

# Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ<sup>1</sup>

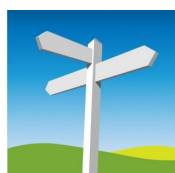


## 1. Inleiding

In 2006 is gestart met de DBC-registratie in de GGZ. Via een aantal tussenstappen is in 2014 een bekostiging volledig gebaseerd op DBC's ingevoerd. Het gaat daarbij om dat deel van de GGZ dat in 2008 is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw, de curatieve gespecialiseerde GGZ<sup>2</sup>. Per 1 januari 2015 is ook een deel van de langdurige gespecialiseerde GGZ (behandeling en verblijf minder dan 3 jaar) naar de Zvw overgeheveld; deze zorg wordt vooralsnog bekostigd op basis van een vergoeding per dag met behulp van zorgzwaartepakketten (ZZP's).

Voor de forensische zorg is een vergelijkbare systematiek ontwikkeld. Aan de DBC is de dimensie beveiliging toegevoegd omdat dit in deze sector een belangrijk aspect vormt. In 2008 is gestart met de registratie van DB(B)C's; op dit moment wordt 70% van de GGZ met deze DB(B)C's bekostigd. Deze zorg wordt gefinancierd via de Rijksbegroting en ingekocht door de directie Forensische Zorg (DForZo), onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen.

De bij de productstructuur DBC en/of DB(B)C betrokken partijen, LPGGZ, NIP, NVZ, GGZ Nederland, NFU, ZN, NVvP, FMS, LVVP, NZa, DForZo/DJI en VGN hebben geconstateerd dat een doorontwikkeling van de DBC en DB(B)C-systematiek wenselijk is. Er begint consensus te ontstaan over wat deze doorontwikkeling moet opleveren en waar wel en geen kansen liggen. Om met elkaar de richting en de criteria van de doorontwikkeling vast te stellen, is het initiatief genomen deze gezamenlijke beleidsnotitie op te stellen. Deze beleidsnotitie dient als vertrekpunt voor een overall programmaplan met een transparante route (spoorboekje). Het is de bedoeling deze beleidsnotitie, tezamen met een notitie governance en een notitie Inhoud, in te brengen in het bestuurlijk overleg van 16 april 2015 tussen de NZa en betrokken partijen in de GGZ.



Leeswijzer:

De vraag is wat de doorontwikkeling van de productstructuur oplevert. Daarvoor beschrijven we de plussen en de minnen van de huidige productstructuur (hoofdstuk 2), mede op basis van een korte terugblik op de ontwikkeling en uitgangspunten van de productstructuur. Ook kijken we naar veranderende context (hoofdstuk 3) en de consequenties hiervan voor de productstructuur. In hoofdstuk 4 bespreken we de doelen van de doorontwikkeling van de productstructuur en een aantal te onderzoeken doorontwikkelrichtingen. In hoofdstuk 5 komen de criteria voor de doorontwikkeling aan bod. Hoofdstuk 6 tenslotte beschrijft op hoofdlijnen de vervolgstappen.

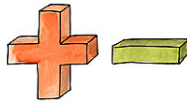
---

<sup>1</sup> Waar we in de notitie over de (productstructuur) DBC GGZ spreken bedoelen we op de productstructuur c.q. prestaties die zowel voor de gespecialiseerde GGZ in het kader van de Zvw als de FZ van toepassing zijn.

<sup>2</sup> De basis GGZ maakt daar sinds 2014 geen onderdeel meer vanuit en wordt via afzonderlijke prestaties bekostigd.

## 2. Plussen en minnen van de huidige productstructuur

De huidige productstructuur (waarvan de ontwikkeling in Bijlage A kort wordt beschreven) kent een aantal plussen en minnen.



### **De plussen:**

- Met de introductie van de DBC's is er een uniforme bekostiging voor de gespecialiseerde GGZ en de FZ tot stand gekomen. Alle zorgaanbieders worden op dezelfde wijze bekostigd.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken op basis van DBC's afspraken over prijs en volume van de zorgverlening.
- De DBC's hebben geleid tot meer inzicht in de geleverde zorg. Per patiënt is duidelijk hoeveel uren zorg wordt geleverd en welke professionals daaraan een bijdrage hebben geleverd.
- Door de in DBC's opgenomen normen ten aanzien van de productiviteit en de gemiddelde vergoeding, ongeacht het type zorgverlening, is er een belangrijke rationalisatie in de bedrijfsvoering doorgevoerd.
- De DBC-ontwikkeling (de keten registratie, validatie, facturatie) heeft een belangrijke push gegeven aan het gebruik van ICT in de GGZ.
- Er zijn uitkomsten van kwaliteit (zoals ROM) en patiënttevredenheid (CQ) aan de DBC's verbonden, waarmee een beter inzicht tussen behandelinzet en resultaat mogelijk wordt.

### **De minnen:**

#### **Diagnose:**

- De medische herkenbaarheid is onvoldoende uit de verf gekomen: de diagnoseclassificatie bepaalt onvoldoende de zwaarte van de zorgvraag en daarmee de omvang van de behandeling.
- Het vastleggen van de diagnose als onderdeel van de te declareren prestatie (DBC) heeft geleid tot veel issues rondom privacy.

