

De spagaat van de GGZ en manieren om eruit te komen

Zorgprofessionals in de Ggz - psychologen, psychiaters en psychotherapeuten - werken met DBC's, maar niet van harte. Beleidsmakers ondervinden veel verzet bij hen.

Waarom zijn zovelen ertegen, en welke oplossingen zijn er voor de DBC-regelgeving?

In de curatieve geestelijke gezondheidszorg (Ggz), met een begroting van meer dan 3 miljard euro, moet net als in andere sectoren worden bezuinigd. Het in 2008 ingevoerde systeem van prestatiebekostiging Diagnose behandeling combinaties (DBC) moet leiden tot minder kosten, meer transparantie en meer keuzemogelijkheden voor patiënten. Maar veel professionals zijn er mordicus tegen. Er zijn demonstraties en websites die expliciet ingaan tegen de DBC-regelgeving, zoals www.deggzlaatvanzichhoren.nl en www.dbcvrij.nl. De invoering van DBC's heeft sommige zorgprofessionals zelfs doen besluiten om te stoppen met de uitoefening van hun beroep. Er is een breed publiek debat tussen voor- en tegenstanders van deze regelgeving in de GGZ. Er is een aantal opiniepeilingen geweest die algemene aanwijzingen geven over de oorzaken van de onvrede (Koepel van DBC-vrije praktijken, 2007; Palm e.a., 2008). Maar er was nog geen representatief, wetenschappelijk onderzoek naar de mate van ontevredenheid, en de redenen ervoor. De Erasmus Universiteit heeft een nieuw, onafhankelijk, onderzoek uitgevoerd onder zorgprofessionals die werken met de DBC-regelgeving. Aan dit onderzoek - in juli 2010 - hebben meer dan 1.300 zorgprofessionals meegedaan. De belangrijkste uitkomsten hebben betrekking op:

- ▶ het onderschrijven van de doelen van DBC's en het (niet) bereiken ervan
- ▶ de verbetermogelijkheden voor regelgeving in de GGZ.

Doelstellingen

Op basis van literatuurstudie en interviews met experts onderscheiden we drie doelstellingen:

- ▶ transparantie in zorgkosten en zorgkwaliteit
- ▶ efficiëntie van zorg
- ▶ vrijheid voor patiënten om een zorgaanbieder te kiezen.

Het blijkt dat zorgprofessionals deze doelstellingen onderschrijven. Zo is 85 procent van hen het (zeer) eens met de stelling 'Ik vind het bevorderen van transparantie in de zorg-

kosten en zorgkwaliteit een heel goed doel.' Ook onderschrijven zorgprofessionals de doelstellingen op het gebied van efficiëntie (75 procent eens of zeer eens) en keuzemogelijkheid voor patiënten (88 procent). Dat is goed nieuws voor de regering en voor VWS: zorgprofessionals onderschrijven de doelstellingen van de DBC-regelgeving.

Maar er is ook minder goed nieuws: volgens veel zorgprofessionals dragen DBC's niet bij aan het bereiken van deze doelen. Dat is een van de belangrijkste redenen waarom zij zo fel ageren tegen deze vorm van prestatiebekostiging. Zo stelt een zorgprofessional:

"De doelen van de DBC's kan ik onderschrijven - de uitvoering niet. In een optimistische bui denk ik dat dit het begin is van verbetering. Een wat rommelig en onaangenaam begin, maar ik vertrouw op de dynamiek van veranderingen. In een pessimistische bui denk ik wel eens dat veel mensen in de GGZ zo gedemoraliseerd zijn geraakt, dat dit gehannes met DBC's de nekslag kan zijn voor de GGZ als geheel."

Veel zorgprofessionals delen zijn gevoel. De grafiek laat zien dat zorgprofessionals positief tegenover de doelstellingen staan, maar de indruk hebben dat het inzetten van DBC's he-



Figuur 1 Ervaringen van GGZ-professionals met DBC's (1.309 zorgprofessionals, Erasmus Universiteit Rotterdam)



Drs. Lars Tummers, MSc

onderzoeker en docent Erasmus Universiteit Rotterdam
adviseur verandermanagement bij PwC (PricewaterhouseCoopers) Gezondheidszorg

Iets niet bijdraagt aan het behalen van de doelstellingen. Zij verkeren dus in een enorme spagaat.

Andere bronnen lijken bovenstaande conclusie te bevestigen. Zelfs sterke voorstanders stellen: "Niemand betwist dat de DBC's kunnen worden verbeterd. Niet voor niets werkt DBC Onderhoud aan de door critici genoemde problemen." (Verheul & Bruinsma, 2010) Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de vraag in hoeverre het gehanteerde kostprijsmodel geschikt is voor het bepalen van productprijzen in de GGZ. Al met al lijkt er consensus te zijn dat de regelgeving moet worden verbeterd. Op dit punt lopen de percepties van de voorstanders, tegenstanders en belangrijke actoren als de NZa, DBC Onderhoud en GGZ Nederland) niet uiteen.

