

Vergoedingsaspecten: kunnen stagering en profilering ervoor zorgen dat de juiste zorg ook juist beloond wordt?

A. VAN DER LEE, T. STOOP, P. STAM, L. HAKKAART-VAN ROIJEN,
J. VAN BUSSCHBACH

ACHTERGROND Het financieringssysteem kan doelmatige zorg in de ggz bevorderen of bemoeilijken. Het financieringssysteem omvat de vergoeding aan de zorgaanbieder, de risicoverevening voor de zorgverzekeraar en de eigen bijdragen van de patiënt. Zorgaanbieders, patiënten én zorgverzekeraars vrezen dat het huidige systeem doelmatige zorg bemoeilijkt.

DOEL Inventariseren of het financieringssysteem verbeterd kan worden door een maat voor zorgzwaarte gebaseerd op stagering en profilering.

METHODE Kritisch evalueren van het huidige financieringssysteem en exploreren hoe stagering en profilering kunnen bijdragen om complexe zorg betaalbaar te houden.

RESULTATEN Het huidige model in de ggz werkt zonder stagering en profilering: de vergoeding is gebaseerd op diagnoses en minuten zorgtijd, maar differentiatie naar benodigde deskundigheid ontbreekt. Daardoor kan het financieel onaantrekkelijk worden om patiënten met een hogere zorgzwaarte optimaal te behandelen. Stagering en profilering kunnen een optimale relatie tussen de zorgzwaarte van de patiënt en de behandelkosten leggen, waarmee de huidige perverse prikkels worden vermeden.

CONCLUSIE Stagering en profilering kunnen geleidelijk worden ingevoerd, zoals de geleidelijke invoer van het landelijk systeem van risicoverevening tussen zorgverzekeraars.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)11, 985-990]

TREFWOORDEN eigen bijdragen, financiering, risicoverevening, stagering en profilering

De regering heeft zich het doel gesteld om de zorgkosten te beteugelen, met name in de ggz. Een van de maatregelen is bijvoorbeeld een eigen bijdrage voor zorg binnen de ggz. Patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn ongerust dat de bezuinigingen en eigen bijdragen vooral de zorg voor kwetsbare patiënten binnen de ggz zullen benadelen (Kahn e.a. 2011).

De bezuinigingen kunnen leiden tot verminderde zorg en lagere kwaliteit van zorg, juist bij

kwetsbare groepen: patiënten die zorg mijden of die zorg nodig hebben die intensief en complex is. Het financiële risico wordt verlegd van de centrale kas van de Zorgverzekeringswet, het Zorgverzekeringsfonds, naar zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Dit geeft prikkels om dure zorg te mijden. Er wordt een financiële prikkel gecreëerd om met een zo laag mogelijke deskundigheid zorg aan te bieden. Dat kan een goede zaak zijn, wanneer die prikkels in de financiering van de ggz-

zorg in de Zorgverzekeringswet recht doen aan enerzijds de zorgzwaarte van de patiënten en anderzijds aan de effectiviteit en kwaliteit van de geleverde zorg. De doelstelling is dat patiënten met psychische stoornissen de doelmatigste zorg krijgen.

Kunnen stagering en profilering bijdragen aan een meer doelmatige zorg, naast de reeds bestaande mix van diagnose-behandelcombinaties (DBC's), risicoverevening en eigen bijdragen? Welke plaats krijgen stagering en profilering in het geheel van het vergoedingssysteem? Sinds 2008 declareert de ggz-zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar de geleverde zorg middels DBC's. De zorgverzekeraar krijgt hier, via risicoverevening, een bedrag per verzekerde voor (Stam & Van de Ven 2008a). Het gaat hier om zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet, de zogenaamde basisverzekering.

PROBLEEMSTELLING

In dit artikel inventariseren wij de mogelijkheden die stagering en profilering bieden om de huidige financiering beter te laten aansluiten bij de zorg in de ggz. Stagering en profilering worden in dit themanummer uitgebreid besproken, en daarom hebben wij de definities van stagering en profilering niet gedetailleerd uitgewerkt.

