

Diagnose Behandeling Combinatie in de GGZ

*Voorstel plan van aanpak:
'van prelude tot voldragen partituur'*

Utrecht, 4 maart 2002

Cap Gemini Ernst & Young Adviesgroep Gezondheidszorg
in samenwerking met Zorg Consult Nederland B.V.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Helderheid over de uitgangspositie: een voortraject	4
1.2	Opbouw van het plan	5
1.3	Doelen & resultaten	6
1.4	Opdrachtsituatie	7
2	Achtergrond: ontwikkelingen in de GGZ	8
2.1	De GGZ in vogelvlucht	8
2.2	Wens herstructurering bekostigingssystematiek	15
2.3	Recente gebeurtenissen & DBC GGZ	16
3	Raamwerk producttypering	19
3.1	Model voor producttypering: een denkraam	20
3.2	Uitgangspunten bij producttypering in de GGZ	22
4	Plan van aanpak prelude	24
4.1	Inleiding	24
4.2	Ontwikkeling van uitgangspunten voor producttypering	24
4.3	Registratie van gegevens: ICT	26
4.4	Kostprijsmodellen	27
4.5	Communicatie voortraject	28
4.6	Projectorganisatie	30
4.7	Mijlpalen op hoofdlijnen	33
5	Eerste opzet deeltraject implementatie	35
5.1	Inleiding	35
5.2	Plan van aanpak	37
6	Eerste opzet deeltraject ICT	44
6.1	Inleiding	44
6.2	Plan van aanpak	46
7	Eerste opzet deeltraject kostprijzen	50
7.1	Inleiding	50
7.2	Plan van aanpak	51
8	Eerste opzet communicatie	53
8.1	Inleiding	53
8.2	Plan van aanpak	55

Bijlagen:

- Bijlage I Overzicht databank www.zorgbeleid.com
- Bijlage II Definities
- Bijlage III Voorbeelden bij het model vraaggerichte bekostiging van de GGZ
- Bijlage IV Eerste oriëntatie communicatiekanalen GGZ
- Bijlage V Doelgroep/middelenmatrix

1 Inleiding

Dit eerste plan van aanpak (of liever: een startnotitie waarmee de discussie tussen partijen kan worden gefaciliteerd) beschrijft de wijze waarop de ontwikkeling en implementatie van een nieuwe, transparante bekostigingssystematiek voor de GGZ kunnen worden gerealiseerd. Het verlaten van de huidige, op aanbod gebaseerde, financieringssystematiek en het realiseren van een bekostigingssystematiek waarbij de zorgvraag centraal staat wordt ook als randvoorwaarde en als versneller gezien om aan de gewenste ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg tegemoet te komen.

Dit plan is op 22 februari jongstleden besproken op een technisch overleg, waarin alle betrokken partijen (VWS, NVZ, GGZ Nederland, Orde van Medisch Specialisten, ZN) vertegenwoordigd waren. Voorts is dit op 5 maart jongstleden doorgenomen met de NVvP. Alle partijen staan achter het voorgestelde plan van aanpak.

1.1 Helderheid over de uitgangspositie: een voortraject

Zoals uit hoofdstuk 3 zal blijken, is de GGZ één van de meest complexe zorgsectoren die de Nederlandse gezondheidszorg rijk is. De complexiteit van de sector bestaat uit veel verschillende soorten instellingen, inzet van zowel langdurige (care) als kortdurende (cure) zorg, verschillende beroepsgroepen en branches et cetera. Ook de financiering van de GGZ bestaat uit drie verschillende componenten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, rijksbijdragen/begroting en eigen bijdragen door cliënten).

Het veranderen van de wijze van bekostiging van een complexe sector als de GGZ vraagt om een gedegen voorbereiding en strak geleide projectorganisatie. Maar nog veel belangrijker is, dat de verschillende betrokken partijen het eens zijn over de uitgangspunten en richting van de ontwikkeling en de wijze waarop de ontwikkeling wordt ingezet. Heel belangrijk daarbij is, dat de partijen in onderlinge samenhang bepalen hoe het concept van producttypering er in de GGZ daadwerkelijk uit komt te zien. Een succesvolle afronding van het project zal alleen bereikt worden als de partijen zich committeren aan de uitgangspunten en een actieve bijdrage leveren aan zowel de ontwikkeling als de implementatie van de nieuwe bekostigingssystematiek.

De verwachtingen over het project producttypering GGZ zijn zowel bij VWS, GGZ-Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en overige partijen hooggespannen. Deze partijen willen het liefst zo snel mogelijk van start gaan met het ontwikkelen van zorgproducten, registratiemodules en het werken met kostprijzen op basis van DBC's, om zo ruimte te maken voor verdere ontwikkelingen in de GGZ. De NVvP en de minister van VWS willen graag aansluiting bij het project DBC 2003, waarin deze wetenschappelijke vereniging reeds bezig is met het beschrijven van haar zorgproducten.

In het plan van aanpak wordt echter om de bovenstaande redenen geadviseerd te starten met een voortraject waarin een aantal zaken wordt verhelderd, voordat met een gedetailleerde aanpak van de systematiekontwikkeling wordt begonnen.

In het voortraject zal aandacht besteed moeten worden aan commitment over de uitgangspunten voor het concept, de stand van zaken met betrekking tot registratie in de GGZ en de handvatten die voor het werken met kostprijzen aanwezig zijn.

De uiteindelijk op te zetten project- en besluitvormingsstructuur zal een weerspiegeling zijn van zowel het commitment als de betrokkenheid van de partijen. In dit plan van aanpak wordt daarom slechts op hoofdlijnen ingegaan op de (invulling van de) projectstructuur. Een definitieve opzet daarvan zal zich gedurende het voortraject uitkristalliseren.

In verschillende gesprekken is aangegeven dat gericht wordt op een invoering van de bekostiging aan de hand van DBC's in de GGZ in 2005. Dat vraagt per definitie om een ambitieuze planning. Wij stellen voor op korte termijn (april 2002) te starten met de prelude: het voortraject. De totale partituur ofwel de feitelijke deeltrajecten zullen dan in september 2002 van start gaan. Besluitvorming over de hoofdaktes (invulling van de projectorganisatie en definitieve uitrol van de systematiek) kan dan ook op een later tijdstip plaatsvinden.

1.2 Opbouw van het plan

In *hoofdstuk 2* wordt ingegaan op de ontwikkelingen in de GGZ. Diverse actuele onderwerpen die de laatste jaren centraal hebben gestaan in het GGZ-beleid passeren de revue. Ontwikkelingen als de patiënt centraal, vermaatschappelijking van de zorg en rationalisering daarvan, hebben recent geleid tot een afspraak tussen bepalende partijen in het GGZ-veld. Afgesproken is te komen tot een nieuwe bekostigingssystematiek voor geestelijke gezondheidszorg op basis van 'Diagnose Behandeling Combinaties' of in het kort: DBC's.

Hoofdstuk 3 beschrijft het raamwerk producttypering dat mede dient als fundament voor de bouw van de DBC-systematiek voor bekostiging van de GGZ. In dit raamwerk komen uitgangspunten en randvoorwaarden voor de ontwikkeling van de systematiek naar voren.

Hoofdstuk 4 bevat het plan van aanpak voor de prelude: het voortraject dat noodzakelijk is voordat de feitelijke ontwikkeling en implementatie van de bekostigingssystematiek op basis van DBC's van start gaan.

In de *hoofdstukken 5, 6 en 7* wordt per deelaspect ingegaan op de stappen die gezet zullen moeten worden nadat het voortraject is afgerond op de terreinen implementatie, ICT en kostprijzen. De beschrijving van het deeltraject beleid, dat ook onderdeel zal uitmaken van de uiteindelijke projectorganisatie, is in dit plan van aanpak nog niet opgenomen. De beschrijving van dit deeltraject zal mede op basis van het nieuwe regeerakkoord tijdens het voortraject worden ingevuld.

Ook de deeltrajecten 'werklast' en 'onderhoud' zullen op een later moment worden toegevoegd, wanneer meer zicht bestaat op de precieze uitgangspunten voor beide deeltrajecten.

Hoofdstuk 8 bevat een voorstel voor de communicatie over het uiteindelijk project. Zoals afgesproken, richt deze startnotitie zich op de inhoud van het project en nog niet zozeer op de daartoe benodigde inzet van mensen en middelen. Vanzelfsprekend zullen deze, indien partijen overeenstemming bereiken over de inhoudelijk te kiezen weg, in een uiteindelijk plan van aanpak worden toegevoegd.

1.3 Doelen & resultaten

Het project producttypering GGZ leidt tot een nieuwe bekostigingssystematiek voor de gehele GGZ op basis van DBC's. Dat betekent dat zowel voor de kortdurende (cure) als voor de langdurende (care) zorg producten zullen worden beschreven. De systematiek heeft ten doel:

1. Het faciliteren van resultaatgericht handelen.
2. Transparantie in het zorgaanbod en de kostprijs daarvan.

Het streven is in 2005 met de nieuwe bekostigingssystematiek te kunnen gaan werken. Dat betekent dat de op te zetten projectorganisatie de volgende taken voor haar rekening zal nemen:

- ?? Regisseren van de implementatie van DBC's in de GGZ.
- ?? Het realiseren van lijsten van producttyperingen in alle voorzieningen van de GGZ.
- ?? Het realiseren van zorgprofielen per DBC en clustering van DBC's.
- ?? Het onderzoeken van de mogelijkheden tot registratie van DBC's in de GGZ en het ontwikkelen van deze mogelijkheden.
- ?? Het onderzoeken van de mogelijkheden op het terrein van kostprijsberekening in het GGZ veld en het ontwikkelen daarvan.
- ?? Aansluiten bij de modernisering AWBZ en de ontwikkelingen zoals deze zijn geschetst in 'zorg aan bod'.
- ?? Het realiseren van een dynamisch systeem, dat kan inspelen op actuele ontwikkelingen. Met nadruk noemen we hier het traject multidisciplinaire richtlijnontwikkeling dat reeds in gang is gezet, en de ontwikkelingen ten aanzien van zorgprogrammering.

Inzicht in de werklast van de professional in de GGZ en de kosten daarvan op basis van een uurhonorarium zijn enkele van de elementen die noodzakelijk is om tot het invoeren van de DBC-systematiek in de GGZ te komen. Dit onderzoek wordt voor de ambulante GGZ op dit moment uitgevoerd door adviesbureau Hoeksma, Homan en Menting. Bezien moet worden of, en zo ja onder welke condities, de psychiaters zullen participeren in de werklastmeting in het kader van het project DBC 2003. Resultaten van reeds uitgevoerde werklastmetingen zullen op een later moment geïntegreerd worden in het voorliggende plan van aanpak.

1.4 Opdrachtsituatie

Cap Gemini Ernst & Young (CGEY) is in het verlengde van het project DBC 2003 hoofdaannemer voor de opdracht DBC GGZ, waarbij het adviesbureau Zorgconsult voor de duur van het voortraject onderaannemer van CGEY is.

De opdracht naar valt onder de eindverantwoordelijkheid van mr. P.G. de Vries, vice-president en practice manager van de adviesgroep Gezondheidszorg van CGEY. De projectleiding berust bij mevrouw M.H. van Amersfoort, principal bij de adviesgroep Gezondheidszorg van CGEY, en bij de heer drs. P.M.H. Oostveen, partner Zorg Consult Nederland. Eerstgenoemde is als projectleider eerste contactpersoon voor de opdrachtgever en de regiegroep.

Er zal separaat een begroting worden voorgelegd aan het ministerie van VWS voor de activiteiten zoals beschreven ten behoeve van het voortraject in het voorstel plan van aanpak DBC GGZ. Voorts zal bij het ministerie van VWS een kostenraming voor het gehele traject worden ingediend.

Na afronding van het voortraject en besluitvorming daarover binnen de regiegroep DBC GGZ en de stuurgroep DBC 2003 zullen nadere afspraken worden gemaakt over het vervolgetraject (zie paragraaf 4.6). Hiervoor zal een nader plan van aanpak inclusief planning en kostenraming worden gemaakt. Er zal (jaarlijks) een begroting worden opgesteld op basis van de dan beschikbare informatie welke ter goedkeuring aan het ministerie van VWS zal worden aangeboden.

Het staat CGEY vrij om naar eigen inzicht en ervaringen gebruik te maken van onderaannemer(s) waar dit ten behoeve van specifieke expertise of capaciteit nodig is. Inzet van onderaannemer(s) dient binnen de budgettaire afspraken te vallen en behoeft de goedkeuring van het ministerie van VWS.

2 Achtergrond: ontwikkelingen in de GGZ

De invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ is, zoals eerder vermeld, zowel een randvoorwaarde als een versneller om aan andere (met name inhoudelijke) ontwikkelingen vorm te kunnen geven. In dit hoofdstuk wordt de context van het GGZ-veld op hoofdlijnen geschetst. Het hoofdstuk is opgebouwd langs drie lijnen:

- 2.1 Algemene ontwikkelingen in de sector, inclusief een overzicht van de huidige voorzieningen in de GGZ en een globaal overzicht van de huidige verdeling van financiële middelen.
- 2.2 Specifieke ontwikkelingen die aanleiding zijn geweest tot de wens de bekostigingssystematiek ingrijpend te herstructureren.
- 2.3 Recente gebeurtenissen die van invloed zijn geweest op de voorgestelde aanpak.

2.1 De GGZ in vogelvlucht

De geestelijke gezondheidszorg in Nederland kent haar oorsprong in de gekkenhuizen en dolhuizen uit de vorige eeuw. Het eerste echte psychiatrische ziekenhuis in Nederland dateert van 1849 en werd gebouwd in Santpoort. In datzelfde gebouw is tegenwoordig het psychiatrisch museum gevestigd.

Vanaf 1928 kwamen er, naast de gekkenhuizen en dolhuizen ambulante voorzieningen bij: er ontstonden medisch opvoedkundig bureaus, psychotherapie en bureaus voor levens- & gezinsvragen. Opvallend is, dat er al vanaf het begin van de vorige eeuw aandacht is voor de terugkeer van cliënten naar de maatschappij van alledag.

De geestelijke gezondheidszorg bestrijkt de behandeling en opvang van mensen met een psychische stoornis in zowel ambulante, semi-murale als intramurale voorzieningen.

Algemene zorgontwikkelingen

Zonder op deze plaats een totaaloverzicht te willen bieden van ontwikkelingen in de Nederlandse gezondheidszorg, zijn de afspraken in de regeerakkoorden van Paars I en II van belang geweest voor de ontwikkelingen in de GGZ.

Zo besteedt het regeerakkoord van de regering Paars I onder invloed van een welvarende economie en toenemende wachtlijsten in de zorgparagraaf aandacht aan:

- ?? de ordening van de zorg langs 3 compartimenten (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Ziekenfondswet en aanvullende verzekering);
- ?? nieuwe regels voor budgetdiscipline;
- ?? kostenbeheersing in de zorg;
- ?? het loslaten van aanbodfinanciering in de AWBZ.

Met het aantreden van Paars II is de focus van haar zorgbeleid gericht op:

- ?? modernisering van de AWBZ (aansluiten bij vraagsturing met indicatiestelling door het regionale indicatieorgaan, een persoonsgebonden of persoonsvo lgend budget voor de patiënt, een regierol bij het zorgkantoor, de overheid in een kaderstellende rol en de provincie als bewaker van de regiovisie);
- ?? modernisering van de curatieve zorg;
- ?? de stelsel discussie richting de basisverzekering;
- ?? het werken met meerjarenafspraken per sector;
- ?? de aanpak van wachtlijsten (onder leiding van een taskforce).

De voorliggende kabinetsformatie na de verkiezingen in 2002 zal zeker van invloed zijn op beleidskeuzes in de zorg en is daarmee een factor waarmee in (de fasering van) het project producttypering GGZ rekening gehouden moet worden.

