

EINDELIJK NORMAAL

DBC's openen de weg voor marktwerking in de GGZ

Ook de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) moet eraan geloven. Vanaf dit jaar verloopt de financiering via DBC's, net als in de somatische zorg. Dat moet leiden tot transparantie over producten en kostprijzen, maar kan ook ergernis over bureaucratie en zorgen over inkomen en de kwaliteit van zorg opleveren.

ROBERT CROMMENTUYN

De geschiedenis herhaalt zich, zo luidt het gezegde. Dat is anders niet te hopen voor de psychiaters in dit land. Met ingang van dit jaar gaan zij hun werk registreren en declareren met diagnose-behandelcombinaties (DBC's). De ervaringen van hun 'somatische' collega's met dit systeem zijn weinig opwekkend. Sinds de invoering in 2005 regent het klachten over spooknota's, registratie- en validatieproblemen en andere bureaucratische tegenspoed.

Enigszins wijs geworden door eerdere ervaringen heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het Meldpunt bureaucratie en regeldruk in het leven geroepen waar artsen en andere zorgverleners stoom kunnen afblazen. Regelmatig doen ze dat ook over de DBC's in de GGZ. De berichten komen bekend voor, zoals deze: 'Ik geef leiding aan een PAAZ (Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis), waar vijftig professionals werken. Om te voldoen aan alle 'spelregels' van de DBC-GGZ ontwerpers [...] ben ik dit eerste jaar van invoering [...] al € 50.000 kwijt aan een softwareleverancier en moet ik structureel een extra secretaresse aannemen. Extrapoler ik die getallen naar alle werknemers in de Nederlandse GGZ [...], dan geven wij met zijn allen ongeveer 97 miljoen euro uit aan 'het proces': de DBC-GGZ implementatie. Ondanks al het mooie ministeriële- en koepelproza weet ik pertinent zeker dat van

al dat geld geen patiënt sneller of beter wordt geholpen. Sterker nog, alle tijd die professionals bezig zijn met het invullen van DBC-lijstjes behandelen ze geen patiënten; ik durf de extrapolatie van die aantallen niet aan. Welke minister heeft de durf dit proces te stoppen of op zijn minst verregaand te vereenvoudigen?'

LEIEN DAKJE

Het lijkt veilig om te veronderstellen dat geen enkele minister dit proces zal stop-

pen. Op het derde Nationale DBC-GGZ-congres in oktober liet Klink weten de kritiek serieus te nemen. Het ministerie zou er met andere betrokkenen hard aan gaan werken, zo zei hij. Maar even verderop temperde hij de verwachtingen alweer: 'Het zou niet realistisch zijn als ik u hier zou vertellen dat volgend jaar alles meteen van een leien dakje gaat. We hebben een grote operatie ingezet waar bijna een volledige sector mee te maken heeft. Ruim 600.000 cliënten en [...] bijna

Zowel bij de zorgverleners als bij de zorgverzekeraars zijn de systemen nog niet klaar om betalingen probleemloos af te handelen.



BEELD: ISTOCKPHOTO

3 miljard euro wordt overgeheveld (van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, RC). Ga er maar aan staan om met die omvang vanaf januari 2008 met behulp van de DBC-systematiek te registreren en te declareren.'