HUIDIGE FINANCIERING

Problemen met DBC's

Op dit moment declareert de zorgaanbieder middels DBC's die gebaseerd zijn op de DSM-IV-indeling (Zorgverzekeraars Nederland 2011). DBC's kunnen de doelmatigheid vergroten, omdat concurrentie tussen zorgaanbieders op prijs en kwaliteit ontstaat binnen de door de DBC gestandaardiseerde zorgvraag. Een belangrijke voorwaarde is dat de DBC een geslaagde poging is om de zorgvraag op een objectieve manier te standaardiseren. Er zijn redenen om daar aan te twijfelen.

Zo bestaat er binnen de DSM-IV-classificatie een ruime variatie van de ernst van de aandoening. Zoals ook elders in dit themanummer wordt betoogd: er is in de DSM-IV alleen een minimale differentiatie naar stagering en profilering van de stoornissen. Dat maakt dat de zorgzwaarte sterk kan variëren binnen de DSM-IV-categorieën. Daarom is bij het bepalen van de DBC's naast de classificatie via de DSM-IV, een 'hulpclassificatie' gemaakt naar zorgtijd en zorgverblijf. Daarbij tellen voor het bepalen van de zorgtijd alle ingezette minuten van de verschillende voor ggz geregistreerde beroepen (bij het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de ggz; CONO) mee zonder differentiatie naar ervaring, deskundigheid en opleiding. De zorgzwaarte zou dan blijken uit de lengte van de behandeling. Echter, een langere behandelduur kan ook ontstaan door ondoelmatige zorg. Behandelduur is dan ook eerder een beschrijving van de uitkomst van zorg, dan een functie voor zorgzwaarte.

Daarmee zijn twee belangrijke problemen van de DBC beschreven. Het eerste probleem is: DBC standaardiseren de zorgvraag maar gedeeltelijk omdat binnen de DSM-IV-categorieën de zorgzwaarte niet gestandaardiseerd is. Ten tweede: de hulpclassificatie 'zorgzwaarte' – op basis van ingezette zorgtijd en zorgverblijf – hoeft niet uitsluitend met de diagnose en de ernst samen te hangen, maar kan ook een gevolg zijn van ondoelmatige inzet van zorg.

Zorgzwaarte

De hoge variatie in zorgzwaarte binnen de DSM-IV-categorieën en het subjectieve karakter van het begrip 'zorgzwaarte' leiden gemakkelijk tot prikkels voor risicoselectie. Als een deel van de zorgaanbieders zich gaat richten op specifieke groepen patiënten die gunstig vallen binnen de DSM-IV-categorieën, dan resteert voor de generalisten het leveren van zorg aan patiënten die voorspelbaar 'verliesgevend' zijn. Zij zullen ook worden geprikkeld om de meest winstgevendste minuten op te zoeken of om zich ook op voorspel-

baar 'winstgevende' patiënten te richten. De patiënten met een objectieve hoge zorgzwaarte gaan dan buiten de boot vallen.

De zorgverzekeraars krijgen op hun beurt nu via de risicoverevening een genormeerde compensatie voor de kosten in de ggz op basis van een beperkt aantal demografische en sociaaleconomische kenmerken en een beperkt aantal diagnosegroepen die op basis van farmaciegebruik worden onderscheiden (ING 2009; VWS 2011). Een goede risicoverevening neemt de financiële prikkel bij de zorgverzekeraar weg om verzekerden met een relatief grote zorgzwaarte te mijden. Echter, de zorgzwaarte weegt niet mee. De verdeling van de financiële middelen over verzekeraars is dan ook onvoldoende (VWS 2009). Een literatuurstudie in opdracht van VWS (Bakker & Pansier-Mast 2011) laat zien dat de verbetermogelijkheden van het huidige model beperkt zijn. In deze literatuurstudie had men de mogelijkheden van stagering en profilering om het vereveningsmodel te verbeteren niet meegenomen. Ook bij de risicoverevening geldt dat er geen goede relatie gelegd wordt tussen de zorgzwaarte van de patiënt en de behandelkosten, waardoor prikkels tot risicoselectie door zorgverzekeraars ontstaan.

