

- Rapportage -

Producttypering in de GGZ

'denkraam'
resultaten vooronderzoek

GGZ Nederland

te Utrecht

Zorg Consult Nederland,
Bilthoven, 10 oktober 2001

drs. P.H.M. (Paul) Oostveen
drs. J.W. (Jan Willem) van Zutem
drs. S. (Steven) Stolp

Projectnummer: G 11.07.147
R 0110-297-PO-cj

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	1
1.1.	Algemeen	1
1.2.	Werkconferentie d.d. 21 september 2001	1
1.3.	Begeleidingscommissie d.d. 3 oktober 2001	2
1.4.	Opbouw rapport	3
2.	Aansluiting bij de moderniseringstrajecten.....	4
2.1.	Inleiding	4
2.2.	Modernisering van de Cure en de GGZ.....	4
2.3.	Modernisering AWBZ.....	6
3.	Denkraam voor producttypering	7
4.	Uitwerking voor de GGZ-cure	10
4.1.	Producttypering	10
4.2.	Aansluiting bij het DBC-concept	10
4.3.	Formuleren DBC's	11
4.4.	Wijziging bekostigingssystematiek	12
5.	Uitwerking voor de GGZ-care.....	13
5.1.	Zorgfuncties.....	13
5.2.	Zorgniveaus	14
5.3.	Tijdseenheid	17
5.4.	Prijs basiseenheid en kosten producten	17
5.5.	Zorgproducten	17
5.5.1.	Aggregatie basiseenheden.....	18
5.5.2.	Aggregatie bekostigingsparameters.....	18
5.5.3.	Aansluiting bij circuits en programma's.....	19
5.5.4.	Landelijke producttypering.....	20
6.	Plan van aanpak	21
	Bijlage 1: Overzicht gebruikte documenten	23
	Bijlage 2: Voorbeeld invulling denkraam	24
	Bijlage 3: Toelichting Diagnose Behandeling Combinatie	25

1. Inleiding

1.1. Algemeen

GGZ Nederland heeft Zorg Consult Nederland in juni 2001 de opdracht verstrekt producttyperingen op te stellen voor de 5 circuits in de GGZ, waarbij het werk in de GGZ voor de cliënt herkenbaar wordt uitgedrukt in producttyperingen of in Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De producttypering dient als basis voor een nieuwe bekostigingssystematiek.

In de voorbereidingsfase van dit project, is de opdracht aan Zorg Consult Nederland de probleemstelling verder aan te scherpen en uit te werken. Hierbij is het onder meer nodig de criteria en eisen te formuleren waaraan de producttypering en de bijbehorende bekostigingssystematiek moeten voldoen.

Het vooronderzoek (de voorbereidingsfase) is tijdens de zomermaanden uitgevoerd door Zorg Consult Nederland. Er is veel aanvullende informatie verzameld. Tevens is een model ontwikkeld voor producttypering (fase 1: Modelontwikkeling). Het model was beschreven in de notitie 'Naar een denkraam voor producttypering in de GGZ'. In die notitie schetsten we het model, ofwel het denkraam waarbinnen producttyperingen en een nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ vorm kunnen krijgen.

Op 21 september 2001 hebben we een eerste opzet voor een denkraam besproken in een miniconferentie met de belangrijkste stakeholders.

Op 3 oktober 2001 is het denkraam besproken in de Begeleidingscommissie.

Voorliggende rapportage is een bijstelling van genoemde notitie en aangevuld naar aanleiding van de besprekingen in beide bijeenkomsten. De uitkomsten van beide bijeenkomsten worden hieronder nog kort toegelicht.

1.2. Werkconferentie d.d. 21 september 2001

De notitie 'Naar een denkraam voor producttypering in de GGZ', is op 21 september 2001 besproken in een min of meer technische werkconferentie. Hiervoor waren uitgenodigd: College voor Zorgverzekeringen, Zorgverzekeraars Nederland, College Tarieven Gezondheidszorg, ministerie van VWS, GGZ Nederland en enkele deelnemers uit de kring van zorgaanbieders en professionals. Uiteindelijk bleek Zorgverzekeraars Nederland niet aanwezig tijdens de werkconferentie.

De bedoeling was om het model, dat Zorg Consult Nederland heeft ontwikkeld, te toetsen bij de deelnemers alvorens het denkraam voor te leggen aan de Begeleidingscommissie van het onderzoek.

De deelnemers waren unaniem in hun positieve oordeel over het denkraam. Het denkraam werd door hen enthousiast ontvangen en als de juiste basis gezien voor de verdere ontwikkeling van producten en van een nieuw bekostigingssysteem in de GGZ.

Bij de uitwerking van het denkraam zou de focus van producttypering naar het oordeel van de deelnemers gericht moeten zijn op het concept van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). De DBC-systematiek moet in de nabije toekomst het huidige, aanbodgerichte, bekostigingssysteem in de GGZ vervangen door een systeem dat primair uitgaat van de zorgvraag.

1.3. Begeleidingscommissie d.d. 3 oktober 2001

De Begeleidingscommissie Producttypering in de GGZ heeft de resultaten van het vooronderzoek uitvoerig besproken, vervolgens het draagvlak voor de voorstellen bij de leden van de Begeleidingscommissie getoetst en tenslotte een positief advies uitgesproken over het voorstel om een plan van aanpak op te stellen.

De Begeleidingscommissie vroeg wel aandacht voor de randvoorwaarden voor het welslagen van een DBC-traject. Deze betreffen onder meer het beperken van de administratieve en registratieve last van de zorgaanbieders, met name ook de behandelaars.

Ook het beschikbaar komen van voldoende middelen om de projectkosten te dekken, werd genoemd. De Begeleidingscommissie realiseert zich, dat het uitwerken van producttypering op basis van DBC's het project veelomvattender maakt en een langere voorbereidingstijd geeft dan tot voor kort werd ingeschat.

1.4. Opbouw rapport

In hoofdstuk 2 gaan we in op het voor dit onderwerp essentiële onderscheid in modernisering AWBZ en modernisering Cure en de consequenties hiervan voor de producttypering.

Vervolgens geven we in hoofdstuk 3 een beschrijving op hoofdlijnen van het denkraam. Uitwerking en toelichting zijn opgenomen in de hoofdstukken 4 en 5. Het voorstel om een plan van aanpak uit te werken is opgenomen in hoofdstuk 6.

In bijlage 1 hebben we een overzicht opgenomen van de relevante beleidsstukken. In bijlage 2 zijn voorbeelden opgenomen van een ingevuld product. In bijlage 3 geven we een korte toelichting op het DBC-concept, zoals dat thans in de ziekenhuizen geïmplementeerd wordt.

2. Aansluiting bij de moderniseringstrajecten

2.1. Inleiding

De producttypering in de GGZ zal moeten aansluiten bij een aantal belangrijke ontwikkelingen in de zorgsector in het algemeen en de GGZ in het bijzonder:

- de ontwikkeling van persoonsgebonden en -volgende budgetten;
- het traject 'Modernisering AWBZ';
- het traject 'Modernisering Cure en de vernieuwing van het verzekeringsstelsel';
- de discussie over cure en care in de GGZ;
- de Diagnose Behandeling Combinaties in de ziekenhuissector;
- de ontwikkelingen in de GGZ-sector zelf, zoals:
 - de circuitvorming;
 - de ontwikkeling van zorgprogramma's;
 - het faciliteren van zorg-op-maat;
 - en de transmuralisatie.