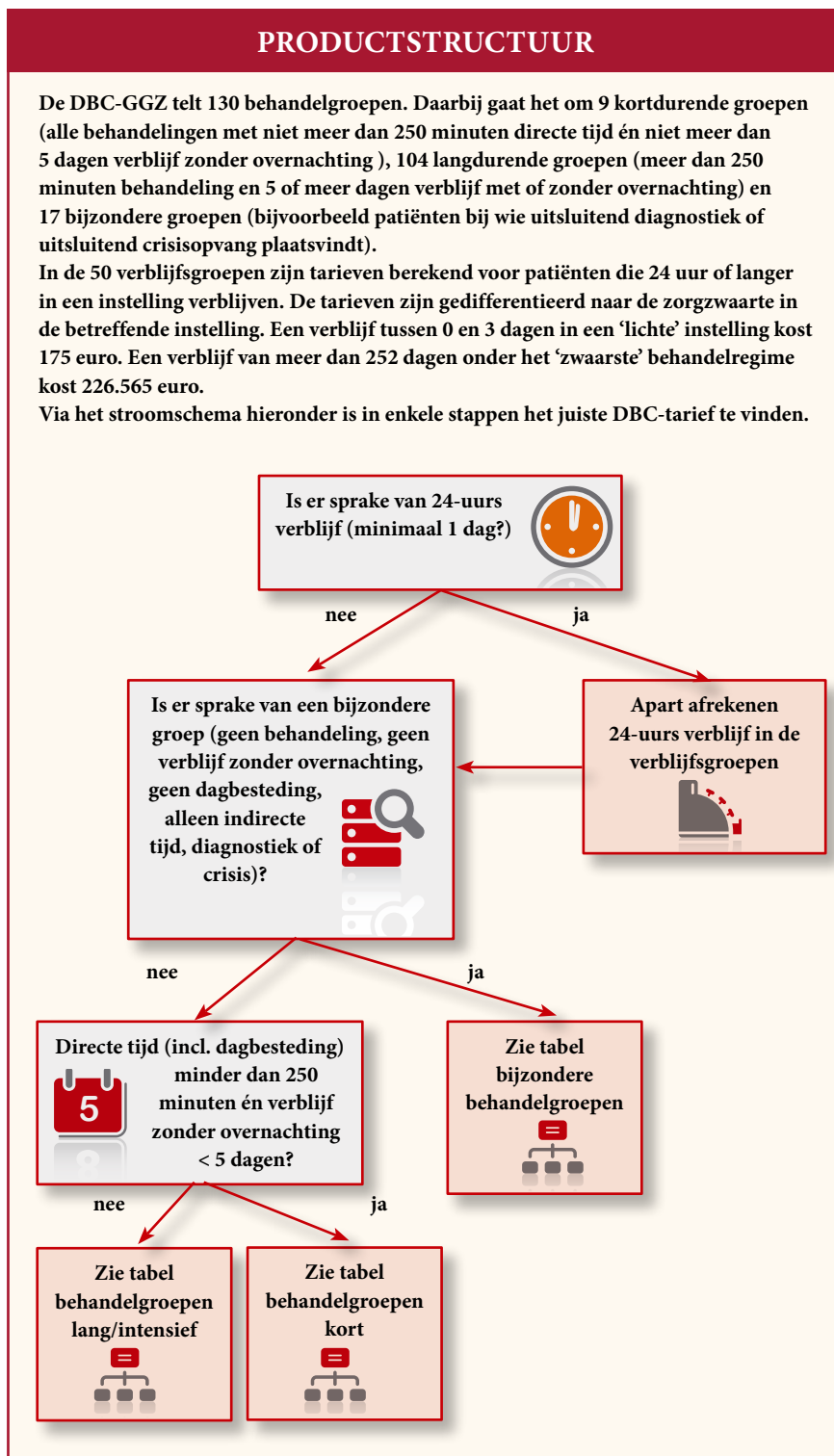
De introductie van de DBC's in de GGZ is vooral een gecompliceerde ICT-klus. Alle zelfstandig gevestigde psychiaters (ZGP's), GGZ-instellingen en ziekenhuizen moeten voor zowel registratie als facturering hun computersystemen op orde hebben. Bovendien moeten vrijgevestigde psychiaters en GGZ-instellingen voor het eerst zaken gaan doen met meerdere zorgverzekeraars, waar ze voorheen te maken hadden met één zorgkantoor.

Het registreren van DBC's blijft een heikel punt. Veel instellingen hebben hiermee vanaf 2006 kunnen oefenen. Maar volgens de pessimisten zijn nog lang niet alle ICT-systemen klaar voor gebruik en is er geen reden om te veronderstellen dat het in de GGZ beter zal gaan dan bij de somatische collega's. Anderen, waaronder de koepel GGZ Nederland, zijn optimistischer en denken dat het wel zal loslopen. Daarnaast is en blijft er een groep psychiaters die de DBC's op principiële gronden afwijst. De GGZ past volgens hen niet in vooraf gedefinieerde behandelgroepen. Of en hoe zij registreren, blijft de vraag.

Dat het factureren problemen gaat opleveren, lijkt wel zeker. Daar is niet mee geoefend en zowel bij de indieners van de rekeningen (de zorgverleners) als bij de ontvangers (de zorgverzekeraars) zijn de systemen nog niet klaar om probleemloos betalingen af te handelen.

