

GGZ-INSTELLINGEN IN FINANCIËLE PROBLEMEN

De ggz gaat gebukt onder de vele veranderingen die dit jaar tegelijk zijn ingevoerd en dreigt daardoor in grote financiële moeilijkheden te raken. De liquiditeit is zorgwekkend, de kredietcrisis verergert de problemen en de verzekeraar verlaagt ook nog eens de prijzen. 'Wij zijn veel te braaf geweest.'

Werslavingszorg Noord Nederland stevent af op een tekort van vier miljoen euro over 2008', 'GGZ Friesland voorziet in 2009 een financieel verlies van acht miljoen', 'Het Nederlands Psychoanalytisch Instituut in Amsterdam koerst af op een faillissement', aldus enkele krantenkoppen van de afgelopen weken. En zij zijn niet de enige ggz-instellingen die in zwaar weer verkeren. Uit de Financiële barometer gezondheidszorg 2008 van Ernst & Young blijkt dat twintig procent van de ggz-instellingen eind 2007 in de rode cijfers zat. Bert Hilverda van Ernst & Young: 'Gelet op de risico's die

zorginstellingen, inclusief de ggz-instellingen, als gevolg van onder andere de invoering van de marktwerking en de afschaffing van het vastgoedregime lopen, hebben ze over het algemeen een laag eigen vermogen.' Ggz-instellingen kennen, zegt Hilverda, daarbij een zorgwekkende liquiditeitspositie. Hun vaste activa – gebouwen en inventaris – hebben ze vaak gefinancierd met kortlopende leningen. Kortlopend krediet was immers goedkoop, zodat instellingen rentevoordeel konden behalen. Vanwege die kwetsbare financiële positie en de kredietcrisis zal herfinanciering echter moeilijker worden. Hilverda: 'Banken stellen strengere eisen aan de kredietwaardigheid, terwijl die bij veel ggz-instellingen al laag is, en vragen hogere rentes.'

Daar komt in 2008 nog een belangrijke wijziging in de financiering bij. Sinds de kortdurende ggz is overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, declareren de instellingen die hulp in de vorm van dbc's bij de zorgverzekeraar. Deze dbc's mogen pas gefactureerd worden na afloop van de behandeling. Hierdoor moeten ggz-instellingen in tegenstelling tot voorgaande jaren de behandeling zelf voorfinancieren. Sommige zorgverzekeraars zijn wel bereid tot een vorm van voorfinanciering, oftewel bevoorschotting, maar enkele grote niet. 'Het rendement van ggz-instellingen komt hiermee verder onder druk', aldus Hilverda.

ZORGEURO'S WORDEN BANKEURO'S

Uit een rondgang onder een aantal bestuurders van ggz-instellingen blijkt dat het accountantsbureau de zaak absoluut niet te pessimistisch heeft voorgespiegeld. De meeste bestuurders die in dit artikel aan het woord komen, zeggen dat hun eigen

instelling er nog niet eens zo slecht voorstaat, maar 'dat zal niet lang zo blijven', voorspelt een aantal. Ze hebben elk voor tientallen miljoenen bij de banken geleend; vrijwel allemaal verwachten ze eind dit jaar een lager rendement te behalen dan vorig jaar. Op GGZ Friesland na hebben al deze ggz-instellingen te maken met zorgverzekeraars – Menzis en/of Uvit – die niet aan bevoorschotting doen. Behalve dat zij extra leningen hebben moeten afsluiten om de salarissen te kunnen betalen, worden zij ook nog eens geconfronteerd met onvoldoende gecompenseerd renteverlies.