Een mogelijk verbetering is het invoeren van een eigen bijdrage. In dat geval is de hoop dat patiënten zelf meer een afweging gaan maken of hun zorg wel doelmatig is ten opzichte van die eigen bijdrage. Dat zou waar kunnen zijn wanneer patiënten goed in staat zijn de doelmatigheid in te schatten en wanneer ze genoeg middelen hebben om daadwerkelijk de eigen bijdrage te betalen. Het is maar de vraag in hoeverre steeds aan deze aannamen wordt voldaan.

VERBETERING DOOR STAGERING EN PROFILERING?

Rol voor ROM

Invoering van stagering en profilering zou de relatie tussen een objectieve classificatie van de patiënt en de zorgzwaarte kunnen verbeteren.

Wanneer voor elk stadium bekend is welke behandelingen beschikbaar zijn, kunnen per stadium de gemiddelde kosten berekend worden. Met *routine outcome monitoring* (ROM) kan men zowel de zorgzwaarte in termen van stagering en profilering vaststellen als ook inzicht verkrijgen in de kwaliteit van de behandeling in relatie tot de zorgzwaarte. Wanneer de kwaliteit bekend is en de classificatie van patiënten naar zorgzwaarte eenduidiger, dan kunnen de aanbieders van zorg op basis van prijs én kwaliteit afspraken maken met de verzekeraars. Door voor zorg te kiezen met een goede balans tussen kosten en kwaliteit, wordt de kwaliteit van de zorg beter en ontstaan er kostenbesparingen zonder prikkels tot risicoselectie. Ook minister Schippers van VWS wees onlangs op de mogelijkheden om met ROM verder verbeteringen in de zorg en haar financiering aan te brengen (Delft & Langelaan 2012).

Door de financiering te baseren op de indeling in stadia en de profilering daarbinnen, krijgen de zorgaanbieders ook voor de patiëntengroepen met ernstige en complexe psychiatrische aandoeningen een adequate vergoeding. Dit zou lucht geven aan groepen van behandelaren die onder de huidige financiering in de knel dreigen te komen. Eenvoudig te behandelen klachten krijgen ook een adequate financiering, die dus lager zal zijn dan die voor de ernstige en lastiger te behandelen aandoeningen.

Niet alleen de financiële relatie tussen behandelaren en zorgverzekeraars, maar ook de financiering van de zorgverzekeraars zou mede gebaseerd moeten zijn op de indeling in stadia en profilering. Verzekeraars krijgen dan voor patiënten in de ggz een vergoeding die past bij de te leveren zorg.

Eigen bijdragen?

Bij het vragen van eigen financiële bijdragen door patiënten zou men ook meer rekening kunnen houden met kwetsbare patiënten, gegeven de indeling in stadia en profilering. De bijdragen worden dan meer ingezet om onnodige zorg te vermijden of om zorg op de juiste plaats te geven.

Zo zou men wel een eigen bijdrage in de tweede lijn kunnen vragen voor patiënten met een eenvoudige depressie, maar niet voor degenen met een ernstige depressie.

De prikkels in de hele financiële keten van zorgpremie, eigen bijdragen, risicoverevening voor de verzekeraars en vergoedingen aan de zorgaanbieders werken dan op een gemeenschappelijke basis en in dezelfde, maatschappelijk gewenste richting.