De regeringsstandpunten spelen in feite in op maatschappelijke trends die zich ook in de geestelijke gezondheidszorg afspelen. Concreet gaat het hierbij om:

<i>De patiënt centraal</i>	de wens om 'zorg op maat' zo dicht bij huis als mogelijk te ontvangen
<i>Rationalisering</i>	het opstellen van instrumenten om de geleverde zorg te kunnen meten (hierbij horen onder andere de procedures voor indicatiestelling en kwaliteitszorg)
<i>Vermaatschappelijking</i>	het zo veel mogelijk bieden van geestelijke zorg in de maatschappij van alledag (bos en duin worden stad) en het verder ontwikkelen van psychiatrische thuiszorg, deeltijdbehandeling en arbeidsrehabilitatie
<i>Ontschotting van zorg</i>	het organiseren van geestelijke gezondheidszorg in circuits (multifunctionele eenheden en regionale fusies)

Circuits, programma's en kenniscentra

In 1984 verschijnt de zogenaamde 'nieuwe nota'. Het hoofddoel van de Nieuwe Nota was de GGZ dichter bij de bevolking en de zorg meer in de maatschappij zelf aan te bieden. De cliënt zou niet meer zorg moeten krijgen dan nodig, maar zeker ook niet minder dan vereist. In deze nota werd de GGZ als op zichzelf staande sector versterkt door de volgende uitgangspunten te formuleren:

- ?? De GGZ moet toegankelijk zijn voor iedereen die daarvoor in aanmerking komt.
 - ?? Behandeling en opvang van mensen met psychische stoornissen zijn gespecialiseerde vakken, uit te oefenen door hulpverleners van uiteenlopende disciplines die zich verbonden weten onder de paraplu van de GGZ.
 - ?? De GGZ dient een veelheid aan voorzieningen te hebben voor behandeling en opvang van mensen met psychische stoornissen, te ordenen in 3 echelons: ambulante, semimuraal en intramuraal.
 - ?? Als adagium geldt: minder bedden, meer ambulante en semimurale voorzieningen.
- Aan het eind van de jaren 80 moest geconstateerd worden dat het tempo waarin bedden werden afgebouwd en ambulante voorzieningen werden gerealiseerd nog te wensen overliet. Ontschotting en het realiseren van 'circuits' van geestelijke gezondheidszorg moesten de oplossing bieden.

Inmiddels zijn de 'circuits' gemeengoed geworden in het denken over de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg. Er worden formeel 5 circuits onderscheiden:

1. Kinderen & jeugdigen.
2. Volwassenen.
3. Ouderen.
4. Forensische zorg.
5. Verslavingszorg.

Daarnaast worden in landelijke publicaties als de zorgnota en het brancherapport GGZ ook de preventie en de maatschappelijke zorg (vrouwenopvang, opvang van dak- en thuislozen, crisisopvang en evangelische opvang) als circuit genoemd.

Binnen de circuits worden zorgprogramma's onderscheiden. Een programma is een samenhangend (zich niet aan schotten storend) aanbod van geestelijke en andere noodzakelijke zorg voor een omschreven groep hulpvragers, bijvoorbeeld gekenmerkt door een vergelijkbare diagnose of zorgbehoefte. Voorbeelden hiervan zijn schizofrenie en depressie. De ontwikkeling van deze programma's is het verst gevorderd in de psychiatrie voor volwassenen.

Voor een aantal van deze programma's werken 5 beroepsverenigingen¹ met subsidie van VWS en met steun van het CBO en het Trimbosinstituut aan het opstellen van multidisciplinaire richtlijnen, onderschreven door deze beroepsverenigingen.

Het ministerie van VWS wil het ontwikkelen van expertise op verschillende terreinen ondersteunen door het aanwijzen van kenniscentra. De Ursula kliniek (Robert Fleury Stichting) is bijvoorbeeld het kenniscentrum voor eetstoornissen. Voor arbeidsgerelateerde vraagstukken zijn vijf samenwerkende instellingen als kenniscentrum aangewezen: Altrecht, GGZ Groningen, GGZ Oost Brabant, Jellinek en Parnassia.

In 2002 worden kenniscentra aangewezen voor de gebieden interculturalisatie, ouderenpsychiatrie en kinder- & jeugdpsychiatrie (ziektebeeld ADHD). Specifiek voor de verslavingszorg is men gestart met 3 ontwikkelcentra 'resultaatgericht scoren'.

In 1999 heeft de regering in haar beleidsvisie de hoofdlijnen van beleid in de GGZ neergelagd. De belangrijkste speerpunten in de Beleidsvisie zijn de versterking van de eerste lijn, die nadrukkelijk breder werd ingezet dan alleen de huisarts, en het meer samengaan van de verschillende functies van de GGZ in regionale GGZ-voorzieningen. Op 18 mei 2001 licht de minister van VWS in haar brief aan de Kamer toe hoe zij de verhouding tussen cure en care in de GGZ beziet. Voortbordurend op de uitgangspunten van eerdere beleidsnota's en de omslag van aanbodgestuurde naar vraaggestuurde zorg, zal verdere modernisering van de GGZ van belang zijn. Bij deze modernisering van de GGZ staan de volgende verbeterpunten centraal:

- ?? meer GGZ-kennis en meer generalistisch GGZ-aanbod in de eerste lijn, zodat onderbehandeling en overbehandeling van cliënten met psychische problemen kunnen worden voorkomen;
- ?? meer aandacht voor zorg en begeleiding bij arbeidsrelevante psychische problematiek;
- ?? meer samenhang tussen de GGZ en de somatische gezondheidszorg, de maatschappelijke dienstverlening en andere voor de cliënt relevante sectoren;
- ?? meer 'transparantie' voor de cliënt door meer zicht op het hulpaanbod, meer keuzemogelijkheden tussen aanbieders en meer vraaggericht en doelmatig werken in de GGZ;
- ?? realisering van voorgaande verbeterpunten moeten leiden tot meer vertrouwen in, tevredenheid over en maatschappelijke acceptatie van de GGZ.

Het ministerie van VWS geeft in de zorgnota 2002 aan dat de uitgangspunten van beleid zijn aangescherpt tot:

- ?? de verdere ontwikkeling van de vermaatschappelijking;
- ?? samenhang tussen de GGZ cure en GGZ care;
- ?? de omslag van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg: de cliënt moet beter zicht krijgen op het hulpaanbod en de keuzemogelijkheden;
- ?? het uitwerken van een eenduidige & transparante beroepenstructuur in de GGZ care.

¹ Het gaat hierbij om de psychiaters, de klinisch psychologen, de psychotherapeuten, de huisartsen en de sociaal-psychiatisch verpleegkundigen.

Forensische psychiatrie

In 2002 is het overheidsbeleid op het terrein van de forensische psychiatrie erop gericht de door- en uitstroming van patiënten te verbeteren. Daarnaast is het doel het isolement van TBS-klinieken te verminderen, de behandeling van psychisch gestoorde gedetineerden in het gevangeniswezen op te zetten en de kwaliteit van de forensische zorg te verbeteren.

Samen met het ministerie van Justitie streeft men naar het stimuleren van circuitvorming tussen GGZ-instellingen, TBS-klinieken en penitentiaire inrichtingen. Ten slotte richt men zich op het landelijk invoeren van forensische indicatiestelling, het oprichten van een expertisecentrum en het initiëren van zorgprogramma's in de forensische psychiatrie.

Verslavingszorg

Tot het begin van de 20^{ste} eeuw was de verslavingszorg georganiseerd via particuliere organisaties als het verbond tegen drankmisbruik. Vanaf 1900 werd deze particuliere taak overgenomen door publieke consultatiebureaus voor alcoholisme. In de jaren 50 hebben deze consultatiebureaus zich verenigd in de federatie van instellingen van zorg voor alcoholisten, welke vanaf 1968 de geografische kaart van Nederland dekte. In de jaren 70 ontstond er een nieuwe doelgroep in de verslavingszorg: de druggebruikers.

De consultatiebureaus veranderden hun naam in consultatiebureaus voor alcohol en drugs en hebben geprobeerd aan te haken bij de Riagg's, maar dat mislukte. Toen is gekozen voor een apart categoriaal circuit voor verslaafden. In 1991 kwam daar de opvang van gokverslaving bij en werd de 'verslavingszorg' formeel een sector. Uiteindelijk is de verslavingszorg deel gaan uitmaken van de koepelorganisatie GGZ Nederland.

De essentie van het Nederlandse overheidsbeleid op het terrein van de verslaving richt zich op: preventie van gebruik, behandeling van gebruikers, preventie van schade door riskante consumptie (bijvoorbeeld spuiten in plaats van snuiven), vermindering van overlast in buurten en anderszins en bestrijding van de productie en handel in drugs.

In de zorgnota 2002 geeft het ministerie aan dat ontmoediging en preventie centraal staan en dat het uitbreiden van capaciteit voor behandeling van alcoholmisbruik, het bereiken van nieuwe groepen van verslavingszorg en het voortzetten van de experimenten 'heroïne op medisch voorschrift' en 'afkicken onder narcose' speerpunten zijn.

Er wordt een jaarlijks overzicht van de stand van zaken gegeven in de 'Nationale Drugmonitor', welke als rapportage wordt doorgestuurd aan het European Centre for drug and drugaddiction in Lissabon.

Databank beleidsnotities

Op de website www.zorgbeleid.com kan in één oogopslag worden bekeken welke relevante documentatie op het GGZ-terrein verschenen is. De inhoudsopgave in bijlage I biedt dit overzicht. Bijlage II biedt een overzicht van definities die in dit plan van aanpak veelvuldig gebruikt worden.

De GGZ in overzicht

			Kinderen & Jeugdigen	Volwassenen	Ouderen	Forensische psychiatrie	Verslavingszorg
	GGZ-voorzieningen ²						
	Geïntegreerde GGZ-instelling	33					
	APZ		33				
	Riagg		30				
	Ribw		13				
	Forensisch psychiatrische kliniek		3				
	Forensisch psychiatrische afdeling		8				
	Afdeling Verslavingszorg		6				
	Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie		?				
	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ)	8					
	Riagg	18					4
	RIBW	26				5	
	Verslavingskliniek	12					
	Instelling kinder- en jeugdpsychiatrie	14					
	Forensisch psychiatrisch instituut (TBS - kliniek)	7					
	Dagactiviteitencentrum	250 ⁶					
	(Ambulante verslavingszorg) ³	17					
	(Medisch Kleuterdagverblijf) ³	45					
	(Medische kindertehuizen) ³	13					
	Algemene ziekenhuizen						
	PAAZ	69?					
	Academische ziekenhuizen						
	PUK	8?					
	Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren						
	Eigen praktijk psychiaters	412 fte					
	Eigen praktijk psychotherapeuten ³	565 fte					

² Bron: GGZ Nederland.

³ Deze voorzieningen vallen niet onder de AWBZ, maar worden door de gemeentes gesubsidieerd. De MKD-en en MKT-en vallen buiten het DBC -traject. De ambulante verslavingszorg in CAD's zal wel worden meegenomen.

Van de psychotherapeuten is de helft niet AWBZ -gefinancierd.

⁴ 1 van de Riagg's heeft ook RIBW en verslavingszorg.

⁵ Van deze RIBW's hebben 9 instellingen ook forensische psychiatrie.

⁶ Deze 250 dagactiviteitencentra zijn veelal onderdeel van een GGZ -instelling.

Globaal overzicht financiële middelen GGZ

Sinds 1989 wordt de geestelijke gezondheidszorg voor 89% via de AWBZ gefinancierd. De overige procenten van het totaalbedrag dat omgaat in de geestelijke gezondheidszorg worden voor 7% via de Rijksbegroting betaald en voor 4% door eigen bijdragen van cliënten. Deze bedragen gaan met name naar de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg.

Verdeling van de miljarden over de GGZ-voorzieningen

In het jaar 2000 ging er in de GGZ 2,9 miljard euro om. Daarvan ging in 1999:

61%	naar intramurale zorg
23%	naar ambulante zorg
9%	naar deeltijdbehandeling
7%	naar zorg op maat

Als het totaalbudget dat in de GGZ omgaat, wordt verdeeld naar de circuits, ziet de verdeling er als volgt uit:

59%	volwassenen
14%	kinderen & jeugdigen
14%	ouderen
7%	verslavingszorg
6%	forensische zorg

2.2 Wens herstructurering bekostigingssystematiek

Er is een aantal ontwikkelingen specifiek van invloed geweest op het ter discussie stellen van de bekostigingssystematiek in de GGZ:

Vraagsturing in de zorg

Het realiseren van vraagsturing in de zorg is, zoals uit de beschrijving van de ontwikkelingen in de GGZ blijkt, al enkele jaren een centraal beleidsthema. Om vraagsturing in de zorg te realiseren, is een instrumentarium nodig dat enerzijds inhoud geeft aan het begrip vraagsturing en anderzijds duidelijk maakt wat de zorgaanpakken van burgers concreet inhouden. Daarnaast (zie eerdergenoemde kamerbrief d.d. 18 mei 2001) zullen ontwikkelingen in de wet- en regelgeving (deregulering) dit proces ondersteunen, hetgeen onvermijdelijk hoge eisen zal stellen aan transparantie ten aanzien van het zorgproces en de verantwoording van de geleverde zorg. Hiervoor zijn betrouwbare informatievoorzieningen en een ICT-netwerk onmisbaar.

Vraagsturing in de GGZ

In 2000 heeft GGZ Nederland geconstateerd dat de GGZ nog in onvoldoende mate beschikt over herkenbare en kwantitatief geduide producten, zowel in de ambulante als de klinische GGZ. Dit leidt tot gebrek aan transparantie.

Beperkingen huidige bekostigingssystematiek in relatie tot vraagsturing in de GGZ

De huidige bekostiging en de huidige productie in de GGZ zijn voor cliënten nauwelijks doorzichtig en in ieder geval minder geschikt voor de toepassing van het geïntroduceerde persoonsgebonden of persoonsvolgend budget. Het ontbreekt in de huidige bekostigingscategorïeën aan een tijdsafbakening, een herkenbare doelstelling, een aan te duiden doelgroep en in samenhang met dat alles: aan een prijs. Daarnaast leiden ambulantisering en transmuralisering tot nieuwe samenhang in de huidige productie en (dus) tot nieuwe producten, waarmee in de huidige bekostigingssystematiek geen rekening wordt gehouden. Deze problematiek is inmiddels onderkend door VWS en het CTG.

Het project DBC 2003

Begin 2001 is in de medisch-curatieve zorg gestart met het ontwikkelen en implementeren van een bekostigingssystematiek gebaseerd op zogenaamde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). DBC's maken de kosten van de medisch-curatieve zorg beter inzichtelijk en dragen bij tot een betere verdeling van middelen.

Nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ

GGZ Nederland is van oordeel dat een nieuw systeem voor financiering de instellingen op basis van herkenbare en kwantitatief gedefinieerde producten in versterkte mate zou aanzetten tot actief handelen op de zorgmarkt. De vraag zou meer dan tot dusverre bepalend worden voor het aanbod van zorg. Daarbij is door VWS gewezen op het belang dat de productomschrijvingen waarop de nieuwe bekostigingssystematiek gebaseerd is, gekoppeld worden aan de in de AWBZ geformuleerde functies.

2.3 Recente gebeurtenissen & DBC GGZ

Ontwikkeling model producttypering

In opdracht van GGZ Nederland (VWS heeft GGZN subsidie verleend om een onderzoek te doen naar producttypering, en in samenspraak met zorg aanbieders, cliënten, het CTG, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland -ZN-) is in de tweede helft van 2001 door het adviesbureau Zorgconsult een model ontwikkeld voor producttypering in de GGZ (zie rapportage "Producttypering in de GGZ, denk raam" d.d. 10 oktober 2001). Dit model is in feite een denkraam waarbinnen producttyperingen en een nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ vorm kunnen krijgen. Dit model sluit aan bij zowel de modernisering van de AWBZ als bij de modernisering van de curatieve zorg. Ook is aansluiting gezocht bij belangrijke ontwikkelingen in de GGZ, zoals 'evidence based' zorgverlening en de ontwikkeling van de zorgprogramma's.

Producttypering vrijevestigde psychiaters en PAAZ/PUK⁴

In het kader van het project DBC 2003 is door de stuurgroep DBC 2003 geconstateerd dat het wenselijk is, dat ook voor de ziekenhuispsychiatrie een bekostiging op basis van DBC's tot stand komt. Daarnaast is door de stuurgroep DBC 2003 geconstateerd dat wijziging van de bekostigingssystematiek voor deze onderdelen van de GGZ afstemming behoeft met de andere onderdelen van de GGZ.

Ontwikkeling typeringslijst ziekenhuispsychiatrie

Een breed samengestelde werkgroep van de NVvP heeft in het kader van het project DBC 2003 inmiddels een concept typeringslijst met de daarbij behorende instructie voor de ziekenhuispsychiatrie opgesteld.

Onderzoek tijdbesteding HHM⁵

In opdracht van GGZ Nederland is het bureau Hoeksma, Homans en Menting in 2001 een onderzoek gestart binnen 7 GGZ-instellingen (inclusief de forensische psychiatrie, maar exclusief het begeleid zelfstandig wonen, de psychiatrische thuiszorg en de verslavingszorg). Doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de huidige tijdsbesteding van hulpverleners in de ambulante GGZ. Op basis hiervan zal een vertaalslag plaatsvinden in kosten, zodanig dat op basis daarvan andere tarieven kunnen worden vastgesteld. Naar verwachting zal dit onderzoek medio 2002 zijn afgerond.

Besluit tot invoering DBC's in de GGZ

Op 9 november 2001 en op 27 november 2001 is in een bestuurlijk overleg tussen respectievelijk het ministerie van VWS, de Orde van Medisch Specialisten (Orde) en de NVvP en tussen het ministerie van VWS, ZN en GGZ Nederland besloten tot invoering van een bekostigingssystematiek op basis van DBC's in de gehele GGZ.

