

Brieven

Het echec van de marktwerking

In het artikel ‘Het echec van de marktwerking’ (Leffers & Emons, *MGv* 09-7/8) zeggen de auteurs het volgende: ‘...in een recent artikel beweert De Beer nog steeds dat er niets mis is met het DBC-systeem’(p. 628-629). Dit is een verkeerd citaat en geeft een onjuiste voorstelling van zaken. Het betreffende artikel was mijn reactie op een aantijging van de zorgverzekeraars dat de sector nu eindelijk maar eens transparant moet worden. Dit naar aanleiding van ons grote conflict met zorgverzekeraars in het najaar van 2008 over de liquiditeitsproblematiek. Dat conflict werd veroorzaakt door de verandering van systeem (van betaling vooraf naar achteraf) en was natuurlijk heel gemakkelijk te vermijden geweest door een adequaat systeem van bevoorschotting. De onwelwillendheid van zorgverzekeraars om hieraan mee te werken heeft de GGZ ernstig geschaad. Dit was de kern van mijn reactie op het artikel van Pieter Hasekamp van Zorgverzekeraars Nederland. Mij in de mond leggen dat er niets mis is met het DBC-systeem klopt dus niet en vind ik tendentius.

Wij beseffen terdege dat de overgang van een budgetgefinancierd systeem

(maandelijks wordt een twaalfde deel van het jaarbudget overgemaakt) naar een systeem van prestatiebekostiging (eerst produceren, dan factureren) geen sinecure is. Toch vond de branche die overgang nodig. Juist vanwege de ingeschatte inregelproblemen is een uitgebreid overgangsregime afgesproken, naar het zich laat aanzien in 2010 voor het derde (en laatste?) jaar. De overeengekomen ‘zachte landing’ is onzacht vanwege de al genoemde liquiditeitsproblematiek. Ik had graag gezien dat de auteurs hun grieven wat minder eenzijdig bij GGZ Nederland hadden gelegd en meer oog hadden gehad voor de problemen die zorgverzekeraars de sector hebben opgezadeld. En voor een minister die hierin weinig sturend en zelfs afhoudend optrad.

Na een langdurig proces van overleg, binnen de branche en daarbuiten, is – met politieke steun – uiteindelijk in 2008 de curatieve GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de in 2006 ingevoerde Zorgverzekeringswet. De motieven voor deze overstap waren en zijn de noodzaak om de somatische gezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg dichter bij elkaar te brengen. En de verbinding met de eerste lijn te versterken. Voor de GGZ was een bijkomend argument het verminderen van stigma: GGZ is gewoon verzekerde zorg. De komst van de basisverzekering maakte dit mogelijk. Natuurlijk was voorzien dat deze beoogde effecten zich niet direct zouden voordoen.

Sterker nog: de eerste ervaringen zijn in dit opzicht teleurstellend. Zo is de praktijkondersteuning van huisartsen door SPV's vanuit de GGZ nagenoeg tot stilstand gekomen door onvoldoende interesse van zorgverzekeraars, overheid en politiek. En zijn waardevolle vormen van GGZ-dienstverlening aan bijvoorbeeld verpleeghuizen verdwenen. Natuurlijk is een niet te aanvaarden domper dat minister Klink de sector onlangs met één pennenstreek belastte met een korting van 3,5 % op de tarieven. Een korting die zijn kennelijke grondslag vindt in een overschrijding van het budgetkader zorg, terwijl instellingen niets meer en minder hebben gedaan dan de met zorgverzekeraars afgesproken en geïndiceerde zorg te leveren. Hoezo marktwerking?