#### **Behandeling:**

- Discrepancie tijdranges en werkelijke tijden: In de productgroepen is – om een beperkt aantal zorgproducten tot stand te brengen - gekozen voor tijdranges in het aantal behandelminuten (bijv. 6000 – 12000 minuten of vanaf 18.000 minuten); de werkelijke behandel tijden kunnen hiervan afwijken. Deze discrepantie leidt er toe dat patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders ervaren dat zij te veel vergoeden dan wel te weinig ontvangen.
- De tijdranges vergroten ook het risico tot 'upcoden', zoals het langer behandelen (tot net over een tijdsgrens) dan wellicht medisch noodzakelijk is.
- Te lange doorlooptijd en doorlooptijden over het jaar: De DBC kent een doorlooptijd tot één jaar en kan ook over een jaar heenlopen. Dit is lastig uit het oogpunt van tijdige declaratie, afsluiting van jaren en ramen van kosten in volgende jaren.

#### **Combinatie:**

- Geen instrument voor sturing van zorg: De productstructuur maakt achteraf inzichtelijk welke zorg tegen welke kosten is geleverd (verantwoording), maar de combinatie diagnose en behandeluren biedt onvoldoende mogelijkheden om deze onderbouwd vooraf overeen te

komen zowel op individueel niveau tussen patiënt en professionals als op collectief niveau tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Intern hebben veel zorgaanbieders zorgprogramma's opgesteld met een vertaling naar behandeluren. Deze relatie is echter niet zichtbaar in de DBC.

- Administratieve lasten: De administratieve lasten van de registratie en verantwoording van de diagnosegerelateerde elementen (op basis van de DSMIV) en de behandeltijd worden als (te) hoog ervaren.
- De patiënten begrijpen de declaratie niet; ook sluit deze onvoldoende aan op de daadwerkelijk geleverde prestatie. Dit wordt vanwege het toegenomen eigen risico steeds minder door patiënten begrepen c.q. geaccepteerd.
- Prikkel tot behandelen, niet tot het beste resultaat: De productstructuur biedt een vergoeding voor het behandelen ongeacht de duur van de behandeling. Er zijn weinig financiële prikkels om behandelingen te voorkomen dan wel te beperken, bijvoorbeeld via preventie of innovaties zoals eHealth. Bovendien zegt de productstructuur niets over het resultaat van de behandeling mede in relatie tot de inzet.

Genoemde minnen zijn van invloed op de werking van het zorgverzekeringsstelsel in de GGZ. Het contracteren van zorg is gezien de kenmerken van de productstructuur complex. De voorspelbaarheid van de omvang van de zorgkosten is onvoldoende. Ook biedt de productstructuur onvoldoende houvast om met elkaar afspraken te maken over met name de inhoud van zorg (kwaliteit) en de daaraan verbonden kosten (doelmatigheid).

### 3. Veranderende context

De zorg, waaronder de gespecialiseerde GGZ, verandert. De zorgvraag is mede door vergrijzing fors toegenomen, terwijl de beschikbare financiële ruimte om die zorgvraag op te vangen beperkt is en blijft. Dit heeft druk gezet op ontwikkelingen in de GGZ, zoals ambulantisering en specialisatie en concentratie in de GGZ mede door versterking van de eerste lijn (POH, basis GGZ) en het overhevelen van de maatschappelijke opvang naar gemeenten. Om de zorg op elkaar te laten aansluiten wordt samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en hun organisaties steeds belangrijker.

Burgers, patiënten en hun omgeving vragen meer openheid over prestaties, keuzemogelijkheden, kwaliteit en een servicegerichte houding bij zorgaanbieders. Participatie en eigen regie worden steeds belangrijker. Ehealth, lotgenotencontact, zijn voorbeelden die de traditionele zorgkaders veranderen.



Zorgvragers, zorgprofessionals en hun organisaties en zorgverzekeraars richten zich steeds meer op **gepaste zorg**: Gepaste zorg schrijft de RVZ (2004) als een combinatie van handelen op basis van 'evidence based medicine' and 'patient centered medicine'. In de eerste invalshoek wordt onder gepaste zorgconsumptie verstaan zorg die voor de gebruiker ervan noodzakelijk, effectief en doelmatig is. In de tweede benadering zijn de individuele risico's en baten van mogelijke interventies, alsmede de persoonlijke voorkeuren en verwachtingen van de patiënt leidend. Communicatie, partnerschap en gezondheidsbevordering staan daarbij centraal. Onderzoek toont aan dat het gezamenlijk afspraken maken over de te verlenen zorg de participatie en de kwaliteit van de besluiten in termen van kennis en waarden kan verbeteren.

De inrichting van de zorg wordt steeds sterker bepaald door beschikbaarheid van overtuigend wetenschappelijk bewijs voor maatschappelijke relevantie en doelmatigheid van zorg. Onderzoek in de ggz in de afgelopen jaren heeft een grote toename opgeleverd van de kennis over bijvoorbeeld risicofactoren, individuele klachtenontwikkeling, gen-omgevings–interacties en ziekte-trajecten van psychische stoornissen. Verdere verbeteringen kunnen worden behaald door patiënten eerder te behandelen (preventie en vroege interventie) en behandelingen gericht in te zetten. Dit laatste komt neer op ‘personalized mental health’: ieder individu met een risico op een stoornis kent een unieke set van karakteristieken, bepaald door een combinatie van genetische, omgevings-, en ontwikkelingsfactoren. Verwacht wordt dat behandeling gebaseerd op het stelselmatig in beeld brengen van deze factoren in combinatie met de waarden en voorkeuren van de patiënt de effectiviteit van behandeling zal vergroten.

