

De bekostiging van de GGZ

10 jaar dynamiek

Frans van de Pol

Dit artikel is geplaatst in het *handboek Financiële bedrijfsvoering in de zorg*, Elsevier Gezondheidszorg, 2004 (p II 4.1 - 1 t/m II 4.1 – 37)

mei 2004

De auteur is Siem Oostenbrink zeer erkentelijk voor zijn bereidheid de concepttekst van kritische kanttekeningen te voorzien.

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1. Bestuurlijk-politieke context	4
1.1. periode 1987-1995 (Lubbers II en III)	4
1.2. periode 1995-1998 (Paars I)	4
1.3. periode 1998-2002 (Paars II)	4
1.4. periode 2002-2004 (Balkenende I en II)	5
2. Volume en Prijsbeleid	5
2.1. macrokaders en budgetmaximering	5
2.2. prijsbeleid overheid	6
2.3. trendmatige aanpassingen	6
2.3.1. loonontwikkelingen	7
2.3.2. prijscompensatie	7
2.4. volume beleid	7
2.5. samenvatting en conclusie	8
3. Budgetsystematiek GGZ	8
3.1. CTG-beleidsregels en productieafspraken	8
3.2. ambulante GGZ (Riagg en polikliniek)	9
3.2.1. ontwikkeling geïntegreerde systematiek	10
3.2.2. overzicht systematiek ambulante GGZ	10
3.3. klinische zorg en deeltijdbehandeling	11
3.3.1. behandelmodulen	12
3.3.2. bekostigingscategorieën	12
3.3.3. vast-variabel systematiek	13
3.3.4. overzicht systematiek klinische zorg en deeltijdbehandelingen	14
3.4. zorgvernieuwing en zorg-op-maat regeling	15
3.4.1. substitutie en zorgvernieuwingsfonds	15
3.4.2. flexibilisering AWBZ en zorg op maat regeling	16
3.5. overige aspecten budgetsystematiek	17
3.5.1. aanvaardbare kosten	17
3.5.2. aanvullende inkomsten	17
3.5.3. substitutievrijheid	17
3.5.4. reserve aanvaardbare kosten	17
3.6. slotbeschouwing bekostigingssystematiek	17
4. Actuele ontwikkelingen (begin 2004)	19
4.1. herverkavelen sector GGZ	19
4.2. project DBC GGZ 2005	20
4.2.1. typeringslijsten, verrichtingen en kostprijsmodel	21
4.3. ontwikkeling functionele bekostiging AWBZ	24
4.4. tot slot	25

Inleiding

Voor wie niet uit de gezondheidszorg komt, is de wijze waarop instellingen aan hun inkomsten komen een merkwaardige zaak. Instellingen mogen niet zelf de prijs van hun activiteiten vaststellen. Ook kunnen zij niet zelf bepalen welke zorg geprijsd wordt. Dit alles is gereguleerd via de Wet Tarieven Gezondheidszorg. De rijksoverheid ziet er op toe dat de kosten niet uit de hand lopen en bewaakt dat ondermeer via de vaststelling van macrokaders waarbinnen de kosten moeten blijven.

In dit artikel zetten we uiteen hoe GGZ-instellingen aan hun inkomsten komen¹. We doen dat in historisch perspectief waarmee de achtergrond van de systematiek inzichtelijk gemaakt kan worden.

De GGZ heeft een omvang van € 3,5 miljard en omvat 8% van de totale zorg (gemeten naar het totaal bruto BKZ-uitgaven van € 44,1 miljard). De GGZ herbergt veel verschillende typen instellingen. De middelen worden als volgt over de sector verdeeld:

x € 1 mln.	2004
GGZ	2.926,0
PAAZ'en	136,8
Vrijgevestigden	62,4
TBS-instellingen	138,6
Subsidieregelingen	50,7
Groeiruimte 2004	153,0
Totaal	3.467,5

bron VWS 2003

Onder de rubriek GGZ verstaat VWS de Algemene en categoriale Psychiatrische Ziekenhuizen, de Riagg en de beschermende woonvormen. Deze typen van instellingen zijn tegenwoordig veelal door middel van fusies verenigd binnen geïntegreerde GGZ-instellingen.

In het overzicht zijn de begrotingsgefinancierde uitgaven (€ 299 mln.) niet meegenomen. Deze hebben voornamelijk betrekking op maatschappelijke- en vrouwenopvang

In dit artikel richt ik me voornamelijk op de bekostiging van de eerste twee rubrieken (GGZ en PAAZ).

De bekostiging van geestelijk gezondheidszorg is niet los te zien van de politieke context waarbinnen deze ontwikkeld wordt. Voor een goed begrip van de vigerende systematiek zal ik eerst uitgebreider ingaan op de politieke ontwikkelingen. Daarna schets ik de hoofdlijnen en de bijzondere kenmerken van de systematiek. De inspanningen van partijen om te komen tot één geïntegreerde systematiek binnen de GGZ worden toegelicht. Tot slot schets ik de laatste ontwikkelingen. Want één ding moge duidelijk zijn: de bekostiging van de GGZ is voortdurend in beweging. Niet alleen omdat het politieke klimaat verschuift, maar ook omdat de sector sterk in beweging is.

1. Bestuurlijk-politieke context

In dit hoofdstuk schets ik de bestuurlijk-politieke context waarbinnen de bekostiging van de GGZ ontwikkeld is en haar plaats heeft. Ik haal alleen die elementen eruit die voor deze discussies van belang zijn. We kunnen de politieke context in vier perioden knippen:

1. 1987-1995: *Lubbers II en III*
2. 1995-1998: *Paars I*
3. 1998-2002: *Paars II*
4. 2002-: *Balkenende I en II*

Hierna worden deze periodes in het kort toegelicht.

1.1. periode 1987-1995 (*Lubbers II en III*)

De gezondheidszorg is te star en de kosten zijn onvoldoende beheersbaar. De commissie Dekker voorziet in haar rapport *Bereidheid tot verandering* uit 1987 het kabinet van het gewenste medicijn hiertegen: kostenreductie door concurrerende aanbieders en verzekeraars, meer keuzevrijheid voor cliënten, geen instellingsfinanciering maar financiering van functies, meer samenhang in de zorg waardoor zorg op maat mogelijk wordt, en de ontwikkeling van één basisverzekering. Staatssecretaris Simons kreeg in het derde kabinet-Lubbers vervolgens de taak deze voorstelling in wetgeving om te zetten, hetgeen leidde tot het plan-Simons. Hij gebruikt de AWBZ als vehikel om tot die ene basisverzekering te komen (de Wet op de Zorgverzekering). Uiteindelijk sneuvelt dit plan op koopkrachtplaatjes en verzet van diverse partijen uit de zorg, zoals particuliere verzekeraars (die hun "vrije" markt zien afkalven) en politieke partijen (die vrezen dat de overheid zoals gemeenten en provincie teveel buiten spel komen te staan).

Ondertussen is al wel het nodige in gang gezet: de psychiatrische ziekenhuizen die tot dan in de Ziekenfondswet zaten gaan over naar de AWBZ. Dit geldt ook voor de thuiszorg.

1.2. periode 1995-1998 (*Paars I*)

Paars I kiest voor een beleid van kleine stapjes en brengt een strenge compartimentering aan in de zorg.

Het eerste compartiment, dat van de AWBZ, krijgt een stringente aanbodsturing en strakke budgetdiscipline (tot uiting komend in vooraf vastgestelde macrokaders die via aanwijzingen aan het CTG een dwingend karakter krijgen). De rol van de afzonderlijke zorgverzekeraars wordt vervangen door die van zorgkantoren². Een systeem van onafhankelijk indicatiestelling wordt ingevoerd (de latere RIO)

Het tweede compartiment, dat van de algemene curatieve zorg, gaat min of meer door met (delen van) het ingezette beleid. De aanbodregulering wordt flexibeler en de marktwerking wordt verbeterd. Verzekeraars worden gebudgetteerd, het toelatingsbeleid wordt vereenvoudigd en er wordt, althans op papier, een systeem van productprijzen ontwikkeld (de latere DBC's die in 2004 stapsgewijs worden ingevoerd).

Het derde compartiment omvat zorgvoorzieningen waartegen mensen zich via aanvullende polissen kunnen verzekeren. De overheid draagt hier geen verantwoordelijkheid voor, maar houdt wel toezicht op het prijsbeleid totdat een goede marktwerking is gerealiseerd.

1.3. periode 1998-2002 (*Paars II*)

Paars II gooit het roer om. De rechter oordeelt in een proces over lange wachtlijsten dat ook in de AWBZ mensen recht hebben op tijdige zorg. Mede onder druk van consumenten- en patiëntenorganisaties in combinatie met een hoogconjunctuur wordt de kosten-

beheersing min of meer losgelaten en worden trajecten in gang gezet om te komen tot vraagsturing binnen de AWBZ.

Ook in het tweede compartiment wordt de macrokostenbeheersing losser gelaten om ook hier wachtlijsten te kunnen bestrijden. Het inhoudelijke beleid dat meer marktwerking stimuleert, wordt voortgezet.

1.4. periode 2002-2004 (Balkenende I en II)

Balkenende I zet het onder Paars II uitgezette beleid om in concrete wet- en regelgeving (zoals de functionele zorgaanpak en de integrale PGB-regeling). Ze kondigt verdere deregulering aan. Balkenende II zet vanwege een teruglopende economie en daardoor teruglopende belastinginkomsten de kostenbeheersing weer prominent op de politieke agenda. Zij introduceert nieuwe en hogere eigen bijdragen in de zorg om zo de toestroom te beperken. Tegelijk houdt ze vast aan het concept van vraagsturing en wordt voor de GGZ de budgetmaximering losgelaten. Het principe van "boter-bij-de-vis" of prestatiebekostiging is daarmee ook voor de GGZ een feit. Inmiddels heeft het kabinet wel de "oude instrumenten" van Paars I weer uit de kast gehaald (generieke prijskortingen, ongemotiveerde pakketbeperking) en overweegt ze ook de onder Paars I populaire budgetdiscipline weer te activeren.

2. Volume en Prijsbeleid

In dit hoofdstuk wordt het volume en prijsbeleid van VWS besproken. Aan de orde komen achtereenvolgens:

- de wijze waarop VWS de kosten beheerst via het macrokader en budgetmaximering;
- het prijsbeleid van VWS hetgeen tot uiting komt in kortingen die vervolgens weer deels worden gecompenseerd via extra middelen ter terugdringing van de werkdruk;
- de vergoeding voor gestegen loonkosten en prijsontwikkelingen;
- het volumebeleid via de WTG en WZV en de bestrijding van wachtlijsten.

2.1. macrokaders en budgetmaximering

De kosten van de GGZ zijn door de overheid altijd redelijk goed beheersbaar gebleken. Pas vanaf 2002/2003 is dat met de inzet van extra wachtlijstmiddelen minder geworden.

