

Financiering van de ggz

Shirin Slabbers

Op 12 juni 2008 antwoordde minister Klink van VWS op vragen SP-Kamerleden Van Gerven en Van Velzen over de verslechtering van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. De zorgen van de kamerleden betroffen de financiering van de ggz en het effect daarvan op de kwaliteit van de geleverde zorg. Herkent u dit als psycholoog praktiserend in de ggz? En, bent u bekend met de financieringsstromen in de ggz? Voor het geval dat niet zo is, volgt hieronder een overzicht. Het komt er kort gezegd op neer dat de bron van waaruit de zorg wordt gefinancierd is veranderd (de bronnen zijn nu: de AWBZ, de ZVW, de WMO en een strafrechtelijk fonds) en ook de bekostigingssystematiek anders is geworden (zo zijn de DBC's en de ZZP's geïntroduceerd).

De financieringsstromen in de ggz

Bij de verdeling van het ggz-budget zijn vier financieringsstromen van belang, namelijk de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (awbz), de Zorgverzekeringswet (zvw), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (wmo) en een forensisch fonds. Sinds 1 januari 2008 is alle extramurale (geneeskundige) ggz zorg en de eerste 365 dagen intramuraal verblijf in het kader van de behandeling gebracht onder de zvw. Wanneer de patiënt bijvoorbeeld voor drie weken op een afdeling van Parnassia is opgenomen, dan wordt dat gefinancierd op grond van de zvw. Verblijft hij langer dan een jaar op die afdeling, dan vallen de kosten daarvan het eerste jaar onder de zvw en daarna onder de awbz.

Met de overheveling van de curatieve ggz van awbz naar zvw zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk geworden voor de inkoop en betaling van de curatieve ggz. Zorgaanbieders, zoals u zelf of uw werkgever, hebben hiermee niet langer alleen te maken met de zorgkantoren die de awbz-gelden beheren, maar moeten onderhandelen met de zorgverzekeraars.ⁱ

Een andere wijziging betreft de wijze waarop de te vergoeden kosten worden berekend. De tweedelijnszorg die onder de zvw valt wordt nu gefinancierd op grond van de DBC-systematiek, de Diagnose-Behandelcombinatie. De eerstelijnszorg wordt daarentegen gefinancierd op basis van het aantal verrichtingen. Vanuit de awbz wordt, zoals hiervoor aangegeven, alle niet-geneeskundige zorg en alle intramurale geneeskundige ggz na het eerste jaar betaald. De financiering van deze intramurale zorg geschiedt op basis van Zorgzwaartepakketten (zzp's). De indicatie-aanvraag bij het ciz moet ook in termen van een zzp worden gedaan.

Los daarvan staat de wmo: hier financieren de gemeenten de toeleiding tot de hulp gegeven in het kader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. De bedragen komen in onderhandeling tussen de gemeenten en de zorgaanbieder tot stand. Tot slot financiert justitie alle zorg in strafrechtelijk kader.

Met de overdracht van de middelen voor de forensische zorg in een strafrechtelijk kader naar de minister van Justitie, valt deze zorg niet langer onder de awbz of de zvw. Voor het jaar 2008 heeft Justitie deze zorg bij de zorginstellingen ingekocht. In het voetspoor van de invoering van de dbc's in de reguliere ggz, bereidt het ministerie van Justitie momenteel de invoering van dbbc's (Diagnose-Behandelings-Beveiligingscombinaties) voor de forensische zorg in een strafrechtelijk kader voor.

In de preventieve zorg kan onderscheid gemaakt worden in individuele preventie en collectieve preventie. Individuele preventie is een onderdeel van de geneeskundige ggz en valt per 1 januari van dit jaar onder de zvw. Bij preventie is geen sprake van een diagnose (wel van symptomen en/of lijden aan gezondheidsklachten). Daarmee kan deze zorg niet in dbc-termen worden gedeclareerd. Er is daarom een apart bekostigingsproduct geformuleerd: individuele preventie. Aanbieders kunnen dit product gebruiken om preventieactiviteiten te declareren richting verzekeraar.

Collectieve ggz-preventie valt onder de wmo en de wcpv (Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid). Gemeenten bepalen immers op grond van de wmo zelf op welke manier zij de beschikbare middelen inzetten voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg.

Om de laagdrempelige ggz te bevorderen zijn bovendien gelden overgebracht naar de huisarts. Met deze gelden kan de huisarts een laagdrempelige ggz inrichten door middel van de praktijkondersteuning huisarts ggz (pho-ggz). Deze persoon ondersteunt de huisarts bij de verheldering van de zorgvraag van de cliënt en zonodig doorverwijzing. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van deze zorg.

Kwaliteit van de zorg

Minister Klink gaf in zijn brief van 12 juni jl. aan de Tweede Kamer aan dat hij het beeld dat de kwaliteit van de ggz achteruitgaat niet herkent. De overheveling vanuit de awbz naar de zvw en de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek (met de dbc, de dbbc's en de zzp's) is volgens hem budget- en pakketneutraal. Dat zou betekenen dat de invoering van de veranderingen in de financiering van de ggz niet tot minder budget voor de gezamenlijke ggz-zorgaanbieders leidt.ⁱⁱ U zou dit als psycholoog in de praktijk dus niet mogen merken.

Alle verzekeraars hebben zich inmiddels bereid getoond om ggz-instellingen te bevoorschotten, aldus Klink. Dit betekent dat instellingen voorfinanciering kunnen ontvangen waardoor financiële problemen worden voorkomen. Indien niet wordt bevoorschot, dan kunnen zorgaanbieders zich tot een kredietverstrekker wenden. Op basis van de beleidsregel renteheffing van de NZa kan de zorgaanbieder hiervoor een compensatie doorberekenen aan de zorgverzekeraar.

Conclusie

De ggz is de laatste jaren wat betreft de financiering aan behoorlijke veranderingen onderhevig geweest. Ik hoop dat ik u een handzaam overzicht heb aangereikt, maar bovenal hoop ik dat u als psycholoog inderdaad geen kwaliteitsvermindering signaleert.

Mr. Drs. Shirin Slabbers, gezondheidsrechtjurist, is directeur van KSG Gezondheidsrecht, cursus en advies te Den Haag.

ⁱ Met deze overheveling is ruim drie miljard Euro gemoeid en er zijn meer dan 600.000 mensen die van deze zorg gebruik maken. Zie de brief van minister Klink aan de Tweede Kamer d.d. 21 mei 2008.

ⁱⁱ Voor de bestaande ggz-instellingen is bovendien een vangnet geïnstalleerd. De instellingen maken op dit moment afspraken op basis van de oude bekostigingssystematiek (op basis van awbz-NZa parameters) en declareren in dbc's. Wanneer er een verschil ontstaat tussen de inkomsten in NZa-parameters en in dbc's, dan wordt dit verrekend met behulp van een verrekentarieff. Dit moet voorkomen dat de nieuwe bekostigingssystematiek minder of meer inkomsten genereert.