Veel van bovenstaande zaken zijn nog sterk in ontwikkeling en nog onvoldoende uitgekristalliseerd. We verwachten dat het kristallisatiepunt voorlopig zal uitblijven. Op basis van enkele constanten in deze ontwikkelingen en de discussies daarover, zal een systematiek ontwikkeld moeten worden die voldoende flexibel en abstract is om bruikbaar te zijn in veel denkbare situaties, maar ook concreet genoeg voor individuele cliënten.

Voor de producttypering in de GGZ-sector spelen er twee moderniseringstrajecten die vanuit de landelijke overheid worden ingezet: Modernisering Cure en Modernisering AWBZ. In de volgende paragrafen lichten we deze trajecten toe om de aansluiting op het onderwerp producttypering aan te kunnen geven.

2.2. Modernisering van de Cure en de GGZ

In het kader van de modernisering van de Cure wordt voor de GGZ een meer integrale en samenhangende curatieve zorgketen voor de zorg rond psychische problematiek nagestreefd. We hebben het dan zowel over de GGZ in de eerste lijn (lichtere psychische en psychosociale problematiek), als over de GGZ in de tweede lijn (zwaardere psychosociale problemen en psychische stoornissen).

De tweedelijns GGZ verleent specialistische curatieve GGZ-hulp in het geval van zwaardere psychosociale problemen en psychische stoornissen. Tevens levert de tweedelijns crisishulp bij acute ernstige psychische problematiek.

Binnen de curatieve zorg wordt in het kader van de Modernisering van de Cure zowel voor de lichamelijke als voor de psychische problematiek eenzelfde systematiek gevolgd. De GGZ-cure is derhalve te beschouwen als specialistische zorg die, in dat opzicht, niet wezenlijk verschilt met de somatische zorg. De uitvoering en de financiering van de GGZ-cure kunnen derhalve analoog aan de somatische zorg geschieden.

Wel zal diagnostiek en indicatiestelling in GGZ explicieter moeten worden, zoals ook de RVZ in 1998 heeft geadviseerd. Ook is er bij uitstek behoefte aan duidelijke afspraken over de zorg (behandeldoel, tijdpad). Dit neemt niet weg, dat de GGZ een integrale benadering moet (blijven) garanderen. De overheid gaat er vanuit, dat hierdoor het stigma van de GGZ kan verdwijnen.

Door de verbinding van de ontwikkeling van de curatieve GGZ-zorg aan die in de gespecialiseerde ziekenhuiszorg, wordt voor de GGZ-cure niet zozeer de AWBZ-ontwikkeling gevolgd, maar veel meer die van de Ziekenfondswet. We gaan er overigens vanuit, dat de GGZ toch in zijn geheel binnen de AWBZ blijft vallen.

Producttypering is een van de thema's binnen GGZ-cure. Daarbij staat het vergroten van de transparantie in de (bekostiging van de) zorg centraal. Vraagsturing betekent hier meer ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en voor deregulering.

In aansluiting op bovenstaande stellen wij voor om voor de GGZ-cure de producttypering aan laten te sluiten op het concept van de Diagnose Behandeling Combinaties (zie ook hoofdstuk 4 en ter illustratie bijlage 3).

2.3. Modernisering AWBZ

Centraal staat hier het ontwikkelen van een klantgericht zorgaanbod. Dit is een noodzakelijke ontwikkeling omdat het groeiend aantal burgers met een chronische aandoening een geïntegreerd en passend zorgaanbod nodig heeft en wenst. Voor wat betreft de producttypering in de GGZ hebben we het dan over de GGZ-care.

De GGZ-care omvat de zorg voor die mensen met chronische psychische stoornissen die behoefte hebben aan zorg: ook na een eventuele behandeling hebben zij zeer langdurig of zelfs hun hele leven zorg nodig. De GGZ-care omvat ook de maatschappelijke taak om door middel van gespecialiseerde verblijfsvoorzieningen met soms zeer intensieve zorg bijvoorbeeld forensische patiënten langdurig op te vangen.

De GGZ-care gaat mee met de ontwikkeling Modernisering AWBZ zoals neergelegd in de brief van VWS van 17 juli 2001. Thema's die hier spelen zijn de regionale, care-brede en integrale indicatiestelling en de PGB-regelingen.

Dit laatste houdt in, dat in het kader van de modernisering van de AWBZ gekozen is voor het mogelijk maken van persoonsgerichte bekostiging.

Bij de toegang tot die bekostiging staat indicatiestelling centraal. Het indicatieoverleg GGZ (IOG) heeft inmiddels een modelprocedure ontwikkeld voor de indicatiestelling in de GGZ. In de modelprocedure wordt ook onderscheid gemaakt tussen kortdurende hulp, langerdurende enkelvoudige hulp en langdurige en meervoudige hulp. De indicatiestelling voor langdurige en meervoudige hulp wordt een verantwoordelijkheid van de gemeenten.

Na de indicatiestelling moet de cliënt ten principale een keuze hebben tussen PGB en zorg in natura (persoonsvolgende bekostiging). De cliënt ontvangt de zorgproducten op basis van de indicatiestelling en het is aan de cliënt de zorgaanbieder en het zorgkantoor op welke wijze de indicatie verzilverd kan worden.

Vergroten van de transparantie in de (bekostiging van de) zorg staat ook in het kader van de modernisering AWBZ centraal, en richt zich hier (in tegenstelling tot de GGZ-cure) ook op de individuele cliënt. De cliënt heeft hier bij uitstek behoefte aan meer zicht op het hulpaanbod. Meer keuzemogelijkheden tussen aanbieders en meer vraaggericht werken in de GGZ zijn noodzakelijke verbeterpunten. Vraagsturing betekent hier met name meer ruimte voor de individuele cliënt.

3. Denkraam voor producttypering

Het hier beschreven denkraam gaat uit van de volgende stappen:

1. Er wordt uitgegaan van zorgfuncties. De functies van de VWS-brief Modernisering AWBZ van 17 juli 2001 is hiervoor het referentiekader.

Er wordt derhalve uitgegaan van een functionele benadering. Producttypering wordt hierbij losgekoppeld van een bepaalde voorziening.

2. Deze functies worden onderverdeeld in een beperkt aantal zorgniveaus (lees: zorgzwaarten).
3. Per zorgniveau worden een of meerdere tijdseenheden onderscheiden (uur per week, dagdeel, contact, enzovoort).

Aldus ontstaan per functie basiseenheden (of basiselementen): zorgfuncties met een bepaald zorgniveau en een nader omschreven tijdseenheid. Deze basiseenheden zijn de kleinste eenheden van levering van de zorg. Hiermee zijn alle mogelijke basiseenheden in kaart gebracht en wel zo dat elk (denkbaar) GGZ-product (ook) beschreven kan worden als optelsom van (één of meerdere) basiseenheden.