De Riagg kende al vanaf het moment dat ze eind jaren tachtig in de AWBZ kwam een bestedingsplafond. De overheid stelde het macrokader vast waarbinnen de uitgaven moesten blijven. Bij overschrijdingen kreeg de sector een korting op de prijs opgelegd om daarmee de overschrijding te compenseren. Bovendien is het budget van een individuele Riagg tot 2003 gekoppeld geweest aan het aantal inwoners van het verzorgingsgebied. Meer productie leidt niet tot meer budget. Het effect: geen of heel beperkte overschrijdingen op het macrokader, maar wel oplopende wachtlijsten omdat VWS het kader niet aanpaste aan de ontwikkeling van de vraag.

Het macrovolume van de psychiatrische ziekenhuizen wordt beheerst door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Groei van klinische en deeltijdvoorzieningen kan alleen op titel van door VWS afgegeven vergunningen. Uitzondering hierop vormden de productieafspraken van de psychiatrische poliklinieken. Hiervoor gold geen beperking. In 1996 is (tegelijk met nieuwe bekostigingssystematiek voor ambulante zorg) een budgetmaximering op instellingsniveau ingevoerd, waarmee ook deze kostenoverschrijdingen niet meer mogelijk waren.

De budgetmaximering schrijft voor dat de aanvaardbare kosten van een instelling alleen muteren op grond van:

- de afgegeven WZV-vergunningen;
- de door de overheid vastgestelde loon- en prijsbijstellingen (OVA);
- de door de overheid in de zorgnota aangegeven intensiveringen of kortingen.

Het maximum is door het CTG gefixeerd op basis van de instellingsbudgetten van 1995. Een hogere productieafpraak dan het vastgestelde maximum leidt automatisch tot een korting tot het niveau van dat maximum.

De motivatie voor het instellen van deze budgetmaximering op verzoek van de brancheorganisaties zelf was de volgende. De overheid (Paars I) voert in 1996 een nog stringenter budgetdiscipline in. Dit houdt in dat naast structurele redressering van de overschrijdingen ook de overschrijding in tussenliggende jaren dient te worden gecompenseerd (de zogenoemde intertemporele kortingen). Mede hierdoor dreigde een vicieuze cirkel te ontstaan van elkaar opvolgende macro-overschrijdingen en kortingen. Kortingen die neerslaan op de prijs waardoor de kwaliteit van zorg steeds verder onder druk komt te staan (zorgverschraling).

Pas in 2003 is de budgetmaximering losgelaten. Motief hiervoor is de ontwikkeling van een meer vraaggestuurd stelsel (modernisering AWBZ) en de vereiste dat GGZ-zorg alleen toegankelijk is via verwijzing door de huisarts of via een indicatiestelling door het RIO. Feitelijk verloor de budgetmaximering al een deel van haar betekenis in 2002 toen op de extra middelen ten behoeve van het terugdringen van de wachtlijsten afgerekend werd op de feitelijk gerealiseerde wachtlijstproductie.

2.2. prijsbeleid overheid

Het prijsbeleid van de overheid is vooral gericht op het behalen van doelmatigheidswinsten. Meer zorg voor hetzelfde geld. Als instrument koos ze voor besparingen in de vergoeding voor de stijgende loonkosten, het financieren van volumegroei door kortingen op de prijs en incidentele maatregelen.

De besparing op de stijgende loonkosten wordt apart uitgewerkt in paragraaf 2.3. Voorbeelden van het financieren van volumegroei door prijskortingen zijn de initiële vulling van het zorgvernieuwingsfonds (1994), en redressering van overschrijdingen (1994,1996). Incidentele maatregelen betreffen ondermeer de korting uit hoofde van "temporisering van de vermogensaanwas" (1997) en de "inkoopkorting" (2000-2002). Aan deze kortingen lagen onderzoeken of enquêteresultaten ten grondslag die vervolgens uit hun verband werden gelicht ter motivering van de korting. Overigens stelde de rechter bij de diverse beroepszaken die zijn gevoerd VWS wel in het gelijk om beleidsmatig gemotiveerde kortingen door te voeren.

Aan de andere kant stelde VWS als reactie op signalen over een te hoog opgelopen werkdruk enkele keren extra middelen ter beschikking waarmee het CTG de prijs van zorg kon verhogen. De inkoopkorting bijvoorbeeld mocht de sector weer herinvesteren ter vermindering van de werkdruk Ook heeft een enkele keer de Tweede Kamer bij motie extra middelen ter beschikking gesteld vanwege de zorgverschraling. Op papier zou hiermee meer personeel voor dezelfde zorgprestatie betaald kunnen worden. In de praktijk werden deze extra middelen vrijwel altijd gebruikt om de door diezelfde overheid opgelegde prijskortingen te beperken.

2.3. trendmatige aanpassingen

Instellingen worden jaarlijks gecompenseerd voor de loon- en prijsontwikkelingen.

2.3.1. loonontwikkelingen

De hoogte van de vergoeding was jarenlang het resultaat van pittige onderhandeling tussen VWS en werkgeversorganisaties. Aan deze onderhandeling ligt een rekenmodel ten grondslag. Vanaf 1995 is dit het zogenoemde post-Waggs model. In 1999 sloten partijen een convenant waarin dat model (dat aanleiding gaf tot veel discussie en geruzie) is omgezet in een nog verder geobjectiveerd rekenmodel.

De berekening van de overheidsbijdrage aan de arbeidskosten, de OVA, kent de volgende opbouw:

- **Initiële looncomponent.**
Deze component bevat de feitelijke, in de CAO's vastgelegde, salarisstijgingen. Deze component wordt gebaseerd op de feitelijke loonontwikkeling in de marktsector (dus niet op die van de gezondheidszorg zelf).
- **De incidentele loonontwikkeling**
Deze component dient onder andere ter dekking van de periodieke loonsverhogingen die iedere werknemer jaarlijks krijgt zolang die nog niet aan het einde van de loonschaal zit.
- **De werkgeverslastenontwikkeling**
Deze vergoeding compenseert mutaties in de sociale lasten en pensioenpremies
- **Een beleidsmatige component (afgeschaft in 1999).**
Deze component gaf VWS de mogelijkheid om op beleidsmatige gronden het percentage (neerwaarts) bij te stellen.

De hoogte van de initiële loonontwikkeling en de mutatie sociale lasten wordt vastgesteld op basis van cijfers van het CPB. De incidentele loonontwikkeling wordt door VWS beleidsmatig vastgesteld waarbij het percentage steeds verder wordt verlaagd van 0,75% in 1999 tot 0,5% in 2002. In de zorgnota 2004 is een verdere afbouw tot 0% voorzien. Feitelijk dienen zorgaanbieders daarmee de periodieke verhogingen zelf te compenseren door bijvoorbeeld goedkopere werknemers aan te trekken.

De beleidsmatige component is in de periode 1995-1997 door de overheid benut om zogenoemde efficiencykortingen op te leggen (0,7% jaarlijks). Aan de andere kant zijn daar in 2001 en 2002 weer werkdrukmiddelen aan toegevoegd (de zogenoemde Van Rijnmiddelen).

In 2000 is een nieuwe regeling voor specialistenvergoedingen van kracht (de zogenoemde AMS-regeling). De meerkosten hiervan (€ 20 miljoen) moest de GGZ, anders dan bij de algemene ziekenhuizen, voor eigen rekening nemen.

2.3.2. prijscompensatie

De vergoeding voor materiele kosten wordt jaarlijks aangepast aan de ontwikkeling van het prijsindexcijfer particuliere consumptie. Dit percentage wordt ontleend aan het Centraal Economisch Plan van het Centraal Planbureau.

De aanpassing van de vergoeding van normatieve instandhoudingsinvesteringen is gekoppeld aan de bouwkostenindex van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen. Dergelijke aanpassingen gelden ook voor de investeringen in inventarissen en automatiseringsapparatuur.

2.4. volume beleid

Volumegroei van de GGZ komt langs twee lijnen tot stand:

- via vergunningen ex WZV (bouwkader);
- rechtstreeks via WTG (intensiveringen).

Tot 2000 waren dit twee gescheiden kaders die ook twee gescheiden afwegingen kenden. Vanaf de zorgnota 2001 wordt met één integraal intensiveringskader per sector gewerkt. Hieruit worden de bouwplannen betaald. Het restant is beschikbaar voor intensiveringen zoals aanpak van wachtlijsten.

De bekostiging van de GGZ, tien jaar dynamiek

Voor het bouwprogramma vindt tweejaarlijks een bestuurlijke actualisatie plaats.

De Riagg's vallen niet onder de WZV en intensiveringen lopen hier rechtstreeks via de WTG. Dit geldt ook voor RIBW's die sinds 2000 niet meer onder de WZV vallen. Vanaf april 2003 valt feitelijk alleen nog de klinische capaciteit onder dit bouwregime. De ambulante zorg en deeltijdbehandelingen zijn per die datum ook uit de reikwijdte van de WZV geschrapt.

Vanaf medio jaren negentig heeft de volumegroei vooral betrekking op de zorg voor specifieke doelgroepen zoals kinder- en jeugdpsychiatrie, forensische psychiatrie en verslavingszorg. De groei van de zorg voor volwassenen en ouderen bleef beperkt.

Vanaf 1999 zijn ter bestrijding van de wachtlijsten extra middelen ingezet. De omvang van deze middelen groeide van € 5 miljoen in 1997 tot € 262 miljoen in 2003 (oplopend tot € 345 miljoen in 2004). Vanaf 2003 geldt geen budgetmaximering meer en wordt de sector afgerekend op haar feitelijke productie. Dit geeft de sector de ruimte om voor wat betreft de ambulante zorg (die niet onder de WZV valt) de wachtlijsten verder weg te werken op basis van afspraken met het zorgkantoor.

2.5. samenvatting en conclusie

VWS heeft de kosten van de GGZ onder andere door middel van de invoering van de budgetmaximering goed kunnen beheersen. Ze heeft hierbij onvoldoende middelen beschikbaar gesteld om de groei van de vraag op te vangen. Dit heeft geleid tot aanzienlijke wachtlijsten in met name de ambulante zorg. Sinds enkele jaren wordt de sector in staat gesteld deze achterstand weg te werken. Daarnaast bestaan er nog wachtlijsten in de klinische zorg voor specifieke doelgroepen zoals forensische psychiatrie.

De vergoeding per prestatie (prijs) is in 1995/96 voor het laatst (bij de herziening van de bekostigingssystematiek) aangepast aan de werkelijke kosten. Daarna is de prijs per prestatie door al dan niet deugdelijk gemotiveerde prijskortingen achterop geraakt. De kwaliteit van de zorg is mede hierdoor onder grote druk komen te staan. Dit laatste is overigens niet specifiek voor de GGZ, want ook binnen de gehandicaptenzorg en ouderenzorg ervaren cliënten hoe de grenzen zijn bereikt van wat nog maatschappelijk aanvaardbare zorg genoemd kan worden.

