

Frans van de Pol

Overheveling GGZ: weerbaarstig in de praktijk

Vanuit de ruimte schijnen astronauten de aarde te ervaren als een mooie schilderachtige haast serene blauwwitte bol. Op hetzelfde moment, op de toendra ben ik gevangen in een herfststorm vol mist en jachtende sneeuw. Dat geeft een heel andere beleving van diezelfde wereld.

In 2008 is een groot deel van de GGZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, het wettelijk kader van de medische zorg (€ 3,2 mld.). Een kleiner deel van de GGZ is ondergebracht bij het ministerie van Justitie (€ 0,5 mld.). Het restant blijft achter in de AWBZ (€ 1,3 mld.). Een verdere overheveling van zorg naar de WMO ligt in het verschiet. Binnen al deze domeinen vinden ingrijpende ontwikkelingen plaats op het gebied van de bekostiging.

Als verwoed lezer van overheidsstukken krijg ik het beeld dat alles *in control* is. Er zijn weliswaar kinderziektes maar de overheveling loopt voorspoedig. Als optimistisch gestemd beleidsadviseur/controller binnen een GGZ instelling zie ik een steeds grotere afstand ontstaan tussen de landelijke beleidsdoelen en de uitwerking daarvan in de praktijk. Die spanning is nu zo hoog opgelopen dat het bestuur van GGZ Nederland onlangs heeft opgeroepen niet akkoord te gaan met de verdere invoering van de nieuwe bekostigingsstructuur in de AWBZ. Het ministerie van VWS wil evenwel niet wijken van haar politieke agenda.

In dit artikel wil ik enkele van de spanningsbronnen onderzoeken. Ik beperk me hierbij tot de nieuwe bekostigingssystemen binnen AWBZ en zorgverzekeringswet. Binnen de AWBZ zien we een ongeloofwaardige prijsvorming van zorgzwaartepakketten en een verwarrende bureaucratie. Binnen de ZVW zien we de creatie van onnodige kosten en bedrijfsrisico's voor instellingen.

Het AWBZ domein - gekortwiekte prijzen

Binnen het domein van de AWBZ wordt een uniforme zorgzwaartebekostiging ingevoerd. De GGZ kent al sinds 1996 een eigen systematiek die rekening houdt met zorgzwaarte. Het ministerie van VWS wil echter komen tot één geïntegreerd systeem van bekostiging voor alle sectoren (ouderen- en gehandicaptenzorg en GGZ). In het kader van deze harmonisatie zijn zorgzwaartepakketten (ZZP's) geïntroduceerd. Voor de GGZ zijn zeven pakketten vastgesteld (onderscheiden in B-pakketten met behandeling en C-pakketten zonder). De ZZP's zijn beschrijvingen van cliëntenprofielen waarbij ook de zorgbehoefte wordt aangegeven, uitgedrukt in een normatief aantal behandel- en begeleidingsuren per week. Nieuw voor de GGZ is dat de bestaande zorgzwaartebekostiging, op basis van een typering van de behandelintensiteit (de behandelmodulen), wordt vervangen door cliëntenprofielen én dat een door het ministerie van VWS gecontroleerd centraal indicatieorgaan (CIZ) deze pakketten indiceert.

De AWBZ-brede zorgzwaartebekostiging wordt per 1 januari 2009 ingevoerd. Voor 2009 geldt een overgangssituatie. Productieafspraken worden zowel gemaakt op de huidige wijze als in zorgzwaartepakketten. De bekostiging, d.w.z. de vaststelling van het budget, geschiedt nog

op de bestaande wijze. De afspraken in ZZP's zijn wel bepalend voor de budgetverschuivingen tussen instellingen (herallocatietrajecten) die de NZa in 2009 gaat vaststellen en uitvoeren. Vanaf 2010 vervalt de bestaande systematiek.