In het technisch overleg met betrokken partijen in november en december 2001 is in aanwezigheid van het ministerie van VWS, GGZ Nederland, de Orde, de NVvP, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) besloten het project voor de ontwikkeling en implementatie van DBC's in de GGZ te laten aanhaken bij het project DBC 2003. De voordelen hiervan zijn zowel beleidsmatig als praktisch (het leren van ervaringen, gebruik maken van reeds ontwikkelde hulp- en communicatiemiddelen en deels de eenen op de bestaande projectorganisatie).

⁴ PAAZ staat voor Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis. PUK staat voor Psychiatrische afdeling UniversiteitsKliniek.

⁵ HHM staat voor het adviesbureau Hoeksma, Homans en Menting.

Op 23 januari 2002 is in de stuurgroep DBC 2003 gesproken over de verankering van de ontwikkeling en implementatie van DBC's in GGZ in de projectstructuur van DBC 2003. De leden van de stuurgroep DBC 2003 hebben de projectleiding DBC 2003 gevraagd te komen met een voorstel voor een toekomstige projectstructuur, waarbij rekening wordt gehouden met de volgende punten:

- a. De belasting van de stuurgroep DBC 2003 (aanhaken van de GGZ mag geen vertraging betekenen voor het project DBC 2003).
- b. De belasting van de NVZ, VAZ en Orde (deze partijen zijn immers zowel betrokken bij DBC 2003 als bij de GGZ).
- c. De positie van de NVvP ten opzichte van de positie van de overige wetenschappelijke verenigingen en ten opzichte van de Orde.

In het algemeen is door ZN opgemerkt, dat zij met GGZ Nederland nog in overleg is in verband met de stelseldiscussie en meer specifiek de knip tussen care (AWBZ) en cure (Ziekenfondswet).

3 Raamwerk producttypering

In de GGZ is het ontwikkelen van producttypering niet nieuw. De huidige bekostigingssystematiek (conform CTG-beleidsregels) is, althans voor de klinische en deeltijdzorg, gebaseerd op behandelmodulen die het zorgaanbod in een aantal dimensies beschrijven. Deze modulen zijn ten behoeve van de bekostiging geclusterd in een 66 -tal producttyperingen, dat wil zeggen combinaties van 'behandelmodulenscores' die in de praktijk veel voorkomen en herkenbaar zijn. Deze 'producten' zijn verder geaggregeerd tot een systematiek van veertien bekostigingscategorieën. Een groot verschil met het ontwikkelen van een bekostigingssystematiek op basis van DBC's en de bekostigingscategorieën die nu in de klinische en deeltijd GGZ gebruikt worden, is dat de eerste uitgaat van de vraag en de tweede gebaseerd is op het aanbod.

Naast de behandelmodules heeft de GGZ, zoals eerder aangegeven, zorgprogramma's ontwikkeld. De zorgprogramma's bevatten een compleet palet aan zorgmogelijkheden, waardoor producttypering op het niveau van een zorgprogramma niet mogelijk is. Probleem is ook dat zorgprogrammering nog onvoldoende uitgekristalliseerd is, in die zin dat zorgprogramma's landelijk nog niet eenduidig worden ingevuld en er vooralsnog een grote diversiteit is.

3.1 Model voor producttypering: een denkraam

In opdracht van GGZ Nederland is een eerste model ontwikkeld om tot vraaggestuurde bekostiging in de GGZ te komen. Dit model is als volgt opgebouwd:

		Aantal basiseenheden per zorgproduct					
			Eenheid van levering				
PGB of zorg in natura	Huishoudelijke verzorging						
	Persoonlijke verzorging						
	Verpleging						
Ondersteunende begeleiding							
Activerende/ adviserende begeleiding							
Zorg in natura	Behandeling						
Verblijf							
	TOTAAL						

1. Er wordt uitgegaan van 7 zorgfuncties die in het kader van de AWBZ worden onderscheiden (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende/adviserende begeleiding, behandeling en verblijf). Dit is een functionele benadering, zonder koppeling aan bepaalde voorzieningen.
2. Per zorgfunctie moet een antwoord gegeven kunnen worden op de zorgvraag. Om rekening te kunnen houden met het niveau van de zorgvraag en de omvang worden per zorgfunctie *basiseenheden* onderscheiden. Hiermee wordt een grote mate van flexibiliteit bereikt.
3. *Basiseenheden* zijn anders geformuleerd, te weten: homogene, eenduidige vormen en niveaus van zorg die telkens slechts in één van de 7 zorgfuncties zijn onder te brengen. Er zijn derhalve 7 categorieën basiseenheden. Deze basiseenheden zijn de kleinste eenheden van levering van de zorg. Veel basiseenheden zijn inhoudelijk universeel. Dat betekent dat ze in beginsel GGZ- en AWBZ-breed toepasbaar zijn. Het soort voorziening waarin de basiseenheid geleverd wordt, is daarbij niet bepalend.
4. Omdat de basiseenheden homogeen zijn wat betreft inhoud en kosten, kunnen er prijzen of tarieven aan worden gekoppeld. In principe moet de prijs van een basiseenheid de integrale kosten⁶ dekken.
5. Aan elke basiseenheid wordt een rekeneenheid (eenheid van levering) gekoppeld. De kosten van een basiseenheid worden dan uitgedrukt in de eenheid van levering. Mogelijke leveringseenheden zijn: per contact, per uur, per dagdeel, per zorgtraject.
6. Door combinaties en stapeling van basiseenheden uit één of meer zorgfuncties zijn zorgproducten op cliëntniveau te formuleren (individueel zorgpakket of zorgarrangement). Elk (denkbaar) GGZ-product kan beschreven worden als optimaal dan wel combinatie van (één of meerdere) basiseenheden.
7. De basiseenheden spelen een belangrijke rol bij de indicatiestelling. Omdat elke basiseenheid tevens wordt uitgedrukt in een soort leveringseenheid (zie 5.), is het mogelijk om bij de indicatiestelling te bepalen in welk volume het betreffende basiseenheid kan worden geleverd. Hiermee is ook de zorgzwaarte verwerkt in het model.
8. Zorgaanbieders formuleren met gebruikmaking van de basiseenheden de *zorgproducten* en onderhandelen hierover met het zorgkantoor. Regionale partijen hebben de vrijheid te bepalen welke producten zij specifieke invulling geven of waarop zij een aanvulling maken.

⁶ Om pragmatische redenen zullen de kapitaallasten daar voorlopig nog niet in worden meegenomen.

9. De basiseenheden zijn de bouwstenen om de opbouw en de kosten van DBC's te berekenen.
 - o In een DBC wordt alleen op het niveau van de groep cliënten gewerkt, dat wil zeggen voor de gemiddelde cliënt met een zelfde DBC. Op basis hiervan kunnen bulkcontracten met verzekeraars gesloten worden.
10. Bij DBC's waar in feite alleen 'care' zit, zal in de inhoud en formulering van de DBC rekening moeten worden gehouden met het feit, dat het voor cliënten mogelijk moet zijn om te kunnen kiezen tussen een product van de GGZ of van een andere AWBZ -aanbieder (besteding PGB). Een mogelijkheid bij dergelijke DBC's is, basiseenheden te stapelen en te combineren op het niveau van de individuele cliënt of op groepsniveau (bij bulkcontracten met zorgverzekeraars).
11. In een DBC wordt op basis van een typering van de cliënt zowel wat betreft diens zorgvraag, de diagnose (medisch en cliëntensysteem), als de behandeling, een voorspelling gedaan van het gemiddeld te verwachten aantal en de combinatie van basiseenheden c.q. de gemiddeld te verwachten zorgwaarde en kosten. De DBC wordt gebruikt om zo'n voorspelling te doen voor een groep cliënten met dezelfde DBC. Dit kan in het kader van de bekostiging door zorgverzekeraars gebruikt worden. Ook kan dit de ontwikkeling van zorgprogramma's ondersteunen. Om het voorspellende karakter van een DBC te versterken en ook aan te sluiten op de gewenste evidence based medicine, zal het werken met DBC's het protocollair werken bevorderen. Het instrument van de DBC kan derhalve niet worden gebruikt om op individueel niveau precies te kunnen vaststellen welke zorg een cliënt nodig heeft.

In bijlage III wordt het raamwerk producttypering met behulp van een aantal voorbeelden toegelicht. Het denkraam zal gebruikt worden als instrument om de discussie met de verschillende betrokken partijen te stroo mlijnen.

3.2 Uitgangspunten bij producttypering in de GGZ

Uit de ontwikkelingen in het voorgaande hoofdstuk kunnen de uitgangspunten worden gededistilleerd die in het project in de GGZ zullen gelden:

- Inspelen op de algemeen maatschappelijke ontwikkeling van de mondige, beter geïnformeerde en besluitvaardige cliënt.
- Aanhaken bij het door VWS ingezette traject van modernisering AWBZ:
 - o Invoeren van een AWBZ-brede PGB-regeling.
 - o Aanhaken bij het door het ministerie van VWS ingezette traject van modernisering curatieve zorg.

- Aanhaken bij ontwikkelingen richting 'evidence based medicine' zorgprogramma's in de GGZ en het ontwerpen van multidisciplinaire richtlijnen.
- Het model moet de huidige knelpunten in de bekostiging mee helpen oplossen:
 - o Het huidige bekostigingssysteem is sterk aanbodgekleurd; de zorgvraag blijft buiten beschouwing.
 - o Het bekostigingssysteem sluit niet aan op de ontwikkeling van zorgprogramma's.
 - o Producttypering is de basis voor een nieuw bekostigingssysteem en vraaggestuurde bekostiging wordt losgekoppeld van de voorziening die het product levert.
- Gebruik maken van de kennis en ervaring die de projectorganisatie DBC 2003 heeft opgedaan in het traject van producttypering en -bekostiging binnen de ziekenhuissector.
- Door het ministerie van VWS wordt voor de gehele AWBZ een min of meer vergelijkbare aanpak voorgestaan, wat wil zeggen dat de gehanteerde systematiek moet aansluiten bij de ontwikkelingen in de andere care -sectoren.
- Specifieke aandacht voor de eigenheid van de sector en van de verschillende onderdelen (ofwel circuits) binnen de sector, in het bijzonder rekening houden met de complexiteit en enorme variëteit van de GGZ (in doelen, doelgroepen, aard, enzovoorts).
- Gezien de ontwikkelingen binnen het project DBC2003 zal worden gestreefd naar een zo spoedig mogelijke registratie van de ziekenhuispsychiatrie. Daarbij moet worden bekeken of de nu door de NVvP opgestelde typeringslijst alleen op de ziekenhuispsychiatrie van toepassing is of GGZ-breed toepasbaar is. Ook moet worden gezien of de liaisonfunctie van ziekenhuispsychiaters voldoende is ingebed in de ontwikkelde typeringslijst. Ten behoeve van de registratie zullen wel de noodzakelijke (subsidie)voorwaarden met betrokken ziekenhuizen moeten worden geregeld. Ter zake zal nader overleg worden gevoerd met de NVvP. Het streven is de registratie in het najaar van 2002 te laten plaatsvinden.

4 Plan van aanpak prelude

4.1 Inleiding

Om de weg waarlangs en het tempo waarin de ontwikkeling en implementatie van de nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ goed te kunnen bepalen, is het van belang op een aantal punten een voortraject te starten. Het betreft hier specifiek het ontwikkelen van uitgangspunten voor de producttypering (paragraaf 4.2), het bepalen van de uitgangssituatie in de betrokken instellingen op het gebied van registratie (ICT, paragraaf 4.3) en het bepalen van de uitgangspunten voor het te ontwikkelen kostprijzenmodel (paragraaf 4.4).

Naast deze inhoudelijke onderzoekspunten is aandacht voor de communicatie (paragraaf 4.5) over het waarom, wat, hoe, waar en wanneer van het voortraject van groot belang. Indien de communicatie over het voortraject goed verloopt, zal dit het vertrouwen in en daarmee het verloop van het vervoltraject ten goede komen. Aan het onderwerp communicatie zal daarom in dit hoofdstuk separaat aandacht worden besteed.

Het voortraject wordt in de periode april tot en met augustus 2002 uitgevoerd.

4.2 Ontwikkeling van uitgangspunten voor producttypering

Voordat de hele uitrol van het project plaatsvindt, is het van belang overeenstemming te bereiken over de uitgangspunten waarbinnen op landelijk niveau de producttypering verder ontwikkeld zal worden. Ook zal, met name voor de care, geëxpliciteerd moeten worden hoe zich dit concreet verhoudt tot producttypering in de aanpalende care-sectoren (ouderenzorg, thuiszorg en zorg voor verstandelijk gehandicapten).

Op dit moment is het beeld in de GGZ ten aanzien van producttypering divers. In de GGZ is ervaring opgedaan met producttypering, met name in de meer curatieve en ambulante voorzieningen, in de vorm van het werken met behandelmodules respectievelijk face to face contacten. Op landelijk niveau is door een aantal belanghebbende partijen gewerkt aan een systematiek voor producttypering: het raamwerk voor vraaggestuurde bekostiging in de GGZ. Dit raamwerk is afgestemd op de AWBZ-functies zoals deze gehanteerd worden in de overige sectoren.

In de medisch specialistische zorg is gestart met het ontwikkelen van typering slijsten conform de DBC-systematiek zoals die gehanteerd wordt in het project DBC 2003. Daar naast is de ontwikkeling van zorgprogramma's en multidisciplinaire richtlijnen een belangrijke in de GGZ. Hoe deze ontwikkelingen zich verhouden tot vormen van producttypering, is op dit moment nog onvoldoende helder.

Het is zaak met al deze ontwikkelingen rekening te houden en te komen tot één uniforme wijze van producttypering.

Bereiken van consensus over de uitgangspunten van de systematiek

Het is van belang dat de mensen die direct betrokken zijn bij de zorg in deze stap de lead hebben: zij zijn inhoudskundig, kennen de cliënten, kennen het huidige aanbod van zorg en, last but not least, zullen straks met de uitgangspunten aan de slag gaan.

Het voorstel is om een denktank op te richten waarin de verschillende circuits, voorzieningen en disciplines vertegenwoordigd zijn. De leden van deze denktank zijn bij voorkeur gezaghebbende mensen in het veld met een brede visie op het GGZ-veld. Verder beschikken de leden van de denktank over de wil en het vermogen in samenwerking met anderen tot resultaten te komen, die zij ook zullen uitdragen in het veld. Zij zullen worden gevraagd op persoonlijke titel te participeren. Over de precieze samenstelling zal nader overleg plaatsvinden. Het voorstel is om dr. J.A. Swinkels te verzoeken de rol als voorzitter van de denktank op zich te nemen.

De projectorganisatie zal de inhoudskundigen faciliteren in het proces om tot besluitvorming te komen ten aanzien van de voorstellen. Zorggedragen zal worden voor het secretariaat van de werkgroep en voor de benodigde inbreng van ervaringen opgedaan in het DBC 2003 project.

De denktank heeft tot taak om in de komende maanden het volgende te realiseren:

- ?? Stel richtlijnen op voor het benoemen van basiseenheden, onderscheiden naar de betreffende functies. Randvoorwaarden daarbij zijn, dat aan basiseenheden een herkenbare zorginhoud en prijs gekoppeld moeten kunnen worden en dat de samenhang met de overige AWBZ-gefinancierde sectoren expliciet blijft.
- ?? Stel per functie richtlijnen op voor het bepalen van eenheden van levering.
- ?? Ontwikkel (mede op basis van de door de NVvP ontwikkelde typeringslijst) de richtlijnen voor het opstellen van een DBC, eventueel onderscheiden naar de verschillende circuits. Dit betekent ook het opstellen van richtlijnen ten aanzien van de rol van de diverse specialismen met betrekking tot het opstellen van DBC's (wie is hoofdbehandelaar, wie is ondersteunend, et cetera).
- ?? Bekijk of de ontwikkelde richtlijnen de in gang gezette ontwikkeling ten aanzien van het werken met zorgprogramma's positief beïnvloeden, en hou rekening met de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijnen.

Samengevat moet de denktank een uitgewerkt conceptueel kader opleveren, gebaseerd op specifieke expertise vanuit het GGZ-veld, teneinde tot een adequate invoering DBC te kunnen overgaan.

Planning

Maart:

- ?? In overleg met de regiegroep: bemensing van de denktank.
- ?? In overleg met de voorzitter: opstellen stappenplan en opstellen van de agenda (en organiseren van een) eerste bijeenkomst van de denktank.
- ?? Bundelen benodigde informatie ten behoeve van de voorbereiding van de leden voor de eerste bijeenkomst.