3. Budgetsystematiek GGZ

In dit hoofdstuk schets ik de wijze waarop de instellingen hun inkomsten verwerven. Centraal hierin staat de budgetsystematiek en de wijze waarop de financiering van de verschillende deelsectoren binnen de GGZ toe zijn gegroeid naar één integrale systematiek. Zoals we zullen zien is deze vooral ontwikkeld binnen de politieke context van Paars I: kostenbeheersing en budgetdiscipline.

3.1. CTG-beleidsregels en productieafspraken

De kosten in de gezondheidszorg worden beheerst door de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Het merendeel van alle kosten die ten laste van de AWBZ komen, vallen onder de werkingssfeer van deze wet. Kenmerkend voor de bekostiging van instellingen die onder de WTG vallen, is de budgetsystematiek.

Globaal werkt dit als volgt. Het zorgkantoor en de instelling maken productieafspraken (bijvoorbeeld 10.000 verpleegdagen). Zij doen dit binnen de grenzen van de toelating van de instelling (als een instelling bijvoorbeeld is toegelaten voor 400 bedden, dan mo-

gen er niet meer dan 400 x 365 verpleegdagen worden afgesproken). De productieafspraken worden via een budgetformulier door het zorgkantoor en de instelling gezamenlijk ingediend bij het CTG. Dit is het verzoek tot budgetvaststelling.

Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) vertaalt de productieafspraken in een budget voor de instelling. Zij doet dit op basis van beleidsregels. Deze beleidsregels bestaan uit budgetparameters die voorzien zijn van een door het CTG vastgestelde (en door het ministerie van VWS goedgekeurde) prijs. Zo geeft de beleidsregel loon- en materiele kosten precies aan voor welke activiteit (soorten face-to-face contacten, soorten verpleegdagen etc) welke vergoeding geldt.

Op basis van de ingediende productieafspraken en de beleidsregels berekent het CTG het budget van de instelling. Dit budget is feitelijk de overeengekomen productie maal de CTG beleidsregelbedragen. Hieraan worden nog de kapitaalslasten en enkele andere posten toegevoegd. Deze berekening wordt gepresenteerd in de zogenoemde rekenstaat. Op basis van de hier aan gekoppelde tariefbeschikking wordt de instelling vervolgens bevoorschot. De rekenstaat is dus cruciaal voor de interne budgettering van een instelling omdat hier de hoogte en samenstelling van het budget wordt aangegeven.

Na afloop van het jaar wordt de werkelijk gerealiseerde productie aan het CTG doorgegeven. Sinds 2003 wordt deze realisatie gebruikt om met terugwerkende kracht het uiteindelijke budget van de instelling vast te stellen. Dit is het zogenoemde "boter-bij-de-vis" principe. Voor die tijd gold afspraak is budget (met uitzondering van de extra wachtlijstmiddelen waarop al eerder werd nagecalculeerd).

Voor 2003 geldt bij de afrekening een margeregeling. Een lager productie dan afgesproken leidt niet tot budgetverlaging als de realisatie binnen de bandbreedte blijft van 2% tussen afspraak en realisatie. Motivatie voor deze marge is:

- de GGZ kent relatief veel frictiekosten door substitutie van klinische in ambulante zorg;
- het aanbod is zeer gedifferentieerd waardoor het moeilijk is om snel personeel van de ene afdeling in te zetten in een andere afdeling;
- het aandeel van vaste budgetcomponenten is relatief gering waardoor een instelling extra risico loopt.

Overigens zijn deze argumenten voor VWS geen reden geweest om deze 2% marge voor 2004 te continueren. Instellingen zullen vanaf 2004 zelf hun frictieproblemen moeten oplossen. Vanaf 2004 wordt volledig op de productie nagecalculeerd. Het is overigens nog de vraag hoe VWS zal reageren als mocht blijken dat de realisatie hoger uitpakt dan het in de zorgnota opgenomen macrokader.

Bij de totstandkoming van beleidsregels zijn de brancheorganisaties van de aanbieders (GGZ Nederland) en zorgverzekeraars (ZN) actief betrokken. Zij brengen advies uit waarna het bestuur van het CTG beleidsregels vaststelt. De minister moet deze vervolgens goedkeuren en mag alleen bij zeer gewichtige omstandigheden een beleidsregel afkeuren.

In de nu volgende paragrafen gaan we dieper in op de ontwikkeling en werking van de CTG-beleidsregels³. Deze bepalen namelijk de hoogte van het instellingsbudget.

We maken hierbij onderscheid in de ambulante GGZ en de klinische- en deeltijdbehandelingen. Hoewel deze activiteiten meer en meer geïntegreerd worden aangeboden, hebben beide zorgvormen een andere geschiedenis.

3.2. ambulante GGZ (Riagg en polikliniek)

De huidige systematiek voor de ambulante zorg vindt zijn basis eind jaren 80 toen een nieuwe richtlijnsystematiek voor de Riagg werd afgesproken. Deze bestond uit een vast - variabel systematiek waarbij ongeveer 30% van de opbrengsten verkregen werd via de vaste parameters. Dit is een bedrag per instelling en een bedrag per 100.000 inwoners waarbij rekening werd gehouden met de mate van verstedelijking (de zogenoemde gewogen inwoners). De overige 70% werd vergoed op basis van afgesproken contacten

hulpverlening of uren dienstverlening/preventie. Op basis van de uitkomsten van een tijdbestedingsonderzoek van het onderzoeksbureau HHM uit 1991 kreeg deze systematiek in 1992 haar uiteindelijke vertaling in de beleidsregel loon- en materiele kosten.

De psychiatrische poliklinieken kenden sinds de invoering van de budgettering medio jaren tachtig een volledig variabele systematiek gebaseerd op eerste en herhalingsconsulten en diverse vormen van face-to-face contacten zoals individuele- en groepspsychotherapie.

3.2.1. ontwikkeling geïntegreerde systematiek

Vanuit het veld maar ook in het licht van de nawerkingen van het plan Simons bestond behoefte om de systematiek van de Riagg's en poliklinieken te integreren. Hiermee werd invulling gegeven aan de wens om over te gaan van een financiering op basis van typen instellingen binnen de GGZ naar een meer functionele bekostiging van de GGZ-sector.

In 1994 startte een nieuw tijdbestedingsonderzoek van het bureau HHM op basis waarvan per 1 januari 1996 de nieuwe systematiek van kracht werd. Deze bestaat uit een vast-variabel systematiek met een bedrag per instelling en voor de Riagg's ook een bedrag per 100.000 inwoners (wederom gewogen). De variabele component bestaat uit face-to-face contacten (intake, behandeling/begeleiding, psychotherapie, crisis) en uren dienstverlening/preventie alsmede een toeslag voor huisbezoeken. In 1998 werd daar nog het psychodiagnostisch/psychoneurologisch onderzoekscontact aan toegevoegd.

De systematiek gaat uit van ontvangen contacten (het perspectief van de cliënt is leidend). Voor de psychiatrische poliklinieken was dat even wennen omdat deze gewend waren uit te gaan van het aantal verstrekte contacten.

Hoewel voor Riagg en polikliniek vanaf 1996 een en dezelfde systematiek geldt, bleek het niet mogelijk om op dat moment een volledige harmonisatie in richtlijnbedragen te bereiken. De kostenverschillen waren daarvoor op onderdelen, zoals het intakecontact, te groot. Bovendien kenden de Riagg nog enkele kerntaken zoals dienstverlening en preventie die niet golden voor de polikliniek.

Met het oog op de fusies tussen Riagg's psychiatrische ziekenhuizen heeft het CTG per 2001 de verschillen in de richtlijnbedragen volledig rechtgetrokken. Tegelijk is de systematiek volledig variabel gemaakt. Alle vaste componenten zijn afgeschaft. Deze middelen zijn aan de variabele vergoedingen toegevoegd.

In opdracht van GGZ Nederland heeft HHM in 2002 opnieuw een tijdbestedingsonderzoek verricht naar de ambulante zorg. Aanleiding is de behoefte aan een actualisering van de huidige financieringsparameters. Hieruit komt naar voren dat de huidige vergoeding ontoereikend is. Invoering van de uitkomsten van het onderzoek zal logischerwijze leiden tot meerkosten van de zorg hetgeen voor het CTG aanleiding was de resultaten van het onderzoek voor zich uit te schuiven. Een voorstel van het CTG om de resultaten kostenneutraal in te voeren (door substitutie van klinische vergoedingen) stuitte op bezwaar van de brancheorganisatie GGZ Nederland. Uiteindelijk zijn per 1 januari 2004 slechts enkele elementen uit het onderzoek verwerkt in de CTG-beleidsregels. Zo is er een nieuwe budgetparameter toegevoegd voor telefonische contacten. De vergoeding voor de face-to-face contacten blijven door deze beperkte wijziging ongeveer 10% onder de kostprijs liggen.

3.2.2. overzicht systematiek ambulante GGZ

De vigerende systematiek voor de ambulante ggz is te vinden in de CTG-beleidsregel loon- en materiele kosten (III-827 per 1 -2004) en de definities gezondheidszorg (III-829)⁴.

De systematiek gaat uit van een vergoeding per face-to-face contact voor diverse contactsoorten of van uren zoals bij dienstverlening en preventie. Indien contacten buiten de instelling worden gerealiseerd geldt hiervoor een toeslag ter dekking van de kosten van reistijd. De systematiek kent de volgende parameters waarbij onderscheid wordt ge-

maakt in drie doelgroepen: volwassenen/ouderen/verslavingszorg, kinderen en jeugdigen, forensische psychiatrie.

	Kinderen & jeugdigen	Volwassenen, ouderen en verslavingszorg	Forensische psychiatrie
nieuwe inschrijving	x	x	x
intakecontact	x	x	x
onderzoekscontact	x	x	
psychotherapiecontact	x	x	x
groepscontact psychotherapie	x	x	x
behandeling/begeleidingscontact	x	x	x
telefonische behandeling/begeleidingscontact	x	x	x
groepscontact behandeling/begeleiding	x	x	x
crisiscontact binnen kantooruren	x	x	
crisiscontact buiten kantooruren	x	x	
toeslag contact buiten de instelling	x	x	x
uur dienstverlening/preventie	x	x	

Daarnaast bestaan er nog de volgende ambulante zorgvormen. Deze budgetparameters maakten tot 2002 onderdeel uit van de zorg-op-maatregeling (zie paragraaf 3.4)

Psychiatrische zorg thuis (inclusief reiskosten):
 - bedrag per uur activerende psychiatrische thuiszorg (face-to-face-tijd);
 - bedrag per uur psychiatrische intensieve thuiszorg (face-to-face-tijd).

