

Marktwerving in de gezondheidszorg

Op naar transparantie in organisatie, kwaliteit en maatschappelijke legitimatie.

Iedereen die in Nederland woont of werkt is via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerd voor zorg en begeleiding bij langdurige ziekte, handicap of ouderdom. Deze wet heeft voornamelijk betrekking op alle 'niet-verzekerbare zorg', dus op gehandicaptenzorg, thuiszorg, verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en dergelijke. Om aanspraak te kunnen maken op deze zorg is een verwijzing van huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist en (bij kinderen en jeugdigen) bureau Jeugdzorg, noodzakelijk. De uitgaven in de AWBZ vertonen echter al jaren een sterke groei. Daarom heeft het kabinet maatregelen genomen. De AWBZ wordt teruggebracht tot de kern.

De AWBZ gaat dus veranderen. Alleen de onverzekerbare zorg (zoals langdurige opname in een instelling) en een aantal echte zorgfuncties die bij mensen thuis geboden worden, worden straks nog uit de AWBZ vergoed. Alle AWBZ-functies die niet direct met zorg te maken hebben, zullen op den duur uit de volksverzekering verdwijnen.

Convenant

Op 25 augustus 2004 ondertekenden de partijen in de gezondheidszorg een convenant over de periode 2005-2007, waarin staat dat het uitgavenkader voor de AWBZ blijft behouden, 'zonder pakketmaatregel of algemene tariefmaatregelen behoudens een aantal punten'. Eén van die punten behelst het overhevelen van de ambulante en de kortdurende ggz-zorg uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) per 1-1-2006. Volgens berekeningen van het Commissie Tarieven Gezondheidszorg (CTG) betreft dit zeventig procent van de kosten in de ggz. Dertig procent van de kosten in de ggz heeft betrekking op langdurige intramurale zorg. Deze zorg blijft in de AWBZ.

Naar andere regelingen

Ook de komst in 2006 van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Zorgverzekeringswet heeft gevolgen voor de AWBZ. Een aantal AWBZ-aanspraken gaat over naar andere regelingen. De harde kern van de AWBZ blijft de langdurige zware zorg. Alle AWBZ-functies die niet direct met zorg te maken hebben, zullen na toestem-

ming van de Eerste Kamer uit de volksverzekering verdwijnen. Daarbij gaat het om:

- een groot deel van de verblijfsfunctie (uit de AWBZ naar de woonsector);
- enkelvoudige huishoudelijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding, AWBZ-vervoer en diverse premie-regelingen (uit de AWBZ, deels naar de WMO);
- extramuraal ggz-zorg en het eerste jaar van de intramuraal ggz-zorg (uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet).

De veranderingen in de AWBZ zijn ook bedoeld om de marktwerving in de zorg te stimuleren. Het inbrengen van meer aanbieders, die op basis van kwaliteit en prijs meedingen naar de te contracteren ggz-zorg, zou tot een betere prijs/kwaliteit verhouding moeten leiden. Het kabinet heeft daarom ook de drempels verlaagd voor startende zorgondernemingen. En aanbieders die al langer meedraaien, mogen hun zorgaanbod uitbreiden. Inmiddels maakt de sector snelle veranderingen door. Instellingen fuseren, er worden circuits gevormd en zorgprogramma's opgezet.

Kwaliteit, toegankelijkheid én rechtmatigheid

De minister heeft het transparanter en doelmatiger maken van de zorg tot doel gesteld. Een belangrijke taak daarin vervullen de zorgkantoren. De spilfunctie in de uitvoering van de AWBZ ligt bij hen. De zorgkantoren sluiten contracten af met zorgaanbieders voor de levering van zorg

en ze zijn ervoor verantwoordelijk dat in de regio voldoende zorg van goede kwaliteit aanwezig is. Ten slotte is een belangrijke taak van het zorgkantoor het beheer van de wachtlijsten. De zorgkantoren werken volgens vierjarige concessies. Na die tijd wordt beoordeeld of er goed werk is gedaan en of de concessie kan worden verlengd. De toetsing hiervan verlangt een transparanter manier van werken. Een van de instrumenten om dat te bereiken, is het invoeren van Diagnose Behandel Combinaties, kortweg DBC's genaamd.