April/mei/juni/juli:

- ?? Opstellen richtlijnen voor het benoemen van basiseenheden en het opstellen van richtlijnen voor eenheden van levering.
- ?? Ontwikkelen richtlijnen voor het opstellen van een DBC.

Augustus:

- ?? Opstellen eindrapportage denktank ten behoeve van de regiegroep en de stuurgroepvergadering DBC 2003 (op 4 september 2002).

4.3 Registratie van gegevens: ICT

De geautomatiseerde informatiesystemen in GGZ-instellingen zijn van oudsher primair ingezet om taken en activiteiten efficiënter uit te kunnen voeren, met name in gestandaardiseerde registratieve en administratieve processen waar grote aantallen gegevens verwerkt moesten worden. Vanuit deze invalshoek zijn vrijwel alle nu in gebruik zijnde informatiesystemen ontwikkeld. Binnen de sector wordt reeds op beperkte schaal geëxperimenteerd met systemen die het primaire proces ondersteunen, zoals elektronische dossiers.

Nader onderzoek is noodzakelijk om helder te krijgen wat de informatiseringsgraad is van de GGZ-instellingen en of dit beperkt is tot secundaire administratieve processen of dat er reeds stappen ondernomen zijn voor informatisering van het primaire proces.

Onderzocht moet worden welke kennis en ervaringsniveaus aanwezig zijn en op welke wijze de informatisering ondersteuning moet gaan bieden bij de (gewenste) processen en meer in het bijzonder de DBC-registratie en aanlevering van gegevens.

Omdat de DBC-registratie bij voorkeur wordt ingebed in het proces als 'registratie aan de bron' moet nader onderzoek worden in hoeverre de GGZ-instellingen hieraan invulling kunnen geven en welke knelpunten er in dat opzicht zijn.

Daarnaast moet onderzocht worden in hoeverre de leveranciers bereid zijn te participeren in een werkgroep van ICT-leveranciers voor GGZ-instellingen, die gaan onderzoeken hoe standaarden kunnen worden gehanteerd, geteerd aan de DBC-systematiek.

De interviews ten aanzien van ICT en kostprijsmodellen zullen gecombineerd worden afgenomen in de daarvoor geselecteerde instellingen.

Samengevat moet het voortraject uitwijzen wat de knelpunten zijn met betrekking tot de informatisering van de GGZ-instellingen in het licht van de (decentrale) DBC-registratie en de verwerking en aanlevering van gegevens aan een 'Centrale Gegevens Analyse Omgeving' (CGAO).

Planning

Maart:

- ?? In overleg met de regiegroep: selectie van te onderzoeken instellingen ten behoeve van representatieve steekproef (rekening houdend met de verschillende circuits en de verschillende soorten instellingen).

April:

- ?? Bestuderen van beschikbare documentatie ten aanzien van (ontwikkelingen met betrekking tot) ICT in de GGZ.
- ?? Opstellen checklist ten behoeve van het uitvoeren van het onderzoek.
- ?? Maken van afspraken met de te bezoeken instellingen.

Mei/juni:

- ?? Uitvoeren van onderzoek op basis van de checklist.

Juli/augustus:

- ?? Opstellen eindrapportage ten behoeve van de regiegroep - en stuurgroepvergadering (4 september 2002).

4.4 Kostprijsmodellen

Om uiteindelijk tot de juiste vaststelling van zorgproducten en basiseenheden te kunnen komen, zullen er in het onderzoekstraject kostprijzen berekend moeten worden. Daarbij doet zich het volgende probleem voor. In de GGZ is nog geen uniform kostprijsmodel voorhanden. Mede door de diversiteit van instellingen is er bijvoorbeeld tot op heden nooit een uniforme vastlegging van de kostenplaatsenstructuur tot stand gekomen. Te verwachten is, dat de indeling en diepgang van de kostenplaatsen sterk zullen verschillen, onder meer ten gevolge van de grote diversiteit aan instellingen die elk hun eigen branchespecifieke historie op het gebied van kostprijsberekening kennen. De kostenplaatsen en vooral ook de kostendragers vallen niet of nauwelijks samen met de CTG-beleidsregels. Dat heeft als belangrijke consequentie dat een uniforme registratie van producten en activiteiten ontbreekt.

Voorafgaand aan het deeltraject Kostprijzen dient hier nader onderzoek naar gedaan te worden en zal er consensus over een nog te ontwikkelen kostprijsmodel moeten worden bereikt.

Samengevat zal het voortraject op het terrein van kostprijzen in de GGZ moeten uitwijzen of er door de diverse GGZ-voorzieningen kostprijsmodellen worden gebruikt die mogelijk landelijk toepasbaar kunnen zijn. Dit betekent dat zo mogelijk wordt aangesloten bij aanwezige methodieken en ervaringen in de GGZ. Ook de eventuele knelpunten die in het project DBC GGZ door het ontbreken van een adequaat kostprijsmodel kunnen ontstaan, zullen worden geïnventariseerd.

Planning

Maart:

- ?? In overleg met de regiegroep: selectie van te onderzoeken instellingen ten behoeve van representatieve steekproef (rekening houdend met de verschillende circuits en de verschillende soorten instellingen).
- ?? Bestuderen relevante literatuur en beschikbaar materiaal inzake kostprijsberekening in de GGZ. Opstellen notitie met onderzoeksbevindingen.

April:

- ?? Opstellen checklist ten behoeve van het uitvoeren van het veldonderzoek inzake kostprijsberekening, kostensoorten, kostendragers, reeds verrichte onderzoeken en projecten in instellingen, kostenbewustzijn en behavioral accounting.
- ?? Maken van afspraken met de te bezoeken instellingen.

Mei/juni:

- ?? Uitvoeren van veldonderzoek op basis van de checklist.

Juli/augustus:

- ?? Werkconferentie inzake veldonderzoek.
- ?? Opstellen eindrapportage ten behoeve van de regiegroep - en stuurgroepvergadering (4 september 2002).

4.5 Communicatie voortraject

Vanuit de kennis en ervaringen met de communicatie in het project DBC 2003, kan een aantal generieke uitgangspunten geformuleerd worden. Deze uitgangspunten zullen in hoofdstuk 9 verder worden toegelicht. In dat hoofdstuk komt een uitgebreider eerste voorstel voor de communicatie binnen het project DBC GGZ naar voren.

In het kader van het voortraject kunnen twee aspecten parallel aan elkaar worden ingezet:

1. Het eerste aspect is met name gericht op het ontwikkelen van het *algemene communicatieplan* tot 2005 (planvorming). Daarnaast omvat dit traject het ontwikkelen van een model communicatieplan dat gebruikt kan worden in de GGZ-instellingen, een communicatieplan voor de NVvP en ondersteuning bij de ontwikkeling van een communicatieplan voor de brancheorganisaties en VWS. Na het afronden van het voortraject zal een definitief communicatieplan worden opgesteld.

2. Het tweede aspect is gericht op *communicatieactiviteiten* die dit jaar ondernomen worden om de informatievoorziening richting de GGZ-instellingen te starten (voorlichten).

Ad 1.

Ten behoeve van de planvorming is inzicht noodzakelijk in de specifieke kenmerken van de GGZ-sector en duidelijkheid over de aanpak. Beide elementen bepalen onder meer de randvoorwaarden voor communicatie (wat is 'done/not done', haalbaar/niet haalbaar), de consequenties voor de doelgroepen, de inhoud van de communicatieboodschappen en de communicatiestructuur (communicatiekanalen en -middelen om de doelgroep te bereiken). Deze helderheid zal uit het voortraject naar voren komen en verwerkt worden in het algemeen communicatieplan. In de voorbereidingen voor dit communicatieplan staan de volgende thema's centraal:

- Verzamelen achtergrondinformatie (vanuit de eerder genoemde stappen) als basis voor het communicatieplan: ontwikkelingen GGZ-voorzieningen, gehanteerde communicatiekanalen, opinionleaders, belangrijke mijlpalen.
- Bepalen behoefte aan communicatieondersteuning instellingen, (branche)organisaties en VWS.
- De wijze waarop Unisono als thematiek vertaald en toegepast kan worden binnen het project DBC GGZ en op welke wijze dat zich vertaalt in de beeldvorming (logo).

Om tot beantwoording van bovengenoemde thema's te komen, zal een aantal persoonlijke gesprekken worden gevoerd met de communicatiemanager en een aantal beleidsmedewerkers van partijen als GGZ Nederland, ZN, het ministerie van VWS, de NVvP en een aantal GGZ-voorzieningen.

Ad 2.

Ten behoeve van de voorlichting (het tweede aspect van communicatie tijdens het voortraject) zullen we aanhaken bij bestaande communicatiemiddelen en -kanalen van het project DBC 2003: het Infobulletin, internetsite www.dbc2003.nl het jaarlijkse congres. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van bestaande communicatiemiddelen en -kanalen van de branche. Gebleken is dat congressen een hoog aanzien hebben in de branche. In het voorjaar wordt weer een congres georganiseerd (gesponsord door Lundbeck) waarin de DBC-systematiek wellicht aan de orde kan komen.

Planning

Maart/april:

- Eerste versie algemeen communicatieplan:
 - o Verzamelen achtergrondinformatie (vanuit de eerder genoemde stappen) als basis voor het communicatieplan: ontwikkelingen GGZ-voorzieningen, gehanteerde communicatiekanalen, opinionleaders, belangrijke mijlpalen.
 - o Bepalen behoefte aan communicatieondersteuning (koploper)instellingen, (branche)organisaties.

- o De wijze waarop Unisono als thematiek vertaald en toegepast zal worden binnen het project DBC GGZ en op welke wijze zich dat vertaalt in de beeldvorming (logo).

Mei/juni/juli:

- Uitvoeren communicatieactiviteiten ten behoeve van voortraject.

Juli/augustus:

- Opstellen definitief communicatieplan inclusief concrete communicatieactiviteiten voor het gehele project ten behoeve van de regiegroep - en stuurgroepvergadering (4 september 2002).
- Opzetten van een website voor het project DBC GGZ.

4.6 Projectorganisatie

Een goede projectorganisatie zal van groot belang zijn om de veelheid aan activiteiten en ideeën over de systematiek en de toepassing daarvan in goede banen te leiden. Daar het voortraject een ander karakter heeft dan de uiteindelijke uitrol van het gehele project, stellen wij voor de duur van het voortraject voor een andere projectorganisatie in te richten (zie blz. 31) dan voor het gehele project. Na afloop van het voortraject zal het GGZ-traject integreren in de projectorganisatie DBC2003.

Projectorganisatie tijdens het voortraject

Gedurende het voortraject wordt voorgesteld de projectorganisatie van het project DBC GGZ naast de bestaande projectorganisatie DBC 2003 te plaatsen. Ten behoeve van het voortraject DBC GGZ zal het project DBC GGZ worden voorbereid door een nader samen te stellen regiegroep. Deze regiegroep bestaat uit vertegenwoordigers van de GGZ betrokken partijen die het uiteindelijke projectplan DBC GGZ 'tailormade' kunnen maken. In de regiegroep zullen in ieder geval participeren: de heer Bos met als plaatsvervangers de heer Ribbens en de heer Van der Worp (namens ZN), de heer Dilman en de heer Vosmer (namens de Orde), de heer Smulders en de heer Noordzij (namens GGZN), en de heer Bersee en mevrouw Gill (namens VWS). De namen van vertegenwoordigers van de NVZ zullen binnenkort bekend worden. Over een mogelijk adviserende rol in de regiegroep door een vertegenwoordiger van het CTG zal nader overleg plaatsvinden.

Er is echter een aantal belangrijke 'linking pins' tussen de projectorganisatie ten behoeve van de communicatie over het voortraject en de projectorganisatie DBC 2003.

Ten eerste is er een zelfde opdrachtgever: het ministerie van VWS. Daarnaast wordt samenhang gevonden doordat de landelijk projectleider van DBC 2003 ook eindverantwoordelijk projectleider van DBC GGZ zal zijn. Deze is daarmee, tezamen met de opdrachtgever, ook verantwoordelijk voor de communicatie over het verloop van het voortraject richting de stuurgroep.

Verder is zoveel als mogelijk bij de samenstelling van de regiegroep geanticipeerd op de integratie met de stuurgroep DBC2003 op termijn; bij een aantal partijen is er sprake van een personele unie tussen de regiegroep en de huidige stuurgroep DBC2003.

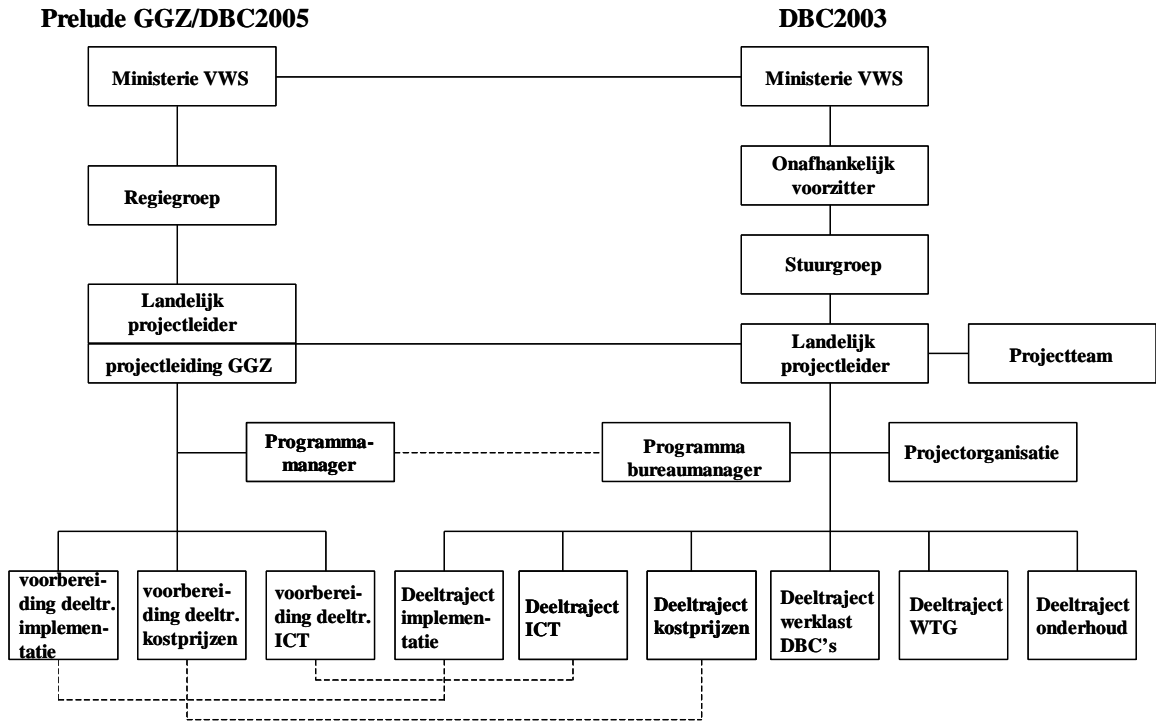
Omdat het traject een eigen dynamiek zal kennen en voldoende aandacht verdient, wordt voorgesteld om onder de landelijk projectleider een projectleider DBC GGZ aan te wijzen. Op een zelfde wijze als in DBC 2003 zal gewerkt worden met een programmamanager en een projectbureau. In het voortraject zal het projectbureau nog beperkt van omvang zijn. Beide programmamanagers zullen onderling overleg hebben om op een effectieve manier gebruik te kunnen maken van elkaars ervaring en capaciteit.

Ten slotte wordt voorgesteld in het voortraject met drie voorbereidende deeltrajecten te werken: implementatie, ICT en kostprijzen. De trekkers van deze deeltrajecten zullen als schaduwconsultant de deeltrajectleiders van het gelijke deeltraject uit DBC 2003 kunnen consulteren.

Vanuit de projectorganisatie wordt de overall communicatie verzorgd door het communicatieadviesbureau Paul Kok Consultants, welke ook de communicatie verzorgt voor het project DBC 2003. De organisatie voor de communicatie rondom het voortraject ligt bij de projectorganisatie. De projectorganisatie zorgt voor planvorming, regie, coördinatie en uitvoering van diverse communicatieactiviteiten.

De interne communicatie binnen de GGZ-instellingen, de wetenschappelijke vereniging, brancheorganisaties, het ministerie en andere betrokken partijen, valt onder de verantwoordelijkheid van de desbetreffende instellingen/organisaties. Dit betekent dat zij moeten weten wat van hen wordt verwacht op het gebied van communicatie. De communicatie over de communicatie is daarbij belangrijk, zodat men weet welke activiteiten op landelijk niveau geïnitieerd worden. Hier kan men op inspelen, zodat communicatiemiddelen en –kanalen elkaar versterken.