OOORNTSTEKING

Als het misgaat, volgt al snel de vraag naar het waarom. Feitelijk is al in 2001 tot de invoering van DBC's in de GGZ besloten door toenmalig minister van Volksgezondheid Els Borst, koepelvereniging GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Het doel bleef al die jaren onveranderd: een transparante productstructuur moet vraagsturing en marktwerking mogelijk maken. De uitvoering werd in handen gelegd van een vertegenwoordiging van 'het veld': de projectgroep DBC GGZ. Die projectgroep is inmiddels opgegaan in de Landelijke Werkgroep DBC GGZ Ontwikkeling. Op kritiek uit datzelfde veld, in casu de psychiaters, klinkt daarom vaak het verweer dat zowel het idee als de uitvoe-



ring van de DBC's in de GGZ het werk is van de professionals zelf.

De makers van de DBC's in de GGZ hebben in ieder geval veel geleerd van de fouten van hun 'somatische' collega's. Daar mocht elke medisch-wetenschappelijke vereniging zelf aan de slag om een typeringslijst voor de DBC's te maken. Veel van die verenigingen leek het verstandig om het systeem zo gedetailleerd mogelijk te maken. Zo kon het gebeuren

dat er voor 'oorontsteking' dertien verschillende DBC's werden geformuleerd. Betrouwbare schattingen van het totale aantal DBC's in de somatische zorg zijn niet meer te geven. De omvangrijke herstructureringsoperatie die inmiddels in gang is gezet, pakt onder meer dit probleem aan. De geestelijke gezondheidszorg is vanaf het begin wijzer en heeft de vele duizenden mogelijke DBC's ondergebracht in slechts 130 behandel- >>

<< groepen en 50 verblijfsgroepen. Een stroomschema met maximaal drie stappen leidt voor elke patiënt tot de juiste kostprijs (zie *kader 1*).

NAADLOOS

De kans dat het tot transparante zorgproducten komt, is door de overzichtelijke structuur groot. De gezamenlijk door GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland gemaakte 'Inkoop- en verkoopgids DBC GGZ 2008' wordt in onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars al druk gebruikt. De gids zit vol met statistische gegevens van behandelingen. Van elke behande-

Pas na 2008 verdwijnt het financiële vangnet

ling is het gemiddelde tijdsbeslag voor elke zorgverlener berekend en is bekend welk deel van het budget ermee gemoeid is. De gegevens zijn afgeleid uit een database van 45.000 geregistreerde DBC's en aangepast door een aantal referentiegroepen. Anders dan in de somatische zorg is er in de GGZ geen tijdsbestedingonderzoek gedaan, maar vormen de gegevens van het tijdschrijven de basis voor de normtijden. Naarmate de ervaring met het DBC-systeem toeneemt, zullen de zorgproducten verder worden verfijnd. Naar verwachting gaat het vijf of zes jaar duren voordat de productstructuur naadloos aansluit op de praktijk.

In de tussentijd worden professionals geacht zo nauwkeurig mogelijk hun activiteiten te registreren. Voor ZGP's die de bulk van hun tijd besteden aan psychotherapie is dat een overzichtelijke bezigheid. Zij hebben andere zorgen (zie *kader 2*). Een ziekenhuispsychiater die in de kliniek werkt, een polikliniek verzorgt en tussendoor consulten doet voor collega-artsen, heeft het een stuk drukker. Tijdschrijven wordt voor deze psychiaters al snel minutenschrijven. Ze houden hun eigen activiteiten door de dag heen op een blocnote bij en voeren die aan het eind van de dag in. Voor zover dat goed genoteerd of correct onthouden is tenminste. Die ziekenhuispsychiaters ondervinden nog extra hinder doordat de intercollegiale consulten onder het