#### 4. Doelen doorontwikkeling productstructuur GGZ

Gezien de plussen en de minnen van de huidige productstructuur én de veranderende context willen betrokken partijen de productstructuur voor de curatieve GGZ doorontwikkelen en implementeren zonder daarbij het kind met het badwater weg te gooien. Bij de ontwikkeling van de productstructuur gaat de aandacht primair uit naar de gespecialiseerde GGZ die nu in DBC’s wordt vastgelegd; tevens wordt nagegaan welke (on)mogelijkheden een nieuwe productstructuur biedt voor de Basis GGZ, jeugd GGZ en de langdurige gespecialiseerde GGZ onder de Zvw.

De productstructuur dient beter duidelijk te maken welke zorg wordt geleverd voor welke problematiek, met welk resultaat tegen welke kosten. Het is belangrijk dat de productstructuur voldoende vrijheid biedt aan alle betrokkenen om de zorg in samenspraak en op maat in te zetten met in achtneming van het principe “pas toe of leg”.

Het doorontwikkelen van de productstructuur moet leiden tot een productstructuur die zowel op collectief als individueel niveau het gesprek en de afspraken faciliteert tussen:

- Gebruiker en zorgprofessional over de zorgverlening;
- Zorgverzekeraar en zorgaanbieder over contractering van zorg;
- Zorgverzekeraar en verzekerde/gebruiker over de verzekering en vergoeding van de zorg.

#### 5. Richtingen doorontwikkeling

Op basis van de ervaringen met de huidige productstructuur hebben partijen de afgelopen periode gezocht naar oplossingen om de gewenste verbeteringen tot stand te brengen. Dit heeft geleid tot het volgende:



Diagnose:

- De zorgvraag wordt door meer en wellicht ook andere elementen bepaald dan de primaire diagnose, zoals die nu in het kader van een classificatiesysteem (DSMIV) wordt vastgelegd. Dat is ook duidelijk geworden uit diverse pogingen die de afgelopen jaren zijn ondernomen om de diagnosecomponent te verstevigen. De andere elementen om te onderzoeken zijn stagering

(stage) en profilering (kenmerken van de patiënt). De afgelopen periode is hier al het nodige voorwerk voor gedaan, ook in het kader van het project zorgvraagzwaarte bepaling GGZ.

#### Behandeling:

- De behandelcomponent zou vervat moeten worden in meer herkenbare inhoudelijk gedefinieerde behandelpakketten. Door aansluiting op behandeldoelen en behandelelementen zoals bijvoorbeeld in richtlijnen vastgelegd is het de bedoeling de te verlenen c.q. verleende zorg beter te duiden en gepaste zorg te stimuleren. De behandelpakketten bepalen niet de behandelwijze van de zorgprofessionals. Wel is het van belang dat afwijkingen kunnen worden onderbouwd.
- De doorlooptijd van de DBC's zou beter moeten aansluiten op logische fases in de diagnosestelling en behandeling en de besluiten daarover in het kader van passende zorg. Daarmee wordt tevens gerealiseerd dat informatie over de (te verwachten) behandeling eerder wordt gedeeld en de doorlooptijd van de DBC voor een groot deel van de patiënten wordt verkort. Overigens is verkorting van de doorlooptijd voor de Forensische Zorg niet gewenst.

#### Combinatie:

- De combinatie van D en B biedt zo een hulpmiddel om beter inzichtelijk te maken welke zorg wordt geboden, welke resultaten zijn bereikt en welke kosten in daaraan zijn verbonden. Een resultaat kan ook zijn dat sprake is van symptomatisch herstel of stabilisatie van de cliënt. Evenals dat in onderling overleg wordt afgesproken dat verdere behandeling niet wenselijk is.

De hierboven beschreven richtingen dienen verder te worden uitgewerkt door een werkgroep van inhoudelijk deskundigen met draagvlak in de sector (Werkgroep Inhoudelijk Model). Daarbij kan goed gebruik worden gemaakt van kennis en ervaringen in andere landen. De afgelopen periode is het model dat in Engeland wordt gebruikt in belangstelling gekomen. Dit model lijkt een aantal elementen te bevatten die aansluiten op de hierboven gewenste richting.

## 6. (Prioritering van) criteria voor productstructuur GGZ

Aan de productstructuur GGZ kunnen diverse criteria worden gesteld. Hieronder benoemen we inhoudelijke, implementatie- en gebruikscriteria.



Niet alle criteria zullen 100% kunnen worden ingevuld; sommige criteria kennen ook een onderlinge samenhang. Bij bijvoorbeeld een uitbreiding van het aantal prestaties, daalt in de regel de hanteerbaarheid, maar neemt de homogeniteit toe. Belangrijke criteria die met de productstructuur zeker dienen te worden ingevuld ('must-haves') zijn de informatiemeerwaarde (A1), eerder beschikbaar komen van informatie (C2) en het borgen van de privacy (C4).

### A. Inhoudelijke criteria:

#### 1. Klinisch herkenbaar

Onder klinische herkenbaarheid wordt verstaan dat de zorgproducten vanuit een geneeskundig en beveiligingsperspectief identificeerbaar zijn. Binnen de productstructuur dienen de zorgproducten voldoende klinisch herkenbaar te zijn en de geleverde zorg dient zodanig omschreven te zijn dat deze bruikbaar is voor de onderhandelingen en als omschrijving voor 'lekendeclaratie'.