Projectorganisatie DBC GGZ 1-4-2002 t/m 31-8-2002



4.7 Mijlpalen op hoofdlijnen

Te zetten stappen	Deadline	Te verwachten doorlooptijd		
<i>Voortraject</i>				
Consensus systematiek	31 augustus 2002	April – 31 augustus 2002		
Producttypering care-sectoren	31 augustus 2002	April – 31 augustus 2002		
Stand van zaken registratie	31 augustus 2002	April – 31 augustus 2002		
Stand van zaken kostprijzen	31 augustus 2002	April – 31 augustus 2002		
Communicatie (plan & eerste voorlichting)	31 augustus 2002	April – 31 augustus 2002		
<i>Deeltraject implementatie</i>				
Bouwstenen systematiek	<i>Planning op basis van uitkomsten voortraject nader in te vullen</i>			
- Basiseenheden				
- Typeringssystematiek & -lijst(en)				
- Registratieprotocol				
Programma van eisen instellingen				
Kwartiermaken				
Koploperinstellingen GGZ				
Haalbaarheidsonderzoek				
Vorbereiden koploperinstellingen				
Upgrade administratieve systemen				
Start registratie koploperinstellingen				
1 ^e validering typeringslijsten				
Evaluatie registratieprotocol				
Vorbereiden registratie landelijk				
Start registratie landelijk				
2 ^e validering typeringslijsten				
<i>Deeltraject ICT</i>				
Aanpassen benodigde voorzieningen				
Centrale Gegevens Analyse Omgeving				
Coördineren gerelateerde standaarden				
Contactpersoon ICT per instelling				
Systeemintegratie en datawarehouse				
Afsluiten datacontracten				
<i>Deeltraject Kostprijzen</i>				
Uniform kostprijsmodel				
Toerekenen DBC's				
Kostprijzen				
Start registratie kostprijzen				
<i>Communicatie</i>				
Vorbereiding koploperinstellingen				
Kennis- & ervaringen uitwisselen koplopers				
Informer en kennis- & ervaringen uitwisselen alle betrokken instellingen/ aanbieders				
<i>Deeltraject Beleid PM</i>				
<i>Deeltraject Werklast PM</i>				
<i>Deeltraject Onderhoud PM</i>				

In de nu volgende hoofdstukken wordt een eerste doorkijk gegeven naar hoe de deeltrajecten er in het definitieve project uit zullen zien. Deze eerste beschrijvingen zullen na het voortraject nader worden uitgewerkt, op basis van de helderheid die er dan over uitgangspunten en stand van zaken in het GGZ-veld zal zijn. Een definitief plan van aanpak per deeltraject zal in september, samen met de uitkomsten van het voortraject, aan de stuurgroep DBC 2003 worden voorgelegd.

5 Eerste opzet deeltraject implementatie

5.1 Inleiding

Als overeenstemming is bereikt over de wijze waarop de producten in de GGZ zullen worden beschreven (dus over het concept), is dat nog niet meteen in alle instellingen en voor alle beroepsbeoefenaren gedaan. In paragraaf 2.3 is een overzicht van het speelveld van de GGZ weergegeven. Het veld bestaat uit een scala van verschillende instellingen waarbinnen, vanuit ieder een eigen perspectief of eigen setting, zorg verleend wordt aan verschillende patiëntcategorieën: geïntegreerde GGZ -instellingen, zelfstandige R iagg's, forensisch-psychiatrische klinieken, instellingen voor verslavingszorg (inclusief de ambulante verslavingszorg in CAD's), instellingen voor TBS, RIBW's, zelfstandig gevestigde psychiaters, zelfstandig gevestigde psychotherapeuten en psychiatrische afdelingen van algemene of van academische ziekenhuizen.

Een belangrijk discussiepunt bij het beschrijven van DBC's is het dilemma van het zogenaamde poortspecialisme. In het project DBC 2003 is er bewust voor gekozen om alleen poortspecialismen zelfstandig DBC's te laten openen en sluiten. Daartoe horen in de medisch-curatieve sector ook de psychiaters. Er moet worden bekeken in hoeverre deze keuze ook in de GGZ (waar immers ook psychotherapeuten en psychologen een belangrijke rol spelen) toepasbaar is.

Er zal een keuze moeten worden gemaakt over hoe het complexe speelveld van de GGZ zal worden meegenomen in de beschrijving van de producten, het registreren van DBC's en het bepalen van de kostprijzen daarvan. Een definitieve keuze kan gemaakt worden als de uitkomsten van het voortraject bekend zijn.

In het voorstel in dit eerste plan van aanpak zijn dan ook de volgende overwegingen leidend geweest:

- Vergelijkbare DBC's zullen in verschillende voorzieningen van de GGZ verkr egen kunnen worden. Het uitsluiten of later laten aansluiten van één of meerdere soorten instellingen die dezelfde circuits behandelen, is vanuit dit oogpunt niet verstandig.
- De betrokkenheid van de psychiaters in het project DBC 2003. Omdat de psychiaters in het traject van producttypering in de ziekenhuizen reeds zijn gestart met het in kaart brengen van hun DBC's en hebben nagedacht over het invoeren van DBC's in hun werkgebied, wordt voorgesteld te starten met het ontwikkelen van DBC's in de meer klinische GGZ.
- Vanuit het perspectief van het aanhaken bij de modernisering van de AWBZ wordt voorgesteld om niet alleen de curatieve zorgproducten in kaart te brengen, maar ook de zorgproducten die alleen uit basiseenheden van 'care' zijn opgebouwd.

- Naast het verhelderen en invullen van de onderdelen van de systematiek, zal in een vroeg stadium een uitspraak moeten worden gedaan over de rol van de hoofdbehandelaar (psychiater, psycholoog et cetera) bij zorgproducten waar alleen 'care' wordt verleend en zal op hoofdlijnen moeten worden bepaald wat deze uitspraak voor de financieringssystematiek betekent.
- GGZ-voorzieningen die niet vanuit de AWBZ worden gefinancierd, vallen vanuit het oogpunt van aansluiting bij modernisering AWBZ buiten de scope van het project.
- Er zal gestart worden met een voortraject, waarin de systematiek en de huidige stand van zaken op het terrein van registratie en kostprijzen in de verschillende GGZ-voorzieningen in kaart worden gebracht.
- Uit het voortraject kan vervolgens een aanpak worden gekozen voor het prioriteren in het GGZ-veld; omdat aansluiting met curatieve zorg (in uitwisselen van kennis en ervaring) gewenst is, wordt op dit moment een traject in vijf groepen voorzien dat als volgt kan worden opgebouwd:
 1. geïntegreerde GGZ-instellingen, Riagg's, PAAZ/PUK'en en de zelfstandig gevestigde psychiaters (de meer curatieve GGZ);
 2. de kinder- & jeugdpsychiatrie;
 3. de regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's);
 4. de instellingen voor forensische psychiatrie;
 5. de instellingen voor verslavingszorg.

De prioritering van groepen kan worden aangepast al naar gelang de uitkomsten van het voortraject daartoe aanleiding geven.
- Voor iedere groep GGZ-voorzieningen wordt naar analogie van het project DBC 2003 voorgesteld te werken met een groep koplopers. De koplopers per voorzieningsgroep zullen de in kaart gebrachte onderdelen in de praktijk uitproberen, vervolgens kan op basis van hun kennis en ervaring de uitrol naar de anderen plaatshebben.
- Indien nodig kan per groep GGZ-voorzieningen nog geprioriteerd worden met behulp van de te onderscheiden circuits. Daarbij geldt: eerst volwassenen - & ouderenspsychiatrie, dan kinderen & jeugdigen, dan forensische psychiatrie en tenslotte verslavingszorg.

Doelstellingen van het deeltraject implementatie DBC GGZ zijn:

- Het uitvoeren van een productgerichte registratie in te selecteren koploperinstellingen ter voorbereiding van de registratie in alle GGZ-voorzieningen per januari 2004.
- Het voorbereiden van een productgerichte bekostiging van de GGZ in 2005.
- Het - in samenhang met de deeltrajecten ICT en kostprijzen en op basis van het voortraject - faciliteren van het opstellen van definities en inhoud voor:
 - o Basiseenheden.
 - o Zorgproducten (DBC's).
- Het inzichtelijk maken en uitwerken van de consequenties van de implementatie van de kostprijsystematiek voor de zorgkantoren.
- Het ondersteunen van GGZ-instellingen, de wetenschappelijke vereniging van psychiatrie (NVvP), eventuele andere eindverantwoordelijke behandelaars en verzekeraars bij het in kaart brengen van de voor de DBC systematiek benodigde elementen.

5.2 Plan van aanpak

Stap 1. In kaart brengen bouwstenen systematiek

De systematiek vraagt om een gedegen opbouw van een aantal bouwstenen, zodat de systematiek in de praktijk ook echt werkzaam zal zijn. Bouwstenen, die in kaart gebracht zullen moeten worden, zijn:

- Basiseenheden,
- Typeringssystematiek & -lijst(en),
- Registratieprotocol,

De onderdelen, die per bouwsteen ingevuld zullen worden, zijn de volgende:

1a. Basiseenheden

- Welke basiseenheden kunnen per zorgfunctie (per voorziening) onderscheiden worden?
- Welke combinaties van basiseenheden bevatten een onderdeel 'behandeling' en zijn dus te typeren als een DBC?
- Welke zorgproducten (opgebouwd uit één of meer basiseenheden uit 'care' functies) zijn als DC te onderscheiden?
- Eventueel: kan DBC aangesloten worden op de bestaande systematiek van zorgprogramma's?

Om deze vragen in kaart te brengen, zal door de projectorganisatie in overleg met de regiegroep contact worden gezocht met een aantal instellingen. Er wordt voorgesteld een brede werkgroep te formeren, waarin vertegenwoordigers van de verschillende GGZ-voorzieningen zitten. Afhankelijk van de opzet voor prioritering die in het voortraject helder zal worden, kan overwogen worden om vertegenwoordigers van voorzieningen die nog niet aan het werk zullen gaan, in een later stadium te laten aansluiten.

1b. Typeringssystematiek & typeringslijst(en)

- In welke mate kan de typeringssystematiek die is ontwikkeld voor het project DBC 2003 worden gebruikt voor typering van zorg in het project DBC GGZ?
- In kaart brengen stand van zaken reeds ontwikkelde en verder ontwikkelen van typeringslijst NVvP.
- Indien in het voortraject andere hoofdbehandelaars worden erkend dan psychiaters: toetsen van de NVvP-lijst bij deze hoofdbehandelaars/ bepalen in hoeverre de bestaande NVvP-lijst in de brede GGZ gebruikt kan worden.
- Matchen landelijk voorstel gegevensset van GGZ-Nederland met de opgestelde typeringslijst.

Met betrekking tot stap 1b wordt opgemerkt, dat in het project DBC 2003 op dit punt een duidelijk leereffect is doorgemaakt. De essentie van dat leereffect is dat men alert moet zijn op het uitgangspunt van éénmalige vastlegging van gegevens, en dat de uiteindelijke systematiek gebruik moet gaan maken van verschillende bronnen waaruit relevante gegevens worden gehaald.

In het project DBC 2003 heeft men ervoor gekozen de volgende onderdelen als input voor de DBC te gebruiken: zorgtype, diagnose, zorgvraag/klacht en behandelpatroon. Bij het registreren door de ziekenhuizen zijn alleen het zorgtype en de diagnose verplicht in te vullen velden. Het behandelpatroon wordt uiteindelijk afgeleid door de patiëntgegevens te matchen met het uiteindelijke aantal verrichtingen bij de patiënt. Bekeken zal moeten worden in hoeverre dergelijke elementen van de systematiek in de GGZ houdbaar zullen zijn. In de GGZ zullen daarnaast elementen als ADL-score en emotionele stand van zaken, naast de klinische diagnose, een belangrijke rol spelen.

In het project producttypering GGZ gelden als uitgangspunten: registratie aan de bron aan de hand van landelijk vastgestelde definities en het realiseren van een uniforme typeringssystematiek waarmee in de verschillende GGZ-instellingen kan worden gewerkt.

1c. Ontwikkelen registratieprotocol

In het kader van de DBC-registratie in de ziekenhuizen is een registratiemodel/protocol opgesteld. Dit registratieprotocol geeft aan welke gegevens op welke wijze vastgelegd dienen te worden. Het biedt voor de diverse ICT-leveranciers de basis om een registratiemodule vorm te geven. Bij dit registratiemodel zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De DBC-registratie bestaat uit een gegevensset, waarbij enerzijds gebruik wordt gemaakt van reeds in de ZIS vastgelegde gegevens (bijvoorbeeld patiëntnummer, openingsdatum, et cetera) en anderzijds aanvullende gegevens worden vastgelegd. De DBC wordt uit deze gegevens samengesteld.
- Aanvullend worden door de medisch specialisten gegevens vastgelegd die door hun wetenschappelijke verenigingen zijn bepaald. Deze gegevens betreffen de componenten zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling. Het zorgtype en de diagnose zijn in elke lijst opgenomen; de zorgvraag en behandeling worden geregistreerd wanneer het betreffende specialisme hiervoor kiest.

Ook in het project DBC GGZ dient een registratiemodel te worden ontwikkeld. Hierbij zal onder andere rekening moeten worden gehouden met het reeds voor de ziekenhuizen ontwikkelde model. In deze stap zal het registratieprotocol dat reeds voor de ziekenhuizen is ontwikkeld, worden verbijzonderd naar de GGZ en indien nodig naar de verschillende sectoren daarbinnen. Als het concept is gespecificeerd naar de GGZ, zal een toetsing van het protocol plaatsvinden door een ronde langs verschillende instellingen, de NVvP, eventuele andere beroepsverenigingen en ICT-leveranciers, waarin de toepasbaarheid wordt bekeken. Uiteindelijk zal het registratieprotocol door de regiegroep worden vastgesteld.

Stap 2. Programma van eisen instellingen

De uitkomsten van stap 1a, 1b en 1c komen uiteindelijk bij elkaar in stap 2: het opstellen van het programma van eisen voor de GGZ-instelling die DBC's wil gaan registreren ten behoeve van de ontwikkeling van productbekostiging.

Een groot gedeelte van dit programma van eisen bestaat uit ICT -elementen; de samenhang met het deeltraject ICT is in deze stap dan ook zeer groot.

Stap 3. 'Kwartiermaken'

Als verschillende partijen zich in het voortraject hebben uitgesproken over de te hanteren systematiek en de invulling van de elementen daarvan is afgerond, zullen de zorgaanbieders en hulpverleners in het veld moeten worden geïnformeerd over en betrokken bij de op stapel staande ontwikkelingen. Alle aanbieders zullen minimaal schriftelijk, maar indien mogelijk ook mondeling, worden geïnformeerd over de systematiek (achtergrond, doel en aanpak), de rollen van de verschillende partijen en het plan van aanpak dat gevolgd zal worden. Zie hiervoor ook de hoofdlijnen van het communicatieplan. Vanzelfsprekend kunnen zij in gespreksrondes hun vragen, opmerkingen of zorgen kwijt en zullen deze in het zich continu ontwikkelende plan van aanpak worden meegenomen.

In overleg met de verschillende branchepartijen wordt een selectie gemaakt van instellingen en hulpverleners. Er zal een 'roadshow' worden georganiseerd, waarin de verschillende instellingen (indien nodig: per regio) worden bezocht.

Daarnaast zullen op een centrale locatie informatiebijeenkomsten worden georganiseerd en worden relevante branchebijeenkomsten in kaart gebracht om ook daar het veld kennis te kunnen laten maken met het project producttypering GGZ.

Stap 4. Koploperinstellingen GGZ

Als het programma van eisen is opgesteld waar instellingen aan moeten voldoen op het moment dat zij willen gaan starten met het registreren van DBC's, zal voor de eerste groep GGZ-voorzieningen een aantal koplopers worden geselecteerd (vergelijkbaar met de aanpak in de ziekenhuizen) om te bekijken in hoeverre het ontwikkelde materiaal in de praktijk bruikbaar is en eventueel bijgesteld moet worden om in een later stadium in alle GGZ-instellingen gebruikt te gaan worden.

Er zal in iedere GGZ-voorziening met koplopers gewerkt worden. Uitgangspunten bij de eerste selectie van koploperinstellingen zijn:

- de instelling voldoet in voldoende mate aan het opgestelde programma van eisen;
- zowel volwassenen- als ouderenpsychiatrie worden in substantiële mate geleverd (dus alle twee de circuits zijn in de instelling aanwezig);
- minimaal een tweetal geïntegreerde GGZ-instellingen levert ook ambulante of klinisch forensische psychiatrie;
- minimaal één geïntegreerde GGZ-instelling waarbij het fusieproces is afgerond en zich ook intern heeft vertaald in bijvoorbeeld regionale multifunctionele eenheden;
- spreiding stad (waaronder minimaal één van de vier grote steden) en platteland;
- spreiding omvang productie verschillende locaties;
- spreiding over Nederland.

