

ZORGVISIE 1, 2002

Vraaggestuurde bekostiging in de ggz

Los van het budget vanaf 2005

Paul Oostveen en Jan Willem van Zuthem

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is in juni 2001 begonnen met de ontwikkeling van producttypering. Daarmee wordt een versnelde invoering van een vraaggestuurde bekostigingssystematiek voorbereid. Het bestaande budgetsysteem komt te vervallen, op zijn vroegst in 2005.

Binnen de ggz is dringend behoefte aan een nieuw bekostigingssysteem. Het huidige budgetsysteem is sterk door het aanbod gekleurd. De zorgvraag blijft hierin buiten beschouwing, hetgeen extra knellend is geworden door de maximering van instellingsbudgetten. Dit staat op gespannen voet met de gewenste vraagsturing in de ggz. Bovendien sluit het bestaande bekostigingssysteem niet aan bij de ontwikkeling van zorgprogramma's. Er is een duidelijke 'mismatch' tussen de werkelijke kosten van zorgverlening en de normbedragen per parameter die een instelling ontvangt. Instellingen moeten die discrepantie nu zelf zien op te lossen binnen hun vaste, jaarlijks budget. Bijkomend effect hiervan is ondoorzichtigheid van de zorgverlening en de bekostiging daarvan. Al met al kunnen de zorgaanbieders hierdoor onvoldoende aan de zorgvraag voldoen. Dit leidt tot ontevreden burgers, wachtlijsten en juridische stappen om het recht op zorg af te dwingen.

Uitgangspunten

GGZ Nederland heeft Zorg Consult Nederland in juni 2001 de opdracht verstrekt producttyperingen op te stellen voor de ggz, waarbij het werk in de ggz voor de cliënt herkenbaar wordt uitgedrukt in producten. Belangrijk vraagstuk daarbij is hoe de ggz de afzonderlijke moderniseringstrajecten van 'cure' en 'care' kan combineren tot een model dat recht doet aan geïntegreerde ggz-zorg. De gezochte oplossing moet bovendien passen in de verschillende toekomstscenario's van de stelselherziening.

In ieder geval dient producttypering als basis voor een nieuwe bekostigingssystematiek. Samen met vraaggestuurde bekostiging vormen producttyperingen wezenlijke onderdelen van zowel de modernisering curatieve zorg als van de modernisering AWBZ. De ggz is immers in beide moderniseringstrajecten verwickeld en de bekostiging van de ggz moet dan ook in beide trajecten te passen. De moderniseringstrajecten hebben echter ieder hun eigen 'model' om te komen tot transparantie en verbetering van de bekostigingssystematiek.

Belangrijkste doelstellingen van vraaggestuurde bekostiging in de ggz zijn:

Versterking van vraagsturing: in de ggz-cure betekent dit het centraal stellen van de zorgvraag, waarbij de vragende partij (cliënt en/of zorgverzekeraar) voldoende zicht en invloed krijgt op prijs, kwaliteit en levertijd. In de ggz-care betekent dit het bieden van mogelijkheden aan de cliënt (in samenhang met zijn/haar verzekerde rechten) om zelf zijn zorgarrangement samen te stellen. Bevorderen van transparantie: zowel de cliënt, de instelling, als de overheid dienen meer inzicht te krijgen in het zorgproces en de inzet van de daarmee samenhangende middelen. Voorwaarde daarbij is dat er een duidelijke relatie bestaat tussen de prijs van een product en de kosten ('kostenconformiteit').

Modernisering cure

Binnen de modernisering cure streeft de ggz naar een meer integrale en samenhangende curatieve zorgketen voor de zorg rond psychische problematiek. We hebben het dan zowel over de ggz in de eerste lijn (lichtere psychische en psychosociale problematiek), als over de specialistische ggz in de tweede lijn (zwaardere psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen).

Bij de modernisering van de curatieve zorg volgt de overheid in beginsel dezelfde systematiek voor de lichamelijke en de psychische problematiek. De ggz-cure is dan te beschouwen als specialistische zorg die niet wezenlijk verschilt van de somatische zorg. De uitvoering en de financiering van de ggz-cure kunnen daarom analoog aan de somatische zorg geregeld worden. Producttypering is een van de thema's binnen de modernisering van de ggz-cure. Daarbij staat het vergroten van de transparantie in de (bekostiging van de) zorg centraal. Vraagsturing betekent hier meer ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en voor deregulering.