ZZP-prijzen

De NZa heeft in juni 2007 voor de eerste maal de toekomstige prijzen van de ZZP's gepubliceerd samen met een omvangrijke onderbouwing die voortborduurde op de onderzoeken van de bureaus HHM en KPMG. Verrassend element was het zogenaamde *rondrekenen* waarbij de prijzen plompverloren werden verlaagd om te kunnen passen binnen het door het ministerie van VWS afgegeven macrokader. Deze zomer werden de prijzen geactualiseerd waarbij ze nog eens fors daalden. Onlangs, begin november, zijn de definitieve prijzen voor 2009 vastgesteld met daarin een licht prijsherstel. Naast het rondrekenen zijn in de uitwerking technische keuzes gemaakt die tot een additionele prijskorting hebben geleid. Vanuit een kostenoptiek zijn prijsverlagingen geen probleem als in gelijke mate ook de kosten d.w.z. het aantal te leveren zorguren kan worden verlaagd. VWS geeft daar gehoor aan en heeft het in de pakketten vastgelegde aantal zorguren neerwaarts bijgesteld. Echter, die bijstelling is niet volledig doorgevoerd. Hierdoor bestaat nog steeds een mismatch tussen de kostprijs en de prijs van het zorgzwaartepakket. Een analyse door ggzbeleid.nl van de effecten per ZZP wordt in Tabel 1 getoond. (zie voor de onderbouwing www.ggzbeleid.nl/publicaties) De geïndiceerde zorguren zijn afhankelijk van het pakket met 7 tot 11% verlaagd en de additionele prijskorting (feitelijk een doelmatigheidskorting) schommelt tussen de 4 en 11%.

Tabel 1 - Kortingen in prijs en uren van zzp's

ZZP	Verlaging geïndiceerde uren	Additionele prijskorting
ZZP 1	8%	4%
ZZP 2	7%	10%
ZZP 3	11%	7%
ZZP 4	8%	10%
ZZP 5	8%	11%
ZZP 6	7%	7%
ZZP 7	9%	10%

De cliënt is dubbel de dupe. Hij krijgt nu minder zorguren geïndiceerd dan op grond van zijn zorgprofiel nodig is. Vervolgens krijgt hij in zijn door het zorgkantoor beheerde 'rugzakje' te weinig budget mee zodat de instelling de gevraagde zorg maar mondjesmaat kan leveren.

Het mag geen verbazing wekken dat de zorgzwaartepakketten in de GGZ nauwelijks nog op draagvlak kunnen rekenen. Ondertussen meldt de staatsecretaris dat er niets aan de hand is omdat aan het beschikbare macrobudget niet is getornd. En dat brengt ons bij een volgende spanningsbron.

schuivende macrobudgetten

Iedere instelling heeft inmiddels wel ervaren dat de verdeling van de macrobudgetten over de zvw en AWBZ problematisch is. De aangebrachte financiële schotten tussen de nieuwe

domeinen zijn in de dagelijkse praktijk permanent schuivende panelen. De beleidsmakers en rekenaars van de NZa veronderstellen een statische situatie binnen de ZZZP-wereld maar niets is minder waar. Zeker niet waar het gaat om de voortgezette behandeling. Binnen mijn eigen instelling zie ik het aantal ZZZP-bedden maandelijks fluctueren. Begrijpelijk want de jaargrens die de overgang van zvw naar AWBZ markeert, is een technische keuze en niet vanuit zorginhoudelijke motieven bepaald. Bovendien kan het ziektebeloop sterk wisselen waardoor de zorgbehoefte sneller verandert dan het CIZ kan indiceren. Voor mijn divisie hanteer ik een bandbreedte van zo'n 15% van de totale beddencapaciteit. Iedere uitspraak over budgetneutraliteit moet dan ook met de nodige scepsis worden bekeken. Het ijkken van de zorgzwaartepakketten aan het landelijk beschikbare macrobudget is daarmee op zijn minst discutabel te noemen omdat het ijkpunt zwevend is.