Helder zal moeten zijn hoeveel koplopers er per groep voorzieningen (en daarbinnen per soort instellingen) noodzakelijk zijn om een goed beeld te krijgen van het functioneren van de ontwikkelde instrumenten.

Daarnaast zullen de procedure en randvoorwaarden voor werving & selectie van koplopers verhelderd worden, wordt een aanmeldingsperiode ingebouwd (en een helpdesk ingericht, zie ook het hoofdstuk communicatie), zal selectie plaatsvinden van aanmelders en zal iedere zich aanmeldende instelling (of praktijk) een programma van eisen toegestuurd krijgen.

Daarna wordt per groep GGZ-voorzieningen verder gewerkt aan de selectie van koploperziekenhuizen, en worden de volgende stappen per groep voorzieningen gevolgd (van bijstellen typeringslijsten tot de uiteindelijke uitrol van de systematiek). Het voortraject zal leiden tot een concrete planning van welke groep wanneer aan de slag zal gaan en wanneer een uiteindelijke uitrol moet zijn gerealiseerd.

Stap 5. Haalbaarheidsonderzoek

De geselecteerde koploperinstellingen vullen, indien nodig met ondersteuning vanuit het projectbureau, het programma van eisen in. De projectorganisatie beoordeelt de ingevulde programma's van eisen en maakt een voorstel voor selectie van koploperinstellingen per GGZ-sector; de regiegroep zal uiteindelijk de selectie vastleggen. De geselecteerde instellingen geven aan op welke wijze zij aan het programma van eisen voldoen:

- het invullen van personele randvoorwaarden (projectleider, menskracht ten behoeve van kostprijsmodule);
- het invullen van ICT-randvoorwaarden (invoeren registratiemodule en starten datawarehouse);
- de kwaliteit van de informatisering, de registratie en de verandercapaciteit van de instelling;
- het uiteindelijk bepalen van de benodigde financiële ondersteuning die nodig is om DBC's en/of zorgproducten te gaan registreren.

Het ingevulde programma van eisen geldt feitelijk als een herbevestiging van de eerdere selectie als koploper. De projectorganisatie beoordeelt of de instelling voldoende tegemoet kan komen aan het programma van eisen. Omdat in deze fase instellingen zullen afvallen, die later weer met de registratiemodules zullen moeten gaan werken, wordt geadviseerd deze stap door het deelteam ICT uit te laten voeren. Zij kunnen onbevangen en objectief het onderzoek uitvoeren, en verdwijnen na het onderzoek voor de instelling weer uit beeld.

In overleg met VWS (dan wel CvZ) zal per individuele koploperinstelling een subsidiebedrag moeten worden vastgesteld, waarmee invulling aan de genoemde zaken kan worden geg even. Met de geselecteerde koploperinstellingen wordt een contract afgesloten waarin de onderlinge afspraken formeel worden vastgelegd.

Stap 6. Voorbereiden koploperinstellingen op hun rol

Nadat een koploperinstelling weet dat zij mee zal doen aan de 'pilot', moet zij zich voorbereiden op wat er komen gaat. Om dat goed te doen, zal een aantal zaken worden georganiseerd:

- draaiboek werken met producttypering en registratie;
- invullen van de randvoorwaarden op locatie;
- regelen van de projectleider, medewerker kostprijzen en ICT -ondersteuning;
- startbijeenkomsten en informatievoorziening betrokkenen;
- bezoek van de projectorganisatie aan de instelling;
- regionale of landelijke bijeenkomsten voor projectleiders;
- ontwikkelen van rolbeschrijvingen, trainingen en ondersteuning (instructieklappers, internetsite).

Stap 7. Upgrade administratieve mogelijkheden (koploper)instellingen

Indien uit het voortraject zou blijken dat de GGZ-instellingen nog niet voldoende mogelijkheden hebben of capabel zijn om de benodigde gegevens te registreren, zal voordat de (koploper)instellingen kunnen starten met het registreren aandacht moeten worden besteed aan de realisatie van die mogelijkheden. Dat kan enerzijds liggen op het vlak van introductie van nieuwe systemen, of anderzijds op het scholen van sleutelfiguren in het gebruik van reeds bestaande (of nieuw te introduceren) systemen.

Op dit moment kan nog niet worden voorzien in hoeverre deze stap nodig zal zijn. Uit het voortraject zal blijken of, en indien ja in welke GGZ-voorzieningen, deze stap noodzakelijk zal zijn en welke investering dit vraagt. Helder is dat de koploperinstellingen pas van start kunnen gaan als de benodigde randvoorwaarden zijn ingevuld.

Stap 8. Start registratie koploperinstellingen

Naar verwachting zullen in 2003 de eerste GGZ -instellingen starten met het registreren van DBC's aan de hand van:

- de basistyperingslijst;
- eventueel specifiek voor onderdelen van de GGZ ontwikkelde lijsten;
- ondersteuning en aansturing door een contactpersoon uit de projectorganisatie.

Feitelijk loopt deze stap vanaf het moment dat de (koploper)instelling gaat registreren door, totdat de instelling als 'gewone' instelling gaat registreren en stopt dit dus niet meer. Wel zullen in een later stadium procedures en typeringslijsten herijkt worden en zullen dus vernieuwde instrumenten aan de koploperinstellingen worden aangeboden. Analyse van aantallen ingevoerde DBC's, zorgprofielen, kostprijzen van DBC's of clusters van DBC's zijn hiertoe de basis.

Stap 9. Eerste validering typeringslijst(en)

Op basis van door de koploper instellingen aangeleverd materiaal (aantallen geregistreerde DBC's worden rechte tellingen opgesteld en worden zorgprofielen geanalyseerd. Ook zullen in deze stap de DBC's worden beoordeeld in termen van kosten: zie hiervoor het plan van aanpak kostprijzen.

De NVvP en eventueel andere beroepsverenigingen zullen de typeringslijst(en) beoordelen op basis van de frequentietabellen van geregistreerde DBC's en zorgprofielen. Zij gaan na:

- in hoeverre de DBC's voldoende herkenbaar in te delen zijn;
- op welke wijze DBC's kunnen worden geclusterd;
- in hoeverre er sprake is van overlappende DBC's;
- indien van toepassing: in hoeverre de verschillende lijsten zoveel mogelijk kunnen worden geüniformeerd.

De instellingen beoordelen DBC's op basis van kostenhomogeniteit. Hierbij wordt nagegaan of de (clusters van) DBC's zoals voorgesteld door de NVvP voldoende onderscheidend zijn in het kader van de kosten van GGZ. De resultaten hiervan worden afgestemd met de NVvP en eventueel andere beroepsverenigingen.

Stap 10. Evaluatie registratieprotocol

In deze stap wordt bekeken of het ontwikkelde registratieprotocol voor GGZ -instellingen werkbaar is en eventueel verbetering behoeft. Het protocol zal indien nodig worden aangepast.

Stap 11. Voorbereiden registratie alle GGZ-instellingen per voorziening

Vanuit de ervaring die per groep koploperinstellingen wordt opgedaan, moet een draaiboek worden gemaakt hoe de systematiek zal worden uitgerold over alle GGZ-instellingen per voorziening. In feite wordt de systematiek op twee wijzen uitgerold. Allereerst vindt een verbreding plaats door na de koplopers in de 1e groep GGZ-voorzieningen groepen koplopers te starten in de overige groepen voorzieningen. Vervolgens vindt verdieping plaats per GGZ-voorziening (in feite de uitrol van de systematiek naar de eigen achterban).

Stap 12. Start registratie alle GGZ-instellingen

Doel is dat in 2004 alle GGZ-instellingen met behulp van de ontwikkelde systematiek starten met het registreren van DBC's. Zaken die dan van belang zijn, zijn:

- het scholen en begeleiden van projectleiders in de instellingen;
- het organiseren van momenten van onderling overleg (regionaal of landelijk);
- het delen van kennis en ervaringen met koploperinstellingen en onderling;
- het realiseren van een centrale ondersteuningsfunctie en bewaken van de voortgang en mogelijkheden op locaties.

Stap 13. Tweede validering typeringslijsten

Medio 2004 zal de tweede validering van de typeringslijsten plaatshebben op basis van analyse van rechte tellingen bij alle instellingen voor GGZ (naar waarschijnlijkheid per GGZ-voorziening). Vastgesteld moet worden welke instellingen hiertoe welke informatie zullen aanleveren. Een omvangrijke taak, vergelijkbaar met de stappen in stap 9. Uit deze validering moet uiteindelijk de definitieve typeringslijst ontstaan, als basis waar naar verwachting vanaf 1 januari 2005 de bekostigingssystematiek van de GGZ op kan worden gestoeld.

6 Eerste opzet deeltraject ICT

6.1 Inleiding

Het deeltraject ICT heeft de volgende doelstellingen:

- het opleveren van de benodigde zorgprofielen;
- het faciliteren van de ontwikkeling van kostprijzen;
- het ondersteunen van de clustering van DBC's in zorghomogene clusters;
- het ondersteunen van (kop)loperinstellingen bij het aanleveren van gegevens aan de eigen en centrale datawarehouse .

Informatiemanagement vormt een essentieel onderdeel van het reeds operationele project DBC 2003 en zal een minstens even cruciale factor zijn in het project DBC GGZ. Cap Gemini Ernst & Young (CGEY) heeft in samenwerking met BWISE voor het DBC-project een DBC Informatiemanagement Systeem ontwikkeld, met als doel de informatieverwerking en -verstrekking in het kader van dit project in goede banen te leiden. Dit reeds operationele DBC -informatiesysteem zal ook ten behoeve van het project DBC GGZ worden ingezet. Binnen dit project zullen in de loop van de tijd grote hoeveelheden informatie beschikbaar komen. Het is van belang dat deze informatie niet alleen op de juiste wijze wordt beheerd, maar zeker ook gebruikt kan worden om de verschillende doelgroepen op het juiste moment van de juiste informatie te voorzien. Het in het kader van DBC 2003 ingerichte informatiesysteem biedt hiervoor de mogelijkheden in de vorm van een centrale opslag van gegevens en een adequate autorisatiefunctie. Dit systeem dient beschouwd te worden als een infrastructurele oplossing voor de lange termijn, waarvan de waarde toeneemt in de tijd. Ook na afloop van het project kan het systeem voorzien in een continue bron van informatie aangaande DBC's (medisch, kwalitatief, logistiek, financieel, ICT). Alle informatie kan zo op gestructureerde wijze worden overgedragen aan de dan in te richten staande organisatie.

Te beheren informatie

De volgende informatie dient onder andere beheerd te worden:

- informatie betreffende basiseenheden en DBC's;
- processen en activiteiten per basiseenheid en DBC's;
- tijdsinformatie per activiteit per basiseenheid of DBC;
- werklasterinformatie voor het betreffende specialisme;
- productiegegevens (per basiseenheid, per DBC, per specialisme).

Daarnaast zal inhoudelijke documentatie worden betrokken van verschillende bronnen, zoals GGZ-instellingen en de betreffende wetenschappelijke verenigingen. Iedere betrokkene zal de informatie op gestandaardiseerde wijze dienen in te brengen om ervoor zorg te dragen dat de informatie in verdere fasen van het project ook daadwerkelijk kan worden gebruikt.

Om redenen van efficiëntie is het verstandig de informatie zo veel mogelijk decentraal te laten invoeren, waarbij de projectorganisatie voor de integrale consistentie van de informatie zorg zal dragen.

Uit de ervaring, opgedaan met het project DBC 2003, blijkt dat de verzamelde informatie wordt gebruikt door een groot aantal gebruikersgroepen, zoals de beheerders van onder andere de projectorganisatie DBC, maar ook wetenschappelijke verenigingen, instellingen, verzekeraars en het ministerie van VWS, de directie, medewerkers, medisch specialisten van instellingen, de directie en medewerkers van verzekeraars, betrokkenen bij het ministerie van VWS en leveranciers van informatiesystemen. Het huidige systeem biedt mogelijkheden om informatie zowel geautoriseerd als gepersonaliseerd (op maat) aan te bieden. Met de GGZ-sector zal eerst overlegd moeten worden welke randvoorwaarden zij stelt aan het ter beschikking stellen van de verzamelde informatie, mede gezien het bijzondere karakter van de GGZ.

Medisch specialisten

De in de GGZ actieve medisch specialisten worden op individuele basis of als groep op gezette tijden om advies en goedkeuring gevraagd met betrekking tot gemaakte afspraken en definities. Hiervoor wordt een web-interface aangeboden waardoor de specialisten hun feedback direct kunnen geven. Dit stimuleert de voortgang van het project, versterkt het draagvlak en voorkomt tijdrovende procedures via papier.

Instellingsmedewerkers

Op een aantal momenten is het van belang om betrokkenen in ziekenhuizen te informeren over de voortgang van bepaalde projectonderdelen. Bij het registreren van DBC's in de (koploper-) instellingen zal gebruik worden gemaakt van informatiesystemen en procedures die tezamen een integer beeld moeten vormen van de productie in de GGZ-instellingen. Procedures en werkinstructies kunnen op uniforme wijze (eventueel specifiek gemaakt voor individuele instellingen) worden gecommuniceerd.

Projectorganisatie DBC GGZ

De projectorganisatie zal de informatie gebruiken om analyses uit te voeren. De meest belangrijke hiervan is de rondrekening in het kader van het deeltraject werklasmeting. De centrale informatie bevat alle benodigde informatie over DBC's en werklasmeting, terwijl de BWISE software over geavanceerde simulatietechnieken beschikt om dergelijke analyses uit te voeren.

Zorgverzekeraars

Geaccordeerde gegevens dienen zo spoedig mogelijk bekend te zijn bij de verzekeraars, zodat zij daar hun eigen systemen kunnen inrichten en acties op kunnen plannen. Dit is noodzakelijk om een soepele implementatie mogelijk te kunnen maken.

Ministerie van VWS

Om naast de projectvoortgang ook de projectinhoud te kunnen beoordelen, is het noodzakelijk om toegang te kunnen bieden tot de informatie. Op basis hiervan kan een gefundeerd oordeel worden geveld over mogelijke beslissingen die moeten worden genomen.

Informatiemanagementsysteem

De projectorganisatie DBC 2003 heeft reeds een informatiemanagementsysteem operationeel, dat als centrale opslagplaats voor geïntegreerd gegevensmanagement fungeert. Door de projectorganisatie wordt een vrij toegankelijke 'website' (www.DBC 2003.nl) geboden, die tevens mogelijkheden biedt middels autorisatie en wachtwoorden om niet publieke informatie ter beschikking van groepen of personen te stellen. Het is de bedoeling dat dit systeem ook zal worden ingezet ten behoeve van het project DBC GGZ.

Beschikbare informatiesystemen in de instellingen

De vervlechting van ICT in de primaire zorgprocessen is voor een GGZ-instelling een ingrijpend veranderingsproces. Van belang is dat bij dit proces de instelling zelf verantwoordelijk is voor de organisatie en regie hiervan, met andere woorden zelf aan het roer staat en de snelheid bepaalt. Van belang is dat de betrokkenen de noodzaak en het belang van ICT voor deze ontwikkeling onderkennen en een traject van scholing en voorlichting in gaan. Naar verwachting zullen de beschikbare informatiesystemen aangepast moeten worden. Dit geldt zowel voor de fysieke systemen als de programmatuur, die geschikt moet worden gemaakt voor DBC-registratie en de aanlevering van gegevens. Omdat de DBC-registratie een proces is dat deel gaat uitmaken van het primaire proces, zou ook daar in principe de registratie plaats moeten vinden, vanuit ICT-perspectief is die éénmalige registratie van gegevens aan de bron.

6.2 Plan van aanpak

Stap 1. Aanpassen benodigde voorzieningen

Om de hierboven gestelde doelen te realiseren moet in een aantal producten en diensten op het vlak van informatisering worden voorzien. In de eerste plaats het faciliteren van de registratie van basiseenheden en DBC's met behulp van het informatiesysteem van de betreffende instelling. Hiertoe moeten de nodige voorzieningen worden getroffen in de vorm van aanpassingen van informatiesystemen, procedures et cetera.

Stap 2. Centrale Gegevens Analyse Omgeving

Vervolgens zullen op basis van de geregistreerde DBC's en onderliggende basiseenheden zorgprofielen opgesteld moeten worden op centraal niveau (CGAO) en op lokaal niveau (met behulp van een eigen datawarehouse). Daarna zal met behulp van dit instrumentarium gekomen moeten worden tot clustering van DBC's.