4. Van elke basiseenheid worden de kosten berekend: prijs per basiseenheid.
5. Zorgaanbieders formuleren met gebruikmaking van de basiseenheden de zorgproducten en onderhandelen hierover met het Zorgkantoor. Hierbij is een landelijke set zorgproducten beschikbaar. Dat geldt ook voor de DBC's (ook in principe opgebouwd uit basiseenheden). Regionale partijen hebben de vrijheid hier specifieke invulling aan te geven of een aanvulling op te maken. Zorgproducten en DBC's kunnen zowel geclusterd worden naar circuit als naar zorgprogramma.
6. Door combinaties en stapeling van basiseenheden uit één of meer zorgfuncties zijn ook producten op cliëntniveau te formuleren (individueel zorgpakket of –arrangement).

Deze systematiek dwingt, in tegenstelling tot de huidige bekostigingssystematiek, partijen als het ware om bij de formulering van zorgproducten op basis van de basiseenheden, ook zich uit te spreken over de tijdsafbakening van het product, en over de doelstelling en de doelgroep.

De (wettelijke) verankering van bovenstaand denkraam kan de volgende zijn:

Tabel 1: wettelijke verankering

• Zorgfuncties	Besluit Zorgaanspraken AWBZ
• Zorgniveaus en intensiteit	Indicatiebesluit AWBZ
• Prijs basiseenheden • Prijs DBC's	WTG en CTG-beleidsregels
• Zorgproducten	Productieafpraak en/of individuele overeenkomst aanbieder-zorgkantoor

In het geschetste denkraam wordt de formulering van zorgproducten op het terrein van de GGZ-care overgelaten aan de regionale partijen. Dit past in het kader van de Modernisering AWBZ waarin aanbieders en Zorgkantoor meer contractvrijheid krijgen. De onderliggende basiseenheden dienen hierbij als (wettelijk vastgelegde) bouwstenen.

Om te voorkomen dat iedere regio zelf het wiel moet gaan uitvinden, wordt landelijk een set met de meest voorkomende producten geformuleerd. Deze dienen als voorbeeld en hebben geen wettelijke basis. De ontwikkeling en het onderhoud van deze producttyperingen is een verantwoordelijkheid van de brancheorganisatie.

Zorgproducten kunnen globaal van aard zijn en daarmee toepasbaar bij grotere bulkcontracten met het Zorgkantoor, maar ook worden verfijnd tot op individueel cliëntniveau en daarmee ook toepasbaar in het kader van PGB's.

De kracht van dit denkraam is de flexibiliteit waarbij recht wordt gedaan aan de verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen. Het komt tegemoet aan de algemeen gewenste helderheid en duidelijkheid. Het past bij alle circuits, verdraagt zich met de programmaontwikkeling, sluit aan op de indicatieprocedure en de door VWS gewenste AWBZ-brede benadering. Bovendien zijn voor de GGZ-cure landelijk vastgestelde DBC's mogelijk waarbinnen combinaties van basiseenheden opgenomen worden en van een prijs voorzien.

Tabel 2: denkraam Producttypering GGZ

Landelijke invulling				Landelijke, regionale of individuele invulling			
Zorgaanspraak AWBZ	Indicatiebesluit ex AWBZ		Ctg-beleidsregel				
AWBZ functie	Basiseenheid		Prijs per Basiseenheid	Aantal basiseenheden per product			
	Zorgniveau	Tijdseenheid (leveringseenheid)		Product 1	Product 2	Product 3 Bijv. DBC ...	Enz.
Verzorging	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 ...	Uur per week	<i>f</i> ... <i>f</i> ... <i>f</i> ..	X X			
Begeleiding	Niveau 1 Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 ...	Dag Contact	<i>f</i> ... <i>f</i> ...		X		
Behandeling						X X	
etc.							
Contract							
Prijs					

Een mogelijke kwetsbaarheid van het model schuilt in de bruikbaarheid voor landelijke verantwoording en benchmarking. De grote variatie die kan ontstaan bij op lokaal niveau geformuleerde zorgproducten maakt onderlinge vergelijking lastig. Terugvallen op de onderliggende uniforme bouwstenen is mogelijk, maar kan een aanzienlijke toename van administratieve lasten inhouden hetgeen ongewenst is en voorkomen dient te worden. In de uitwerking zal hier bijzondere aandacht aan moeten worden gegeven. Waar het gaat om landelijk vastgestelde producten en DBC's doet zich dit probleem niet voor.

In de volgende hoofdstukken werken we het denkraam verder uit.

4. Uitwerking voor de GGZ-cure

4.1. Producttypering

Voor de vaak kortdurende behandeling maakt de GGZ geen onderdeel uit van de geïntegreerde regionale indicatieprocedure. Een sectorspecifieke invulling is daarmee mogelijk voor de GGZ-cure, in casu de functie behandeling en daarmee samenhangende functies als begeleiding en verblijf.

Overigens gaan we er vanuit, dat het onderscheid tussen cure en care op inhoudelijke gronden gebeurt, en niet op basis van een tijdslimiet. Aansluiting kan plaatsvinden aan de criteria in het kader van het indicatieoverleg GGZ (IOG). Desalniettemin is cure over het algemeen kortdurend en care langdurend.

Voor 'behandeling in de GGZ' kan producttypering de totstandkoming van transparante contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders faciliteren.

Het concept van de Diagnose Behandeling Combinaties is bij uitstek ook geschikt voor producttypering en -financiering van behandeling in de GGZ. Er is een sterke ontwikkeling van zorgprogramma's en behandelprotocollen. Bij enkele diagnoses/ziektebeelden is deze protocollering reeds vergevorderd (angststoornissen bijvoorbeeld).

4.2. Aansluiting bij het DBC-concept

Het DBC-concept is een vorm van producttypering. In een DBC worden zowel de zorgvraag, als de diagnose en de behandeling van de cliënt getypeerd. De DBC is het geheel van activiteiten en verrichtingen van GGZ-aanbieders (inclusief de psychiaters) voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt of cliënt de GGZ-aanbieder consulteert. In de definitie (afgeleid van die van de ziekenhuissector) worden met 'activiteiten' zowel de medische ('praten en pillen'), paramedische als de begeleidende verrichtingen zoals deeltijdbehandelingen, groepsgesprekken, verpleegdagen en dergelijke bedoeld.

Een zorgprofiel (ook wel 'verrichtingenprofiel' genoemd) geeft alle geregistreerde verrichtingen weer van de behandelaar en de daarmee samenhangende activiteiten van de GGZ-aanbieder, zoals deze binnen een DBC plaatsvinden. Kortom: alle stappen in de totale behandeling van een cliënt.

Het concept van de DBC's wordt van belang geacht, omdat op basis hiervan een instrument ontwikkeld en toegepast kan worden om meer transparantie in de zorgvraag te krijgen. Tevens dient dit meer inzicht te geven in de kosten van de gevraagde en geboden zorg. De cliënten van de GGZ dienen in deze systematiek inzicht te kunnen krijgen in de bij hun zorgvraag passende producten en de daarmee samenhangende kosten. Daarnaast moeten DBC's het mogelijk maken om concrete afspraken te maken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over kwaliteit, volume en prijs van de zorgproducten.