2. **Bruikbaar voor indicatiestelling**  
De producten dienen bruikbaar te zijn voor indicatiestelling, ook als deze door een onafhankelijk/afzonderlijke organisatie plaatsvindt.
3. **Hanteerbaar**  
Onder hanteerbaarheid wordt het aantal zorgproducten verstaan binnen een productstructuur. Binnen de productstructuur dient een beperkt en overzichtelijk aantal zorgproducten aanwezig te zijn dat gedeclareerd en geregistreerd wordt en waarover onderhandeld kan worden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
4. **(Kosten)Homogeen**  
Bij (kosten)homogeniteit van zorgproducten wordt gekeken naar de spreiding van activiteiten en kosten van zorgproducten gemeten middels de coëfficiënt van de variantie (CV-waarde). Binnen de productstructuur dienen de zorgproducten kostenhomogeen te zijn.
5. **Volledigheid**  
Bij volledigheid wordt gekeken of redelijkerwijs alle zorg declarabel is. Binnen de productstructuur dienen alle zorgvragen in het kader van gespecialiseerde GGZ, zowel behorend tot de verzekerde als onverzekerde zorg te worden opgenomen en bij voorkeur zoveel als mogelijk onderscheidbaar te zijn.
6. **Transparant: Bij transparantie wordt nagegaan of de declaratie begrijpelijk is voor de patiënt in termen van welke zorg is geleverd tegen welke kosten.**
7. **Stabiel**  
Bij stabiliteit van de productstructuur wordt gekeken in hoeverre de productstructuur uniform toepasbaar is ten opzichte van voorgaande jaren en welke financiële effecten als gevolg van eventuele wijzigingen hebben plaatsgevonden. Binnen de productstructuur dienen de doorgevoerde wijzigingen en de financiële effecten (impactanalyses) op de productstructuur transparant en verklaarbaar te zijn.

B. *Criteria met het oog op implementatie:*

1. **Eerst toetsen dan invoeringsscenario bepalen (incrementeel of 'big bang')**  
Het is wenselijk dat voordat wordt geïmplementeerd de impact goed in beeld wordt gebracht en op basis daarvan de keuzes worden gemaakt over het invoeringsscenario.
2. **Voorkomen trendbreuk in informatie**  
Belangrijk is dat trendbreuk in informatie zoveel mogelijk wordt voorkomen. Dit is uit het oogpunt van sturing onwenselijk. Ook het risicovereveningsmodel wordt vastgesteld op basis van historische informatie.



C. *Criteria voor gebruik*

1. **Hulpmiddel voor afspraken c.q. verantwoordelijk over gepast gebruik**  
De productstructuur dient een hulpmiddel te zijn voor het maken van afspraken c.q. verantwoording over gepast gebruik (zie ook hoofdstuk 5).
2. **Ondersteuning sneller declareren en aansluiting op zorgkosten per jaar**  
Het is wenselijk dat de productstructuur sneller declareren ondersteunt aansluitend op de zorgkosten per jaar. Daarmee verkrijgen alle betrokkenen eerder en op eenvoudiger wijze informatie over de omvang en kosten van zorg.
3. **Geen verzwaring en bij voorkeur vermindering van administratieve lasten**  
Onder de administratieve lasten worden verstaan de lasten die gepaard gaan met het werken en onderhandelen over zorgproducten alsmede de administratieve inspanning die nodig is om het systeem van registratie en declaratie van zorgproducten up-to-date te houden en om relevante kosteninformatie te verzamelen.

#### 4. Waarborging privacy

De productstructuur c.q. het gebruik daarvan bij declaratie en verantwoording dient de privacy van de patiënt te waarborgen en behoeft dus de goedkeuring van het CBP.

## 7. Fasering in de doorontwikkeling

Bij de doorontwikkeling van de productstructuur ligt de prioriteit bij het beter duidelijk welke zorg wordt geleverd voor welke problematiek, met welk resultaat tegen welke kosten. Daarbij wordt een aanpak in twee fasen voorzien:

### I. *Betere duiding van de problematiek*

In deze fase ligt de nadruk op het vergroten van de klinische herkenbaarheid (criterium A1, zie hoofdstuk 6) en transparantie (randvoorwaarde A5) voor alle betrokkenen met behulp van aanvullende gegevens met betrekking tot stagering/profilering. Het eerder beschikbaar krijgen informatie vormt eveneens een belangrijk aandachtspunt<sup>3</sup>. Eén van de mogelijkheden daartoe betreft de introductie van een zogenoemde periodieke evaluatie. Daarnaast zijn er wellicht ook andere mogelijkheden denkbaar. Een periodieke evaluatie kan tevens een hulpmiddel zijn voor afspraken c.q. verantwoording over gepast gebruik (randvoorwaarde C1). Uiteraard dienen de aanpassingen CBP-proof te zijn (randvoorwaarde C4).

### II. *Omschakeling naar zorginhoudelijke behandelpakketten*

In deze fase kan wellicht worden overgestapt naar meer inhoudelijk gedefinieerde behandelpakketten en de registratie van tijd en/of elementen van de diagnoseregistratie worden losgelaten. Daarbij wordt naar aansluiting op richtlijnen en zorgstandaarden gezocht. Belangrijke voorwaarden vormen hanteerbaarheid (A3), stabiliteit (randvoorwaarde A6) en (kosten)homogeniteit (randvoorwaarde A4) zijn; dit kan mede worden beoordeeld op basis van de in de eerste fase verkregen registratieresultaten.

Gestreefd wordt naar een gefaseerde invoering, waarbij het uitgangspunt is ambitieus maar ook realistisch. (Tussentijdse) stappen zo spoedig mogelijk worden gezet, uiteraard rekening houdend met haalbaarheid uit het oogpunt van benodigde aanpassingen van de organisatie, ICT, et cetera.