De wisselwerking tussen het aantal AWBZ-bedden en die van de zorgverzekeringswet levert moeilijke exercities op met zorgverzekeraar en zorgkantoor. De realisatie loopt snel uit de pas met de productieafpraak. Hoewel er vanuit het perspectief van de instelling over beide domeinen gezien (zvw en AWBZ) conform afspraak wordt geleverd ziet de verzekeraar/zorgkantoor onderproductie of overproductie in het ene domein en het omgekeerde in het ander. Hierbij wordt de onderproductie afgerekend en de overproductie conform overheidsvoorschriften niet vergoed. Aanpassing van de afspraken over beide domeinen, om zo onterechte budgetkortingen te voorkomen, is moeizaam. De landelijk vastgestelde contracteerruimte van het zorgkantoor beweegt niet mee en de zorgverzekeraar acht zich gebonden aan het door de NZa vastgestelde indicatieve macrokader. Overschrijding hiervan kan namelijk leiden tot door de overheid opgelegde kortingen.

aanwezigheidsdagen

Een bijzonder fenomeen is het principe van de aanwezigheidsdagen. In de bestaande systematiek worden alle verpleegdagen gedurende de opname van een patiënt vergoed, ook als deze enkele dagen wegens bijvoorbeeld familiebezoek afwezig is. Het bed blijft beschikbaar en de kosten lopen gewoon door, op zaken als voeding na. De zorgzwaartebekostiging gaat uit van aanwezigheidsdagen. Gedachte hierachter is dat alleen voor een "product dat wordt afgenomen" betaald hoeft te worden. Deze verschillende grondslagen zijn bron van verwarring en foutieve berekeningen. Bovendien genereren ze een perverse financiële prikkel in de zorg. Essentieel voor voortgezette behandeling is rehabilitatie. Weekendbezoeken en andere vormen van "verlof" maken hiervan deel uit. Op deze werkwijze komt nu een financiële straf te staan.

beperkingenlijst CIZ

Tot slot is er het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) dat veel emoties losmaakt. In het leven geroepen om objectief en onafhankelijk te beoordelen of een cliënt aanspraak maakt op AWBZ-zorg. Een recht dat vervolgens in een formeel besluit wordt vastgelegd. In geval van verblijf wordt dat uitgedrukt in een van de zorgzwaartepakketten. In de praktijk komt het er op neer dat een cliënt al lang zorg ontvangt op titel van de zvw en dat die zorg na een jaar onder het regime van de AWBZ gecontinueerd moet worden. Het is dan ook de zorgaanbieder die namens de cliënt een verzoek indient. Immers de cliënt is bij die instelling opgenomen en de jaargrens die de overgang van zvw naar AWBZ markeert is vanuit de optiek van de behandeling een technische grens.

Bij de indicatieaanvraag dient een vragenlijst te worden afgewerkt die uitgaat van de beperkingen van de cliënt in de omstandigheid dat deze geen zorg zou ontvangen. Een vrijwel onmogelijke opgave omdat de cliënt is gestabiliseerd door zijn behandeling en verblijf in de instelling. Bovendien denkt de behandelaar vanuit de mogelijkheden van de cliënt (rehabilitatiegerichte benadering). De kans dat de behandelaar de vragenlijst te positief invult is groot. Vervolgens leidt dit tot een te lage beoordeling van de zorgzwaarte door het CIZ. Waarmee de cliënt minder zorg krijgt geïndiceerd dan hij nodig heeft. Deze discrepantie tast de integriteit van zowel behandelaar als cliënt aan. In de behandeling benadert de behandelaar de patiënt op positieve wijze en werkt hij met de cliënt aan de ontwikkelingsmogelijkheden. Op de CIZ formulieren moeten ineens de negatieve kanten van de patiënt benadrukt worden. Vervolgens zal de behandelaar de patiënt daarmee moeten confronteren (die immers de aanvraag moet ondertekenen). De cliënt ontwaart hierbij een nauwelijks te motiveren discrepantie tussen zijn behandelplan en de aangevraagde CIZ-indicatie.

Als ik de brieven van VWS over de zorgzwaartebekostiging goed bestudeer krijg ik niet de indruk dat het bewust beleid is cliënten minder zorg te geven dan nodig en ook niet dat de prijs van de ZZP onder de kostprijs moet komen te liggen en al helemaal niet dat de relatie tussen cliënt en behandelaar gefrustreerd moet worden. Toch gebeurt dat wel.