Transparantie

Toch was vroeger niet alles beter. De GGZ is niet ontwricht. En marktwerking in de zorg is een onbepaald begrip waarmee eigenlijk niemand iets kan. De GGZ kampt met een hardnekkig imago van een sector die niet duidelijk kan maken wat ze precies doet en wat haar betekenis is voor patiënt en samenleving. Het is dus nodig om hier keihard aan te werken. In de positionering van GGZ Nederland vatten wij dit in 'relevantie en effectiviteit'. De GGZ doet ertoe: het gaat om 900.000 cliënten per jaar, een hoge ziektelast en hoge maatschappelijke kosten. En de GGZ helpt: ruim 40% van de cliënten is voldoende geholpen met een kortdurend behandeltraject. Het geldt dat in de GGZ wordt besteed aan preventie en zorg levert naar schatting een besparing op van het twintig- tot dertigvoudige aan indirecte kos-

ten. De gemeenschappelijke opgave aan de sector is om haar relevantie en effectiviteit veel beter voor het voetlicht te brengen.

In de hele zorg telt prestatiebekostiging. Het beste voorbeeld is het persoonsgebonden budget. In de AWBZ wordt persoonsvolgende bekostiging in hoog tempo ingevoerd. In de curatieve zorg (somatisch en GGZ) is dit wellicht moeilijker te realiseren. Daarom wordt naarstig gezocht naar bekostigingssystemen die de zorg inzichtelijk maken, zowel vooraf als achteraf. In de GGZ is het daarom heel belangrijk om duidelijk te maken welke producten bij welke diagnose horen en wat de hiermee gepaarde kosten zijn, en is het evident belangrijk om duidelijk te maken en te verantwoorden wat het resultaat van de behandeling is. Dit is de transparantie naar de samenleving die voor geestelijke gezondheidszorg jaarlijks zo'n € 4 mld. opbrengt.

Onderzoek, commissies en zelfs een door de auteurs bepleit referendum gaan heel veel tijd en bureaucratie kosten. Het is veel beter onze schaarse tijd te steken in verbetering van een systeem dat nooit perfect zal zijn maar dat – met hard werken – beter is dan het systeem dat de GGZ achter zich laat.

JOS DE BEER

Directeur GGZ Nederland, Amersfoort

Antwoord

In zijn reactie somt De Beer de bekende argumenten op waarmee het nieuwe zorgstelsel vanaf het eerste uur is aangeprezen. En passant maakt hij nogmaals

duidelijk dat er volgens hem niets mis is met het DBC-systeem *als zodanig*. Net als in het gewraakte citaat, dat letterlijk luidt: ‘De GGZ moet het geld nu verdienen met diagnose-behandelcombinaties. Daarmee is op zichzelf niets mis, ware het niet dat het mechanisme van oud naar nieuw een enorm financieringsprobleem heeft veroorzaakt.’ Dat De Beer zich wél druk maakt over de financieringsproblemen vinden wij vanzelfsprekend. Wat ons echter verbaast is dat De Beer al de door hem gesignaleerde problemen los lijkt te zien van het stelsel zelf, maar ze uitsluitend toeschrijft aan de onwil en het opportunisme van andere partijen.

Wij betwisten dat we onze grieven eenzijdig bij GGZ Nederland neerleggen. De boodschap is juist dat alle betrokken partijen – ook de professionals zelf – steken hebben laten vallen. Het is dan ook toe te juichen dat De Beer zorgverzekeraars en overheid aanspreekt op hun verantwoordelijkheid. Zijn geloofwaardigheid zal echter toenemen als hij ook een kritisch oog heeft voor de rol van zijn eigen organisatie.

Het streven van GGZ Nederland om de betekenis van de GGZ voor cliënt en samenleving voor het voetlicht te brengen, steunen wij ten volle. Wij zijn vóór transparantie. Maar dan wel op een manier die recht doet aan de dagelijkse zorgpraktijk en die gedragen wordt door de professionals. Op beide punten voldoet de stelselwijziging niet. De gecreëerde schijntransparantie zal ertoe leiden dat ingrijpende beleidsbeslissingen meer en meer worden genomen op basis van abstracte databasegegevens die niet corresponderen met de dagelijkse zorgpraktijk. En dat is iets waar

we ons allemaal zorgen over zouden moeten maken. Vandaar onze oplossing: zet beleidsmakers en professionals bij elkaar om tot een stelsel te komen waarin beiden zich kunnen vinden.

* zowel het artikel in *MGV* 09 - 7|8 als deze repliek is op op persoonlijke titel geschreven

FRED LEFFERS EN THIJS EMONS