Modernisering AWBZ

Bij de modernisering van de AWBZ staat het ontwikkelen van een klantgericht zorgaanbod centraal. De toename van het aantal burgers met een chronische aandoening dat een geïntegreerd en passend zorgaanbod nodig heeft en wenst, maakt deze ontwikkeling noodzakelijk. In de ggz-care gaat het dan om de zorg voor mensen met chronische psychische stoornissen. Naast een eventuele behandeling hebben zij zeer langdurig of zelfs hun hele leven zorg nodig. De toegang tot de ggz-care wordt een verantwoordelijkheid van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), dat een care-brede integrale indicatiestelling gaat verzorgen. De cliënt kan kiezen tussen een persoonsgebonden budget (PGB) of zorg in natura. Bestaande aanbieders zullen hun functiepakket kunnen uitbreiden of AWBZ-breed inzetten op meerdere zorgdomeinen. Tevens kunnen nieuwe aanbieders met een gedifferentieerd zorgpakket toetreden. De aanbieders worden betaald op basis van daadwerkelijk geleverde prestaties. De modernisering van de AWBZ moet er mede toe leiden, dat er voor de AWBZ-verzekerde meer transparantie komt in de (bekostiging van de) zorg. De cliënt heeft hier bij uitstek behoefte aan beter zicht op het hulpaanbod en aan meer keuzemogelijkheden tussen aanbieders.

Denkraam

Zorg Consult Nederland heeft nu een denkraam ontwikkeld waarbij de focus van producttypering gericht is op de systematiek van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De DBC-systematiek moet in de nabije toekomst het huidige, aanbodgerichte bekostigingssysteem in de ggz vervangen door een systeem dat primair uitgaat van de zorgvraag.

In het vraaggestuurde bekostigingssysteem worden de opbrengsten in de ggz gerelateerd aan hetgeen de ggz-aanbieder daadwerkelijk produceert. Het systeem van vaste jaarlijkse budgetten verdwijnt. Dit systeem doet niet alleen meer recht aan de zorgvraag van de cliënt en de daarmee samenhangende keuzevrijheid, maar leidt ook tot transparantie voor de zorgverzekeraars. Er kan duidelijker verantwoording afgelegd worden.

Het denkraam voor vraaggestuurde bekostiging in de ggz sluit aan bij de genoemde moderniseringstrajecten AWBZ en curatieve zorg. Een ander belangrijk voordeel is dat het model 'stelselproof' is: het maakt voor de toepassing van het model niet uit of de ggz in de AWBZ wordt ingedeeld, dan wel geheel of gedeeltelijk in het tweede compartiment.

De bekostigingssystematiek houdt zowel rekening met de cure als met de care. Voor ggz-zorg waarbij sprake is van een combinatie van cure en care, zal vraaggestuurde bekostiging plaatsvinden op basis van het concept van de DBC. Zowel de zorgvraag, als de diagnose en de behandeling van een cliënt worden getypeerd. Dit instrument bevordert de transparantie in het hele zorgtraject. Bovendien bevordert het de samenhang binnen de curatieve sector, aangezien het DBC-concept ook in de somatische zorg wordt ingevoerd.

In zorgtrajecten waarin geen sprake is van behandeling maar uitsluitend van care, bijvoorbeeld begeleiding en verzorging, wordt uitgegaan van op de AWBZ-functies gebaseerde 'basiseenheden' met behulp waarvan instellingen zorgproducten kunnen samenstellen. De basiseenheden (de ingrediënten) worden vertaald in CTG-beleidsregels; de vaststelling van zorgproducten (de gerechten) wordt vrij gelaten. Dit leidt tot een flexibel systeem waarin ruimte is voor ontwikkelingen in de zorg en waarbij recht wordt gedaan aan de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen.

Uitwerking

Het model *Vraaggestuurde bekostiging in de ggz* is opgebouwd uit een aantal stappen:

- Zorgfuncties zijn het uitgangspunt, een functionele benadering dus, zonder koppeling met bepaalde voorzieningen.
- Deze functies worden onderverdeeld in een beperkt aantal zorgniveaus.
- Per zorgniveau worden vervolgens basiseenheden onderscheiden: AWBZ-functies met een bepaald zorgniveau en een nader omschreven tijdseenheid (uur per week, dagdeel, contact, enzovoort). Deze basiseenheden zijn de kleinste eenheden waarin zorg geleverd wordt.
- Alle mogelijke basiseenheden zijn zo in kaart gebracht en elk denkbaar ggz-product kan beschreven worden als optelsom van bepaalde basiseenheden.