In een uit te voeren onderzoek zal moeten worden onderzocht in hoeverre voor het DBC - traject in de GGZ aanpassingen aan de CGAO nodig zijn. Tevens moet onderzocht worden welke belemmeringen er bij de GGZ-instellingen zijn om gegevens te kunnen aanleveren aan een CGAO. De CGAO is in de vorm van een datawarehouse en standaard producten als ADS van Avega Health Management Systems gegoten. De CGAO-omgeving zoals die nu in het project DBC 2003 operationeel is, kan ook ten behoeve van het GGZ -traject worden ingezet. Doel is te komen tot het opstellen van zorgprofielen voor alle basiseenheden en DBC's binnen een termijn van een gegeven aantal maanden en het realiseren van de benodigde analysefaciliteiten middels ADS.

Stap 3. Coördineren gerelateerde standaarden

De betrokken GGZ-instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de registratie van de basiseenheden, DBC's. In het project DBC 2003 zijn aan de ziekenhuizen faciliteiten aangeboden om desgewenst externe ondersteuning te bieden via de projectorganisatie. De projectorganisatie heeft nadrukkelijk de vinger aan de pols gehouden, via het periodiek overleg met de ICT-projectleiders in de ziekenhuizen en de contactpersonen voor de ziekenhuizen. Bezien zal moeten worden in hoeverre deze aanpak ook effectvol is voor de GGZ en welke aanpassingen gewenst zijn om het project tot een succes te maken.

Het aantal leveranciers van informatiesystemen ten behoeve van de GGZ-instellingen is beperkter dan voor de ziekenhuizen. Een deel van de leveranciers bedient beide markten en is vanuit deze positie reeds bekend met DBC -systematiek en de consequenties hiervan voor de betreffende informatiesystemen. De GGZ-instellingen beschikken over informatiesystemen voor de bedrijfsmatige functies, financiële en personele administratie et cetera, en daarnaast over zorgspecifieke systemen voor patiënten en verrichtingenregistratie en facturatie. Het aantal instellingen dat de beschikking heeft over systemen voor het genereren van managementinformatie (datawarehouse) is naar verwachting zeer beperkt. De in gebruik zijnde informatiesystemen hebben grotendeels nog geen functionaliteit beschikbaar om de registratie, controle en aanlevering van de basiseenheden en zorgproducten mogelijk te maken. Het implementeren en operationaliseren van deze voorzieningen zal dan ook inspanningen vergen van zowel leveranciers als de betreffende GGZ -instellingen.

Voorgesteld wordt ten aanzien van het project DBC GGZ een vergelijkbare aanpak te volgen als met het project DBC 2003 voor de ziekenhuizen. Er zal een werkgroep leveranciers informatiesystemen GGZ in het leven worden geroepen om de ontwikkeling van de benodigde standaarden en hieraan gerelateerde functionaliteit in goede banen te leiden. Aan deze werkgroep kunnen desgewenst ook ter zake deskundige vertegenwoordigers van de GGZ -instellingen deelnemen.

Doel van de werkgroep is te komen tot correcte DBC-gerelateerde standaarden en een effectieve implementatie hiervan in de informatiesystemen van de GGZ-instellingen. De registratie zelf blijft in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de GGZ -instellingen.

Stap 4. Contactpersoon ICT per GGZ-instelling

Aan de GGZ-instellingen zal worden gevraagd een contactpersoon voor het aandachtsgebied ICT te benoemen in de vorm van een lokale projectleider ICT. De landelijke deelprojectleiding ICT zal een maandelijks plenair overleg met de lokale ICT -projectleiders van de koploperinstellingen voeren, waarin:

- de geboekte voortgang wordt besproken;
- de knelpunten worden geïnventariseerd en besproken;
- 'best practices' worden voorgesteld en geanalyseerd;
- de uitkomsten van overleg met de leveranciers van informatiesystemen worden besproken.

Zodra de groep deelnemende GGZ -instellingen per voorziening wordt uitgebreid zal dit overleg regionaal georganiseerd worden in een nog nader aantal te bepalen regio's.

GGZ-instellingen die de ambitie hebben om in het verlengde van het DBC-project de inrichting van de informatievoorziening drastisch aan te passen, vanuit het principe éénmalige registratie aan de bron, kunnen hierbij desgewenst ondersteund worden door CGEY bij het opzetten van een informatiebeleidsplan, informatiearchitectuur, systeemintegratie et cetera. Deze ondersteuning valt feitelijk naast de scope van dit plan van aanpak.

Stap 5. Systeemintegratie en datawarehouse

Een onderzoek naar de status quo van informatiebeleid en systeemintegratie zal zicht moeten bieden op de mogelijkheden voor decentrale registratie aan de bron en het inrichten van een datawarehouse.

In de GGZ-instellingen gaan ten aanzien van het verzamelen van gegevens in het kader van DBC twee activiteiten plaatsvinden;

1. de aanlevering van gegevens conform het datamodel (voorgeschreven format) aan de projectorganisatie voor verwerking middels de CGAO;
2. het aanleveren van gegevens aan het eigen intern te ontwikkelen datawarehouse.

Voor het verwerken van de gegevens die door de GGZ -koploperinstellingen worden geleverd, stellen wij voor gebruik te maken van de bestaande faciliteiten in de vorm van de CGAO. De CGAO is een centraal datawarehouse op basis van het standaard pakket Alliance for Decision Support (ADS). Op deze wijze kan optimaal gebruik worden gemaakt van de kennis en organisatie die de projectorganisatie DBC 2003 inmiddels heeft opgebouwd voor het correct verwerken van de gegevens en het genereren van de noodzakelijke rapportages.

Vanwege het werken met ADS is het noodzakelijk dat er standaard datacontracten, vertaaltabellen en datamodel worden gebruikt.

Stap 6. Afsluiten datacontracten

De (koploper)instellingen sluiten met de projectorganisatie een datacontract met daarin een set formele afspraken met betrekking tot de frequente aanlevering van een door de projectorganisatie gedefinieerde dataset (standaard sjabloon.) De aan te leveren dataset wordt door de projectorganisatie ingelezen in de CGAO. In de overeenkomst worden afspraken gemaakt aangaande:

- gewenste kwaliteit, frequentie, timing en wijze van aanlevering van gegevens;
- procedures in geval van problemen, fouten en in geval van wijzigingen;
- overeenstemming over eigendom;
- wederzijdse ondersteuning en contactpersonen;
- technisch en logisch datamodel;
- begrippenkader;
- terugkoppelen van standaard rapporten en analyses.

Omdat het datacontract en de hieruit voortvloeiende consequenties essentieel zijn voor het slagen van het project, zal de nodige aandacht worden besteed aan de vraag in hoeverre de instellingen in staat zijn te voldoen aan de eisen die gesteld zullen worden.

7 Eerste opzet deeltraject kostprijzen

7.1 Inleiding

Doelstellingen van het deeltraject kostprijzen zijn de volgende:

- Het realiseren van een kostprijsmodel voor de GGZ.
- Het op basis van het kostprijsmodel bepalen van kostprijzen van basiseenheden en van die CTG-verrichtingen (en eventueel extra te registreren verrichtingen) die als 'basiseenheden' voor de zorgfunctie behandeling gaan gelden.
- Het realiseren van een simulatie met productieafspraken op basis van het DBC -systeem in de GGZ.
- Het realiseren van een simulatie met basiseenheden in het kader van de AWBZ -brede functionele aanspraken.
- Het ontwikkelen van een overgangssystematiek voor de overgang in de bekostigingssystematiek van een budgetstelsel naar de DBC's in de GGZ.
- Instellingen in de GGZ vertrouwd maken met het werken met het kostprijsmodel, met het berekenen van kostprijzen en met het toepassen van kostprijzen in hun bedrijfsvoering.

Het project DBC GGZ heeft onder meer tot doel het ontwikkelen van een stelsel van kostenhomogene en zorginhoudelijk herkenbare zorgproducten, die het grootste deel van de GGZ omvatten, om met name ook de invoering van AWBZ-brede functionele aanspraken in de GGZ mogelijk te maken.

Uitgangspunten

- Het begrip kostprijs wordt gedefinieerd als de relatie tussen de feitelijke productie en de feitelijke kosten in een gegeven periode.
- Er wordt door de projectorganisatie en (met name) ondersteund door GGZ Nederland draagvlak gerealiseerd voor een uniform kostprijsmodel.
- Er wordt zoveel mogelijk gewerkt met bestaande registraties (zorg- en financiële registratie). De mogelijkheden van deze registraties en systemen staan centraal. Waar aanpassingen onvermijdelijk zijn, zal het model rekening houden met de consequenties voor de administratieve organisatie.
- Als basisjaar voor de kosten wordt 2001 genomen. Deze kosten worden toegekend aan de geregistreerde DBC's in 2002 en later.
- Gerealiseerde kostprijzen worden berekend, niet 'standaard kostprijzen'.
- De instellingen zullen ieder 1 persoon belasten met het introduceren van de kostprijsystematiek.

In het eerder beschreven voortraject is reeds aangegeven dat het ontbreken van een landelijk geaccepteerd kostprijsmodel in de GGZ een inhaalslag zal vergen om te zorgen dat alle GGZ-aanbieders vertrouwd raken met zowel het opstellen van kostprijzen als het werken met kostprijzen. Zowel deskundigheid als capaciteit op het terrein van kostprijzen zijn naar verwachting in de meeste GGZ-instellingen niet of nauwelijks aanwezig.

Daar waar de algemene ziekenhuizen gebruik kunnen maken van uniforme registraties van een zeer groot aantal verrichtingen en activiteiten, is de registratie in de GGZ wat betreft productie en kosten in omvang beperkter. In de GGZ is weliswaar sprake van uniforme registratie van een groot aantal CTG-beleidsregels c.q. behandelingen en activiteiten, maar de gehanteerde typologie zal niet adequaat blijken te zijn. Een uitgangspunt om alleen gebruik te maken van bestaande registraties is waarschijnlijk niet overtuigend te worden. Met name wat betreft de klinische productie zullen aanvullende registraties nodig zijn.

7.2 Plan van aanpak

Stap 1. Uniform kostprijsmodel

In het voortraject moet helder worden of er door de diverse soorten GGZ-instellingen kostprijsmodellen worden gebruikt die mogelijk landelijk toepasbaar kunnen worden. Vervolgens zal dit onderzoek een kostprijsmodel moeten opleveren dat uniform in GGZ-instellingen toepasbaar is en algemeen geaccepteerd wordt in de sector. De aanpak zal in eerste instantie bestaan uit het vaststellen van een uniform kostprijsmodel dat aan de (eerste) groep koplopers ter beschikking gesteld zal worden. Dit model kan na evaluatie en bijstelling door elke GGZ-instelling gebruikt worden.

Stap 2. Toerekenen DBC's

Het kostprijsmodel moet het mogelijk maken om op een uniforme wijze kosten aan DBC's toe te rekenen, en dient zodanige vuistregels te bevatten dat het model hanteerbaar en controleerbaar is. Het kostprijsmodel moet in de onderzoeksfase door de koploperinstellingen worden doorgevoerd om uit te sluiten dat verschillen in uitkomsten veroorzaakt worden door verschillen in kostentoe rekening. De uitkomst is dus niet de vaststelling van uniforme en landelijke prijzen per DBC. Wel kunnen de GGZ-instellingen het binnen het project DBC GGZ gehanteerde model van kostprijsbepaling gebruiken als basis voor de eigen prijsstelling in de toekomst.

Stap 3. Kostprijzen

Het deeltraject kostprijzen moet kostprijzen opleveren van alle deelproducten die door GGZ -instellingen geleverd worden als onderdeel van de DBC. De deelproducten betreffen de basiseenheden die voor de care -functies ontwikkeld zullen worden en de deelproducten in het kader van de behandeling. Op basis van de kostprijsgegevens kan een analyse gemaakt worden welke DBC's kostenhomogeen zijn en dus op basis van dit criterium (naast zorginhoudelijke homogeën) ondergebracht kunnen worden in DBC -clusters. De clustering van DBC's in kostenhomogene clusters is één van de uitgangspunten van het DBC 2003 -project en wordt vooralsnog ook gehanteerd voor de DBC's in de GGZ.

Stap 4. Start registratie kostprijzen

Op basis van het kostprijsmodel berekenen de GGZ -instellingen die als koplopers zullen starten met de registratie van DBC's kostprijzen van basiseenheden en van behandelverrichtingen. Door middel van aparte werkgroepen zullen de GGZ -instellingen op dit punt worden begeleid. De betreffende GGZ -instellingen leveren hun kostprijzen aan de CGAO, die ze koppelt aan de zorgprofielen en zo kostprijzen per DBC berekent. De aldus berekende gegevens zijn input voor statistische analyses die met name op grond van gemiddelden en variaties kostenhomogene groepen van DBC's moeten opleveren.

8 Eerste opzet communicatie

8.1 Inleiding

In dit voorstel voor communicatie wordt ingegaan op de uitgangspunten en doelstellingen van communicatie. Daarnaast wordt het plan van aanpak geschetst met daarbij een tijdsplanning om de communicatie over de DBC-systematiek richting GGZ vorm te geven.

Alle communicatieactiviteiten zijn gericht op de volgende algemene doelstellingen:

- *Het vestigen en versterken van het bewustzijn over en kennis van de systematiek.* In de communicatie staan de volgende aspecten centraal: wat houdt de systematiek in? Waarom wordt deze ingevoerd? Hoe wordt deze systematiek ingevoerd? Wat zijn de implicaties ervan voor de verschillende doelgroepen? Wat wordt er van de verschillende doelgroepen verwacht (rol)?
- *Het creëren van begrip, draagvlak en acceptatie.* In de communicatie staan de volgende aspecten centraal: nut, noodzaak, belang en betekenis van de systematiek voor de doelgroepen. De doelgroep ziet het belang in van de systematiek voor zichzelf en de rol die hij of zij daarin speelt. Het bevorderen van interactie en dialoog met de doelgroepen is hierbij belangrijk. Tot slot is het cruciaal om stelselmatig de successen, resultaten en mijlpalen te communiceren om continu de juistheid van de gekozen systematiek te bevestigen.
- *Het faciliteren van de communicatie binnen de GGZ-instellingen & brancheorganisaties.* De communicatie binnen deze instellingen valt onder de verantwoordelijkheid van de instellingen zelf (zie hoofdstuk 5). Dit betekent dat de instellingen - met name de interne projectleiders - moeten weten wat van hen verwacht wordt op het gebied van communicatie en wat op landelijk niveau aan communicatieactiviteiten ondernomen wordt, zodat zij hun eigen communicatie hierop af kunnen stemmen. Daarnaast worden de projectleiders vanuit de landelijke projectorganisatie ondersteund door het aanreiken van communicatiemiddelen zoals een basispresentatie.

Uitgangspunten

Vanuit de kennis en ervaringen met communicatie over het project DBC 2003 kan op dit moment al een aantal generieke uitgangspunten geformuleerd worden. De voor de GGZ specifieke uitgangspunten en issues komen aan de orde in de analysefase van het plan van aanpak (zie hoofdstuk 5). In de communicatie richting de GGZ worden de volgende algemene uitgangspunten gehanteerd:

- Aansluiten bij de *landelijke communicatiekanalen* (onder andere stuurgroepoverleg) en gebruik maken van communicatiemiddelen (onder andere brochures) van het DBC 2003 - project. In bijlage V is een doelgroep/middelenmatrix te vinden.
- Tegelijkertijd: recht doen aan en specifieke aandacht voor de *eigenheid, complexiteit en variëteit* van de GGZ-sector. Het gaat hierbij onder meer om specifieke doelgroepen en de bestaande communicatiekanalen en -middelen om deze doelgroepen te bereiken.
- Onderscheidend en tegelijkertijd aansluiten bij de DBC -huisstijl. De communicatie over het DBC-project richting GGZ zal duidelijk onderscheidend moeten zijn van alle communicatie over de DBC-systematiek (onder andere richting ziekenhuizen). Hierdoor kunnen de doelgroepen van de GGZ in één oogopslag zien dat de informatie voor hen bedoeld is. Tegelijkertijd zorgt de aansluiting bij de DBC-huisstijl ervoor dat alle projecten die verband houden met de invoering van de DBC-systematiek - of het nu gaat om ziekenhuizen, zorgverzekeraars of GGZ - duidelijk herkenbaar zijn voor alle doelgroepen. Dit kan bewerkstelligd worden door GGZ toe te voegen aan het DBC-logo. Het huidige DBC-logo (DBC 2003) zal daarnaast aangepast worden omdat de DBC-systematiek 'pas' in 2005 in de GGZ wordt ingevoerd.
- *Binnen beginnen = buiten winnen*. De communicatiefocus ligt in eerste instantie op de interne communicatie binnen de totale projectorganisatie (onder andere stuurgroep, DBC - projectleiders van GGZ-instellingen, de NVvP et cetera). Een goed geïnformeerde, betrokken en gemotiveerde projectorganisatie is essentieel voor het creëren van draagvlak. Hiermee wordt intern de basis gelegd om externe doelgroepen (niet -direct betrokkenen) te motiveren en enthousiasmeren voor de DBC's.
- *Multimediale aanpak*. In de communicatie wordt een multimediale aanpak gehanteerd. Dit houdt in dat meerdere media (persoonlijke communicatie en communicatiemiddelen) worden ingezet die elkaar aanvullen en onderling versterken, zodat de informatie de doelgroepen via diverse kanalen bereikt. De persoonlijke communicatie is het meest waardevol, omdat daarmee directe feedback mogelijk is en communicatie toegespitst kan worden op de persoonlijke informatiebehoefte.
- *Halen en brengen van informatie*. In de communicatie wordt onderscheid gemaakt tussen het halen en brengen van informatie. Dit onderscheid is enerzijds gebaseerd op de mate waarin de informatie essentieel is om de verschillende doelgroepen ervan op de hoogte te stellen (brengen) en anderzijds op de verschillen in informatiebehoefte van de verschillende doelgroepen (halen). Bij het brengen van informatie gaat het onder meer om de landelijke nieuwsbrief en de documentatiemappen. Een voorbeeld van het halen van informatie is de helpdesk en de internetsite. Hiermee kan ook 'verplichte' en 'vrijblijvende' informatie onderscheiden worden.
- *Unisono als thematiek*. In het DBC 2003-project wordt het creatieve communicatiethema Unisono toegepast. Unisono is een begrip uit de muziekwereld en betekent letterlijk 'met verschillende stemmen dezelfde toon ofwel een eenstemmig geluid bereiken'. Dit thema speelt in op de context van het DBC-project, waarbij vele partijen betrokken zijn met elk hun eigen belangen en meningen die zodanig verenigd dienen te worden dat men gezamenlijk het einddoel 'DBC-systematiek als nieuw bekostigingssystematiek' (annex: 'een nieuw geluid in de zorg') bereikt.

