**Toelichting op feiten en standpunt MIND inzake berichtgeving Menzis over het vergoeden van ggz-behandelingen op basis van resultaat**

Op 13 augustus jl. heeft Menzis bekendgemaakt dat zij behandelingen voor angst en depressie op basis van resultaat wil gaan vergoeden. Inmiddels zijn achttien ggz-instellingen bereid om op basis hiervan een contract met Menzis af te sluiten.

Berichtgeving over beleid Menzis

MIND is verrast door het nieuwe beleid van Menzis en vindt het kwalijk dat hierover geen enkel overleg met cliëntorganisaties heeft plaatsgevonden. Menzis spreekt in de eigen berichtgeving over een revolutie in de bekostiging van de zorg, dan is het vreemd dat je daarover geen contact zoekt met direct belanghebbenden.

De nieuwe koers van Menzis heeft veel negatieve reacties los gemaakt. Wat opvalt is dat daarbij veel beelden worden opgeroepen die niet stroken met de feiten. Zo wordt de suggestie gewekt dat zorgaanbieders per individuele behandeling beoordeeld en afgerekend zullen worden en dat sommige behandelingen helemaal niet meer vergoed zullen worden. Dit is onjuist. Wat het waardegericht inkoopbeleid van Menzis wel inhoudt staat in een inkoopdocument dat gewoon op de site van Menzis te vinden is (na enig zoekwerk): <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/ggz/contractering/waardegericht-inkopen-ggz>

Ten slotte valt in de berichtgeving op dat het lijkt of alleen Menzis nieuw beleid voert. In feite gaat het ook om nieuw beleid van in ieder geval achttien ggz-instellingen die op basis van het inkoopdocument contractafspraken met Menzis maken.

Uitgangspunten MIND, cliëntperspectief

MIND pleit al jarenlang voor meer transparantie in de zorg. Inzicht in resultaten van zorgaanbieders biedt belangrijke keuze-informatie voor cliënten. Daarnaast biedt het handvatten voor zorgaanbieders om van elkaar te leren en voor zorgverzekeraars om via de inkoop te sturen op kwaliteit.

Welke resultaten zijn belangrijk voor de cliënt?

* Vermindering van psychische klachten / psychisch lijden
* Het dagelijks leven (thuis, op het werk, sociale contacten, enzovoort) zo goed mogelijk voort kunnen zetten of weer op de rit krijgen.
* Duurzaam resultaat, kleine kans op terugkeer van klachten
* Toegankelijkheid (korte wachttijd)
* Goede relatie met behandelaar (cliënttevredenheid)
* Korte behandelduur en lage kosten; lage kosten zijn primair een belang voor de zorgverzekeraar, maar voor de cliënt is het ook belangrijk dat de behandeling niet langer duurt dan noodzakelijk is (mits het verdere resultaat maar gelijk of zelfs beter is)

Vanuit cliëntperspectief is het wenselijk dat bovenstaande prestatie-indicatoren evenwichtig gehanteerd worden. Het is belangrijk dat niet eenzijdig op de kosten wordt gestuurd, maar vooral op kwaliteit. Daarnaast is belangrijk dat de instrumenten die gebruikt worden om prestaties te meten betrouwbaar zijn.

Wanneer sprake is van praktijkvariatie (significante verschillen tussen aanbieders in behandelduur en/of resultaat van behandeling) is dat in eerste instantie reden om in gesprek te gaan met zorgaanbieders, met name de aanbieders die slechter scoren dan het gemiddelde. Dat gesprek kan helpen om verklaringen te vinden voor de mindere prestaties en daarmee aanknopingspunten voor verbeteracties. Het is wel van essentieel belang dat cliëntvertegenwoordigers betrokken worden bij dit overleg. In het verlengde kunnen zorgverzekeraars aanbieders stimuleren door financiële prikkels, zoals een bonus voor aanbieders die het goed doen.

Inkoopdocument Menzis: feiten

Menzis gaat zorgaanbieders niet afrekenen op individuele behandelresultaten, maar op het totaal van hun resultaten bij behandeling van lichte angst- en depressieklachten. Instellingen die aan deze wijze van bekostiging meedoen moeten minimaal 25 cliënten hebben; in de praktijk zal het vaak gaan om honderden of duizenden behandelingen per instelling op jaarbasis.