- Van elke basiseenheid berekent de zorgaanbieder zelf de kosten: prijs per basiseenheid. In principe zijn dit de integrale kosten. Uit oogpunt van cliëntgerichtheid en transparantie komen in de basiseenheden alleen de directe, cliëntgebonden uren of contacten tot uitdrukking. De indirecte, niet-clieñtgebonden uren worden niet als zodanig geïndiceerd en gefactureerd. Wel zullen de kosten van die uren opgenomen worden in het uur- of dagtarief.
- Het CTG kan een landelijke prijs vaststellen per basiseenheid (alleen voor verzorging, verpleging en/of begeleiding die niet in combinatie met behandeling wordt gevraagd; voor de combinatie met behandeling in de ggz geldt de DBC-systematiek). Dat is nodig voor het berekenen en vaststellen van PGB's. Alleen de basiseenheden worden landelijk van een prijs voorzien, niet de (uit meerdere basiseenheden bestaande) zorgproducten.
- Zorgaanbieders formuleren met gebruikmaking van de basiseenheden de zorgproducten (bijvoorbeeld in het kader van een zorgprogramma) en onderhandelen hierover met de zorgverzekeraar. Regionale partijen hebben de vrijheid hier specifieke invulling aan te geven of een aanvulling op te maken.
- De basiseenheden kunnen ook gehanteerd worden om de opbouw en de kosten van DBC's te berekenen. De zorgaanbieders berekenen dan hun eigen kostprijs per basiseenheid en per DBC.
- Door combinaties en stapeling van basiseenheden uit één of meer zorgfuncties zijn ook producten op cliëñtniveau te formuleren (individueel zorgpakket of –arrangement = zorgproduct).

[Hier schema 'Denkraam Producttypering ggz']

Samengevat vormt de kracht van dit bekostigingsmodel:

- integratie van de curatieve, specialistische ggz-zorg en de AWBZ-zorg;
- flexibiliteit waarbij recht wordt gedaan aan de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen, zowel de vragende cliëñt en de zorgverzekeraar bij het formuleren van de zorgvraag en het kiezen van een aanbieder, als de aanbieder bij het ontwikkelen van zorgprogramma's en protocollen en het inzicht geven in de inhoud, kwaliteit en te betalen prijs;
- eenvoud, door met basiseenheden te werken in plaats van alle mogelijke producten landelijk vast te leggen;
- toepasbaarheid ook bij mogelijke stelselwijzigingen.

Voor zorgaanbieders die vraagsturing sterk willen bevorderen, onder meer door de ontwikkeling van zorgprogramma's, maar geplaagd worden door het huidige bekostigingsstelsel, biedt dit nieuwe systeem een wenkend perspectief. Uiteindelijk zullen zij met de zorgverzekeraars onderhandelen over de prijs van de producten.

De invoering van vraaggestuurde bekostiging in de ggz zal vergaande gevolgen hebben voor alle partijen. Het is een ambitieus plan dat nog enkele jaren onderzoek en implementatie vergt. Bij een optimistische schatting is volledige

implementatie per 2005 mogelijk. In het voorbereidingstraject zullen de zorgaanbieders de DBC's registreren en de instellingsactiviteiten in de vorm van productie van basiseenheden vastleggen. Dit vergt aanpassingen in registraties, administraties en toepassingen van ICT. De instellingsactiviteiten moeten voorts van een kostprijs worden voorzien, om de kosten en prijs van de zorgproducten te kunnen bepalen. Op basis hiervan kunnen de zorgaanbieders productieafspraken maken en duidelijk maken hoeveel en wat zij produceren. Zorgaanbieders worden in de toekomst meer 'ondernemers' die afgerekend worden op daadwerkelijke resultaten en die moeten zorgen voor voldoende contracten/opbrengsten.

Paul Oostveen is partner bij Zorg Consult Nederland

Jan Willem van Zuthem is senioradviseur bij Zorg Consult Nederland

Diagnose Behandeling Combinatie

Het DBC-concept is een vorm van producttypering. In een DBC worden zowel de zorgvraag ('problematiek waarmee de cliënt bij de zorgaanbieder komt'), als de diagnose en de behandeling van de cliënt getypeerd. Alleen de typering die een relatie heeft met het zorgtraject en de daaraan verbonden kosten, is relevant. De DBC in de ggz is het geheel van activiteiten en verrichtingen van ggz-zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt of cliënt de ggz-aanbieder consulteert. In de definitie worden met 'activiteiten en verrichtingen' zowel de medische ('praten en pillen'), paramedische als de ondersteunende en begeleidende verrichtingen zoals deeltijdbehandelingen, groepsgesprekken, verpleegdagen en dergelijke bedoeld.

Een DBC start met het eerste contact en eindigt als het hele zorgtraject is doorlopen. Bij de start wordt het type zorgvraag vastgelegd, alsmede de (voorlopige) diagnose. Dit gebeurt aan de hand van landelijk vastgestelde typeringslijsten. Gedurende het zorg- en onderzoekstraject wordt aan de hand van de typeringslijst door middel van codes verder getypeerd, bijvoorbeeld de diagnose, de behandeling en de begeleiding. Aan het eind van het zorgtraject wordt de DBC afgesloten.

In feite sluit een DBC precies aan op de verschillende zorgtrajecten die mogelijk zijn binnen een zorgprogramma. Het vormt de taal die zorgprogramma's verbindt met de bekostiging.

illustratie: Mark Smolders