De noodzakelijke onderbouwing wordt niet uit het oog verloren, maar zo praktisch mogelijk ingevuld met behulp van pilots, slimme hulpmiddelen en gebruikmaking van beschikbare gegevens. Waar mogelijk wordt een en ander direct doorvertaald in de productstructuur; een betere duiding van zorgvraag en invoering van een periodieke evaluatie kan naar verwachting onafhankelijk van de tweede fase tot een zinvolle aanpassing leiden.

In beide fasen wordt nagegaan welke (registratie)elementen op welk moment kunnen worden afgeschaft. Zo kunnen bij het aanpassen in de omschrijving onderdelen van het huidige - op de DSMIV-gebaseerde - registratiemodel minder relevant zijn en worden afgeschaft. Op deze wijze worden de administratieve lasten beperkt (randvoorwaarde C3).

---

<sup>3</sup> De minister van VWS heeft de NZa in een schrijven van 15 maart jl. gevraagd tot om (alternatieve) opties inzake Verkorting doorlooptijden prestaties GGZ en FZ uit te werken, mocht de oplossing via de aanpassing van de productstructuur niet (tijdig of voldoende) in 2017 kan worden gerealiseerd.



## 8. Vervolgstappen

De eerste stap van de doorontwikkeling betreft een inhoudelijk advies van een in te stellen werkgroep Inhoud (zie notitie opdrachtbeschrijving Werkgroep Inhoud). Deze werkgroep wordt gevraagd te adviseren over de wijze waarop de productstructuur, met name met betrekking tot de duiding van de problematiek, kan worden aangepast en op welke wijze dat inhoud en vorm kan worden gegeven. Tevens wordt de werkgroep gevraagd expliciet te kijken naar de mogelijkheden om een verkorting van de doorlooptijd te realiseren (zie paragraaf 7)<sup>4</sup>. Datzelfde geldt voor de richting c.q. stappen die verder kunnen worden gezet en welk tijdspad daarbij gehanteerd kan worden.

Op basis van dit inhoudelijk advies kan de verdere koers voor de doorontwikkeling van de productstructuur worden vastgesteld en worden bepaald op welke wijze en met welke activiteiten en 'go-no-go' besluiten dit in de tijd kan worden gerealiseerd. Hiertoe zal een zogenaamd spoorboekje worden opgesteld (zie bijlage voor een voorbeeld uit 2006, ontwikkeling en implementatie productstructuur DBC GGZ).

De druk tot aanpassing van de productstructuur is hoog uit het oogpunt van sturing, zowel landelijk (macrokostenbeheersing, vergroting risicoverevening) als op decentraal niveau (contractering, begrijpelijke rekening naar de patiënt). Indien de wijzigingen en de impact van de te maken aanpassingen op de registratie, validatie en facturatie minimaal zijn, is dit haalbaar. Als deze wijzigingen ingrijpender zijn, wat wel de verwachting is, zal meer tijd nodig zijn voor de doorontwikkeling én implementatie.

In het plan van aanpak zal worden nagegaan wat in 2017 wel kan om de sturing te vergroten. Daarbij zullen ook de activiteiten die in het kader van andere trajecten worden gezet, zoals zorgvraagzwaarte (spelregels), netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ nadrukkelijk worden betrokken. Ook samenhang met trajecten als de introductie HONOS (o.a. bij FZ) c.q. DSMV k omen daarbij aan de orde.

Wij stellen op hoofdlijnen de volgende stappen voor:

| Mijlpalen             | Ontwikkeling  | Besluit  |
|-----------------------|---|--|
| <b>16 april 2015</b>  | Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besluitvorming over vervolgstappen:</li> <li>• Projectstructuur/-governance</li> <li>• Beleidsnotitie, opdracht werkgroep Inhoud</li> </ul>  | Go-no-go inhoudelijke verkenning doorontwikkeling productstructuur GGZ |
| <b>30 april 2015</b>  | Invitationeel Engels model  |  |
| <b>Augustus 2015</b>  | Werkgroep Inhoud: Opstellen advies Inhoudelijk model  |  |
| <b>September 2015</b> | Projectorganisatie/werkgroep beleid: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bepalen impact voorstel werkgroep Inhoud</li> <li>• Werkgroep/voorstel Versnelling Informatievoorziening</li> <li>• Opstellen plan van aanpak/spoorboekje (in detail tot eind 2015, op hoofdlijnen 2016 en verder)</li> <li>• Bepalen consequenties voor release 2017 c.q.</li> </ul> |  |

<sup>4</sup> De uitwerking van dit onderdeel van het advies kan worden uitgewerkt door een in te stellen werkgroep Versnelling Informatievoorziening.



