

Beoogd “Engelse” model voor GGZ-financiering alhier in Verenigd Koninkrijk niet functionerend



Enkele dagen terug [publiceerde ik](#) op deze website over de wijze waarop door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) desnoods kwaadschiks bereid is zorgaanbieders aan te wijzen om deel te nemen aan veldpilots voor het beoogde “Engelse” model van GGZ-financiering. Het aparte aan het willen invoeren van het zorgclustermodel naar Engels voorbeeld is dat in het Verenigd Koninkrijk deze wijze van financiering helemaal niet functioneert en er dus daar ook geen ervaring mee bestaat. Over dit onderwerp hebben Theo Broekman en Gerard Schippers in maart 2017 een zeer helder overzicht geschreven [in nummer 6 van Bêta-Prikkel](#). Het is de zesde publicatie in [een reeks](#) die haar eerste uitgave kende in 1987. Ik memoreerde de publicatie aan het eind van mijn recente artikel. In de publicatie van Broekman en Schippers maken de auteurs uitermate duidelijk dat het “Engelse model” absoluut ongeschikt is om te gaan toepassen in Nederland en de radicale ingreep om het huidige bekostigingsmodel overboord te zetten en het “Engelse”-model over te nemen de toets der kritiek absoluut niet kan weerstaan.

Auteurs

Theo Broekman is afgestudeerd in de klinische en mathematische psychologie en sinds 1985 eigenaar van [Bureau Bêta](#) te Nijmegen. dat is een onderzoeksbedrijf gespecialiseerd in evaluatieonderzoek op het gebied van geestelijke gezondheid.

Prof. dr. Gerard M. Schippers is emeritus hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie aan het Academisch Medisch Centrum, Divisie Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

Bêta-prikkel 6

In deze publicatie genaamd “Vernieuwing van de productstructuur in de GGZ: een kritische analyse” komen de auteurs tot een vernietigende conclusie over het beoogde zorgclustermodel voor de toekomstige financiering van de GGZ. Fundamenten waarop het systeem gebaseerd is blijken daarvoor niet geschikt te zijn. Aannamen over de voorspelbaarheid van zorgconsumptie door bepaalde indicatoren blijken niet te kloppen en last but not least blijkt het beoogde “Engelse” model in het Verenigd Koninkrijk ook aan grote twijfel onderhevig te zijn. Hoewel er wel gegevens verplicht voor verzameld worden in het V.K., blijkt dat geen invloed te hebben op de feitelijke bekostiging die plaats vond op basis van “block grants”, een soort lump-sum-betaling. Indicatief is dat het Royal College of Psychiatrists de oorspronkelijke steun voor het clustermodel in 2014 heeft ingetrokken. Zij stelt: “The College membership supports a fair tariff, but not the current Clustering model. The concern from members is that the system has not been demonstrated to be valid or reliable” (Royal College of Psychiatrists, 2014, p. 1).

HONOS+

Over de HONOS+ scoringslijsten die de zorgaanbieders moeten invullen om hen in het nieuwe systeem te leiden naar de juiste zorgcluster voor de patiënt zijn de auteurs zeer duidelijk. Ze zeggen dat één van de oorzaken van een gering verband tussen HoNOS-scores en zorgconsumptie natuurlijk is, dat de HoNOS een instrument is om verschillende aspecten van ernst van psychopathologie en niet om zorgbehoeften/ zorgconsumptie vast te leggen. Eigenlijk zie je hier hetzelfde als bij het ROM-gebeuren, namelijk dat een instrument dat voor iets heel anders bedoeld is gebruikt wordt voor een ongeschikte

toepassing.

Heilige graal: voorspellen van zorgconsumptie

De beide auteurs leggen genadeloos de vinger op de zere plek waar het om de motivatie gaat om het nieuwe systeem te willen invoeren. Het gaat erom om koste wat kost te komen tot het voorspellen van zorgconsumptie. Dat wordt gezien als de heilige graal. Het voorspellen van zorgconsumptie is van bijzonder groot belang voor de zogenaamde risicoverevening. Alle zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks uit het Zorgverzekeringsfonds een vereveningsbijdrage, waarvan de hoogte afhangt van het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie. Dat fonds wordt gevuld met de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringswet die iedere burger via de belasting betaalt en uit een storting door de overheid. Risicoverevening is noodzakelijk, omdat verzekeraars een acceptatieplicht hebben en een verbod op premiedifferentiatie. Ruim de helft (55%) van de inkomsten van verzekeraars bestaat uit vereveningsgelden (Gupta Strategists, 2015) en de risicoverevening speelt dus een belangrijke rol. Hoe beter op basis van kenmerken van de verzekerden de consumptie/kosten voorspeld kunnen worden, des te beter en eerlijker het systeem werkt. Het belang van een goed vereveningssysteem is in 2017 nog groter geworden, omdat vanaf dan de Zorgverzekeringswet (Zvw) volledig risicodragend is voor de verzekeraars, hetgeen betekent dat er niet ook achteraf (nadat de kosten zijn gemaakt: ex post) verevening van kosten plaatsvindt, maar alleen nog maar vooraf, aan het begin van het jaar (ex ante).

Geen verlichting werkdruk

De auteurs zeggen hierover:

“Tot slot zullen ook de administratieve lasten niet verminderen. Het Engelse model ontslaat de zorg er immers niet van om diagnoses te stellen. De NZa stelt: ‘Wel blijft het van

belang de diagnoseclassificatie vast te leggen uit het oogpunt van diagnostiek, het uitwisselen van informatie tussen clinici en de relatie met richtlijnen en zorgstandaarden.’ (Werkgroep Inhoud, 2015, p. 17). Wanneer men die diagnosestelling zou willen doen op gestructureerde wijze, is de invoering van de HoNOS natuurlijk wél een lastenverzwaring. Wellicht hoopt en verwacht het veld dat men in de nieuwe structuur verlost wordt van de gehate activiteitenregistratie. Het is echter maar zeer de vraag of de hedendaagse bureaucratie af wil of kan zien van het registreren van activiteiten. In geen van de teksten wordt een dergelijke belofte gedaan”

Tot slot

Het is zeer triest te moeten constateren dat voor een beoogd nieuw bekostigingsmodel van de GGZ gegrepen is naar een systeem uit een ander land dat aldaar niet functioneert. Daardoor ontbreekt elke ervaring ermee. Het werkveld in Neerland zit absoluut niet te wachten op een systeem dat de administratieve belasting alleen maar vergroot. De auteurs merken terecht op dat de GGZ in het Verenigd Koninkrijk anders georganiseerd is dan in Nederland , waardoor het model daarmee zeer onevenwichtig is.

W.J. Jongejan