Per contact psychiatrische crisisinterventie thuis.
 Zorgcoördinatie langdurig zorgafhankelijke cliënten:
 - bedrag per cliënt per jaar
 Gespecialiseerde begeleiding (BZW) (inclusief reiskosten):

- per uur begeleiding (face-to-face-tijd)
 Dagactiviteiten:
 - per aangeboden uur per week voor de inloop functie (bedrag is op jaarbasis);
 - per uur per deelnemer voor de recreatieve, educatieve en arbeidsmatige activiteiten

Voor zorgvernieuwingenprojecten, die overwegend ambulante zorg betreffen, kan ook nog een projectvergoeding worden verkregen, de zogenoemde ZOM-projecten. Zie hiervoor paragraaf 3.4

3.3. klinische zorg en deeltijdbehandeling

Sinds 1979 kenden de algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ) een budgetsystematiek gebaseerd op verblijfsduur en leeftijd van de patiënt: (de zogenaamde A- en B-richtlijnen). Begin jaren negentig constateerden de in het CTG georganiseerde partijen dat door allerlei ontwikkelingen in de zorg de relatie tussen de kosten van het hulpaanbod en de feitelijke vergoeding via de richtlijnen steeds verder uit elkaar zijn gaan lopen. Zo was de vergoeding voor (een deel van) de langdurige verblijfsfunctie te hoog en die van de kortdurende zorg te laag. Deze discrepantie frustreerde de gewenste afbouw van langdurige klinische zorg. In 1994 werd in opdracht van de brancheorganisaties van de APZ'en en RIBW'en een kostenonderzoek verricht door het onderzoeksinstituut NZI (thans Prismant geheten). Het onderzoek dat in het voorjaar van 1996 verscheen, stelde een systematiek voor die rekening houdt met de zorgzwaarte van patiënten en die daarmee een betere kostenconformiteit kan waarborgen. Tegelijkertijd wordt een harmonisatie tussen APZ en RIBW tot stand gebracht voor de vergelijkbare zorgvormen. Na de eerdere harmonisering van de psychiatrische polikliniek en de Ragg in 1996 kon op basis van dit

onderzoek verdere stappen gezet worden in de ontwikkeling van één bekostigings-systeem voor de GGZ. De toenemende samenwerking en fusies binnen de GGZ worden zo niet langer gefrustreerd door gescheiden systematieken. De nieuwe systematiek werd in 1997 ingevoerd.

3.3.1. behandelmodulen

De basis van de nieuwe systematiek bestaat uit een door Prismant ontwikkelde behandelmodulensystematiek. Deze systematiek is in de jaren 80 ontwikkeld voor psychiatrische ziekenhuizen en verpleeghuizen ten behoeve van de interne allocatie van middelen, en bleek voor dat doel ook goed bruikbaar. Hiermee was een goed instrument beschikbaar om inzicht te krijgen in de direct patiëntgebonden kosten van het zorgaanbod. Het is daarna een logische stap om deze modulen door te vertalen naar de externe financiering. De behandelmodulen zijn hiervoor in 1995 herzien en opnieuw geijkt.

In de behandelmodulensystematiek wordt de zorg ingedeeld in vijf dimensies die ieder weer verschillende niveaus bevat.

Per dimensie en niveau is op grond van onderzoek vastgesteld hoeveel inzet van het hierbij behorende direct patiëntgebonden personeel benodigd is, onderscheiden naar verschillende categorieën personeel (VOV, medisch- en sociaal wetenschappelijk personeel, activiteitenbegeleiders –therapeuten).

<i>Dimensie van zorg</i>	<i>Modulen</i>
Dagactiviteiten/behandeling	
AD-dimensie (kortdurende zorg)	Resocialisatie (AD1) Individuele behandeling (AD2) Klinische psychotherapie (AD3) Opname/observatie (AD4)
LD-dimensie (langdurende zorg)	Stabilisatie (LD1) Woonrevalidatie (LD2) Resocialisatie/rehabilitatie (LD3) Behandeling en activering (LD4) Gerichte behandeling en crisis-interventie (LD5)
Begeleiding/bescherming	
B-dimensie	Geen begeleiding (B0) Begeleiding op consultatiebasis (B1) Begeleiding op afstand (B2) Beperkte begeleiding (B3) Volledige begeleiding (B4) Continu bescherming (B5) Zeer intensieve bescherming (B6)
ADL- en huishoudelijk functioneren	
V- dimensie (ADL)	Vijf niveau's
H-dimensie (huishoudelijk)	Drie niveau's

De behandelmodulen geven in theorie in totaal ruim 1.100 combinatiemogelijkheden. Ten behoeve van de ontwikkeling van CTG-beleidsregels is dit aantal door clustering drastisch gereduceerd.

3.3.2. bekostigingscategorieën

Het aantal van 1.100 mogelijke scorecombinaties is op basis van een analyse van 2.500 patiëntenscores gereduceerd door het samenvoegen van verschillende niveau's (bijvoorbeeld de niveau's 2 en 3 van de B-dimensie). Scorecombinaties die in de praktijk niet of nauwelijks voorkomen (dat wil zeggen minder dan 5 patiënten) zijn verwijderd. Het resultaat: 66 clusters van scorecombinaties verdeeld over vier hoofdgroepen van zorg:

- kortdurende klinische opname
- langerdurende klinische opname
- kortdurende deeltijdbehandeling
- langerdurende deeltijdbehandeling

Deze 66 resterende clusters van scorecombinaties zijn op grond van een inhoudelijke analyse samengevoegd tot een hanteerbaar aantal grootheden die *bekostigingscategorieën* worden genoemd. Hierbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- de kosten van de te combineren clusters verschillen niet al te zeer;
- de combinatie van clusters tot bekostigingscategorieën blijft inhoudelijk herkenbaar;
- het aantal bekostigingscategorieën per hoofdgroep blijft beperkt;
- de definiëring van de bekostigingscategorieën zal vooral plaats vinden op basis van de D-dimensie (in verband met de herkenbaarheid van de categorieën) en de B-dimensie (als meest bepalend voor de zorgzwaarte); de V- en H-dimensie (verzorging) worden beschouwd als een secundair kenmerk van de zorg en zullen in de prijs worden versleuteld.

De grens tussen kortdurend en langerdurend is op grond van de onderzoekscijfers vastgesteld op één jaar.

Van iedere bekostigingscategorie is aan te geven welke mix van scorecombinaties van behandelmodulen daarin begrepen is. Met behulp van de basistabel inzet personeel uit de behandelmodulensystematiek is, na berekening van de loonkosten, de kostprijs van iedere bekostigingscategorie vast te stellen. Het was daarna voor het CTG een relatief eenvoudige kwestie om deze bekostigingscategorieën om te zetten in budgetparameters.

De nieuwe systematiek gold in 1997 alleen voor de volwassen- en ouderenpsychiatrie. Op basis van vervolgonderzoeken (BDC-onderzoeken genoemd –Behandelmodulen Differentiatie CTG-beleidsregels- niet te verwarren met het DBC-traject!)) is in de periode 1997-2000 ook een vergelijkbare systematiek ingevoerd voor de kinder- en jeugdpsychiatrie (1999), de verslavingszorg (1999) en de forensische psychiatrie (2000).

Voor de kinder- en jeugdpsychiatrie werden er negen bekostigingscategorieën onderscheiden, waarvan drie voor deeltijd. De verslavingszorg is uitgekomen op zes categorieën voor de klinische functie en twee voor de deeltijd.

Voor de forensische psychiatrie zijn zes categorieën onderscheiden, waarvan twee voor de FPA's en vier voor de FPK's. Bij de ontwikkeling van deze systematiek zijn ook de TBS-klinieken betrokken geweest, waarmee in beginsel één geïntegreerde systematiek bereikt kon worden. De TBS klinieken hebben later in overleg met justitie besloten hun systematiek verder te vereenvoudigen tot één behandel- en één longstaytarief.

Op de ouderenpsychiatrie na kennen alle zorgcircuits nu hun eigen bekostigingscategorieën. Het ouderencircuit heeft binnen GGZ Nederland er op aangedrongen dat ook zij eigen categorieën krijgen omdat de kosten in het algemeen iets hoger liggen dan die binnen de volwassenenzorg. Aangezien de financiering van deze hogere kosten ten laste zouden komen van de volwassenenzorg heeft GGZ Nederland er van afgezien om een voorstel bij het CTG in te dienen. Instellingen zullen zelf binnen hun budgetsystematiek met de kostenverschillen rekening dienen te houden.

3.3.3. vast-variabel systematiek

De brancheorganisaties hebben bij de invoering van de systematiek voorgesteld de patiëntgebonden kosten geheel variabel te maken, zodat in het bedrag per plaats alleen nog de indirecte kosten begrepen zijn. Het CTG wenste vast te houden aan de oorspronkelijk verhouding tussen vast en variabel (aanvankelijk 30-70% en in 1995 door prijsmutaties verschoven tot 25-75%). Ter wille van deze verhouding is uiteindelijk in de vaste component ook een bedrag voor de direct patiëntgebonden kosten opgenomen.

Onder invloed van de substitutie van bedden naar de zorg op maat (zie paragraaf 3.4) is de relatie tussen toelating en feitelijk aantal bedden steeds losser geworden. Het CTG heeft in 2001 besloten om de vaste component af te leiden uit de gemiddelde variabele productie over de twee daaraan voorafgaande jaren. Basis is 106% van deze productie (voor plaatsen beschermd wonen geldt 102%), waarbij het CTG ook nog een gemiddeld

bezettingspercentage (van 97% bij volwassenen) in ogenschouw neemt. Hiermee is de facto ook de vaste component variabel gemaakt. Het aantal bedden in de toelating speelt alleen nog maar een rol als maximum begrenzing van het aantal af te spreken verpleegdagen. In 2003 is de deeltijdbehandeling geheel variabel gemaakt. Hiertoe is de vergoeding van de vaste component aan de variabele component toegevoegd.

De RIBW's kenden nog een vaste instellingscomponent. Voor psychiatrische ziekenhuizen en Riagg's was deze al in 2001 afgeschaft. Met ingang van 2003 is deze component komen te vervallen. De RIBW's kennen nog wel, net als de kliniek, een bedrag per plaats. Deze is voor de RIBW's gekoppeld aan het aantal toegelaten plaatsen.

3.3.4. overzicht systematiek klinische zorg en deeltijdbehandelingen

De systematiek bestaat uit twee componenten, een vaste en een variabele component. De vaste component is een vergoeding per bed. Hierbij worden gedifferentieerde bedragen gehanteerd afhankelijk van het type zorg.

De variabele component bestaat uit verpleegdagen, deeltijdbehandelingen en eerste opnames. De verpleegdagen en deeltijdbehandelingen kennen een differentiatie naar:

- doelgroep (volwassenen/ouderen, verslavingszorg, forensische psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie)
- verblijfs- of behandelduur (langer en korter dan één jaar)
- zorgzwaarte (naar begeleidingsintensiteit of type dagaanbod)

Het bedrag per eerste opname is eveneens gedifferentieerd naar doelgroep.

Tabel 1 geeft hiervan het overzicht.