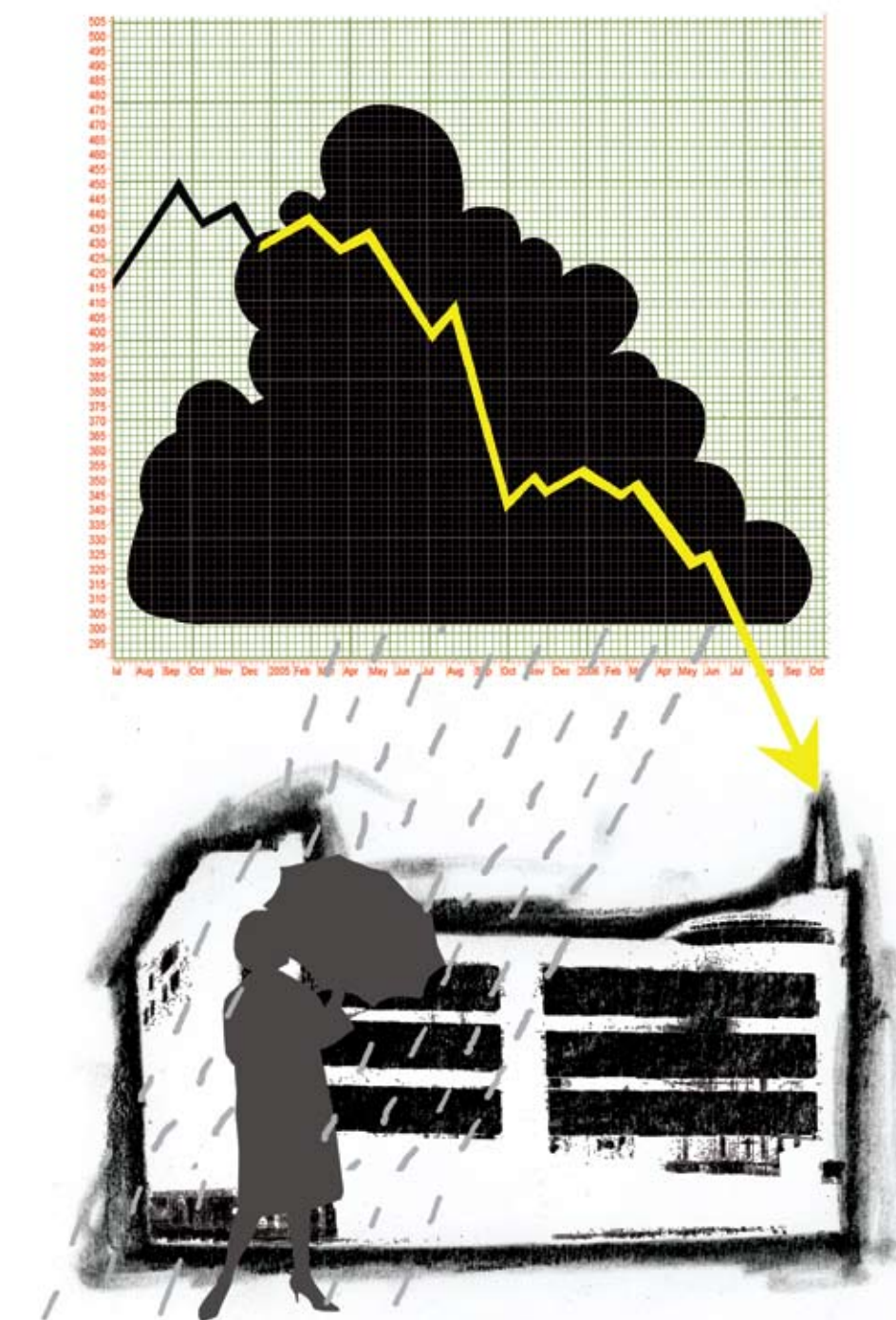
Al voor 1 januari 2008 was bekend dat enkele grote zorgverzekeraars niet aan voorfinanciering wilden doen. Zij hadden daarmee slechte ervaringen opgedaan in de somatische zorg. Daarom werden afspraken gemaakt met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) om het renteverlies van ggz-instellingen die niet bevoorschot zouden worden te compenseren. Die compen-

'ONDERHANDELEN BESTAAT ALLEEN UIT VECHTEN TEGEN PRIJSVERLAGING'

satie is echter gebaseerd op een gemiddelde looptijd van een dbc van twee maanden. Nu komt die looptijd wel overeen met een gemiddelde behandelduur in de somatische zorg, maar niet in de geestelijke gezondheidszorg. Daar duurt een behandeling gemiddeld acht tot tien maanden.

GGZ Oost-Brabant derft daardoor minstens 425.000 euro aan niet gecompenseerde rente. GGZ Noord-Holland-Noord verliest om diezelfde reden zes ton. Lentis in Groningen vijf ton. GGZ Nijmegen en De Gelderse Roos verwachten een renteverlies van 'enkele tonnen'.