Zorginkoop

Volgens minister Hoogervorst hoort de ggz steeds meer bij de 'gewone' gezondheidszorg thuis. "Therapie is geen mysterieuze tovenarij, maar een concrete behandeling die je ook in een DBC kunt vastleggen," aldus de minister. De huidige situatie is, zoals het zich nu laat aanzien, dat de veranderingen in de ggz per 1 januari 2006 worden doorgevoerd. Tot dat moment wordt het grootste deel van de ggz-zorg uit de AWBZ bekostigd.

De zorginkoopfunctie binnen de AWBZ blijft bestaan, maar voor hoelang is de vraag. In 2006 neemt het kabinet daarover een besluit. Het ministerie van VWS stelt wel als eis dat zorgkantoren de zorginkoop objectief en op transparante wijze vormgeven. Zo moet het zorgkantoor per onderwerp ook de planning en de werkwijze kunnen aangeven, zodat cliëntenorganisaties de gelegenheid hebben daarop in te spelen.

DBC's

Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) zijn een nieuwe manier van registreren en factureren in de gezondheidszorg. Een DBC bestaat uit een pakket van alle activiteiten die voortkomen uit de zorgvraag van een patiënt. Bij een bepaalde diagnose in een bepaalde context hoort een bepaalde behandeling en daarbij zal, vermoedelijk in 2007, een bepaalde prijs horen. De DBC-systematiek zal per 1 januari 2006 in de gehele ggz worden ingevoerd.

Om DBC's te kunnen samenstellen, moet er natuurlijk wel zicht zijn op wat er nu eigenlijk gebeurt in het gehele traject van aanmelding, intake, diagnostiek en behandeling. Alle activiteiten rondom een behandeling worden geregistreerd, zodat de kwalitatieve en kwantitatieve inspanning van de behandelaar zichtbaar wordt. In zogenaamde 'koplopergroepen' worden nu pilotprojecten uitgevoerd voor het systematisch invoeren van de DBC's in de ggz.



Mentaal beter is met de aangesloten praktijken deelnemer aan de vierde koplopergroep DBC-ggz. Het automatiseringssysteem van Mentaal beter is geschikt voor deze nieuwe systematiek. Alle activiteiten rond een behandeling worden geregistreerd, zodat de kwalitatieve en kwantitatieve inspanning van de behandelaar zichtbaar wordt.

De DBC-systematiek is een grote stap in de goede richting om te komen tot een meer rechtvaardige en transparante bekostigingssystematiek.

Het pilotproject loopt tot december 2005. Maar de dataverzameling en -verwerking wordt ook na die datum voortgezet. Hierdoor blijft informatie beschikbaar over wat er nu feitelijk gebeurt bij de uitvoering van een DBC. Met deze informatie kan de samenstelling van een DBC weer worden aangepast. Op deze wijze wordt recht gedaan aan de praktijk. Nieuwe behandelinzichten kunnen daardoor leiden tot aanpassingen van DBC's.

Henk Maasson, projectleider DBC bij Mentaal beter: "DBC's zeggen niets over de effectiviteit van behandelingen. Ook moeten we niet verwachten dat DBC's alle kosten van de behandeling van een stoornis inzichtelijk maken. Ziekteverzuim, verlies aan kwaliteit van leven van de cliënt en zijn omgeving behoren ook tot de kosten, maar zijn veel moeilijker kwantificeerbaar. Al met al is de DBC-systematiek een grote stap in de goede richting om te komen tot een meer rechtvaardige en heldere kostenstructuur.

Dit is een belangrijke reden voor Mentaal beter om aan het pilotproject mee te doen. Bovendien biedt het een unieke gelegenheid alvast ervaring op te doen en informatie te verkrijgen over de omvang van de eigen behandelingen. Aan de hand van deze informatie kan straks beter worden onderhandeld over de prijs en de omvang van behandelingen met de zorgkantoren en de verzekeraars."