Tabel 1

CTG code	omschrijving	Klinisch (K) of deeltijd (D)	Dagaanbod / type behandeling	Mate van begeleiding
Verslavingszorg				
A1.1	Groepsgewijze behandeling	K	Resocialisatie, groepsbehandeling (VD1,VD3,VD6)	Beperkt B2,B3
A1.2	idem	K	Idem	Volledig (B4)
A1.3	Individuele behandeling	K	Behandeling, observatie (VD2,VD4)	Beperkt (B2,B3)
A1.4	idem	K	Idem	Volledig (B4)
A1.5	Behandeling	K	Observatie, motivatieVD4,VD6	Intensieve bescherming (B5,B6)
A1.6	Crisisinterventie	K	Crisisinterventie (VD5)	Volledig t/m zeer intensief (B4,B5,B6)
A2.1	Deeltijdbehandeling	D	Resocialisatie, behandeling, observatie (VD1 t/m VD4)	B0,B1
A2.2	idem	D	Idem	Beperkte begeleiding (B2,B3)
Kinder- en jeugdpsychiatrie				
K1.1	Behandeling	K	Algemeen, psychotherapie, gezinsbehandeling (KD2, KD3,KD5)	Beperkte tot volledige begeleiding (B3,B4)
K1.2	idem	K	Algemeen (KD2)	Continue tot zeer intensieve bescherming (B5,B6)
K1.3	Stabilisatie	K	Stabilisatie (KD6)	Beperkte tot volledige begeleiding (B3,B4)
K1.4	idem	K	Idem	Continue tot zeer intensieve bescherming B5,B6
K1.5	Zeer intensieve behandeling	K	Complexe problematiek, observatie, verstandelijke handicap (KD1,KD4,KD7)	Beperkte tot volledige begeleiding (B3,B4)
K1.6	idem	K	Idem	Met continue tot zeer intensieve bescherming (B5,B6)
K2.1	Opname en observatie	D	Observatie	Begeleiding op consultatiebasis (B0,B1)
K2.2	Algemene en gezinsbehandeling	D	Algemeen, gezinsbehandeling	Begeleiding op consultatiebasis

K2.3	deling idem	D	(KD2,KD5) KD2	(B0,B1) Begeleiding op afstand (B2)
Volwassenen- en ouderenpsychiatrie				
V1.1	Klinische kortdurende zorg	K kort	Alle behandeltypen (AD1 t/m AD4)	Beperkte begeleiding (B2,B3)
V1.2	idem	K kort	Idem	Volledige begeleiding (B4)
V1.3	idem	K kort	Idem	Intensieve begeleiding/bescherming (B5,B6)
V1.4	Herstellingsoordfunctie	k kort	Herstellingsoord	Niet van toepassing
V2.1	Structuur biedend	K lang	Stabilisatie en woonrevalidatie (LD1,LD2)	Beperkte begeleiding (B2,B3)
V2.2	idem	K Lang	Idem	Volledige begeleiding (B4)
V2.3	Veranderingsgericht	K Lang	Resocialisatie/rehabilitatie, behandeling (LD3,LD4)	Beperkte begeleiding (B2,B3)
V2.4	idem	K Lang	Idem	Volledige begeleiding (B4)
V2.53	Crisisbehandeling	K Lang	Gerichte behandeling, crisisinterventie	Met intensieve begeleiding/bescherming (B5,B6)
V3.1	Structurerende deeltijdbehandeling	D Kort	Alle behandeltypen mu.v. psychotherapie (AD1,AD2,AD4)	Op afstand (B0,B1)
V3.2	idem	D Kort	Idem	Beperkte begeleiding (B2,B3)
V3.3	Psychotherapeutische deeltijdbehandeling	D Kort	Psychotherapie, observatie (AD3,AD4)	Op afstand (B0,B1)
V3.4	idem	D Kort	Idem	Met beperkte begeleiding (B2,B3)
V4.1	Stabilisatie	D Lang	Stabilisatie, woonrevalidatie (LD1,LD2)	Op afstand (B0, B1)
V4.2	Rehabilitatie	D Lang	Resocialisatie/rehabilitatie (LD3)	Op afstand (B0, B1)
Forensische psychiatrie				
F1.1	Resocialisatie FPA	K	FD1	FB2, FB3, FB4
F1.2	Behandeling FPA	K	FD2, FD4	FB3, FB4, FB5
F1.3	Long stay FPK	K	Long stay	Basis FB3, FB4
F1.4	idem	K	Idem	Intensief FB5
F1.5	Resocialisatie FPK	K	FD1	Alle zwaartes FB1 t/m FB5
F1.6	Behandeling FPK	K	FD2, FD4	Idem

3.4. zorgvernieuwing en zorg-op-maat regeling

3.4.1. substitutie en zorgvernieuwingsfonds

De GGZ is als sector de afgelopen twintig jaar sterk in beweging. Zo werden klinische bedden omgezet in vormen van ambulante zorg of opname vervangende deeltijdbehandelingen. De bekostigingssystematiek ondersteunde deze ontwikkeling onvoldoende, hetgeen leidde tot ondermeer het fenomeen van de "grijze afspraken". Met het zorgkantoor werden verpleegdagen afgesproken en met de opbrengst hiervan werden zorgvernieuwende activiteiten bekostigd. Verstrekkingstechnisch werd deze praktijk gelegaliseerd door de regeling "substitutie GGZ van de Ziekenfondsraad" die verschuivingen van middelen tussen de verschillende toelatingen (zoals klinische opname en psychiatrische polikliniek) toestond.

In 1994 werd ter verdere ondersteuning van de zorgvernieuwing een zorgvernieuwingsfonds ingesteld. Dit fonds werd gevuld door de sector zelf die hiervoor een prijskorting kreeg opgelegd (van € 25 mln.).

In 1995 adviseerde een ambtelijke werkgroep van VWS om alle inmiddels ontstane subsidieregelingen onder te brengen in een zorgvernieuwingsfonds per sector. De middelen uit dit fonds zouden vervolgens over de WZV-regio's worden verdeeld waarbij de zorgkantoren de regie zouden krijgen bij de besteding van de deze middelen. Paars I was voornemens zorgvernieuwing vooral te stimuleren via een uitgebreid zorgvernieuwingsfonds (waarvoor de instellingen 5% van hun budget zouden moeten inleveren). De constructie van een uitgebreid fonds geeft VWS de mogelijkheid van een stringente kostenbeheersing (voor subsidieregelingen zoals het fonds geldt immers: 'op is op'). Bovendien wordt op deze wijze automatisch de positie van de zorgverzekeraar versterkt als beheerder van dat fonds.

3.4.2. flexibilisering AWBZ en zorg op maat regeling

Een groot zorgvernieuwingsfonds onder de AWBZ wordt door de brancheorganisaties van zorgaanbieders afgewezen: de bestaande koppeling tussen AWBZ-verstrekking en WTG-financiering moet blijven bestaan, zij het met gewijzigde, meer flexibele spelregels. Na een lange en moeizame discussie tussen alle partijen werd uiteindelijk het voorstel van de brancheorganisaties overgenomen. Uiteindelijk werden in 1998 de volgende maatregelen genomen:

- Flexibilisering van de zorgaanspraken.
Het besluit zorgaanspraken is dusdanig gewijzigd dat de starre grenzen van de aanspraken werden versoepeld (ontschotting). Cliënten kunnen de zorg nu ook in de afzonderlijke onderdelen van de aanspraak krijgen (behandeling, begeleiding, onderzoek enzovoort in plaats van 24-uurs-opname in een APZ). Instellingen kunnen hierdoor een geïntegreerd aanbod leveren en cliënten zorg op maat kunnen krijgen;
- ZOM-regeling in de WTG.
In de beleidsregel loon- en materiele kosten is een paragraaf opgenomen die het mogelijk maakt dat zorgaanbieder en zorgkantoor zorg-op-maat projecten (ZOM-project) kunnen afspreken, uitgedrukt in een lumpsumbedrag. Aan deze afspraak dienen projectplannen ten grondslag te liggen. Tevens moet aan het tussen partijen afgesloten ZOM-protocol te zijn voldaan. Bij de berekening van de kosten mag rekening worden gehouden met een normatieve opslag van 25% voor kosten van de overhead (vanaf 1999). De middelen voor de financiering van ZOM-projecten worden via substitutie van zorg verkregen (dus geen extra middelen);
- Terugstorten middelen zorgvernieuwing.
De middelen van het zorgvernieuwingsfonds worden, op een specifiek gedeelte na, teruggeploegd naar de instellingen. Voor de middelen ten behoeve van de openbare GGZ (OGGZ), Maatschappelijke Opvang en initiatieven van cliënten wordt een subsidieregeling gecontinueerd;
- ZOM-protocol tussen partijen
Het zorg-op-maatprotocol regelt de betrokkenheid van cliëntenorganisaties bij de totstandkoming van projecten. Het stelt tevens een minimum vast voor het aan zorg op maat te besteden budget (in 1998 5%, 1999 6,5%, 2000 8,5% en 2001 10% van het instellingsbudget). Deze eis geldt overigens niet voor de categoriale ziekenhuizen zoals de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het protocol is in 2003 komen te vervallen.

Via separate onderzoeken zijn in CTG-verband de mogelijkheden onderzocht om ook voor zorgvernieuwend projecten budgetparameters op te stellen. Deze hebben geleid tot bekostigingsparameters voor Begeleid Zelfstandig Wonen (1999), dagactiviteitencentra (1999), psychiatrische thuiszorg (2000) en casemanagement (2002).

Doordat voor steeds meer onderdelen van zorg op maat budgetparameters zijn gaan gelden is de omvang van de lumpsumbekostiging steeds beperkter geworden. Deze vorm van financiering blijft evenwel nodig voor een zich steeds vernieuwende zorg. Tegelijk geldt steeds meer het principe van bekostiging op basis van gekwantificeerde zorgprestaties. Aan deze lumpsum bekostiging is daarom door het CTG vanaf 2002 een maximum van 4% gesteld. De eerder gehanteerde minimumpercentages zijn vanwege de integratie van zorgvernieuwing in reguliere parameters komen te vervallen. Dit maximum van 4% is anno 2004 nog steeds actueel.

Op dit moment is de tendens van VWS om deze vorm van zorgvernieuwing te beëindigen. Aan de financiering van ZOM-projecten ligt feitelijk een kostenbegroting ten grondslag. Prestatieafspraken kunnen weliswaar op lokaal niveau gemaakt worden, maar zijn niet landelijk zichtbaar. In het kader van een prestatiegerichte financiering heeft VWS de zorgvernieuwing in de ouderenzorg al beëindigd. Met de komst van een functionele bekostiging en DBC-systematiek heeft de ZOM-regeling haar langste tijd gehad.

3.5. overige aspecten budgetsystematiek

In de vorige paragrafen zijn de belangrijkste elementen van de budgetsystematiek besproken. In deze paragraaf bespreken we nog enkele aanvullende aspecten die voor de werking van de budgetsystematiek van belang zijn.