'Hiervan worden alleen de banken rijker', stelt Ron Akkerman van de raad van bestuur van De Gelderse Roos. Jos de Beer, directeur van GGZ Nederland, beaamt dat. 'Zorgeuro's worden zo bankeuro's. Het is geld dat aan de zorg onttrokken wordt en naar de banken gaat. In de lange voorbereiding naar de invoering van dbc's hebben wij bij de zorgverzekeraars aangedrongen op bevoorschotting. Dat is ons niet bij alle zorgverzeke-



raars gelukt. Wij zijn er wel in geslaagd om met de NZa een compensatieregeling te treffen voor de extra rentekosten, maar die is er er nog niet in de volle omvang en nog niet aangepast aan de gewijzigde omstandigheden van de kredietcrisis. Al maanden proberen we de politiek duidelijk te maken dat dit een ongewenste situatie is.' Overigens heeft, op aandringen van GGZ Nederland, Menzis half oktober besloten wel tot bevoorschotting over te gaan. 'Op de valreep,' zegt Akkerman van De Gelderse Roos, die Menzis als grootste zorgverzekeraar heeft, 'anders hadden wij grote problemen gekregen.'

Naast de dbc-financiering speelt ook het probleem dat ggz-instellingen nu met vier verschillende financiers te maken hebben: het zorgkantoor voor de Awbz, de zorgverzekeraar voor de kortdurende, behandelbare hulp, Justitie voor de forensische psychiatrie en de gemeente voor de zorg die onder de Wmo valt. 'Dat betekent vier verschillende wijzen van inkopen, regelgeving en verantwoording afleggen', zegt Adriaan Jansen, voorzitter van de raad van bestuur van GGZ Noord-Holland-Noord. 'Bovendien kan die financiering door elkaar lopen. Onze wijkteams bijvoorbeeld begeleiden chronisch psychiatrische patiënten. Sommige onderdelen van die zorg, bijvoorbeeld woonbegeleiding, wordt betaald door de Awbz. Deze mensen ontvangen ook behandelonderdelen, zoals cognitieve gedragstherapie, die uit de Zorgverzekeringswet betaald worden. Soms nog aangevuld met elementen uit de Wmo, gefinancierd door de gemeente. Die zaken sluiten nog onvoldoende op elkaar aan en brengen een geweldige bureaucratische rompslomp met zich mee.' Die gescheiden financieringsstromen maken het ook moeilijk om met budgetten te schuiven. Frans Penninx, bestuurslid van GGZ Oost-Brabant: 'Als je bij het ene onderdeel 96 procent realiseert van wat je had afgesproken krijg je 96 procent. Maar als je bij een ander onderdeel overproductie hebt, krijg je die niet uitbetaald. Dat vergroot de kans dat je uiteindelijk op alle onderdelen tekort komt.'

PRAKTIJKONDERSTEUNER

Voorts zijn er grote problemen rondom de praktijkondersteuning van huisartsen. Sinds 1 januari moeten huisartsen de ondersteuning die door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen van ggz-instellingen wordt geleverd, inkopen bij de zorgverzekeraars. Daarvoor is 38 miljoen euro afgeroomd van het landelijk ggz-budget. Er is echter zoveel verwarring over ontstaan, dat ggz-instellingen nog steeds geen geld hebben ontvangen voor hun ondersteuning. Zo staan de huisartsen voor die praktijkondersteuning bij GGZ-Oost-Brabant voor bijna een miljoen euro in het krijt.

En dan krijgen ggz-instellingen ook nog eens elk jaar minder geld van de zorgverzekeraars voor de totale hoeveelheid zorg



die ze leveren. Jos Poelmann, bestuursvoorzitter van GGZ Nijmegen: 'Zorgverzekeraars praten alleen met instellingen die diensten aanleveren tegen de laagste prijs. Die prijs wordt elk jaar verlaagd. Vorig jaar contracteerden ze ons voor 97 procent van wat de productie in totaal kostte. Nu verklaren ze die 97 procent voor honderd procent en contracteren ze ons voor volgend jaar weer voor drie procent lager.' Dit betekent dat GGZ Nijmegen sommige dure vormen van zorg die hun kwaliteit hebben bewezen niet meer kostendekkend kan leveren, zoals Assertive Community Treatment, een soort bemoeizorg voor ambulante chronisch psychiatrische patiënten.