4.3. Formuleren DBC's

DBC's zullen ontwikkeld kunnen worden op basis van de diagnoses en ziektebeelden (zie onderstaand schema met voorbeelden). Deze zullen betrekking hebben op zowel klinische activiteiten, deeltijdbehandeling als poliklinische en ambulante zorgactiviteiten.

Weliswaar is in de GGZ veelal sprake van minder vergevorderde protocollering van de zorg, in vergelijking met de ziekenhuissector, doch dit neemt niet weg dat DBC's ook in deze sector mogelijk zijn. Indien er bijvoorbeeld meerdere protocollen naast elkaar bestaan, dan kunnen evenzoveel DBC's onderscheiden worden.

Voor de onderdelen van een DBC die betrekking hebben op de functies verzorging en begeleiding kan in principe gebruik gemaakt worden van de basiseenheden die al in het kader van de AWBZ-Care zijn ontwikkeld. Voor de functie behandeling zal de systematiek vergelijkbaar zijn met die van de ziekenhuizen: werken met activiteiten en verrichtingen van de behandelaars (onderzoek, bespreking, consulten, correspondentie, enzovoorts). Hierbij worden alle stappen in de totale behandeling van de cliënt meegenomen. Ook in de ziekenhuissector vindt de opbouw vanuit de gedachte van basiseenheden plaats. Deze dienen evenwel in de GGZ niet als zodanig in het kader van de AWBZ en de indicatiestelling te worden vastgelegd (er wordt alleen geïndiceerd voor 'behandeling'). Invulling zal nog in het kader van de DBC-ontwikkeling door de behandelaars (landelijk) plaats moeten vinden.

Tabel 3: Diagnoses en ziektebeelden

Voorbeelden:
Diagnose of ziektebeeld (hoofdindeling)
ADHD
Dementie en andere geheugenstoornissen
Psychotische stoornissen
Depressie en andere stemmingsstoornissen
Angst- en paniekstoornissen
Dwangstoornissen
Persoonlijkeitsstoornissen
Seksuele en genderidentiteitsstoornissen
Eetstoornissen
Trauma's (post traumatic stress disorder)
Arbeidsgerelateerde problemen
Stressgerelateerde problemen
Relatieproblemen
Verslavingsproblematiek
Ontwikkelingsstoornis bij kinderen en jeugd
.....

We gaan er vooralsnog van uit, dat met DBC's 80% (?) van de GGZ-cure is te beschrijven. De rest betreft zowel de diagnoses/ziektebeelden die volstrekt niet te protocolleren zijn (sterke wisselingen in behandelingen tussen cliënten), of die te sporadisch voorkomen.

In samenwerking tussen GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kunnen DBC's geformuleerd en ingevuld worden.

De (typeringen van) zorgtrajecten en zorgprofielen die reeds bestaan in de vorm van protocollen en zorgprogramma's kunnen omgezet worden in DBC's.

In bijlage 3 is een verkenning van de DBC-systematiek in de ziekenhuissector opgenomen.

4.4. Wijziging bekostigingssystematiek

De DBC-systematiek moet in de nabije toekomst het huidige, aanbodgerichte, bekostigingssysteem in de GGZ vervangen door een systeem dat primair uitgaat van de zorgvraag. Daarbij is er in beginsel sprake van outputfinanciering. Overigens zal er altijd wel een vorm van budgettering blijven om kosten van de GGZ op macroniveau beheersbaar te houden. In de komende jaren moet blijken waar de financiële risico's komen te liggen, en welke rol de zorgverzekeraars daarbij kunnen spelen.

5. Uitwerking voor de GGZ-care

5.1. Zorgfuncties

Om van aanbodsturing naar vraagsturing te komen, dient de zorg in het indicatiestellingstraject beschreven te worden in functies en niet in producten. De VWS-brief Modernisering AWBZ van 17 juli 2001 maakt onderscheid in de volgende 7 sectoroverschrijdende functies:

1. huishoudelijke verzorging;
2. persoonlijke verzorging;
3. verpleging;
4. ondersteunende begeleiding;
5. activerende begeleiding;
6. behandeling;
7. verblijf.

De moderniseringsbrief is een brief op hoofdlijnen. In de verdere uitwerking zijn nog aanpassingen denkbaar. Zo lijkt het onderscheid van begeleiding in ondersteuning en activering (in een toelichting overigens geoperationaliseerd in de mate waarin de psychische stoornis op de voorgrond staat) weinig meerwaarde te hebben en zal vooral leiden tot moeizame afbakeningsdiscussies. In ons model voegen we deze twee functies samen tot de functie begeleiding. Bij de indeling in zorgniveaus komt vervolgens het onderscheid in zorgzwaarte weer tot uitdrukking. Daarnaast ontbreken nog enkele belangrijke functies in het rijtje die voor de GGZ van specifiek belang zijn:

- onderzoek;
- consultatie;
- openbare GGZ;
- zorgcoördinatie;
- advisering;
- voorlichting;
- preventie;
- dienstverlening.

Of deze specifieke functies ook toegevoegd moeten worden aan het Besluit Zorgaanspraken ofwel begrepen moeten worden als onderdeel van een andere functie, is een zaak van nadere uitwerking. Voor het denkraam is het niet van wezenlijk belang, zolang het maar ergens een plaats krijgt.

Vooralsnog maken we de volgende keuzes:

- onderzoek en consultatie begrijpen we als onderdeel van de functie behandeling (valt onder GGZ-cure);
- zorgcoördinatie valt afhankelijk van de context (de problematiek van de cliënt) onder begeleiding ofwel onder behandeling;
- de activiteiten advisering, voorlichting, preventie en dienstverlening parkeren we even. Deze activiteiten zullen in het algemeen geen geïndiceerde activiteiten zijn aangezien ze aan de indicatie vooraf gaan dan wel van algemene aard zijn;
- de openbare GGZ (OGGZ) dient veiliggesteld te worden. Deze zal afzonderlijk gefinancierd kunnen worden als een soort beschikbaarheidsfunctie. In de wijze van financieren zijn nog keuzes mogelijk, zoals subsidiering door de overheid, of financiering door de verzekeraars door een vast bedrag, of bijvoorbeeld een opslag op de reguliere productprijzen.

VWS wenst te komen tot geïntegreerde zorgaanspraken voor de drie AWBZ-sectoren, waarbij de eerste vijf functies ook voor een PGB geschikt zijn (behandeling en verblijf vallen er buiten). Voor een producttypering GGZ zijn de onderscheiden functies met inbegrip van de hierboven gemaakte kanttekeningen goed bruikbaar.

5.2. Zorgniveaus

Als een functie zijn vertaling in kosten of prijzen moet krijgen dan is een verdere onderverdeling gewenst. Immers het maakt voor een kostprijs per uur nogal uit of begeleiding gegeven wordt door een psycholoog of door een begeleider op MBO-niveau.

Ook scheelt het als begeleiding individueel of in groepsverband wordt gegeven, waarbij de grootte van de groep ook weer van invloed is op de prijs. Het onderscheid in zorgniveaus moet dit probleem ondervangen.