3.5.1. aanvaardbare kosten

Het CTG spreekt van aanvaardbare kosten. Dit zijn alle kosten die gedekt worden door CTG-beleidsregels. Als een instelling kosten maakt die hier niet onder vallen dan worden ze niet vergoed (ze zijn als het ware niet aanvaardbaar in het kader van de WTG). Zoals we al zagen wordt het merendeel van de aanvaardbare kosten normatief benaderd via de beleidsregels. Het CTG is dus niet geïnteresseerd in de feitelijke kosten van bijvoorbeeld een face to face contact. Dat is een eigen verantwoordelijkheid van de instelling. De beleidsregel aanvaardbare kosten geeft een limitatief overzicht van alle CTG-beleidsregels die op een instelling van toepassing zijn.

3.5.2. aanvullende inkomsten

In een beperkt aantal gevallen mogen instellingen aanvullende inkomsten naast hun wettelijk budget behouden. De beleidsregel aanvullende inkomsten geeft aan wanneer dit van toepassing is. Voldoet een bepaalde inkomst niet aan deze beleidsregel dan gaat het CTG ervan uit dat de opbrengst dient ter dekking van het wettelijk budget. Deze inkomsten worden door het CTG verrekend.

3.5.3. substitutievrijheid

Binnen het budget bestaat een volledige substitutievrijheid, dat wil zeggen dat budget van de ene zorgvorm gesubstitueerd kan worden in een andere (klinische opbrengst inzetten voor ambulante zorg). Ook kan de ene kostensoort voor de andere worden benut (vergoeding voor personele kosten inzetten voor materiële kosten).

De CTG-beleidsregels dienen dus vooral ter bepaling van het instellingsbudget. Daarna zal door de instelling op basis van een interne budgetsystematiek de budgetten van afdelingen worden vastgesteld. De systematiek die de instelling hierbij hanteert kan van instelling tot instelling variëren.

In de praktijk zal substitutie altijd voorkomen. Zo was in 1997 al bij CTG-partijen bekend dat de vergoeding van de materiële kosten ongeveer 40% lager ligt dan het feitelijke kostenniveau. Daar tegenover stond een hogere vergoeding van indirecte loonkosten. Een dergelijke verschil is ontstaan door het uitbestedingsbeleid van instellingen. Vanwege de substitutievrijheid is de noodzaak om dergelijk verschuivingen te repareren beperkt. Na de inkoopkorting (zie paragraaf 2.2) is deze discrepantie overigens nog groter geworden.

3.5.4. reserve aanvaardbare kosten

Een instelling die in een bepaald jaar geld overhoudt kan dit toevoegen aan zijn reserve aanvaardbare kosten (RAK). Bij een tekort zal het verschil aan deze RAK onttrokken moeten worden. Aan de omvang van de RAK of het eigen vermogen zijn geen grenzen verbonden. Wel volgt het CTG de ontwikkelingen van het eigen vermogen via de enquête exploitatie-uitkomsten zorgsector. Over de minimale of gewenste hoogte van het eigen vermogen bestaat geen consensus. De overheid vindt dat instellingen nauwelijks risico lopen zodat het eigen vermogen beperkt kan blijven. Instellingen en ook het waarborgfonds die de leningen binnen de sector borgt, denken daar weer anders over.

3.6. slotbeschouwing bekostigingssystematiek

De bekostiging van de GGZ is medio jaren negentig ingrijpend gewijzigd en gemoderniseerd. Daarna is de systematiek verder bijgesteld aan de actuele ontwikkelingen.

Het CTG beoordeelt bekostigingssystemen op een aantal criteria:

- eenvoudig en voor betrokkenen doorzichtig;
- eenduidig gedefinieerd;
- niet of slechts beperkt manipuleerbaar;
- reële taken met zo veel mogelijk kunnen worden afgedekt;
- toepasbaar over vergelijkbaar met andere sectoren;
- vertaalbaarheid naar interne maten.

Het in 1996 geïntroduceerde systeem voldoet naar het oordeel van het CTG in 1997 redelijk tot goed op deze criteria. Uitzondering hierop zijn de manipuleerbaarheid en controleerbaarheid. Dit is echter het inherente gevolg van het op basis van een subjectief oordeel indelen van patiënten in zorgcategorïen.

In combinatie met een budgetmaximering (zie paragraaf 2) leidt deze noodzakelijke subjectiviteit niet tot meerkosten op macroniveau. Bij het afschaffen van dit maximum in 2003 is op verzoek van partijen een extra materiële controle door het zorgkantoor ingebouwd.

De systematiek heeft er in de jaren dat het nu functioneert voor gezorgd dat de belangrijke substitutie van klinische naar ambulante zorg ook in financiële zin ondersteund kon worden. Als gevolg van deze substitutie neemt de zorgzwaarte in de kliniek toe. Met de differentiatie in zorgzwaarte kan deze verschuiving opgevangen worden. Tegelijk neemt ook de intensiteit in de ambulante zorg toe. Aangezien hier gewerkt wordt met een contactprijs kan ook hier de intensivering opgevangen worden. Het budgetmaximum zorgde er wel voor dat instellingen onvoldoende aan de groeiende vraag naar (met name ambulante) zorg tegemoet kunnen komen. Dit heeft geresulteerd in oplopende wachtlijsten. Dit is echter niet het gevolg van een falen van de systematiek maar van bewust overheidsbeleid die de groei van kosten wenste te beheersen en te beperken. Op het gebied van kostenbeheersing (een leidend beginsel medio jaren negentig) heeft de systematiek juist goed gescoord.

Ook heeft de systematiek de voortgaande integratie van GGZ-instellingen ondersteund. Er is nu één geïntegreerde systematiek voor vrijwel de gehele GGZ waarbij voor vergelijkbare prestaties ook vergelijkbare prijzen gelden.

Over de kostenconformiteit van de systematiek wordt verschillend gedacht. Bij de introductie is uitgegaan van regelmatige herijking van budgetparameters. De systematiek geeft daartoe eenvoudige handreikingen. Van deze mogelijkheid is evenwel voor de klinische zorg en deeltijdbehandelingen geen gebruik gemaakt. De uitkomsten van een nieuwe herijking in 2002 van ambulante budgetparameters zijn grotendeels geparkeerd. De kostenconformiteit is daardoor wederom uit de pas geraakt. Ervaring van een aantal instellingen is dat op de ambulante zorg geld moet worden toegelegd. Deze middelen worden aan de kliniek onttrokken hetgeen aldaar leidt tot zorgvershraling.

De brancheorganisatie heeft haar beleidsmatige aandacht inmiddels verlegd naar de ontwikkeling van een DBC-systematiek voor de GGZ. Dit om de gewenste overgang van de curatieve GGZ naar de ziekenfondswet c.q. de standaardverzekering curatieve zorg mogelijk te maken. Ze lijkt weinig genegen nog onderhoud aan de bestaande systematiek te plegen. Dat is riskant. Hoewel de nieuwe DBC-systematiek voorzien is in 2006, is de kans groot dat er vertragingen ontstaan in het ambitieus opgezette DBC-traject. Lange overgangstrajecten zijn bovendien niet uitgesloten, zoals de ontwikkeling binnen de algemene ziekenhuizen nu laat zien.

Al met al hoeft de sector zich niet te schamen voor wat ze op het gebied van de bekostiging heeft bereikt. In vergelijking met bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg is ze in staat

geweest om systemen niet alleen op papier te ontwikkelen, maar ook om deze voortvarend te implementeren.

Toch bestaat er ook kritiek op de huidige systematiek. Medio 2002 schrijft VWS in haar brief over de start van het project DBC's in de GGZ het volgende:

“Al geruime tijd bestaat er bij de diverse partijen binnen de GGZ enige onvrede over de huidige bekostigingssystematiek. Zo belemmert de huidige wijze van bekostiging onder meer de noodzakelijk geachte omslag naar vraaggestuurde zorg. Ook ontbreekt het in de GGZ aan transparantie in het huidige aanbod van zorg en daaraan gekoppeld aan transparantie in kosten, c.q. in prijs. Het realiseren van vraagsturing en transparantie in het aanbod van zorg zijn ook noodzakelijke voorwaarden om concreet en verantwoord vorm te kunnen geven aan begrippen als marktwerking in de zorg en (maatschappelijk) ondernemerschap.”

Deze kritiek miskent de politieke context en de door VWS gestelde randvoorwaarden waarbinnen de systematiek is ontwikkeld. Het systeem is ontwikkeld als budgetsystematiek waarbij de overheid prijs en macrovolumes dicteert. Het is nooit ontwikkeld vanuit de gedachte van bijvoorbeeld vrije prijsvorming die aan de gedachten van de DBC-systematiek ten grondslag ligt. In het slothoofdstuk kom ik hier nog op terug.

4. Actuele ontwikkelingen (begin 2004)

4.1. herverkavelen sector GGZ

De GGZ bevindt zich als sector op het snijvlak van curatieve zorg en care, maar ook op het snijvlak van welzijn en gezondheidszorg. Daarnaast heeft het raakvlakken met openbare orde (de OGGZ). Dit gegeven maakt dat al jaren een discussie woedt of de GGZ als één sector nog toekomst heeft en of het niet beter is de GGZ 'op te knippen' in delen die vervolgens geïntegreerd worden in andere delen van de gezondheidszorg. Los van een inhoudelijke discussie gaat het hier ook om de vraag onder wettelijke kaders de zorg die de GGZ biedt het best geregeld kan worden.

Diverse rapporten hebben in dit verband het licht doen zien. Ik noem de spraakmakendste:

- het RVZ-advies *Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw*, uit 1997;
- het rapport *Zorg van Velen*, uit 2001

Hoofdpijnen uit deze rapporten:

- de curatieve GGZ dient te integreren met de medisch specialistische zorg en derhalve overgeheveld te worden naar de Ziekenfondswet of diens beoogde opvolger de standaardverzekering curatieve zorg;
- de tot de care behorende zorg dient geïntegreerd met de gehandicaptenzorg en ouderenzorg (voor zover dit care betreft);
- meer welzijnsachtige activiteiten en OGGZ dienen tot het domein van de gemeente te worden gerekend.

Los van de discussie over de wenselijkheid van deze knip is realisering ervan een complexe operatie. Gedefinieerd zal moeten worden welke delen tot welk domein behoren en vervolgens zullen deze delen moeten worden ingepast in de aldaar geldende wet- en regelgeving. Of dat ook aan de orde kan en zal zijn: de aldaar geldende wet- en regelgeving zal moeten worden aangepast aan de specifieke eisen van de GGZ.

De situatie is bovendien gecompliceerd omdat alledrie hiervoor onderscheiden domeinen zich in een moderniseringstraject bevinden, waarbij de relatie tussen partijen opnieuw vorm krijgt en de wet- en regelgeving ingrijpend wordt aangepast.

Reden voor VWS om in de zorgnota 2002 de overheveling van de GGZ als een eigen moderniseringstraject te beschouwen, waarbij de care aanhaakt bij de modernisering AWBZ en de curatieve GGZ bij de modernisering van de curatieve zorg. In dit kader zijn diverse beleidsbrieven verschenen (onder andere als antwoord op de eerder genoemde rapporten) en zijn er diverse reparaties en uitzonderingsposities voor de GGZ in het traject van de modernisering van de AWBZ aangebracht.