Drie verbeterpunten

Hoe komt de GGZ uit deze spagaat van positieve doelstellingen, maar weinig bijdrage aan diezelfde doelstellingen? Het lijkt erop dat doelstellingen als efficiëntie en transparantie niet behaald worden. Daarnaast ontbreekt door de spagaat het draagvlak bij zorgprofessionals; velen hebben het gevoel dat de huidige vorm van prestatiebekostiging weinig waarde toevoegt.

Uit ons onderzoek onder 1.300 zorgprofessionals komen drie belangrijke verbetermogelijkheden naar voren:

► Maak regelgeving beter toepasbaar voor complexe patiënten

De DBC-regelgeving moet beter toepasbaar zijn voor complexe, chronische patiënten. Het blijkt dat het financieel niet aantrekkelijk is om complexe patiënten te behandelen. Zo kan het winstgevender zijn om een jongvolwassene met een milde depressie te behandelen, dan iemand die kampt met autisme. Hierover stellen zorgprofessionals:

- "Met de huidige tarieven is het erg onaantrekkelijk geworden om patiënten met chronische problemen te behandelen."
- "Op zich is de DBC-systematiek wat betreft declaratie van tijd inzichtelijk. Echter, complexe patiënten komen er relatief bekaaid af."
- "Het DBC-systeem straft degene die zich met meer complexe problemen bezighoudt, en zet een premie op het behandelen van eenvoudige problematiek. Patiënten en kwaliteit lijden daar uiteindelijk onder."

Organisaties spelen in op dit systeemkenmerk door zich te richten op minder complexe, profijtlijke DBC's. Dit heeft veel voordelen, zoals efficiëntie van de bedrijfsvoering en doeltreffender specialisatie. Algemene ziekenhuizen en algeme-

ne GGZ-instellingen vangen de complexe patiënten op, maar moeten deze patiënten met minder geld behandelen. Dat kan verschraving van de zorg tot gevolg hebben. Een mogelijke oplossing is, de tarieven van complexe patiënten te herijken zodat het aantrekkelijk wordt om hen te behandelen. Daarnaast zou er intensievere samenwerking moeten zijn tussen verschillende organisaties. Met meerdere 'monodimensionale' organisaties bestaat het gevaar van het niet herkennen van comorbiditeit bij patiënten.

► Pak financieel perverse prikkels aan

Een tweede verbeterpunt is het aanpakken van de financieel perverse prikkels in het systeem, zoals het stellen van een zwaardere diagnose dan nodig (het zogenaamde 'upcoding') en de ruime tijdsgrenzen. Zo is er een DBC voor een persoonlijkheidsstoornis van 800 minuten (13 uur) tot 1.800 minuten (30 uur). De behandeling levert de zorgprofessional evenveel op bij 13 uur zorg, als wanneer hij 30 uur levert. Dat is een prikkel om te stoppen bij 13 uur, en werkt kostenverhogend. De grove tijdsindeling maakt het ook aantrekkelijk om net op een hogere categorie uit te komen.

Zowel voor- als tegenstanders van de DBC-regelgeving erkennen dit probleem. Een mogelijke oplossing is de tijdsintervallen van de DBC's kleiner te maken, bijvoorbeeld maximaal 100 minuten. Dat minimaliseert het effect van 'slim schrijfgedrag'. Ook voor de andere financieel perverse prikkels zijn mogelijke oplossingsrichtingen.

► Geef voldoende aandacht aan het verbeterproces

Het laatste verbeterpunt richt zich niet op de inhoud van de DBC-regelgeving. Het gaat hier om het proces van invoeren, waarbij voldoende communicatie en participatie voorop staat. In de debatten over DBC's is daaraan nog te weinig aandacht gegeven.

Ten eerste kan de communicatie naar de professionals sterk worden verbeterd. De DBC-regelgeving - inclusief dubbele registratie voor instellingen - werd enkele jaren geleden ingevoerd. Zorgprofessionals willen graag de stand van zaken weten: wat zijn de resultaten tot nu toe, en wat zijn de volgende stappen? Intensievere communicatie kan zorgen voor meer draagvlak. Nú kunnen zorgprofessionals het gevoel hebben dat ze meewerken aan zinloos beleid. Kenmerkende citaten zijn:

- "Maak duidelijk wat de stand van zaken is; na een paar jaar elke 5 minuten beschrijven en verantwoorden hebben we nog steeds geen zicht op wat er met al die gegevens gaat gebeuren."
- "Meer communicatie naar de zorgverleners in de praktijk."