In de onderscheiden zorgniveaus zal kortom de aard en kwaliteit van de in te zetten menskracht verdisconteerd moeten worden. Hiervoor zijn verschillende modaliteiten denkbaar die nog nadere studie vereisen.

Een eerste mogelijkheid is aansluiting bij de beroepenstructuur van de GGZ:

Tabel 4: Hulpverleners in de GGZ

Soort hulpverlener (exclusief 1 ^e lijn)	
Artsen	<ul style="list-style-type: none">• Psychiater• Basisarts
Gedragswetenschappers	<ul style="list-style-type: none">• Psycholoog• Psychotherapeut• Pedagoog
Verpleegkundigen	<ul style="list-style-type: none">• Psychiatrisch verpleegkundige• Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige• GGZ-Verpleegkundig specialist
Verzorgenden Agogen	<ul style="list-style-type: none">• Maatschappelijk werker• Groeps- en woonbegeleider• Activiteitenbegeleider
Vaktherapeuten	<ul style="list-style-type: none">• Psychomotorisch therapeut• Creatief-therapeut• Ergotherapeut

Zie verder de beleidsvisie van VWS over de beroepenstructuur van 11 juli 2001.

Een tweede mogelijkheid is om uit te gaan van competenties. Competenties omvatten in dit verband alle bekwaamheden, vaardigheden, kennis of informatie die zorgverleners nodig hebben om hun werk te kunnen doen, met name in de toekomst. Daarbij gaat het om inhoudelijke, dus beroepsgerichte, bekwaamheden en om sociaalcommunicatieve vaardigheden, om nieuwe manieren van samenwerken of om de omgang met cliënten. Voordelen van een systematiek op basis van competenties zijn de grotere dynamiek en flexibiliteit.

Een derde mogelijkheid is een typologie van opklimmende zorgzwaarten zoals die in de huidige behandelmodulensystematiek wordt gehanteerd. Voorbeelden:

- de functie verzorging wordt onderscheiden in 3 V-scores volgens een gestandaardiseerd meetinstrument;
- de functie begeleiding kent 7 begeleidingsniveaus (van een opklimmend aantal benodigd VOV-personeel per tijdseenheid).

In het vervolgonderzoek dienen zorgniveaus verder ingevuld te worden. Voorkeur is om de zorgzwaarte hierbij in principe vanuit 'competenties' te definiëren. Onderzocht moet worden of daarbij aangesloten moet en kan worden bij de beroepenstructuur in de GGZ, of dat het wellicht de voorkeur heeft om de zorgniveaus op basis van bijvoorbeeld FWG uit te drukken. Hierbij speelt ook de aansluiting bij andere sectoren in de zorg.

De vrijheidsgraden voor de invulling van zorgniveaus in het kader van de producttypering GGZ lijken beperkt. De zorgniveaus zouden hun plaats in het indicatiebesluit moeten krijgen. Aan het NIZW is de opdracht verstrekt de wijziging van een geïntegreerd indicatiebesluit voor te bereiden. De uitkomsten daarvan zijn nog niet bekend. De GGZ neemt een bijzondere positie in als het gaat om de indicatiestelling. Voor de kortdurende zorg (lees: behandeling) maakt de GGZ geen onderdeel uit van de geïntegreerde regionale indicatieprocedure. Een sectorspecifieke invulling is daarmee mogelijk voor de functie behandeling (en daarmee samenhangend verblijf).

Voor de andere functies wordt door VWS een volledige integratie met de andere AWBZ-sectoren bepleit. Hierbij past de volgende kanttekening. Het traject dat de gehandicaptensector doorloopt, laat zien dat de relatie tussen indicatie en de onderbouwing van zorgproducten niet één op één hoeft te zijn. In een onderbouwing in het kader van bekostiging is een grotere mate van detaillering en sectorspecifieke invullingen mogelijk dan in het kader van indicatiestelling.

Bij de ontwikkeling van de producttypering GGZ gaan we er vanuit dat voor de functies behandeling en verblijf een eigen sectorspecifieke ruimte blijft bestaan (volgens ons voorstel wel passend in het DBC-concept) en dat voor de andere functies weliswaar sprake is van een geïntegreerd indicatiebesluit, maar dat in het kader van producttypering een nadere detaillering van zorgniveaus mogelijk is.

Speciale aandacht vraagt ook de functie verblijf. Betreft het hier louter en alleen de hotelfunctie (al dan niet gedifferentieerd in beschermingsniveaus), of omvat het verblijf tegelijk ook de daaraan gekoppelde functies (zoals in de huidige systematiek van een klinische verpleegdag)? In het kader van de producttypering GGZ op het terrein van de GGZ-care lijkt het zinvol zoveel mogelijk de behandeling en begeleiding te (onder)scheiden van het verblijf. Dit in tegenstelling tot de GGZ-cure, waar (uitgaande van relatief kortdurende trajecten) in de DBC's zowel de behandeling sec, als de begeleiding en het eventuele verblijf integraal zijn opgenomen.

5.3. Tijdseenheid

Het zorgniveau (vorige paragraaf) drukt de aard en de kwaliteit van zorg uit. De tijdseenheid zegt iets over de omvang van de zorg. Deze zal veelal uitgedrukt kunnen worden in (klassen van) uren per week/maand/jaar bij ambulante zorg of in dagdelen per week bij dagbesteding/behandeling en klinische zorg. Op een hoger abstractieniveau is ook het aantal ftf-contacten per periode denkbaar (zoals nu in de ambulante hulpverlening).

Door het bepalen van de tijdseenheid van de zorg kunnen we komen tot de vaststelling van de basiseenheden (leveringseenheden).

In de omschrijving van een zorgproduct is een GGZ-specifieke benadering mogelijk en is een verdere normering denkbaar en haalbaar (zoals de ftf-contacten bij de ambulante zorg nu al laten zien). Zie verder de paragraaf 5.5 zorgproducten.

5.4. Prijs basiseenheid en kosten producten

De basiseenheid is de combinatie van functie, zorgniveau en tijdseenheid (leveringseenheid). Voor iedere basiseenheid worden de kosten berekend op basis van een kostenonderzoek. Daarna kan in CTG-verband een prijs voor iedere basiseenheid worden berekend en vastgesteld. Dit kan dan gebruikt worden bij het vaststellen van een PGB.

5.5. Zorgproducten

De volgende stap is de clustering van de basiseenheden in zorgproducten. De zorgproducten zijn de voor een zorgkantoor, cliënt en zorgaanbieders herkenbare eenheden. Deze zorgproducten kunnen op het niveau van een individuele cliënt worden geformuleerd (passend bij persoonsgebonden bekostiging), maar ook door het Zorgkantoor worden gecontracteerd. Ook DBC's zijn in dit verband te beschouwen als zorgproducten.