Voor de bekostiging betekent dit het volgende.

- De curatieve GGZ gaat over naar het regime van de algemene ziekenhuizen. VWS wil dat bekostiging geïntegreerd wordt met de systematiek die aldaar ontwikkeld wordt: de DBC-systematiek. Onder curatieve zorg verstaat VWS alle ambulante zorg en het eerste jaar klinisch verblijf.
- De care wordt qua aansturing geïntegreerd met de voorzieningen van ouderen en gehandicaptenzorg. Voor de bekostiging betekent dit de ontwikkeling van een functionele bekostiging.
- De meer welzijnachtige activiteiten gaan over naar het gemeentelijke domein. Hier zullen de financieringssystematieken van de gemeenten gevolgd moeten worden.

Deze herverkeveling heeft nog een andere belangrijke consequentie. Tot nu toe kon de bekostigingssystematiek binnen door VWS gestelde randvoorwaarden (zoals budgettaire neutraliteit) goed afgestemd worden op de specifieke kenmerken en wensen van de sector. Het initiatief voor de ontwikkeling of bijstelling van de bekostigingssystematiek lag dan ook veelal bij de brancheorganisatie waarbij de CTG-partijen (aanbieders, verzekeraars en CTG-secretariaat) gezamenlijk optrokken. VWS was in de rol van waarnemer min of meer zijdelings bij deze ontwikkelingen betrokken, maar stelde wel de randvoorwaarden.

In de beleidsvoornemens van VWS is de GGZ als sector geen eigen aangrijpingspunt voor besturing meer. Het is opvallend dat daarmee ook het initiatief voor de bekostiging is verschoven. Deze is nu veel meer bij VWS komen te liggen, die bijvoorbeeld de voorzitter van het project DBC levert. Bovendien gaat het nu meer om onderzoeken waarbij gekeken wordt in hoeverre de sector inpasbaar is in plaats van de vraag vanuit de sector zelf te formuleren.

De brancheorganisatie van de aanbieders is daarmee van leidend volgend geworden (in de AWBZ loopt ze achter de discussie van de ouderenzorg aan, in de Ziekenfondswet achter die van de ziekenhuizen).

4.2. project DBC GGZ 2005

In april 2002 is het project DBC's in de GGZ van start gegaan met als doel een nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ te ontwikkelen op basis van DBC's. Een DBC is een productbeschrijving van een compleet zorgtraject voor groepen patiënten. De bekostiging van de zorg vindt plaats op basis van een prijs per DBC. In het eindmodel onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over prijs, volume en kwaliteit van DBC's. Om de prijsvorming transparant en inzichtelijk te houden ligt aan de systematiek een kostprijsmodel ten grondslag.

Hierna volgen de belangrijke verschillen met de bestaande systematiek:

- In de huidige systematiek gaat het om prijzen per verrichting (verpleegdag, face to face contact); in de nieuwe systematiek om prijzen per zorgtraject;
- In de huidige systematiek zijn de prijzen landelijk door het CTG vastgesteld, in de nieuwe (eind)situatie is de prijsvorming het resultaat van onderhandeling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar waarbij de DBC-systematiek geldt als onderhandelings- en verantwoordingsstaal. De zorgverzekeraars zullen hierbij niet alleen letten op de kostprijs van de instelling maar ook die van andere aanbieders. In de somatiek heeft de brancheorganisatie van zorgverzekeraars al een inkoopgids opgesteld waarin

ze zelf aangeeft wat een redelijke prijs voor een DBC is en aan welke kwaliteitscriteria de DBC dient te voldoen. Het valt verder te verwachten dat het CTG zo nodig aan de "vrije" prijsvorming grenzen zal stellen via bandbreedtes of maximumtarieven.

- In de huidige systematiek wordt weliswaar aan het zorgkantoor verantwoording per cliënt afgelegd over de geleverde productie, maar wordt niet per cliënt gefactureerd. In de nieuwe systematiek wordt per cliënt gefactureerd aan de zorgverzekeraar van de cliënt.

Eind 2002 werd door de toenmalige minister Bomhoff het project alweer stilgelegd. Te complex en te duur, aldus de minister. Na kennelijke toezegging van GGZ Nederland dat slechts een beperkt aantal DBC's gedefinieerd behoeven te worden, kon het project weer vlot getrokken worden.

In februari 2003 kent het project, na vertrek van de minister, een doorstart waarbij een belangrijke beperking werd aangebracht:

'Ontwikkel het DBC-model ten behoeve van de GGZ dat leidt tot maximaal 50 hoofdgroepen van DBC's op basis waarvan zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het eindmodel kunnen onderhandelen over kwaliteit, prijs en volume van GGZ-zorg. Begin juni 2003 moet het DBC-model worden opgeleverd dat het grootste deel (tenminste 80%) van de zorg in de GGZ omvat en dat vervolgens door zogenaamde koploperinstellingen empirisch getoetst kan worden.'

Naast de in de opdracht genoemde elementen gelden specifiek ten aanzien van het te ontwikkelen model nog een aantal eisen. Zo moet het model aansluiten bij het DBC-model zoals dat ontwikkeld is voor de curatief somatische zorg (project DBC 2003). VWS wil voor de curatieve sector maar één model. De DBC's moeten vervolgens medisch herkenbaar zijn, onder andere te realiseren door een koppeling met de diagnosestelling op basis van de DSM-IV.

De DBC's moeten uiteraard ook kostenhomogeen zijn, dat wil zeggen dat de vergoeding een reële afspiegeling is van de te maken kosten.

Het project DBC GGZ is een gezamenlijk project van het Ministerie van VWS en de brancheorganisaties GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Orde van Medisch Specialisten (Orde), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ), en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

4.2.1. typeringslijsten, verrichtingen en kostprijsmodel

Een DBC typeert het geheel van activiteiten (behandelcontacten, verpleegdagen e.d.) van de instelling en de (medisch) specialist voortvloeiend uit de zorgvraag van de patiënt/cliënt. Aan concrete activiteiten en verrichtingen kunnen kosten worden toegerekend. Door de zorgvragen te typeren met DBC's wordt de relatie tussen de verschillende typen zorgvragen en de direct patiënt/cliëntgebonden kosten geëxpliciteerd c.q. transparant. Een DBC bestaat daarmee uit drie hoofdelementen:

- typering van de zorgvraag
- zorgprofiel
- kostprijsmodel

Typering van de zorgvraag

Het eerste hoofdelement van de DBC bestaat uit de typering van de zorgvraag van de patiënt/cliënt. De zorgvraag wordt getypeerd aan de hand van de daartoe ontwikkelde typeringslijst. De typeringslijst bevat die kenmerken van de patiënt/ cliënt, die uiteindelijk een voorspellende waarde zullen hebben voor het zorgtraject dat zal volgen. Hierin speelt de diagnose conform DSM IV een belangrijke rol (de 'D' van de DBC). Maar ook andere kenmerken zoals de aanleiding van zorg (bijvoorbeeld 'reguliere zorg', 'second opinion' of 'crisisopname') en enkele globale kenmerken van de behandeling (wordt ie-

mand opgenomen of niet?) maken onderdeel uit van de typering van de zorgvraag. De volgende aspecten worden onderscheiden.

- **Zorgtype.**
Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen initiële zorgtypen of een vervolgbehandeling. Verder wordt rekening gehouden met de mate van spoedeisendheid (acute opname of regulier verwijzing bijvoorbeeld), de aard van de interventie (bemoeizorg of crisisinterventie bijvoorbeeld) en zorg voortvloeiend uit diverse rechterlijke maatregelen (TBS, BOPZ en dergelijke).
- **Zorgvraag.**
Hier betreft het complicerende factoren die van invloed kunnen zijn op de zorgzwaarte zoals suïcidaliteit, wils(on)bekwaamheid en taal en/of cultuurproblemen. Deze rubriek is na evaluatie van de eerste ronde koplopers toegevoegd.
- **Diagnose.**
Hier wordt de DSM IV classificatie gevolgd. Gescoord wordt op vijf assen die ieder een aspect van de (mogelijke) psychiatrische stoornis belichten (As I klinische stoornissen, As II persoonlijkheidsstoornissen, V-code andere aandoeningen die reden voor zorg kunnen zijn, As III somatische aandoeningen, As IV psychosociale en omgevingsfactoren (sociale integratie), As V *Global assessment of functioning scale*, de GAF-score die de mate van sociale redzaamheid meet.
- **Behandeltype.**
Aanvankelijk werd alleen een onderscheid gemaakt tussen ambulante zorg of klinische opname. Nu bij de tweede ronde van de koplopers is daar ook een oordeel over de te verwachten intensiteit aan toegevoegd (enkelvoudig kort, enkelvoudig lang, meervoudig/complex)

Zorgprofiel (activiteiten & verrichtingen)

Het tweede hoofdelement van de DBC is de beschrijving van het zorgprofiel of wel het totaal aan activiteiten en verrichtingen dat wordt ingezet om aan de zorgvraag tegemoet te komen. Deze zijn vastgelegd in de verrichtingenlijst. Denk hierbij aan uren psychiatrisch onderzoek, uren psychotherapie, farmacotherapie, uren vaktherapie, verpleegdagen e.d.). Met het zorgprofiel wordt het geleverde behandeltraject (de 'B' van de DBC) per zorgvraag/ typering inzichtelijk. De lijst verrichtingen bevat tien rubrieken.

- pré intake;
- diagnostiek (anamnese, diverse onderzoeken e.d.);
- behandeling (communicatieve behandelingen, diverse vormen van psychotherapie, farmacotherapie, vaktherapie, fysio- en ergotherapie e.d.);
- begeleiding;
- verpleging en verzorging (buiten instelling);
- crisisopvang;
- algemeen indirecte tijd (zorgcoördinatie, no-show, patienbesprekingen e.d.);
- verblijf (ingedeeld in 5 zorgzwaartes per zorgcircuit);
- dagbesteding;
- overige verrichtingen.

De registratie betreft voornamelijk een urenregistratie per disciplinegroep. Voor de verblijfsfunctie wordt met verblijfsdagen gerekend waarin de kosten van de basiszorg inbegrepen zijn. De behandeling door bijvoorbeeld therapeuten en specialisten wordt afzonderlijk geregistreerd.

Kostprijsmodel

Op basis van een uniform kostprijsmodel kan de instelling vervolgens de kosten van dit zorgprofiel, en daarmee de kosten van een DBC berekenen. De kosten van de afzonderlijke activiteiten kunnen per instelling verschillen (door bijvoorbeeld duurder of goedkoper personeel, andere overhead en dergelijke). Dit geldt ook voor het zorgprofiel (andere keuzes ten aanzien van de behandeling, andere patiëntencategorieën). Dit leidt tot een eigen DBC-prijs per instelling.

Met al de bovengenoemde aspecten zijn in beginsel een zeer groot aantal DBC's te benoemen. Op basis van de gegevens van de koploperinstellingen zal dit aantal via statistische analyses ingeperkt worden.