De GGZ instellingen hebben groot gelijk als ze niet willen overgaan tot de invoering en uitvoering van dergelijk instabiel systeem. Gezien bovenstaande bezwaren in de opzet, uitwerking en uitvoeringspraktijk is het niet aannemelijk dat het systeem op korte termijn is te repareren. Het hoeft ook niet. Het ministerie van VWS kan eenvoudig aansluiten bij de adviezen van SER en RVZ over de toekomst van de AWBZ. Daarin wordt voorgesteld de voortgezette behandeling onder te brengen in de Zorgverzekeringswet.

Het ZVW domein – onnodige kosten

Binnen het domein van de Zorgverzekeringswet geldt voor de GGZ een bekostiging op basis van de voor algemene ziekenhuizen ontworpen systematiek van diagnose behandelcombinaties (DBC's). Voor de GGZ is binnen het algemene raamwerk van dit systeem hard gewerkt aan een sectorspecifieke invulling, die nu stapsgewijs wordt geïmplementeerd. Sinds 2007 wordt er geregistreerd in DBC's. In 2009 worden productieafspraken in DBC's gemaakt. Ook worden net als in 2008 de afgesloten DBC's gefactureerd. Op basis van deze declaraties krijgen instellingen hun inkomsten. Bekostigd wordt er nog op de oude manier in verrichtingen (de F-codes van de NZa). Die bepalen voor 2009 het budget.

beelden bij de DBC- productstructuur

De DBC-systematiek veronderstelt een diagnose op basis waarvan vervolgens een min of meer duidelijk omschreven behandeling wordt ingezet. Na de behandeling wordt een factuur naar de verzekeraar gestuurd die vervolgens tot betaling overgaat. Binnen de GGZ is een DBC-productgroepstructuur vastgesteld. Belangrijkste criterium bij de clustering van DBC's in groepen is de intensiteit van de behandeling d.w.z. het aantal uren dat behandelaars aan de patiënt hebben besteed. Als een patiënt voor zijn behandeling ook wordt opgenomen dan geldt een aanvullend verblijfsstarief dat is gebaseerd op verblijfsduur en de kosten van de ingezette verpleging. De behandeling binnen de GGZ duurt vaak langer dan een jaar. Om

toch te kunnen factureren wordt de behandeling na een periode van een jaar administratief beëindigd waarna tegelijk een nieuwe behandeling wordt gestart (sluiten en heropenen van een vervolg-DBC). Een kunstgreep die te denken geeft. De uitwerking van de DBC-productgroepen in de GGZ is daarmee een geheel andere geworden dan die van de algemene ziekenhuizen, waar het toch vaak gaat om clustering van goed omschreven relatief kortdurende behandelingen. Wat dat betreft is de psychiatrie een geheel eigenzinnig specialisme met haar eigen dynamiek en (on)mogelijkheden. De bijzondere aard van de productstructuur leidt als snel tot mistige beelden, ook bij zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars willen gaan sturen op DBC's. De DBC's worden verkocht als producten. Producten die transparant zijn, die een vergelijkbare kwaliteit bevatten en die bovendien positioneerbaar zijn in een markt. In de brochure "zorginkoop 2009" geeft zorgverzekeraar Menzis aan dat marktwerking mogelijk is voor GGZ-zorgproducten die gekenmerkt worden door een hoge turn-over, veel aanbod, veel vraag, makkelijke toetreding nieuwe aanbieders, transparante zorgproducten, monodisciplinaire problematiek. Ze vertaalt dit als volgt naar de DBC-systematiek: "Het betreft hier de DBC's met een inzet aan directe en indirecte tijd tot maximaal 1.800 minuten, exclusief de DBC's crisis en diagnostiek." Als ik deze groep DBC's uit de databank van Altrecht selecteer dan zie ik dat meer dan de helft van deze DBC's administratief worden afgesloten en heropend (behandeling langer dan een jaar) en dat een groot deel van de DBC's afkomstig zijn van divisies die staan voor complexe problematiek en waar ketenzorg en samenwerking de professionele standaard is en niet zozeer marktwerking.

De DBC-productstructuur voor de GGZ bestaat niet uit welomschreven behandelingen voor specifieke doelgroepen. Ze bakent geen marktsegmenten af, is geen "product" en is in haar kern niet meer en niet minder dan een clustering van patiënten op basis van de aan hen in een jaar besteedde behandeltijd. Binnen deze DBC-groepen gaan allerlei patiëntengroepen en behandelmethoden schuil.