De werkelijke kosten per basiseenheid zullen per zorgaanbieder (kunnen) verschillen. Ook zal elke zorgaanbieder een eigen berekening kunnen maken van de totale kosten van een product of DBC. Die kostprijs bedraagt de optelsom van alle door de GGZ-aanbieder gemaakte kosten voor het totaal aan verrichtingen en activiteiten, dat in het product c.q. de DBC is opgenomen. Die

kostprijs per product kan dan meegenomen worden in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over het tarief, dat per aanbieder kan of zal verschillen. De deelnemers aan de werkconferentie waren unaniem van oordeel, dat dit een juiste benadering is, en dat niet gewerkt zou moeten worden met landelijk vastgestelde prijzen voor producten of DBC's.

De nog te onderzoeken vraag is op welk niveau het beste de werkelijke kosten van de zorgverlening verantwoord kunnen worden, op cliëntniveau, op productniveau, op het niveau van de basiseenheden of op instellingsniveau.

5.5.1. Aggregatie basiseenheden

De zorgproducten kunnen met een basiseenheid samenvallen (bijvoorbeeld bij enkelvoudige woonbegeleiding), maar zullen veelal een stapeling van de basiseenheden zijn. Ze kunnen uit meerdere zorgniveaus bestaan en meerdere functies. Ook is een gemiddelde zorgintensiteit mogelijk. Samenvoeging van intensiteiten zal bij voorbeeld kunnen als bulkcontracten met het Zorgkantoor worden afgesloten. Door de grote aantallen cliënten middelen zorgintensiteiten vanzelf uit. Hierdoor kunnen instellingen en zorgkantoren een aanzienlijke vereenvoudiging in de administratieve last realiseren.

Indien een zorgkantoor meer maatwerk vereist zal een samenvoeging minder aan de orde zijn. De hiermee gepaard gaande administratieve last zal in de prijs tot uitdrukking moeten komen.

5.5.2. Aggregatie bekostigingsparameters

De basiseenheden zullen zijn uitgedrukt in bijvoorbeeld uren of dagdelen. Bij de formulering van zorgproducten kunnen verdere normeringen van activiteiten worden toegepast, waardoor een hogere aggregatie in de bekostiging mogelijk is.

In een contactprijs bijvoorbeeld, is de in te zetten tijd genormeerd. In een trajectprijs (of een DBC in de curatieve zorg) is de complete behandeling of traject genormeerd. Bij zorgprogrammaonderdelen die voorzien zijn van een protocol kan wellicht een dergelijke trajectprijs ontwikkeld worden. Denk aan een voordeurprogramma waarbinnen onderzoek, diagnostiek en de eerste vijf gesprekken zijn opgenomen.

Naarmate een verdergaande normering mogelijk is kan een hoger abstractieniveau in de bekostiging gevonden worden en wordt de administratieve last minder en de interne sturing beter.

Aangezien zorgproducten GGZ-care op lokaal niveau door de zorgaanbieder kunnen worden opgesteld, is een verdergaande normering op lokaal niveau eerder mogelijk dan op een landelijk niveau. Ervaringen met zorg-op-maat producten illustreren dat. Bovendien is het op lokaal niveau veel eenvoudiger om op grond van de eigen ervaringen normen bij te stellen dan dat bij landelijk vastgestelde producten het geval zal zijn.

5.5.3. Aansluiting bij circuits en programma's

De zorgproducten, inclusief DBC's, zijn in principe van toepassing op een zorgcircuit en passen binnen een zorgprogramma. Hierbij merken wij het volgende op. We laten in ons denkraam de indeling in ambulante zorg, deeltijd-behandeling, polikliniek en klinische zorg en de indeling in categorieën van instellingen los. Eigenlijk is ook de indeling in circuits voor de producttypering niet relevant.

Wel sluiten we aan op de ontwikkeling van zorgprogramma's, dat wil zeggen:

- uitgaan van diagnoses en doelgroepen (die meestal omschreven zijn in termen van diagnostische categorieën); en
- aansluiten op de zorgprofielen binnen een zorgprogramma.

Alle verrichtingen van de behandelaar en activiteiten van de zorgaanbieder, kortom alle stappen in de totale behandeling van en zorg voor een cliënt, zijn daarin opgenomen.

Feitelijk kunnen we dus naast de basiseenheden twee lagen onderscheiden:

Tabel 5: Gelaagdheid in producttypering

Laag 3	Zorgprogramma															
Voorbeelden:	<i>Angststoornis- sen</i>				<i>Persoonlijkheids- stoornissen</i>				<i>eetstoornissen</i>	
Laag 2	Zorgproduct															
Voorbeelden:	1	2	3	4	DBC1	DBC2										
Laag 1	Basiseenheid															
	a	b	c	..												

De zorgprogramma's kennen landelijk een minder eenduidige typering, maar het lijkt goed mogelijk hier een indeling te vinden die kan rekenen op voldoende draagvlak. Bovendien worden de producten (GGZ-care) niet landelijk voorgeschreven, waardoor regionale specialiteiten altijd mogelijk blijven.

Bepaalde zorgproducten kunnen in alle zorgprogramma's voorkomen, anderen zullen specifiek voor een bepaald programma ontwikkeld worden. Ook is het denkbaar dat eenzelfde zorgproduct per programma een andere onderbouwing (andere mix zorgniveau, andere intensiteit) en daarmee een andere prijs kent.

5.5.4. *Landelijke producttypering*

Het denkraam gaat niet uit van landelijk voorgeschreven en in CTG-regels vastgelegde zorgproducten. Hierin wijkt het denkraam af van die van de gehandicaptensector. Het model staat wat dat betreft een grotere mate van regionale vrijheid voor, hetgeen beter past in het moderniseringstraject. Dat neemt niet weg dat op landelijk niveau een set zorgproducten beschreven moet worden. De kosten van invoering van een nieuwe systematiek kunnen zo worden gereduceerd. De snelheid van implementatie kan worden verhoogd. Principieel blijft de mogelijkheid om in regionaal verband van deze set af te wijken.

Tot slot een vergelijking met de huidige bekostigingssystematiek. De basiseenheden zijn qua systematiek te vergelijken met de behandelmodulen (Ad1, V1, B3 et cetera). De prijs van een basiseenheid is te vergelijken met de prijs van een behandelmodule zoals die in de CTG-onderbouwingen zijn vastgelegd. De bekostigingscategorieën (de huidige CTG-beleidsregels) zouden in het denkraam de zorgproducten zijn. In het denkraam worden echter de basiseenheden vertaald in CTG beleidsregels en niet de zorgproducten.

De CTG-beleidsregels schuiven in vergelijking als het ware naar een niveau lager. De eenheden van zorg zijn (veel) kleiner gemaakt. Daarmee wordt de weg geëffend voor regionale zorgproducten met daarbij behorende contractprijzen, terwijl tegelijkertijd de overheid via de CTG-beleidsregels grip kan houden op de prijs.

6. Plan van aanpak

Indien het voorgaande door GGZ Nederland wordt overgenomen, zal er op korte termijn een aangepast en uitgewerkt plan van aanpak ontwikkeld dienen te worden. Voorstel is om dit door Zorg Consult Nederland te laten doen. Het conceptplan van aanpak kan in principe medio november 2001 gereed zijn. Na bespreking in de Begeleidingscommissie op 27 november 2001 kan dit voorgelegd worden aan GGZ Nederland.