INVOERING EN PROBLEMEN

Vragen vooraf

Zoals we beschreven in het voorgaande houdt de huidige bekostiging van de zorg in de ggz onvoldoende rekening met de zorgzwaarte van de patiënt. Dat leidt tot voorspelbare winsten en verliezen vanuit het perspectief van de zorgaanbieder en zorgverzekeraars, met alle risico's voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg met name van degenen met de grootste zorgbehoefte. Idealiter wordt de zorgzwaartecorrectie van de bekostiging gebaseerd op objectieve kenmerken die voortvloeien uit stagering en profilering. Bij de verdere uitwerking zal men terdege moeten letten op het vermijden van perverse prikkels. Verschillende vragen moeten beantwoord worden. Hoe objectief en niet-beïnvloedbaar zijn de kenmerken? Wat zijn de administratieve lasten, wegen die op tegen de voordelen? Het maakt veel verschil of de kenmerken al in de ROM vastgelegd worden. Keulen en Aken zijn echter niet in één dag gebouwd: de overstap naar dit ideaalbeeld zal gefaseerd moeten worden uitgevoerd.

Stapsgewijze invoering

Vanuit de huidige situatie kan een eerste stap worden gezet door de zorgzwaartecorrectie te baseren op een eenvoudige toepassing van de informatie voortvloeiend uit stagering en profilering. De vergoeding per stadium is dan gelijk aan de gemiddelde (voorspelbare) kosten van de desbe-

treffende patiëntenpopulatie in enig jaar. Een ggz-aanbieder loopt financieel risico over het verschil tussen deze vergoeding en de gerealiseerde kosten. Dit risico wordt in de eerste jaren beperkt naar de mate waarin de zorgzwaartecorrectie nog verbetering behoeft.

De financiële consequenties voor de ggz-aanbieder worden dan gedempt door in de eerste jaren een deel van het verschil tussen de vergoeding en gerealiseerde kosten per stadium achteraf (ex post) te verevenen tussen alle gecontracteerde zorgaanbieders. Dat betekent dat slechts een deel van het financiële resultaat per stadium voor rekening van de zorgaanbieder komt, het overgrote deel voor rekening van de zorgverzekeraar. Ook de zorgverzekeraar wordt in de eerste jaren weer achteraf gecompenseerd via de risicoverevening. Van jaar op jaar wordt de nieuwste kennis op het gebied van stagering en profilering aan de zorgzwaartecorrectie toegevoegd. Naarmate in de loop van de tijd de verfijning op basis van stagering en profilering doorzet, kunnen de ex-postcompensaties worden afgebouwd en lopen de zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer risico over de door hen beïnvloedbare kosten (Stam & van de Ven 2008b).

BESLUIT

Een dergelijk 'ingroeimodel' is analoog aan dat van het landelijke systeem van risicoverevening, dat in 1992 is gestart en tot de dag van vandaag verder wordt verfijnd. Het voordeel van starten met een suboptimale correctie van zorgzwaarte is dat wachten tot aan alle randvoorwaarden van een ideaalbeeld is voldaan hoogstwaarschijnlijk nooit tot implementatie zal leiden. Het voorgestelde ingroeiscenario prikkelt de zorgaanbieder om zo snel mogelijk tot juiste en volledige gegevens (en dus toepassing) van stagering en profilering te komen.

De haalbaarheid van zo'n ingroeimodel wordt bepaald door de politieke wil van overheid, zorgverzekeraars en ggz-aanbieders om de ruimte te scheppen dit ingroeiscenario tot wasdom te laten komen. Het systeem van risicoverevening

wordt als de parel van de Zorgverzekeringswet gezien, onder anderen door leden van de vaste Kamercommissie voor VWS (2012); dat geeft in ieder geval hoop.