DBC behandeluur en liquiditeit

De DBC-systematiek houdt onvoldoende rekening met het gegeven dat GGZ-instellingen hun geld verdienen met langdurende DBC's. Dit leidt tot ongekende liquiditeitsproblemen. We lichten dat toe. Voorheen konden GGZ-instellingen rekenen op een maandelijks bevoorschotting op grond van gemaakte productieafspraken. De DBC-systematiek betekent dat GGZ-instellingen (en ook vrijgevestigden) hun kosten moeten voorfinancieren. Immers de betaling komt pas na afsluiting van de DBC.

Tabel 2 - Verdeling DBC's over clusters productgroepen en behandeluur (landelijke cijfers)

Productgroep	aantal in %	€ in %	behandeluur in maanden
Behandeling kort	31%	7%	7,4
Specifieke groepen kort	16%	4%	3,7
Behandeling lang	52%	89%	10,1
Totaal	100%	100%	8,2

In geïntegreerde GGZ instellingen vormt de groep DBC's *behandeling lang* iets meer dan de helft van het totaal aantal DBC's, maar genereert meer dan 90% van de omzet. De

behandelduur van deze groep duurt veelal meer dan een jaar en bedraagt gemiddeld ruim 10 maanden (Tabel 2). Tel daar bij de tijd die nodig is voor de administratieve afhandeling (sluiten, valideren, autoriseren, factureren) en de verwerkingstijd van de zorgverzekeraar en we schieten al royaal voorbij een jaar. Feitelijk zal een instelling dus ongeveer haar jaaromzet moeten gaan voorfinancieren. Inmiddels staat er volgens GGZ Nederland al tussen € 1 en 1,6 miljard uit bij de banken en dit bedrag loopt nog verder op. Deze voorfinanciering heeft een nieuwe geldstroom gecreëerd van door burgers opgebrachte, voor zorg bedoelde, premiemiddelen richting banken. Het is een bewuste keuze van het ministerie van VWS om dit zo te regelen. Bij de maatschappelijke aanvaardbaarheid hiervan zijn evenwel de nodige vraagtekens te plaatsen.

Los daarvan. Tot voor kort zou een omvangrijke voorfinanciering geen probleem hebben opgeleverd omdat het risicoprofiel van GGZ-instellingen door banken als zeer laag werd beoordeeld. Dat profiel wordt nu duidelijk anders ingeschat. Door de marktwerking zijn instellingen minder zeker van hun omzet. Bovendien nemen de risico's fors toe door de voorgenomen normering van de kapitaallasten. Om toch voldoende krediet aan te kunnen trekken zullen GGZ-instellingen hun eigen vermogen aanzienlijk moeten versterken. Dat vermogen is namelijk traditioneel laag omdat tot ongeveer 2006 zowel overheid als zorgkantoren vermogensvorming sterk ontmoedigden (roemrucht is in dit verband de zogenoemde vermogensaanwaskorting die de instellingen kregen opgelegd).

Naast de kosten van versterking van het eigen vermogen, kost ook de voorfinanciering de instellingen veel geld. Instellingen krijgen weliswaar via verschillende beleidsregels de rentekosten vergoed maar de hierbij gehanteerde rekenregels sluiten niet goed aan bij de praktijk. De NZa gaat bijvoorbeeld uit van een gemiddelde duur van alle DBC's van 8 maanden, en dat is, zoals we zagen, niet correct. Bovendien zijn de kosten binnen veel DBC-groepen scheef verdeeld. In het begin van de behandeling worden meer kosten gemaakt dan op het einde. De enkele zorgverzekeraars die wel bevoorschotten, hanteren vaak nog strakkere grenzen dan de NZa.

Betaling na afloop en daarbij behorende voorfinanciering wordt gezien als onvermijdelijk gevolg van marktwerking. Met marktwerking heeft dat in mijn ogen weinig te maken. Mijn aannemer legde al binnen twee weken een voorschotnota op de mat. Zorgaanbieders is dat wettelijk verboden. VWS en GGZ studeren op dit moment om periodiek onderhanden werk te kunnen gaan declareren. De administratieve organisatie die met de DBC-systematiek toch al fors is toegenomen zal hierdoor nog complexer worden. Een echte oplossing is dat ook niet en bij het beperkte aantal zorgverzekeraars ook niet nodig.