Onderdelen van zo'n plan van aanpak zullen zijn:

- Besluiten die in overleg tussen VWS, GGZ Nederland, de NVVP en ZN genomen moeten worden over de gewenste voortgang van de producttypering in de GGZ. In dit verband zal de komende weken sprake moeten zijn van een ronde langs VWS en de brancheorganisaties. Draagvlak bij de verschillende achterbannen is voorwaarde voor het welslagen van de voorgestelde ontwikkeling.
- Opzetten van een projectorganisatie. Wij stellen ons voor, dat in de projectorganisatie verschillende projectgroepen zullen worden opgezet, bijvoorbeeld voor de definiëring van zorgniveaus en tijdseenheden, de formulering en registratie van DBC's, het kostenonderzoek, de ICT en de Communicatie en PR.
- Het aangeven van de beoogde resultaten per projectonderdeel.
- Het aangeven van de doorlooptijd van het project. Op dit moment schatten wij in, dat de voorbereidingstijd zo'n 2 of 3 jaar zal bedragen. In 2002 en 2003 vinden bijvoorbeeld registraties in de pilotinstellingen plaats. Invoering per 1 januari 2004?
- Het ramen van de kosten van het project (per onderdeel en per jaar).
- De kosten van het ontwikkelingstraject Producttypering in de GGZ zullen bestaan uit met name de kosten van:
 - de projectorganisatie zelf;
 - de ondersteuning van betrokken organisaties, de begeleiding van registraties en de uitvoering van tijdsbesteding- en kostprijsonderzoeken;
 - de DBC-registraties in de instellingen;
 - de ontwikkeling en implementatie van ICT voor het faciliteren van de DBC-registraties, inclusief de noodzakelijke aanpassingen c.q. het op niveau brengen van de informatiesystemen van de zorgaanbieders;
 - de communicatie en de PR ter ondersteuning van het project.

- De dekking van de kosten van het project. Hierbij zullen met name middelen door VWS moeten worden vrijgemaakt.

Aandachtspunten:

- Het belang van registratie van zorgvraag, productie en kosten zal sterk toenemen. De hiervoor noodzakelijke ICT-ontwikkeling in de GGZ zal krachtig ondersteund moeten worden, zowel voor de zorgaanbieders, als voor de professionals. Alleen dan is het mogelijk de belasting van zorgverleners met registratieve en administratieve taken te verlichten. Dit dient al meegenomen te worden bij de verdere uitwerking van een plan van aanpak voor DBC's in de GGZ.
- Bij de verdere ontwikkeling en uitwerking van het denkraam c.q. de DBC's is er uitdrukkelijk behoefte aan het tijdig en intensief betrekken van de professionals, onder meer om aan te kunnen sluiten bij al lopende ontwikkelingen op het terrein van protocollering.

Bijlage 1: Overzicht gebruikte documenten

1. Advies RVZ over GGZ in de 21^e eeuw, januari 1998
2. Brief VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 20 april 1998 (GVM / GGZ / 982118)
3. Nota VWS 'Zicht Op Zorg' d.d. 18 juni 1999
4. Brief VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 18 mei 2001, 'Cure en care in de geestelijke gezondheidszorg' (GVM-2172530)
5. Brief VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 11 juli 2001, 'Nieuwe beroepenstructuur in de GGZ' (TK 25 424, nr. 35)
6. Brief VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 17 juli 2001, 'Modernisering AWBZ' (TK 26631 nr. 13)
7. Brief VWS aan voorzitter Tweede Kamer d.d. 17 juli 2001, Standpunt 'modernisering van de AWBZ en vereenvoudiging pgb' (PBO/2189780)

Bijlage 2: Voorbeeld invulling denkraam

De kosten per cliënt bestaan uit de optelsom van de geïndiceerde eenheden

		Circuit Volwassen								
		Psychotische Stoomissen								
		Psych. thuiszorg	Zorgcoördinatie	Werkbegeleiding	Bed op recept	Onderzoek	Depot	Dagbesteding		
AWBZ functie	Onderverdeling naar zorgniveau's	Onderverdeling naar basiseenheden	Kostprijs per basiseenheid							
Persoonsgebonden budget of zorg in natura	Huishoudelijke verzorging	2 uur /week								
	Persoonlijke verzorging	1 uur /week								
	Verpleging	1 uur /week								
	Begeleiding	3 uur /week								
	Zorg in natura	Behandeling	2 uur /2maand							
		Verblijf								

Bijlage 3: Toelichting Diagnose Behandeling Combinatie

1. Inleiding

Per 1 januari 2003 vindt er een grote verandering in de Nederlandse ziekenhuizen plaats. De overheid en brancheorganisaties: de Orde van Medisch Specialisten, de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Vereniging Academische Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland hebben namelijk een bestuurlijk akkoord gesloten om per 1 januari 2003 een nieuw bekostigings- en honoreringssysteem in te voeren voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Dit systeem is gebaseerd op de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). Het DBC-systeem vervangt het huidige stelsel van functiegerichte budgettering van ziekenhuizen en de lumpsum-financiering van medisch specialisten. De brancheorganisaties en het ministerie van VWS zien de invoering van de DBC-systematiek als een belangrijk instrument in de overgang naar een meer vraaggestuurd stelsel voor de gezondheidszorg. Daarbij zijn de zorgverzekeraars voor hun verzekerden aanspreekbaar voor het contracteren van voldoende goede zorg. De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten over volume, prijs en kwaliteit worden gefaciliteerd door een stelsel van producten die medisch herkenbaar en kostenhomogeen zijn. Het nieuwe DBC-systeem, dat de zorgvraag van de patiënt centraal stelt, vormt hiertoe het vehikel.

2. Wat is een DBC?

De Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert. In deze definitie worden met 'activiteiten' zowel medische als medisch ondersteunende verrichtingen zoals polikliniekbezoeken, verpleegdagen en aantal dagen dagverpleging bedoeld. De DBC benoemt elke stap in de behandeling van de patiënt, van het eerste consult of onderzoek, tot en met de laatste controle (het zogenaamde zorgpad). In principe is elk soort diagnose die in een ziekenhuis wordt gesteld te vertalen naar een DBC. DBC's hebben betrekking op zowel klinische als poliklinische zorgactiviteiten. Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) typeert de zorgvraag van een patiënt en is een weergave van activiteiten en verrichtingen in het ziekenhuis, die een patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag doorloopt, van het eerste consult of onderzoek tot en met de laatste controle (zie voor een nadere toelichting hoofdstuk 3). Om de prijs van een DBC te bepalen wordt aan de activiteiten of verrichtingen in het zorgproces zowel het middelenbeslag van het ziekenhuis als de werklust van de medisch specialist (honorarium) gekoppeld. In totaliteit bepalen deze activiteiten en verrichtingen en de daarvoor geldende kosten de totale kosten van een DBC.