'ALS WE TE WEINIG GELD KRIJGEN VOOR PRAKTIJKONDERSTEUNING GAAN WE DIE NIET MEER LEVEREN'

Door dit alles heen speelt de klacht van hulpverleners dat ze door de toenemende administratiedruk nauwelijks meer aan hulpverleners toekomen. Tijdens de manifestatie *De GGZ spreekt* op 25 oktober weten ggz-werkers die bureaucratie aan de marktwerking. Die zou moeten worden teruggedraaid. Maar dat zien de bestuurders van ggz-instellingen toch anders. Volgens hen zijn de problemen niet het gevolg van marktwerking. 'Er wordt een karikatuur van de marktwerking gemaakt', zegt Akkerman van De Gelderse Roos. 'Het zijn fantoomangsten. Mensen vragen mij bijvoorbeeld of we straks nog wel voor de langdurig zorgafhankelijke patiënten kunnen zorgen. Ik heb nog geen beleidsstuk gezien waarin staat dat daarover straks de concurrentie moet losbarsten.' Concurrentie gaat alleen over de kortdurende, ambulante, minder complexe ggz, vijftien á twintig procent van het totale ggz-budget dat nu onder de Zorgverzekeringswet valt. En zelfs daar, roepen de bestuurders in koor, is van echte marktwerking (nog) helemaal geen sprake. Poelmann: 'Was er maar echte marktwerking! Kon je maar concurreren op de combinatie prijs en kwaliteit. Maar er is geen vrije prijsvorming en de partijen zijn niet gelijkwaardig. Cliënten spelen nauwelijks een rol. De macht ligt bij de zorgverzekeraars en de NZa bepaalt wat de maximumprijzen zijn. Onderhandelen bestaat alleen uit vechten tegen verlaging van de prijzen. Maar dat gaat veranderen, hoor. Wij moeten de hand in eigen boezem steken. Tot nu toe zijn wij veel te braaf geweest, veel te aardig voor de verzekeraars. Wij staan maar klaar met onze offertes en vriendelijk-

heid. Er komt een moment waarop wij zeggen dat we bepaalde vormen van zorg niet meer tegen die prijs kunnen leveren, en dat doen wij dan ook niet meer. Als wij geen ACT meer uitvoeren, dan moet je eens kijken wat voor kabaal dat in de samenleving gaat geven. Dan blijven de zwervers onder de bruggen liggen, ze verloederen op straat. Gemeentebestuurders zullen in opstand komen en met hun steun zal de macht van zorgverzekeraars ingeperkt worden.' Ook Penninx van GGZ Oost-Brabant is van plan die vriendelijke houding te laten varen. 'Wij werken momenteel een plan uit met als motto *Geen verstrekking zonder dekking*. Als we onvoldoende geld krijgen voor een hulpvorm gaan we die niet meer leveren. Te beginnen met de ondersteuning van de huisartsenpraktijk. Als die financiering voor het eind van het jaar niet geregeld is, trekken wij onze verpleegkundigen terug.'

NIEUWE MARKTEN AANBOREN

De financiële problemen zijn volgens de bestuurders ook niet terug te voeren op de stelselwijziging en de invoering van dbc's als zodanig. 'Die hebben we zelf gewild', zegt Jos Poelmann. 'Wij wilden als ggz niet in de hoek van zorg en welzijn gezet worden. Wij wilden beschouwd worden als een sector die mensen kan behandelen en genezen, net als de somatische zorg. Terecht heeft GGZ Nederland ervoor gezorgd dat de cure in de Zorgverzekeringswet kwam.' Corstiaan Bruinsma, bestuurder van Lentis, benadrukt dat dbc's tegemoet komen aan de oude klacht dat het altijd onduidelijk was wat de ggz nu precies deed. 'Dbc's maken inzichtelijk welke behandeling een patiënt krijgt, hoe lang die behandeling duurt en hoeveel dat kost. De financiële afwikkeling is alleen niet goed geregeld, dat verpest de sfeer.'