Met een eenvoudige systematiek van bevoorschotting is de hele door de DBC's ontstane liquiditeitsproblematiek op te lossen. Als verzekeraars daar niet aan willen omdat zij andere belangen hebben dan is landelijke bijsturing in de vorm van een regeling nodig. In een tijd waarin de overheid banken durft te nationaliseren zou een dergelijke ingreep in de autonomie van zorgverzekeraars bespreekbaar moeten zijn.

onhandelbare productieafspraken

De DBC-systematiek voor de GGZ brengt met zich mee dat pas achteraf, na afsluiten van de behandeling (de DBC), vastgesteld kan worden welke DBC-productgroep en tarief van toepassing is. Dan pas wordt inzichtelijk hoeveel tijd er aan de patiënt is besteed. Een project binnen Altrecht om op individueel patiëntniveau vooraf de behandelduur en -

intensiteit te kunnen voorspellen heeft geleerd dat dit voor complexe zorg niet mogelijk is. Om binnen het raamwerk van de algemene ziekenhuizen te blijven is in de uitwerking van de DBC-systematiek gekozen de productgroepstructuur en haar prijzen te koppelen aan de openingsdatum van een DBC. De DBC-productstructuur 2009 geldt dus voor in 2009 te openen DBC's. Bij voorspelbare en korte behandelingen een begrijpelijke keuze. In combinatie met de relatief lange behandelduur van de DBC's en de onvoorspelbaarheid van de DBC-productgroep bij aanvang behandeling is deze keuze minder begrijpelijk. In de GGZ veroorzaakt dit een complicatie die grote gevolgen heeft voor de zorginkoop en verkoop. Instellingen maken nu met de verzekeraar afspraken in DBC termen gebaseerd op de productgroepenstructuur en prijzen 2009. Deze DBC-prijzen worden feitelijk pas in de loop van 2010 geëffectueerd als tegen die tijd de DBC's worden afgesloten. In 2009 worden namelijk voornamelijk DBC's afgesloten en gefactureerd die in 2008 zijn geopend.

De verzekeraar denkt nu met instellingen DBC's af te spreken en koppelt daar een budget en prijsdiscussie aan vast maar feitelijk gaat het om de DBC's van een jaar verder. In de maandelijkse verantwoording op basis waarvan de verzekeraars de instellingsbudgetten sturen, wordt de facto gerapporteerd over de DBC's van een jaar terug. Ook voor instellingen is die situatie verwarrend. Je wilt toch graag de opbrengsten in enig jaar koppelen aan de kosten van dat jaar. Instellingen worstelen dan ook met de vraag hoe zinvol op DBC's te sturen. Het risico om *out of control* te raken, met alle gevolgen van dien, is groot. Een koppeling van de productstructuur aan de afsluitdatum van de DBC's zou meer eenvoud brengen en ook beter aansluiten bij de managementrapportages die door de ICT-bedrijven worden ontwikkeld.

De hier geschetste problemen met de DBC's zijn (deels) oplosbaar als de beleidsmakers durven te erkennen dat de GGZ een eigen dynamiek heeft en zo haar eigenaardigheden kent. Ik waag me voornamelijk niet aan een kritische beoordeling van de totale DBC-systematiek. Daarvoor is het nog te vroeg. Een analyse zal vermoedelijk tot uitkomst hebben dat de verkregen meerwaarde in termen van sturing door verzekeraars en aanbieders, transparantie, doelmatigheid e.d. niet zal opwegen de tegen de extra kosten die hiervoor structureel moeten worden gemaakt (registratie, administratieve afhandeling, instituut DBC-onderhoud, complexere planning & control e.d.). Hooguit zal blijken dat met de systematiek valt te leven. Daarvoor zullen wel de hier genoemde problemen moeten worden opgelost.

Frans van de Pol is redacteur/webmeester van ggzbeleid.nl en beleidsadviseur/controller van de divisie Willem Arntsz, onderdeel van Altrecht.