus wat doet een verzekeraar:

BEHEERSEN

- Lang niet al het beschikbare geld wordt weggezet.
 - forse Afbouw capaciteit (2018!)
 - Daling zorgkosten per patiënt
- enorme druk op substitutie van SGGZ naar BGGZ
 - Druk op ROM
- Strikte eisen hoofdbehandelaarschap en procentuele inzet
 - Strakke eisen aanverwijzing
 - Scherpe schotten WMO, huisarts en justitie
 - geen contracten aangaan
- Machtiging bij klinische opname verslavingszorg
 - Druk op zorgpaden
 - Druk op e-health
 - Screening bij de huisarts
- Achteraf CONTROLES (gepast gebruik)



En we zijn weer terug

- Eerste ballon over GGZ naar de gemeentelijke financiering
- Nza: hoort de GGZ eigenlijk niet in de WLZ



Hoe draaien we het om

- Wat vinden wij goede kwaliteit
- Wat vinden wij gepaste zorg
 - partnership