Ook Adriaan Jansen van GGZ Noord-Holland-Noord vindt de 'gereguleerde marktwerking' en het nieuwe zorgstelsel een goede zaak, het probleem is echter dat 'alle veranderingen tegelijkertijd op ons af komen. De kunst zal zijn om te kijken naar wat er gebeurt in deze malle overgang en hoe we naar een evenwichtiger invulling van het stelsel kunnen komen.' Organisatie-adviesbureau BS Health Consultancy geeft daarvoor in het recent uitgekomen onderzoek *De GGZ langs de meetlat* een aantal adviezen. Zo zouden ggz-instellingen hun marktpositie moeten versterken door nieuwe markten aan te boren, zoals e-health, arbeidshulpverlening of luxe (verslavings)klinieken. In de klinische, complexe zorg zouden ze zich moeten profileren door innovatie en specialisatie. Ten slotte zouden ze meer strategisch management moeten gaan voeren, in plaats van beheersmanagement – het passen op de winkel. Dat laatste zegt ook Hilverda van Ernst & Young. 'Bestuurders moeten veel meer dan vroeger verstand hebben van accountancy. Ze moeten inzicht hebben in hun financiële situatie, de prijs van hun producten, de markt. En ze moeten veranderingen tijdig kunnen signaleren en hun strategie daarop aanpassen.'

GGZ VOORGOED VERANDERD

Voor Ruud Ramaker, ad interim voorzitter van de raad van bestuur van GGZ Friesland, is de roep om strategisch management uit het hart gegrepen. Hij bracht onlangs naar buiten dat

zijn instelling ingrijpende maatregelen gaat nemen om het tekort van acht miljoen euro over 2008 weg te werken. 'De wereld van de ggz is voorgoed veranderd. De gewijzigde tarieven en regelgeving en de noodzaak om uit concurrentieovergingen de zorg tegen een zo laag mogelijke prijs te moeten leveren, dwingen ons tot een veel zakelijker opstelling. Op dit moment weten we niet of we volgend jaar voldoende contracten kunnen afsluiten met de zorgverzekeraars. Daar gaan we niet op zitten wachten. Wij gaan onze koers wijzigen en ons concentreren op onze kerntaak: de complexe psychiatrische zorg die niemand anders zo goed kan geven als een geïntegreerde ggz-instelling zoals wij. Dat betekent wel bezuinigen om straks financieel gezond te blijven.'

Ook de andere bestuurders zijn ervan overtuigd dat ggz-instellingen zich moeten concentreren op innovatie en specialisatie van de complexe psychiatrische zorg. In het aanboren van nieuwe markten zien ze over het algemeen weinig heil. Adriaan Jansen: 'Dat kunnen kleinere instellingen veel beter. De winst die je daarop behaalt is marginaal.' Feitelijk is voor hem maar één verbetering echt van belang, namelijk hulpverleners zoveel mogelijk vrijwaren van de enorme administratieve lastendruk die het gevolg is van alle veranderingen. 'Een professionele organisatie draait bij het elan en de persoonlijke betrokkenheid van de professional. In alle gekte die is losgebarsten moet je die vakmatige ambitie en passie overeind houden. Want die bepalen de kwaliteit, en daar moet je het uiteindelijk van hebben.'

Daarom heeft hij onlangs zijn zorgverzekeraar Uvit voorgesteld om een pilot te starten waarin de kwaliteit van de zorg niet wordt getoetst aan de hand van talloze prestatie-indicatoren, maar van slechts een of twee kernindicatoren, bijvoorbeeld de wachttijd. 'Vervolgens kan de zorgverzekeraar bij ons op bezoek komen, van mijn part onaangekondigd, praten met patiëntvertegenwoordigers en dossiers bekijken.' Frans Penninx is het volledig met hem eens. 'De administratieve rompslomp is een van de grootste frustraties die in de zorg is geslopen. Waarom kan de zorgverzekeraar niet achteraf steekproefsgewijs controleren?'

GGZ NEDERLAND VRAAGT INGRIJPEN MINISTER

Het water staat de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg tot aan de lippen. In een brandbrief aan minister Klink en staatssecretaris Bussemaker stelt GGZ Nederland dat er moet worden ingegrepen. De sector wordt geconfronteerd met vier majeure operaties tegelijk die elk hun financiële en bureaucratische gevolgen hebben. 'De situatie is niet meer verantwoord te noemen', aldus de brandbrief. Miljoenen verliezen, ontslag voor personeel, nuttige dienstverlening die verdwijnt en wijzigingen in de Awbz die zoveel onvolkomenheden vertonen dat invoering in 2009 onverantwoord is. Deze laatste maatregel – de invoering van de zorgzwaartebekostiging – moet worden uitgesteld, aldus GGZ Nederland.

Lees de brief op www.ggznederland.nl