| Mijlpalen                            | Ontwikkeling  | Besluit   |
|--------------------------------------|---|---|
|                                      | aanmelden onderwerpen (voor oktober)  |   |
| <b>September 2015</b>                | Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties<br>Besluitvorming over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Advies werkgroep Inhoud</li> <li>• Plan van aanpak/spoorboekje doorontwikkeling</li> <li>• Vaststellen consequenties release 2017</li> </ul>  | Go-no-go: Start en aanpak project doorontwikkeling Productstructuur GGZ   |
| <b>September 2015- december 2015</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitwerken inhoudelijk model beschrijving zorgvraag</li> <li>• Uitwerken/monitoren plan van aanpak/spoorboekje ten aanzien: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beleid (wet- en regelgeving, privacy, etc.)</li> <li>○ Inhoud en analyse</li> <li>○ Implementatie in de praktijk</li> <li>○ Communicatie et cetera</li> </ul> </li> <li>• Melden evt. consequenties voor release 2017 bij NZa (uiterlijk oktober)</li> </ul> |   |
| <b>November/december 2015</b>        | Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties<br>Besluitvorming over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan van aanpak/spoorboekje doorontwikkeling 2016/2017</li> <li>• Vaststellen consequenties release 2017</li> </ul>   | Go-no-go: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vervolg projectactiviteiten 2016 en verder</li> <li>• Aanpassingen release 2017</li> </ul> |
| <b>2016/2017/2018</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nader uitwerken en monitoren spoorboekje onderdelen spoorboekje ten aanzien van: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beleid (wet- en regelgeving, privacy, etc.)</li> <li>○ Inhoud en analyse</li> <li>○ Implementatie in de praktijk</li> <li>○ Communicatie et cetera</li> </ul> </li> <li>• Melden evt. consequenties voor release 2018 bij NZa (uiterlijk oktober)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Go-no-go: Definitief Besluit NZa: februari t-1</li> <li>• Publicatie NZA: 1 juli t-1</li> </ul>      |
| <b>Februari 2016/2017</b>            | Besluit NZa over implementatie productstructuur GGZ in 2017   | Go-no-go: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definitief Besluit NZa: februari t-1</li> <li>• Publicatie NZA: 1 juli t-1</li> </ul>      |
| <b>November 2016/2017</b>            | Bestuurlijk overleg NZa – betrokken organisaties<br>Besluitvorming over: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan van aanpak/spoorboekje doorontwikkeling 2017/2018/2019</li> <li>• Melden consequenties release 2019 bij NZa</li> </ul>   | Go-no-go: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vervolg projectactiviteiten 2016 en verder</li> <li>• Aanpassingen release 2018</li> </ul> |

NB. De besluitvormingscyclus NZa zal wellicht worden aangepast. Het tijdschema dient in dat geval hierop te worden herzien.

## Bijlage A Korte terugblik op de ontwikkeling van de productstructuur DBC GGZ

Zowel in de Zvw als in de AWBZ is vanaf de begin jaren 2000 een start gemaakt met een omslag van een aanbod- naar een vraaggestuurd systeem. In het beoogde vraaggestuurde systeem onderhandelen zorgverzekeraars respectievelijk zorgkantoren en zorgaanbieders met elkaar over volume, prijs en kwaliteit van zorg. De burger is daarbij gepositioneerd als een consument die zoveel mogelijk zijn eigen keuzes kan, wil en moet maken. De overheid richt zich vooral op het bepalen van de algemene kaders. De Wlz, die per 1 januari 2015 de AWBZ heeft vervangen, kent vanwege de kenmerken van deze zorg - zorg aan kwetsbare cliënten met levenslange zorg(kosten) - over het algemeen minder vrijheden in contractering en prijsstelling dan de Zvw. Voor zorgkantoren is er bij de inkoop van zorg geen sprake van verzekeringstechnische risico's.

Herkenbare zorgprestaties vormen de basis voor de declaratie. Tevens bieden ze een belangrijk instrument om contractafspraken te maken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook vormen zorgprestaties een belangrijk hulpmiddel om patiënten, zorgverzekeraars en andere belanghebbenden inzicht te geven in de kwaliteit en doelmatigheid van de geboden zorg.



### *Ontwikkeltraject DBC GGZ*

Net als in andere zorgsectoren is in de GGZ gebouwd aan het tot stand brengen van herkenbare en kwantitatief geduide producten. Aan de projectgroep DBC, en in het bijzonder een landelijke werkgroep DBC-ontwikkeling GGZ (LWDO) is begin 2003 de opdracht gegeven om een model voor 'casemix' financiering in de GGZ op basis van Diagnose Behandeling Combinaties te ontwikkelen. Een DBC beschrijft het totale traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft, vanaf het eerste contact met de behandelaar tot en met de behandeling die hieruit eventueel volgt. Aan de werkgroep werd verzocht een DBC-model voor de GGZ te ontwikkelen dat leidt tot maximaal 50 hoofdgroepen van DBC's op basis waarvan zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over kwaliteit, prijs & volume van GGZ-zorg. Aanvullend werden volgende eisen aan het model meegegeven:

- Verschillen in zorgzwaarte moeten in het model tot uitdrukking kunnen komen.
- Er is een koppeling met de diagnosestelling op basis van de DSM-IV.
- Inzichten op het gebied van zorgprogrammering en richtlijnontwikkeling moeten worden meegenomen.
- Aansluiting met de 7 functionele aanspraken, die in het kader van de modernisering AWBZ worden onderscheiden, moet mogelijk zijn.
- De te registreren gegevens door professionals in de GGZ (ten behoeve van de implementatie van de DBC-systematiek) moeten voor professionals herkenbaar zijn en moeten bij voorkeur ook te gebruiken zijn voor kwalitatieve doeleinden.
- Het DBC-model voor de GGZ sluit aan bij het DBC-model zoals dat ontwikkeld is voor de curatief somatische zorg (project DBC 2003).

Door de projectgroep DBC GGZ, ondersteund door de LWDO, is in volgende jaren op basis van inhoudelijke inzichten en gegevensverzameling gewerkt aan de productstructuur. Een DBC in de GGZ is op dit moment opgebouwd uit activiteiten en verrichtingen en de daaraan bestede directe en

indirecte tijd. Op basis van de primaire diagnose, die wordt beschreven met behulp van de DSMIV, en de set van activiteiten en verrichtingen en de tijd die hieraan is besteed, wordt een bepaalde productgroep afgeleid. Hiervoor is gekozen omdat op basis van de beschikbare data alleen de primaire diagnose herkenbare verschillen in het zorgprofiel liet zien. Aan de circa 120 productgroepen behandeling en aan de verblijfsdagen (ingedeeld in een zevental verblijfsoorten) zijn maximum tarieven verbonden. Deze tarieven worden jaarlijks door de NZa vastgesteld.