- *Persfocus*. In eerste instantie ligt de focus op contacten met de vakpers. De algemene pers wordt gaandeweg het traject actief benaderd als resultaten worden geboekt en mijlpalen worden gehaald.

8.2 Plan van aanpak

Stap 1. Voorbereiding koploperinstellingen

De koploperinstellingen die als eerste zullen starten met de registratie van DBC's zullen hierop voorbereid worden door het initiëren van de volgende activiteiten:

- Organiseren van themaworkshops (implementatie, kostprijzen, ICT) ter voorbereiding op de registratie in instellingen.
- Initiëren van overlegstructuren en -middelen om de uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de koploperinstellingen te bevorderen, zoals koploperbijeenkomsten en mailgroepen.
- De overige activiteiten en communicatiemiddelen zijn afhankelijk van de uitkomsten van de gesprekken met de koploperinstellingen zelf.

Stap 2. Kennis- en ervaringsuitwisseling koploperinstellingen en voorbereiding overige instellingen

Het overall communicatieplan tot 2005 is na de fase van het voortraject gereed en zal in deze fase worden uitgevoerd. In deze fase worden de volgende stappen ondernomen:

- *Informeren* van alle GGZ-instellingen en landelijke doelgroepen - zoals de stuurgroep, brancheorganisaties - over de voortgang, successen en behaalde mijlpalen via de communicatiekanalen en -middelen van het communicatieplan 2005.
- Maken van *rondgang* langs geselecteerde koploperinstellingen om te achterhalen hoe de communicatie verloopt. Vragen die daarbij aan de orde komen, zijn: wat zijn de ervaringen? Tegen welke communicatieknelpunten loopt men aan? Welke vragen worden veel gesteld? Wat is de kennis en houding van de doelgroepen? Hoe effectief zijn de communicatieactiviteiten (landelijk, binnen instelling)? Het resultaat van deze stap kan zijn dat bestaande communicatieactiviteiten aangepast worden of dat extra communicatieactiviteiten geïnitieerd worden om bijvoorbeeld de uitwisseling van kennis en ervaringen tussen de koploperinstellingen te optimaliseren.
- *Voorbereiden overige instellingen* door de uitwisseling van kennis en ervaringen van en met de eerste koplopergroep(en):
 - o Initiëren van overlegstructuren en -middelen om de uitwisseling van kennis- en ervaringen tussen de koploperinstellingen te bevorderen, zoals het organiseren van 'meeloop'-dagen in de eerste koploperinstellingen of het maken van 'ervaringsdocumenten'.
 - o Organiseren van themaworkshops (implementatie, kostprijzen, ICT) ter voorbereiding op de registratie in instellingen.

- *Vorbereiden alle instellingen* die naar verwachting per 1 januari 2004 starten:
 - o Peilen in hoeverre de instellingen DBC op 'de agenda' hebben staan, weten wat van hen verwacht wordt en bezig zijn met het treffen van voorbereidingen. Dit kan aanleiding zijn om extra activiteiten te ondernemen richting de laatste groep instellingen om de aandacht en prioriteit voor DBC te verhogen.
 - o Organiseren van themaworkshops (implementatie, kostprijzen, ICT) waarin de kennis en ervaringen van de koploperinstellingen worden meegenomen.
 - o Kennis- en ervaringsstructuur opzetten waarbij de koploperinstellingen bijvoorbeeld worden gekoppeld aan instellingen in de regio (regiostructuur).

Stap 3. Informeren en kennis- en ervaringsuitwisseling alle instellingen

In deze stap staat – net als in de vorige stap - het informeren van alle GGZ-instellingen en alle landelijke doelgroepen over de voortgang, successen en behaalde mijlpalen centraal. Daarnaast wordt continu gemonitord hoe de implementatie en communicatie verloopt zowel op landelijk niveau als binnen de instellingen zodat gekeken kan worden of additionele communicatieactiviteiten gewenst zijn. Dit monitoren gebeurt onder meer door: het analyseren van de vragen die aan de landelijke helpdesk gesteld worden, bekijken van voortgangsrapportages vanuit de instellingen (indien mijlpalen niet behaald worden; het achterhalen van oorzaken) en het initiëren van een belronde naar de brancheorganisaties en instellingen zelf om te peilen hoe de voortgang gaat.

Bijlage bij:

Diagnose Behandeling Combinaties in de GGZ
Voorstel plan van aanpak: specifiek maar in samenhang

Bijlagen

- I Overzicht databank www.zorgbeleid.com
- II Definities
- III Voorbeelden bij het model vraaggerichte bekostiging van de GGZ
- IV Eerste oriëntatie communicatiekanalen GGZ
- V Doelgroep/middelenmatrix

I **Overzicht databank www.zorgbeleid.com**

De inhoudsopgave van de databank:

- Wat vooraf ging
- Modernisering AWBZ (1e compartiment)
 - o Regeerakkoord paars II
 - o VWS-nota 'zicht op zorg'
 - o MDW-rapport 'ontvoogding van de AWBZ'
 - o Rapport rekenkamer over het zorgkantoor
 - o De wet exploitatie zorginstellingen (opvolger W ZV)
 - o Scheiden van wonen en zorg
- Modernisering curatieve zorg (2e compartiment)
 - o Bestuurlijke vormgeving
 - o Specifieke nota's algemene en academische ziekenhuizen
 - o Rapport rekenkamer over ziekenfondswet
- Brede stelsel discussie
 - o Start debat toekomstig stelsel (april 2000)
 - o Advies SER 'naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekering'
 - o Advies RVZ 'de rollen verdeeld'
 - o Advies CVZ over basispakket
 - o Advies RvZ over 'care' en 'cure'
 - o VWS nota 'vraag naar aanbod'
 - o Overige adviezen RVZ
- Modernisering planning en bouw
 - o De wet exploitatie zorginstellingen (opvolger WZV)
 - o Modernisering jaarverslaggeving
 - o Scheiden wonen en zorg (woonstimuleringsregeling)
- Meerjarenafspraken
 - o Voor- en najaarsrapportages aan de tweede kamer

- Wachlijsten
 - o Nieuwsbrieven taskforce aanpak wachtlijsten
 - o Websites taskforce
 - o Plan van aanpak GGZ
 - o Plan van aanpak gehandicaptensector
 - o Wachlijstinventarisaties
 - o Rapportages Prismant over wachtlijsten curatieve zorg en ambulante GGZ

- Beleidsontwikkelingen in de GGZ
 - o Beleidsvisie GGZ
 - o Cure en care in de GGZ
 - o Kenniscentra

- Bekostiging zorg
 - o Financiering GGZ-sector
 - o Beleidsregels CTG
 - o AWBZ-subsidieregelingen
 - o Persoonsgebonden budget

II Definities

In het traject om tot ontwikkeling en implementatie van producttypering in de GGZ te komen, worden verschillende begrippen gebruikt om de deelelementen die zullen moeten worden uitgewerkt, te kunnen onderscheiden. De begrippen zijn als onderdelen van het concept op verschillende plaatsen in het plan van aanpak de revue gepasseerd, maar worden in het kader van de leesbaarheid in deze bijlage nog even kort op een rij gezet.

Basiseenheid	Een basiseenheid is de rekeneenheid per functie waarmee de inhoud en de prijs van een zorgproduct bepaald kunnen worden.
DBC/Zorgproduct	Een zorgproduct bestaat uit één of meer basiseenheden die door een bepaalde cliënt (kunnen) worden afgenomen uit het GGZ -aanbod.
Zorgprofiel	Een zorgprofiel bevat een bepaalde, samenhangende combinatie van basiseenheden die geleverd worden bij een DBC. Het zorgprofiel is in feite de inhoud van het label (zorgproduct).
Zorgprogramma	Een zorgprogramma bevat een aantal gespecificeerde en op elkaar afgestemde activiteiten en maatregelen, gericht op het verlenen van een bepaalde dienst of het bewerkstelligen van een bepaald effect ten behoeve van een specifieke groep hulpvragers met vergelijkbare problematiek.
Rechte tellingen	De optelsom van alle geregistreerde DBC's naar soort en specialisme. In de rechte tellingen geven de (kop)operinstellingen aan hoeveel DBC's zij hebben geregistreerd per specialisme, hoe vaak (lees : bij hoeveel patiënten) een bepaalde DBC voorkomt en hoeveel DBC's zij daadwerkelijk gebruiken.

III Voorbeelden bij het model vraaggerichte bekostiging van de GGZ

Hieronder volgen 4 voorbeelden van zorgproducten die laten zien hoe producten kunnen worden opgebouwd uit verschillende basiseenheden.

De voorbeelden zijn indicatief, omdat onderzocht moet worden welke zorgniveaus en welke eenheden van levering onderscheiden kunnen worden. Ook de samenstelling van zorgproducten is onderwerp van nader onderzoek.

Product 1: ambulante ondersteuning aan huis

Geïndiceerd voor een jaar.

De ambulante ondersteuning bestaat (bijvoorbeeld) uit 2 uur huishoudelijke hulp per week, een half uur persoonlijke begeleiding per dag en 3 uur woonbegeleiding per week.

Product 2: intensieve zorg in combinatie met verblijf

Geïndiceerd voor een jaar.

Dit product bestaat (bijvoorbeeld) uit gemiddeld een half uur persoonlijke verzorging per dag, gemiddeld 2 uur verpleging per dag en gemiddeld 4 uur activiteitenbegeleiding per week.

Product 3: ambulante poliklinische behandeling

Geïndiceerd voor een jaar.

De ambulante poliklinische behandeling betreft hier het voorbeeld van de zogenaamde prikpoli voor mensen met bipolaire stoornissen. Elke twee maanden is er een bezoek aan de prikpoli, waar gesproken wordt met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de psychiater. Eén keer per maand is er een huisbezoek van een verpleegkundige.

Product 4: kortdurende klinische observatie

Geïndiceerd voor een week.

De klinische observatie bestaat bijvoorbeeld uit verschillende onderzoeken en testen. Daarnaast is er een dagprogramma van 4 uur per week (van maandag tot vrijdag), verzorgd door vaktherapeuten. Gemiddeld wordt 2 uur per dag een verpleegkundige ingezet.

De producten kunnen in het hierna volgende en sterk vereenvoudigde schema als volgt worden weergegeven:

			Aantal basiseenheden per zorgproduct				
			Product 1	Product 2	Product 3	Product 4	
PGB of zorg in natura	Huishoudelijke verzorging	Alphahulp	1 uur	104			
		Thuiszorg B	1 uur				
	Persoonlijke verzorging	Thuiszorg C	0,5 uur	365			
		ZV	0,5 uur		365		
	Verpleging	Verpleegkundige	1 uur		730	12	14
		SPV	0,5 uur			6	
	Ondersteunende begeleiding	Woonbegeleider	1 uur				
	Activerende/ adviserende begeleiding	Woonbegeleider	1 uur	156			
		Activiteitenbegeleider	4 uur		52		
	Zorg in natura	Behandeling	Psychiater	Ftf-contact			6
GZ-psycholoog			Ftf-contact		12		5
Vaktherapeuten			2 uur				10
Maatschappelijk werk			1 uur				2
Verblijf					x		x
	TOTAAL			pm	pm	pm	pm

IV Eerste oriëntatie communicatiekanalen GGZ

- Communicatie via de wetenschappelijke vereniging:
 - o De NVvP is de meest toonaangevende vereniging voor psychiaters in Nederland. Men moet zelf lid worden (er is geen verplichting). De psychiaters in dienstverband zijn veelal geen lid. De 'psychiater online' is een initiatief van de NVvP. Via de NVvP zijn bijna alle psychiaters te bereiken.
 - o NVvP kent vele subverenigingen die bepaalde stromingen binnen het vakgebied volgen (Vereniging voor Biologische Psychiatrie, Vereniging voor Forensische Psychiatrie et cetera) Alle subverenigingen kunnen bereikt worden via de NVvP.
 - o KNMG: lidmaatschap is niet verplicht. 70% van de psychiaters is lid van zowel KNMG als NVvP.
- Er worden refereeravonden gehouden (hier is men toe verplicht; er is echter geen controle op aanwezigheid). Refereeravonden bieden een directe manier om de psychiaters te bereiken.
- Algemene vakbladen: Tijdschrift voor Psychiatrie (= wetenschappelijk) 'Diepgaande artikelen', De psychiater (= populair) 'Leuk voor in wachtkamer'.
- Aparte vakbladen per sectie: Medisch Contact (= populair), Tijdschrift voor Geneeskunde (= wetenschappelijk), Psy (= niet wetenschappelijk: voor bezoekers en patiënten).
- Congressen: Bunnik-congres: Jaarbeurs (1 maart) hoewel gesponsord (Lundbeck), toch een zeer hoog aangeschreven wetenschappelijk congres. Alle goeroes spreken daar. Voorjaarscongres (maart / april?): beste congres voor alle secties. Levert veel punten op. Congres van APA (American Psychiatric Association) is de beste ter wereld. Iedere psychiater is er wel eens geweest. In Nederland zijn de drie dagen te volgen in lokale bijeenkomsten via schermen. Bekende congresorganisaties: Starena te Amersfoort (goed) en Cure & Care te Zeist (duur). Congressen hebben veel aanzien en zijn vaak van goed niveau. Goed medium voor DBC's.

V Doelgroep/middelenmatrix

Hieronder is een eerste aanzet te vinden van de doelgroep/middelenmatrix. Deze matrix zal aangevuld worden op basis van de uitkomsten van de analysefase in het plan van aanpak.

Communicatiekanalen en -middelen	Landelijke communicatiekanalen en -middelen										Ondersteunende middelen op locatie	
	Landelijke overlegstructuren	Infobulletin	Website	Roadshows	Congressen	Helpdesk	IMS	Nieuwsflits specialisten	Q&A lijsten	Persbericht / -bijeenkomst	Documentatiemap	Template Nieuwsbrief
Doelgroepen												
De betrokken partijen landelijk												
Opdrachtgever stuurgroep	x	x	x		x	X	x		x			
Projectorganisatie DBC 2005	x		x		x	X	x		x			
Projectteam 2005	x	x	x		x	X	x		x			
Branche-organisaties GGZ		x	x		x	X	x		x			
NVvP		x	x		x	X	x	x	x			
Doelgroepen binnen GGZ-instellingen												
RvB, Directie		x	x	x	x	X			x			
Projectleider en team DBC		x	x	x	x	X	x	x	x		x	x
Psychiaters		x	x	x	x	X		x	x			
Basisartsen GGZ		x	x	x	x	X		x	x			
Psychotherapeuten		x	x	x	x	X		x	x			
Psychologen		x	x	x	x	X		x	x			
Pedagogen		x	x	x	x	X		x	x			
Agogen		x	x	x	x	X		x	x			
Psychiatrisch verpleegkundigen		x	x	x	x	X		x	x			
Vaktherapeuten		x	x	x	x	X		x	x			

Relevante externe partijen												
Patiëntenverenigingen		x	x		x	X						
Politiek en overheid		x	x		x	X						
Adviesorganen			x		x	X						
Algemeen publiek												
Media												
Vakpers		x	x		x	X				x		
Overige pers			X		x	X				x		