Menzis gaat zorgaanbieders beoordelen op een mix van prestaties. Alle voor de cliënt belangrijke resultaten (zie vorige paragraaf) komen daarbij aan bod. De indicator kosten weegt zwaarder dan de andere afzonderlijke indicatoren, maar in totaal voor een derde deel.

De instrumenten die Menzis gebruikt zijn:

* Klachtenvermindering: instrument ROM (BSI, OQ45, SQ-48)
* Kwaliteit van leven: eigen keuze aanbieder, als het instrument maar gevalideerd is
* Cliënttevredenheid: verkorte CQi, schaal ‘samen beslissen

Deelnemende instellingen zijn verplicht om te participeren in jaarlijkse spiegelbijeenkomsten waarin resultaten op uitkomsten zorg en kosten besproken worden. Doel is dat deelnemers inspiratie opdoen voor hun eigen verbeterplan. Iedere instelling is namelijk verplicht een verbeterplan op te stellen met daarin aandacht voor: verbeteren uitkomstenindicatoren en terugdringen behandelduur en kosten; inzet van zelfzorg; verbetering t.a.v. een ander probleem voor deze doelgroep (eigen keuze zorgaanbieder)

Als een instelling het op alle fronten (uitkomsten zorg en behandelduur/kosten) goed doet is er een ‘shared savings model’ waarbij zowel Menzis als de zorgverzekeraar volgens een bepaalde verdeelsleutel profiteren.

Inkoopdocument Menzis: oordeel

De wijze waarop Menzis resultaten gaat beoordelen is vrij evenwichtig. Alle belangrijke factoren telen mee en het gaat om de resultaten voor een grote groep cliënten. Beoordeling en afrekening per individueel behandeltraject is niet realistisch en zou ook zeer onwenselijk zijn geweest.

Over de meetinstrumenten die Menzis hanteert is discussie mogelijk. De sector is het hier nog niet over eens. Ten aanzien van kwaliteit van leven hebben zorgaanbieders een grote vrijheid in de keuze van het instrument. MIND vindt het belangrijk dat Menzis onder meer met MIND blijft werken aan verbetering van de meetinstrumenten.

Positief aan het nieuwe beleid van Menzis zijn de spiegelbijeenkomsten die georganiseerd gaan worden met deelnemende zorgaanbieders. Die bijeenkomsten worden gebruikt om resultaten te analyseren en van elkaar te leren. Elke deelnemende instelling verplicht zich bovendien om een verbeterplan op te stellen. Een groot kritiekpunt is dat Menzis geen rol aan ervaringsdeskundigen of cliëntvertegenwoordigers toekent bij de spiegelbijeenkomsten en verbeterplannen. Nu blijft de kwaliteitsverbetercyclus een onderonsje tussen verzekeraar en zorgaanbieder over de hoofden van direct belanghebbenden heen. MIND vindt dat Menzis duidelijke eisen aan zichzelf en de deelnemende instellingen moet stellen om cliëntparticipatie te borgen.

Een punt van zware kritiek is dat het bekostigingsmodel mogelijk leidt tot risicoselectie ten nadele van mensen met zware psychische klachten. Het model heeft betrekking op mensen met een lichte angst- of depressiestoornis, dat wil zeggen dat bij het begin van de behandeling de verwachting is dat de behandeling binnen een jaar is afgerond. MIND ziet een risico dat instellingen zich extra gaan toeleggen op behandeling van deze groep cliënten ten koste van cliënten met zwaardere, complexere problematiek. Voor deze groep is nu immers een bonus te verdienen. Ook ziet MIND een risico dat instellingen bij de toegang strenger gaan selecteren om te bepalen of een behandeling wel of niet binnen een jaar kan worden afgerond. Deze risico’s zijn niet denkbeeldig. Nu is het al zo dat mensen met complexe problematiek doorgaans langer moeten wachten op zorg en vaak ook slechter geholpen worden. Daarbij spelen diverse factoren een rol, waaronder financiële prikkels (financiering op basis van gemiddelde prijs per cliënt).

Menzis stelt dat zorgaanbieders de bonus die ze eventueel verdienen kunnen inzetten om wachttijden of andere knelpunten in de ggz op te lossen. Dit is een omslachtige methode om knelpunten aan te pakken. Het is beter als zorgverzekeraars in de inkoop directe prestatieafspraken maken over aanpak wachttijden en andere knelpunten. Als zorgaanbieders hun bonus vrij mogen besteden, bestaat bovendien het risico dat zij alleen meer van hetzelfde gaan doen in plaats van de grote knelpunten aanpakken.