#### *Ontwikkeltraject DB(B)C FZ*

Voor de Forensische Zorg is in 2006 een vergelijkbaar ontwikkeltraject gestart. De DB(B)C-systematiek ondersteunt een vraaggestuurde zorginkoop gericht op kwalitatief goede zorg, veiligheid van de samenleving en aansluiting op de GGZ. De in de GGZ ontwikkelde DBC's vormden bij de ontwikkeling van de DB(B)C-systematiek de leidraad; de DB(B)C's zijn specifiek voor de FZ geijkt. Voor het verblijf zijn sinds 2014 28 verblijfsoorten<sup>5</sup> van toepassing, waarbij de verblijfsintensiteit op dezelfde wijze als in de GGZ is ingedeeld (7 categorieën), met onderscheid naar beveiligingsniveau (4 categorieën). In 2015 wordt 70% van de forensische zorg bekostigd op basis van DB(B)C's; 30% nog op basis van productieparameters. In 2016 wordt de laatste stap gemaakt en wordt de zorg voor 100% op basis van DB(B)C's bekostigd.

---

<sup>5</sup> Voorheen waren het 3 x 4

## Bijlage B Voorbeeld Spoorboekje ontwikkeling en implementatie productstructuur DBC GGZ (2006)

SPOORBOEKJE 2<sup>de</sup> FASE: INVOERING DBC GGZ

| Mijlpalen   | Wanneer gerealiseerd? |
|---|-----------------------|
| Verplichte DBC registratie  | 1 januari 2006        |
| Verplichte levering gegevens aan DIS (met terugwerkende kracht per 1 januari) | 1 juni 2006           |
| Declaratie op basis van DBC's bij zorgverzekeraars                            | 1 januari 2007        |
| Bekostiging op basis van DBC's  | PM                    |
| (Gedeeltelijke) invoering vrije prijzen                                       | PM                    |

|           | <i>Instrumentarium, acties en ondersteuning door/voor partijen voor bereiken mijlpalen</i> | <i>Wanneer gerealiseerd?</i>                            | <i>Door wie?</i> | <i>Planning Verzekeraars</i>                          |
|-----------|--|---|------------------|---|
| <b>A.</b> | <b>Instrumentarium</b>   |   |                  |   |
|           | <b>Algemeen</b>  |   |                  |   |
| 1         | DBC- productstructuur 1 <sup>ste</sup> versie  | Gereed (december 2005)                                  | PO               |   |
| 2         | DBC – productstructuur 2 <sup>de</sup> versie  | Juni 2006   | PO               | Vaststelling maart 2006; oplevering eind januari 2006 |
| 3         | Audit op kwaliteit productstructuur  | Juni/juli 2006  | CTG              | Februari 2006   |
| 4         | Kostprijsmodel werkversie  | Gereed (november 2005)                                  |                  |   |
| 5         | Kostprijsmodel definitief  | Juni 2006 (gereed met definitieve DBC-registratiemodel) | PO               |   |
| 6         | Audit kostprijzen  | Juni 2006   | CTG              |   |
| 7         | Kaderregeling AO/IC voor vrijgevestigden   | Januari 2006  | CTG              |   |
| 8         | Onderzoek doorlooptijden DBCs  | Juli 2006   | PO               |   |
| 9         | Nulmeting op de AO/IC  | Juni 2006   | Coziek           | September 2006  |
|           |  |   |                  |   |
|           | <b>Registratie</b>   |   |                  |   |
| 10        | DBC registratiemodel werkversie  | Gereed (1 april 2005)                                   |                  |   |
| 11        | DBC registratiemodel definitief  | Juni 2006   | PO               |   |
| 12        | MDS GGZ  | Gereed (September 2005)                                 |                  |   |
|           |  |   |                  |   |
|           | <b>Validatie</b>   |   |                  |   |
| 13        | Specificaties validatie op basis van 1 <sup>ste</sup> versie productstructuur (werkversie) | Gereed december 2005                                    |                  |   |
| 14        | Definitieve specificaties validatie op basis van 2 <sup>de</sup> versie productstructuur   | Juni 2006   | PO               |   |
|           |  |   |                  |   |
|           | <b>Facturatie</b>  |   |                  |   |
| 15        | Vaststellen modelprocessen   | Mei 2006  | Werkgroep        |   |