literatuur

- Bakker P, Pansier-Mast L. Voorspellers van zorggebruik in de GGZ, literatuurstudie. Enschede: Bureau HHM; 2011.
- Delft van S, Langelaan M. Die DBC's moeten weg. Interview met minister Edith Schippers. *PSY* 2012; 1: 13-6.
- ING Economisch Bureau Huishoudboekje Zorgverzekeraars Rendement zorgverzekeraars onder druk Vooruitzichten 2010. 2009. <http://www.ing.nl/Images/rendement—zorgverzekeraars—onderdruk—december—2009—tcm7-44005.pdf>
- Kahn R, van Os J, Hoogendijk W, Zitman F, Denys D, Beekman AJ, e.a. Geestesziek is ook gewoon ziek, mevrouw Schippers. Open brief aan de minister van Volksgezondheid. NRC 21 juni 2011; 16. <http://www.cogis.nl/uploads/documents/402.pdf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. brief dd 5-10-2009 aan de Tweede Kamer: risicovereveningssysteem 2010. 2009.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief dd 5-9-2011 aan de Tweede Kamer: risicoverevening. 2011.
- Stam PJA, van de Ven WPMM. Evaluatie risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Prikkels tot risicoselectie? *TSG* 2008a; 86: 92-100.
- Stam PJA, van de Ven WPMM. De harde kern in de risicoverevening. *Economisch Statistische Berichten* 2008b; 93: 104-7.
- Vaste Kamercommissie voor VWS. Tweede Kamer, Vergaderjaar 2011-2012, 29 689, Herziening Zorgstelsel, nr. 414, Verslag algemeen

overleg 3 juli 2012. <http://www.denederlandsegrondwet.nl/9353000/1/j9vvhlfz99qost/vj1w65xs5hXu>

Zorgverzekeraars Nederland. Inkoopgids GGZ. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland; 2011. <https://www.zn.nl/beleidstemas/inkoopgids-ggz/>

AUTEURS

ARNOLD VAN DER LEE, senior onderzoeker, Kenniscentrum, divisie Zorg en Gezondheid van Achmea.

THIJS STOOP, arts en bestuurder, GGZ inGeest partner van VUmc, Amsterdam.

PIET STAM, partner SiRM, Den Haag, en econometrist, sectie Gezondheidseconomie en Doelmatigheidsonderzoek (FALW) van de Vrije Universiteit, Amsterdam.

LEONA HAKKAART-VAN ROIJEN, universitair hoofddocent, Institute for Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

JAN VAN BUSSCHBACH, hoogleraar Medische Psychologie, Erasmus MC, Rotterdam, en de Viersprong, Halsteren.

Correspondentieadres: Arnold van der Lee, Kenniscentrum, divisie Zorg en Gezondheid, Achmea, Postbus 19, 3800 HA Amersfoort.

E-mail: a.van.der.lee@agisweb.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-2-2012.

SUMMARY

Can staging and profiling ensure that the costs of quality care are adequately reimbursed?

– A. van der Lee, T. Stoop, P. Stam, L. Hakkaart-van Roijen, J. van Busschbach –

BACKGROUND The current system for financing effective mental health can improve or reduce the quality of care provided. The system of financing includes reimbursing the care-provider, a risk-adjustment system for the health insurer and personal payments by the patient. Care-providers, patients and health insurers are worried that the current system is detrimental to quality care.

AIM To find out whether the financing system can be improved by the introduction of a system which weighs the costs according to the intensity of the care provided and which is based on staging and profiling.

METHOD We performed a critical evaluation of the current financing system and we explored how staging and profiling could help to keep complex care affordable.

RESULTS The current model for financing mental health care does not involve staging and profiling. Reimbursement is based on diagnoses and on the number of minutes of care provided, no differentiation being made between the levels of expertise required. As a result it can become financially unattractive to administer the best possible treatment to patients with the greatest needs. Staging and profiling have the potential to create the best possible relationship between the level of care needed by the patient and the treatment costs incurred, because the factors that led to the previous imbalance have been removed.

CONCLUSION Staging and profiling can be introduced gradually at roughly the same pace as the national system of risk-adjustment is being introduced for health insurers.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)11, 985-990]

KEY WORDS financial contributions by patients, financing, risk-adjustment, staging and profiling