In juni 2003 werden de eerste rapportages opgeleverd waarbij een eerste opzet voor DBC's werd aangegeven. Uitgegaan werd van 37 hoofdgroepen van diagnoses waarbij voor het merendeel nog een onderscheid werd gemaakt in al dan niet opname. In totaal leverde dit 63 DBC's op. Voorbeelden van DBC's zijn depressieve stoornissen zonder/met opname, bipolaire stoornissen zonder/met opname, gedragsstoornissen etc.

Hoewel deze lijst medisch herkenbaar genoemd mag worden, zal deze waarschijnlijk de toets van kostenhomogeniteit niet doorstaan. Inmiddels heeft de DBC-projectgroep, zoals we al zagen, al items aan de typering van de zorgvraag toegevoegd om zo de mogelijkheid te vergroten om tot kostenhomogene DBC's te kunnen komen.

Hier tekent zich al direct een grote kwetsbaarheid van het model af. De zorgintensiteit zal binnen een bepaalde psychiatrische stoornis aanzienlijk verschillen en is afhankelijk van veel andere factoren dan de stoornis zelf. Het zal nog een hele opgave voor de projectgroep zijn om deze te vangen in aspecten die al bij de aanvang van de zorg (bij het openen van een DBC) te vangen zijn.

Het is daarmee nog te vroeg om uitspraken te kunnen doen over de DBC-systematiek. Wel kunnen we enkele beschouwende opmerkingen plaatsen.

Als we de huidige budgetsysteematiek vergelijken met de beoogde DBC's dan kun je het volgende zeggen. In beide systeematieken is er sprake van een "zorgtraject" dat aan de cliënt wordt geboden. Aangrijpingspunt voor bekostiging zijn nu de ingrediënten, de verrichtingen die vertaald zijn in budgetparameters. De kosten van een traject hangen nu rechtstreeks af van de feitelijk geleverde inspanning. In een DBC-systeematiek is het aangrijpingspunt van bekostiging het traject zelf. Dit impliceert dat de ingrediënten (de verrichtingen) min of meer genormeerd worden. Het succes van het DBC-model zal dan ook afhangen van de mate waarin GGZ genormeerd kan worden.

Op voorhand is een politieke uitspraak gedaan over het aantal DBC's waarin de GGZ moet worden gevangen (maximaal vijftig). Als de diagnose leidend is (zoals gepresenteerd in de eerste uitwerking) dan zal blijken dat vijftig DBC's te weinig zijn om ook tot kostenhomogeniteit te komen. Daarvoor is de diagnose te weinig richtinggevend. Er is overigens geen reden om te volharden in deze politieke beperking. Binnen de algemene ziekenhuizen worden per 1 juli meer dan driehonderd DBC's geactiveerd die te samen een omzet van één miljard euro vertegenwoordigen ofwel 10% van de ziekenhuisproductie.

De vijftig DBC's voor de GGZ steken daar schril bij af (de omzet van de curatieve GGZ is op minstens 2 miljard te schatten). Voor verantwoordingsdoelen is het nog wel denkbaar om een beperkte set DBC's te definiëren als hoofdgroep. De prijsonderhandeling (en onderlinge prijsvergelijking door zorgverzekeraars bij de inkoop) zal op een gedetailleerder niveau moeten plaatsvinden. Als men tenminste waarde wil hechten aan een stevige relatie tussen vergoeding en kostprijs.

Over de mogelijkheid van normering van behandelduur en -trajecten kan ik niet optimistisch zijn. Dit is niet het gevolg van een achterblijven van de psychiatrie, maar is veel meer eigen aan de aard van psychiatrische problematiek zelf. De sector werkt aan de ontwikkeling van zorgprogramma's en richtlijnen, maar deze staan terecht primair ten dienste van de verdere ontwikkeling van kwaliteit (en doelmatigheid) van zorg. Het lijkt niet productief om deze ontwikkeling nu al direct in te zetten in het kader van bekostigingsdoelen. De beperking van de psychotherapie laat zien hoe kwetsbaar de sector in dit opzicht is. Met groot gemak kunnen politieke aannames en kostenbesparende uit-

gangspunten prevaleren boven behandelinhoudelijke overwegingen. Vooroordelen over de psychiatrie en wegwuiven van de complexiteit om behandeling te normeren, zijn daar debet aan.

Gekoppeld aan de problemen van normering is de voorspelbaarheid van zorg. De DBC-systematiek (zoals die nu in de voor de GGZ getest wordt) veronderstelt een adequate inschatting van de omvang van de benodigde zorg bij de start van de zorg. Dit is in de praktijk moeilijk realiseerbaar. De omvang van zorg hangt minder af van de in te zetten medische technologie maar meer van de mogelijkheden van de patiënt en diens omgeving zelf. De richting van de in te zetten behandeling is wel aan te geven, de uiteindelijke omvang niet. Bij de ontwikkeling van DBC's zou men dit kunnen ondervangen door een soort van "strippenkaart" in te voeren. Een DBC omvat bijvoorbeeld 25 ambulante contacten waarna zo nodig een tweede reeks van 25 behandelingen kan starten. Op deze wijze zijn een meer beperkter aantal behandeltrajecten te formuleren.

De DBC's zijn niet alleen een onderhandelingsstaal, ze fixeert ook de zorg in een landelijk vastgestelde productengids. De in maart 2004 verschenen *DBC-inkoopgids* van Zorgverzekeraars Nederland is daar een voorbeeld van. VWS heeft al aangekondigd om de landelijke productengids, die de DBC-systematiek feitelijk ook is, te benutten voor de discussie welke zorg tot de basisverzekering gerekend moet worden en welke weggetikt kan worden naar de aanvullende verzekering c.q. vrije markt. De DBC-ontwikkeling is daarmee niet alleen een discussie over de meest adequate bekostigingssystematiek maar ook een instrument voor VWS om de aard en omvang van de verzekerde zorg te heroverwegen.

Een systematiek op basis waarvan "vrij" onderhandeld kan worden over de prijs heeft meerwaarde. Daar doen bovengenoemde kanttekeningen niets aan af. Op lokaal niveau kan de relatie tussen prijs en kwaliteit veel beter worden beoordeeld dan via de huidige landelijke prijsvaststelling.

Het is de vraag of voor de GGZ de binnen de somatiek ontwikkelde DBC-systematiek voor de GGZ de meest geëigende onderhandelingsystematiek is. Op lokaal niveau wordt her en der al geëxperimenteerd met eenvoudiger vormen van het financieren van behandeltrajecten. De gekozen weg waarbij de GGZ ingepast dient te worden in een voor een andere sector ontwikkelde systematiek sluit echter op voorhand al de ogen voor de ontwikkeling van een systematiek vanuit de sector zelf.

4.3. ontwikkeling functionele bekostiging AWBZ

Binnen de AWBZ streeft VWS naar één geïntegreerde bekostigingssystematiek voor de gehele AWBZ. Hiervoor gaat ze uit van de zeven functionele zorgaanspraken (huishoudelijke en persoonlijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding, verpleging, behandeling en verblijf). Uit pragmatische overwegingen heeft ze daarbij gekozen om eerst een geïntegreerde systematiek te ontwikkelen voor alle functies met uitzondering van (klinisch) verblijf.

In CTG-verband is nu de beleidsregel extramuraal AWBZ-zorg ingevoerd. Deze geeft per functie een aantal "prestatieparameters" aan die zo nodig gespecificeerd zijn naar de in de AWBZ onderscheiden doelgroepen (zoals gehandicapten, ouderen, psychiatrische problematiek). Feitelijk vormen deze prestatieparameters een optelsom van reeds in de onderliggende sectoren aanwezige budgetparameters. Waar dat mogelijk was zijn deze qua prijsopbouw geharmoniseerd. Met het oog op de overheveling van de curatieve GGZ naar de standaardverzekering curatieve zorg geldt deze beleidsregel niet voor GGZ-instellingen voor zover zij zorg aan GGZ-cliënten leveren.

4.4. tot slot

De bekostiging van de GGZ is sterk in beweging. De sector heeft afgelopen decennia laten zien dat ze in staat is om als (mede)initiator actief vorm te geven aan een bekostiging die aansluit bij de ontwikkelingen van de zorg en die tegelijk ook recht doet aan de politieke randvoorwaarden.

De huidige bekostigingssystematiek is vormgegeven binnen het uitgangspunt van instellingsbudgettering. Deze systematiek is niet automatisch geschikt voor een prestatiebekostiging die uitgaat van vrije prijsvorming. Daarvoor is ze immers niet ontwikkeld. De GGZ staat aan de vooravond van een herverkingeling van de sector waarbij ze qua besturing en bekostiging dient aan te sluiten bij andere sectoren. Dit beperkt haar mogelijkheden om een bekostiging te ontwikkelen die uitgaat van de dynamiek en mogelijkheden van de sector zelf.

De sector is in staat gebleken om in het verleden de schotten binnen de eigen sector te overwinnen en te komen tot een geïntegreerde bekostigingssystematiek. Het is een uitdaging om nu een systematiek te ontwikkelen die integratie met andere sectoren mogelijk maakt, zonder daarbij de zorg en de behandelmogelijkheden aan cliënten met een psychiatrische problematiek geweld aan te doen.

¹ De GGZ is als sector zeer gedifferentieerd en omvat een veelheid aan instellingen, variërend van maatschappelijke opvang tot TBS-klinieken. In dit artikel breng ik enkele beperkingen aan. Ik beperk me tot de instellingen die onder de Wet Tarieven Gezondheidszorg vallen: psychiatrische ziekenhuizen, Riagg's, geïntegreerde GGZ-instellingen, PAAZ, beschermende woonvormen, categoriale voorzieningen zoals verslavingsklinieken en instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Ik laat de begrotingsgefinancierde (onder andere maatschappelijke opvang) of door gemeenten bekostigde zorg buiten (onder andere ambulante verslavingszorg) beschouwing. Ook besteed ik geen aandacht aan subsidieregelingen (zoals de OGGZ) of de bekostiging van door justitie betaalde zorg (zoals die van TBS-klinieken). De financiering van vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters komt eveneens niet aan de orde.

² In de loop der jaren zijn enkele termen veranderd. Zo zijn verbindingkantoren zorgkantoren gaan heten, worden COTG-richtlijnen nu CTG beleidsregels genoemd, zijn verstrekkingen zorgaanpakken geworden en is een erkenning nu een toelating. Ook zijn de diverse bestuursorganen van naam veranderd: het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg heeft nu College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), de Ziekenfondsraad heet nu College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen heet nu College Bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ). Omwille van leesbaarheid hanteren we de hedendaagse terminologie.

³ Om praktische redenen beperken we ons hier tot de beleidsregel loon- en materiële kosten, die het overgrote deel van het budget van een instelling uitmaken. De kapitaallasten (huisvestingskosten en rente) en enkele andere posten, zoals afschrijving inventarissen en dergelijke blijven buiten beschouwing)

⁴ Alle actuele beleidsregels voor de GGZ zijn te vinden op de website www.ggzbeleid.nl