|    |  |  |                         |              |
|----|--|--|-------------------------|--------------|
|    |  |  | facturatie              |              |
| 16 | El-standaard definitief  | Juni 2006  | Vektis                  |              |
| 17 | Ketentest DBC facturatie   | Vanaf augustus 2006                                      | Werkgroep facturatie    |              |
| 18 | Vaststellen declaratiebepalingen   | Februari 2006  | Op te richten werkgroep | Januari 2006 |
| 19 | Vaststellen lekenvertaling   | Juni 2006  | PO                      | Juni 2006    |
|    |  |  |                         |              |
|    | <b>DIS</b>   |  |                         |              |
| 20 | Pseudonimiseermodule   | Instellingen gereed 1/4/2006<br>Vrijgevestigden 1/6/2006 | IVZ                     |              |
| 21 | Bewerkerovereenkomst   | Maart 2006   | VWS                     |              |
| 22 | Test- en proeflevering MDS-GGZ aan DIS                                     | Februari – mei 2006                                      | Zorgaanbieders          |              |
|    |  |  |                         |              |
|    | <b>B. Wetgeving en Onderhoud</b>   |  |                         |              |
| 1  | DBC-Informatiesysteem (DIS) voor DBC GGZ                                   | Is gereed per 1/10/2005                                  | VWS                     |              |
| 2  | Gereedmaken Publiek onderhoud voor DBC GGZ                                 | December 2006  | CTG/ZAio en CVZ         |              |
| 3  | Gereedmaken Stichting DBC Privaat Onderhoud voor DBC GGZ                   | December 2006  | DBC Onderhoud           |              |
| 4  | Toetsen DBC's op aanspraken  | Juni 2006  | CVZ                     |              |
|    |  |  |                         |              |
|    | <b>C. CTG- Beleidsregels en circulaires</b>                                |  |                         |              |
|    | <b>Bestaande beleidsregels</b>   |  |                         |              |
| 1  | Beleidsregel/circulaire declaratiebepalingen voor 2006                     | Gereed (oktober 2005)                                    | CTG/ZAio                |              |
| 2  | Beleidsregel/circulaire levering MDS aan DIS                               | Gereed (oktober 2005)                                    | CTG/ZAio                |              |
|    |  |  |                         |              |
|    | <b>Aan te passen, bestaande beleidsregels</b>                              |  |                         |              |
| 3  | Beleidsregel invoering DBC's in de GGZ                                     | PM   | CTG/ZAio                |              |
| 4  | Beleidsregel kaderregeling GGZ AO/IC inzake DBC-registratie en facturering | PM   | CTG/ZAio                |              |
| 5  | Beleidsregel verplichte aanlevering en verspreiding Minimale Dataset GGZ   | PM   | CTG/ZAio                |              |
| 6  | Beleidsregel introductie DBC registratie                                   | PM   | CTG/ZAio                |              |
| 7  | Beleidsregel rente   | PM   | CTG/ZAio                |              |
|    |  |  |                         |              |
|    | <b>Nieuwe beleidsregels</b>  |  |                         |              |
| 8  | Beleidsregel validatiemodule   | PM   | CTG/ZAio                |              |
| 9  | Beleidsregel declaratiebepalingen 2007                                     | PM   | CTG/ZAio                | Maart 2006   |
| 10 | Beleidsregel productstructuur  | PM   | CTG/ZAio                |              |

|           |   |                    |                        |              |
|-----------|---|--------------------|------------------------|--------------|
| 11        | Beleidsregel onderlinge dienstverlening   | PM                 | CTG/ZAio               |              |
| 12        | Beleidsregel dubieuze debiteuren  | PM                 | CTG/ZAio               |              |
| 13        | Beleidsregel renteheffing   | PM                 | CTG/ZAio               |              |
| 14        | Beleidsregel dekking kapitaallasten (nog niet zeker)                              | PM                 | CTG/ZAio               |              |
|           |   |                    |                        |              |
| <b>D.</b> | <b><i>Budgetten en tarieven (WTG) en aanspraken (ZVW)</i></b>                     |                    |                        |              |
| 1         | Aanspraken ZVW voor over te hevelen curatieve GGZ                                 | Gereed             | CVZ                    | Maart 2006   |
| 2         | Handreiking overheveling (aanspraken)   | Februari 2006      | CVZ                    |              |
| 3         | Landelijke DBC-tariefslijsten   | Augustus 2006      | CTG/ZAio               | April 2006   |
| 4         | Vaststellen verrekentarieven per instelling                                       | Augustus 2006      | CTG/ZAio               | April 2006   |
| 5         | Vaststellen financieringswijze voor "witte vlekken"                               | Augustus 2006      | CTG/ZAio               | April 2006   |
|           |   |                    |                        |              |
| <b>E.</b> | <b><i>Ondersteunende acties en middelen</i></b>                                   |                    |                        |              |
| 1         | Monitoring  | Heel 2006          | VWS                    |              |
| 2         | Veegploeg   | Vanaf januari 2006 | VWS                    |              |
| 3         | Helpteam  | PM                 | Branche-organisaties   |              |
| 4         | Werkconferenties/ voorlichtingsbijeenkomsten voor instellingen en vrijgevestigden | PM                 | PO                     |              |
| 5         | Helpdesk  | Heel 2006          | PO                     |              |
| 6         | Kwartaalmailings  | 3x in 2006         | PO                     |              |
| 7         | Website DBC GGZ   | Heel 2006          | PO                     |              |
| 8         | E-learning  | Heel 2006          | DBC Onderhoud          |              |
| 9         | Website DBC Onderhoud   | Heel 2006          | DBC Onderhoud          |              |
| 10        | Voorlichtingsmateriaal voor zorgaanbieders  | Heel 2006          | Werkgroep communicatie |              |
| 11        | Voorlichtingsmateriaal voor patiënten, verzekerden                                | Heel 2006          | Werkgroep communicatie |              |
|           |   |                    |                        |              |
| <b>F.</b> | <b><i>Overig</i></b>  |                    |                        |              |
| 1         | Onderzoek naar administratieve lasten   | 1 juni 2006        | VWS                    |              |
| 2         | Privacy   | Februari 2006      | VWS/CBP                | Januari 2006 |
| 3         | Duidelijkheid over overgangsproblematiek  | September 2006     | VWS                    |              |
|           |   |                    |                        |              |