Vooral experts en de professionele verenigingen zijn betrokken bij de invoering van DBC's

Literatuur

- Tummers, L. G. (2010): De bereidheid van GGZ-professionals om te werken met DBC's. Eerste resultaten van een onderzoek onder 1.300 zorgprofessionals. Erasmus Universiteit Rotterdam. Te downloaden op <http://repub.eur.nl>.
- Koepel van DBC-vrije praktijken (2007): Enquête over DBC-systematiek. Op www.dbcvrij.nl.
- Palm, I. e.a.: De GGZ ontwricht. Een praktijkonderzoek naar de gevolgen van het nieuwe zorgstelsel in de geestelijke gezondheidszorg. Rotterdam, Wetenschappelijk bureau SP en actiegroep Zorg geen markt, 2008.
- Verheul, R. & Bruisma, C.: Fundamenteel niets mis met DBC's. Psy, 11 (2010), 37-38

Over nut en noodzaak, maar vooral ook over hoe het efficiënt ingezet kan worden en welke positieve gevolgen er mogelijk in zitten bij een juiste werkwijze! Dus uitleg, stimulering en medewerkers een actieve bijdrage laten leveren. In plaats van presentatie als noodzaak: dat moet nou eenmaal en volg maar gewoon."

Ten tweede moeten volgens mij mensen op de werkvloer intensief betrokken worden bij de verbetering van de DBC-regelgeving. Zij hebben immers dezelfde doelen als de beleidsmakers. Wanneer zorgprofessionals betrokken worden, kunnen waarschijnlijk betere keuzen worden gemaakt omdat bestuurders en beleidsmakers de kennis van de professionals kunnen gebruiken. Daarnaast voelen die laatste zich dan meer verbonden met het beleid, en zullen zij zich er meer voor inspannen. Zorgprofessionals stellen:

- "Laten overheid en zorgverzekeraars ons, hoogopgeleide professionals, meer en veel positiever betrekken bij de verantwoordelijkheid om de GGZ betaalbaar te houden. Transparantie en kostenbeheersing: ja."
- "In ieder geval moeten de zorgprofessionals er meer bij betrokken worden. Niet alleen de prijs maar ook de kwaliteit is van groot belang."

Belangrijke spelers als de NZa of DBC Onderhoud kunnen de zorgprofessionals op meerdere manieren betrekken, bijvoorbeeld door hen uit te nodigen bij overleggen. Op dit moment is er een intensieve overlegstructuur tussen onder andere NZa, de professionele associaties en DBC Onderhoud. Daarbij kunnen zorgprofessionals uit het veld uitgenodigd wor-

den. Verder kunnen deze organisaties goed monitoren in hoeverre verbeteringen worden doorgevoerd en wat het draagvlak is vanuit het veld - de zorgprofessionals die met hart en ziel werken in de GGZ. Een grootschalige, periodieke draagvlakmonitor kan hierbij uitkomst bieden. Tot slot kunnen internetfora worden geopend waar zorgprofessionals en andere spelers discussiëren over de DBC-regelgeving. Zo kan bijvoorbeeld de NZa haar ideeën toetsen bij het veld, en dat op de hoogte stellen van de vorderingen.

Hand in eigen boezem

Zowel voor- als tegenstanders moeten beseffen dat de DBC-regelgeving zeer waarschijnlijk blijft bestaan, maar wel moet worden aangepast. Maar zorgprofessionals moeten ook de hand in eigen boezem steken. Tot nu toe zijn vooral experts en de professionele verenigingen intensief betrokken geweest bij de invoering van DBC's. Professionele verenigingen hebben vaak een beroep gedaan op professionals, maar daaraan is niet altijd gehoor gegeven.

Zorgprofessionals in het veld moeten beseffen dat ook zij verantwoordelijk zijn voor de totstandkoming van goed beleid. Zij kunnen zitting nemen in klankbordgroepen van hun eigen professionele vereniging, deelnemen aan congressen over DBC's, meewerken aan internetfora of vergaderingen. Of volledig onafhankelijk een analyse maken van de problemen, en oplossingen ervoor aandragen. Laat bestuurders, beleidsmakers en professionals samen zorgen voor een meer efficiënte en transparante zorg. Verbeterde DBC-regelgeving kan ervoor zorgen dat de GGZ opstaat uit de vervelende spagaat waarin zij nu zit, en zich weer kan concentreren op haar kerntaak: zorg van topkwaliteit voor patiënten. ●

Management Summary

- Veel zorgprofessionals verzetten zich tegen DBC's maar uit ons onderzoek blijkt dat ze de doelen onderschrijven.
- Ze denken dat de regelgeving niet bijdraagt aan die doelen.
- Er zijn drie verbeterpunten: Maak regelgeving beter toepasbaar voor complexe patiënten, pak financieel perverse prikkels aan, en geef voldoende aandacht aan het verbeterproces.
- Zorgprofessionals kunnen samen met bestuurders, beleidsmakers en collega's zorgen voor meer efficiënte en transparante zorg.