DE PORTEMONNEE VAN DE ZGP

Van alle psychiaters zijn de zelfstandig gevestigden vooralsnog het minst gelukkig met het DBC-systeem. Deze praktijken moeten zich forse ICT-investeringen getroosten om registratie en declaratie op orde te krijgen. Daarbij bestaat er veel onzekerheid over de inkomsten in de eerste helft van dit jaar. Nieuwe DBC's die vanaf 2008 worden geopend, mogen pas bij sluiting worden gedeclareerd. Omdat zorgverzekeraars vooralsnog niet erg bereidwillig zijn de psychiaters een voorschot te geven, zijn de ZGP's bang dat zij enige tijd weinig inkomen zullen hebben. Het grootste probleem voor de ZGP's is echter het niveau van het tarief. Als vrijgevestigde medisch specialisten maken zij aanspraak op het uurloon dat de Orde van Medisch Specialisten eerder overeenkwam met het ministerie van Volksgezondheid. ZGP's zullen onder het DBC-systeem het beoogde uurloon van 136 euro echter niet halen. Dat komt omdat een GGZ-DBC een gemiddeld tarief is dat is opgebouwd uit de gemiddelde loonkosten van alle zorgverleners die bij zo'n DBC zijn betrokken. Dus ook de honoraria van goedkopere krachten zoals psychologen en verpleegkundigen. In de zelfstandige praktijk kan de psychiater geen taken uitbesteden. Omdat het systeem nog niet voorziet in correctie, komt het uurloon voor de ZGP's in een flink aantal gevallen uit op 80 à 100 euro. Een extra bedrag declareren mag niet; er gelden immers maximumtarieven.

De Orde en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie zijn hier al maanden druk mee doende en hebben als oplossing voorgesteld om bij alle relevante DBC's een verrekentarieff op te tellen. Het te declareren bedrag moet worden berekend door de tijdsbesteding van de ZGP's te vermenigvuldigen met het normatieve uurloon. Eind december hadden Orde, NVvP en VWS nog geen overeenstemming over deze oplossing. Als de Orde en de NVvP er met VWS niet uitkomen, zullen zij juridische stappen zetten. Tussen de feestdagen door werden voorbereidingen getroffen voor zowel een bezwaarprocedure tegen de tariefbeschikking van de NZa als een civiele procedure met kort geding. Partijen verzoeken VWS uiterlijk 14 januari 2008 te reageren. Tegelijkertijd proberen de Orde en de NVvP de verrekening dusdanig met Zorgverzekeraars Nederland te regelen, dat patiënten hier straks geen hinder van ondervinden.

ZGP's wordt geadviseerd vanaf 1 januari aan nieuwe patiënten voorlopig zorg tegen het met de zorgverzekeraars overeengekomen tarief te leveren.

reguliere DBC-systeem vallen (inmiddels omgedoopt tot DBC-Zorg) en niet onder het DBC GGZ-systeem.

VANGNET

Het komende jaar zullen het nadeel van het DBC-systeem (administratieve rompslomp) en het voordeel (transparante productstructuur) zich al doen gelden. Het eigenlijke doel (vraagsturing en marktwerking) blijft voorlopig nog buiten bereik. In 2008 blijft het bestaande budget voor de GGZ-instellingen intact en als vangnet beschikbaar. Mochten de DBC-declaraties een tekort opleveren, dan zal dat worden aangevuld. Bovendien geldt voorlopig voor alle GGZ-DBC's een maximumtarief.

Pas na dit jaar gaat het spel echt beginnen. Het financiële vangnet verdwijnt en de GGZ krijgt echte klanten. Dat wil zeggen: afnemers. Als dan ook de tarieven worden vrijgegeven, biedt dat kansen voor aanbieders met een gunstige prijs-kwaliteitverhouding, of met een exceptioneel aanbod. Ziekenhui-

zen die de investeringen niet de moeite waard vinden, zouden hun GGZ-taken mogelijk kunnen afstaan.

Het aantal inkopers zal bovendien sterk stijgen. In plaats van één (de zorgkantoren), worden dat er vijf (de zorgverzekeraars, de gemeenten, de zorgkantoren, de huisartsen en het ministerie van Justitie). Die zullen ieder voor zich hun eisen stellen en daarvoor ook een zo gunstig mogelijke prijs willen betalen.

In een nog later stadium zullen - zo is de verwachting - ook patiënten zich kieskeuriger gaan opstellen en op basis van via DBC's vergaarde informatie over prijs en kwaliteit het zorgproces gaan sturen. Tenminste, als tegen die tijd niet alle zorgaanbieders het bijltje erbij hebben neergelegd omdat ze DBC-moe zijn. ■

Meer over DBC's in de GGZ vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