Voorbeeld van een DBC met bijbehorende activiteiten (zorgprofiel)

1. primair consult;
2. secundair consult/indicatie OK bespreking;
3. correspondentie/administratie;
4. opnamevisite/onderzoek;
5. specifieke preoperatieve besprekingen;
6. opname/OK-bespreking;
7. operatie;
8. eerst postoperatieve visite;
9. besprekingen intensive care;
10. postoperatieve visites en ontslagvisite;
11. specifieke postoperatieve besprekingen, zoals PA/oncologie/traumatologie;
12. nabehandelingsgesprekken;
13. consulten familie;
14. ontslagcorrespondentie;
15. postoperatieve controlevisite algemeen;
16. ontslag uit nabehandeling/brief;
17. najlende correspondentie/klachten.

Via een uniek nummer dat een Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) intern kan aanmaken voor iedere nieuwe DBC, zijn alle medisch specialistische en ziekenhuiszorg activiteiten die worden verricht voor een specifieke patiënt bij elkaar te groeperen tot één zorginhoudelijk product. Daardoor is bijvoorbeeld zichtbaar hoeveel en welke aandacht een bepaalde patiëntengroep nodig heeft binnen de ziekenhuisorganisatie.

In de onderstaande tabel wordt dit duidelijk gemaakt. Hierin zien we een fictief voorbeeld DBC 09.46.463, met het bijbehorende gemiddelde zorgprofiel in zes ziekenhuizen. Het gemiddelde zorgprofiel is geclusterd tot polikliniek consulten, laboratoriumonderzoek, beeldvormende diagnostiek, medisch specialistische diagnostiek, OK verrichtingen en verpleegdagen. Van elk onderdeel zijn de gemiddelde aantallen per ziekenhuis weergegeven. Omdat in de ziekenhuizen de kostprijzen van alle verrichtingen zijn bepaald, kunnen de relatieve kosten van elk behandelprofiel ten opzichte van het gemiddelde worden weergegeven. Ziekenhuis C blijkt in dit voorbeeld duidelijk goedkoper te kunnen werken voor DBC 09.46.463 dan de overige ziekenhuizen.

Zorgactiviteit	A	B	C	D	E	F	Gemiddeld
Polikliniek consulten	3,6	3,0	3,2	2,4	3,6	3,2	3,2
Laboratoriumonderzoek	8,6	9,8	7,4	8,5	8,8	9,1	8,7
Beeldvormende diagnostiek	2,0	2,1	1,7	2,2	2,3	2,2	2,1
Med. spec. Diagnostiek	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3
OK verrichting	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Verpleegdagen	4,6	4,0	3,9	4,2	4,3	4,1	4,2
Kosten index	105,5	102	93,6	98,2	101,3	100,8	100

3. Hoe is de DBC code opgebouwd?

De DBC code bestaat in principe uit 7 posities waarbij de eerste 2 posities worden gebruikt voor de specialismencode, de 2 daarop volgende posities voor de zorgvraag, de 2 posities daarop volgend voor de diagnose en de laatste positie voor de behandeling. Deze indeling is het uitgangspunt geweest bij het ontwikkelen van de typeringslijsten, maar is niet door alle wetenschappelijke verenigingen gehanteerd. Enkele wetenschappelijke verenigingen hebben ervoor gekozen om alleen een diagnosecode te gebruiken.

De uitgangspositie is dat een Diagnose Behandeling Combinatie bestaat uit de diagnose en de behandeling. De daadwerkelijke opbouw van de lijsten kan variëren per specialisme. Zowel de zorgvraag, diagnose en/of de behandeling worden veelal gebruikt om tot een nadere indeling in DBC's tot stand te brengen.

4. Hoeveel DBC's komen er?

Op dit moment worden de DBC's per specialisme in de praktijk geregistreerd en geëvalueerd op medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit. Er bestaat derhalve nog geen exact inzicht in het aantal DBC's dat uiteindelijk van toepassing zal zijn. Uit de eerste resultaten bij een aantal specialismen blijkt dat met 20 DBC's ongeveer 80% van de verschillende zorgvragen is te typeren. Voor de overige 20% zorgvragen zal een groter aantal DBC's benodigd zijn.

Om het aantal DBC's die in het kader van de onderhandelingen met zorgverzekeraars zullen worden gebruikt beheersbaar te maken zullen de DBC's worden ingedeeld in zogenaamde clusters van DBC's, die eveneens een zekere mate van medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit kennen.

5. Wie maakt de DBC's?

De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialismen typeren de DBC's voor hun specialisme. Voor de meeste wetenschappelijke verenigingen is een typeringslijst van DBC's in concept gereed. Op dit moment wordt in de koploperziekenhuizen met behulp van deze typeringslijsten geregistreerd. In de tweede helft van dit jaar zullen de wetenschappelijke verenigingen ondersteund door de projectorganisatie deze typeringslijsten evalueren en zo nodig bijstellen.

Een aantal specialismen, waaronder Psychiatrie, start later met de DBC-registratie omdat de registratie in DBC's meer voorbereidingstijd vergt. Navraag leert, dat dat voor Psychiatrie mede wordt veroorzaakt doordat dit specialisme afwijkend, namelijk via de AWBZ, wordt gefinancierd.

6. Stappen in de invoering van de DBC-systematiek

De invoering van de nieuwe DBC-systematiek begint met het registreren van patiënten en hun zorgvraag. Stap voor stap wordt deze registratie 'doorvertaald' naar capaciteit, kwaliteit, kosten en financiering van de zorg:

1. patiënt komt met zorgvraag naar specialist;
2. specialist typeert deze zorgvraag in een DBC;
3. specialisten registreren DBC's in geautomatiseerd systeem;
4. specialisten stellen zorgprofielen of behandelprofielen op (alle verrichtingen door specialist en ziekenhuis binnen een DBC);
5. ziekenhuis berekent kostprijs per ziekenhuisactiviteit zoals omschreven in DBC, om de prijs van elke afzonderlijke DBC te bepalen;
6. de Wetenschappelijke Verenigingen van medisch specialisten berekenen de werklust per DBC om het honorarium te bepalen;
7. het ziekenhuis clustert alle geregistreerde DBC's via rechte tellingen op basis van medische en kostenhomogeniteit.; zo ontstaat een optelsom van alle DBC's naar soort en medisch specialisme;
8. inzicht in de kosten van de medische praktijkvoering en samenhangende ziekenhuisbehandelingen op basis van de DBC;
9. instrument voor de vergoeding van alle kosten van het ziekenhuis en de honorering van medisch-specialistische zorg;
10. basis voor afspraken op micro- en macroniveau over volume, prijs en kwaliteit.

7. Het tijdspad tot 2003

In 2001 vinden, stapsgewijs, de registraties in de ziekenhuizen plaats op basis van de ontwikkelde DBC's. Ook vindt de werklustmeting en tijdsbestedingsonderzoek voor de medisch-specialisten daarbij plaats. Eind 2001 worden de productieafspraken voor 2002 voor alle specialismen in koploperziekenhuizen gemaakt.

Voorts vindt in 2001 het kostprijsonderzoek plaats. In 2002 vindt de registratie DBC's plaats door alle specialismen in alle ziekenhuizen. Uiterlijk september 2002 zijn de kostenhomogene DBC-clusters samengesteld.

Eind 2002 worden de productieafspraken voor 2003 voor alle specialismen in alle ziekenhuizen gemaakt. Per 1 januari 2003 start de DBC-systematiek.