

Vergaderjaar 2004–2005

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 8**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 oktober 2004

Eind 2001 hebben toenmalig minister Borst en de koepels GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland gezamenlijk het besluit genomen om ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)<sup>1</sup> in te voeren (kamerstuk 2002–2003, 28 605, nr. 1 en kamerstuk 2003–2004, 29 248, nr. 1). In deze brief zal ik u informeren over de uitwerking van dit besluit. U zult een separate voortgangsrapportage ontvangen over de invoering van DBC's in de curatief somatische zorg.

#### **Inleiding**

Een belangrijke reden voor het besluit om DBC's in de GGZ in te voeren, was het bewerkstelligen van meer transparantie in de GGZ. Ook om in de toekomst een goede marktwerking in de zorg en een omslag van aanbod – naar vraagsturing mogelijk te maken is transparantie en een heldere en eenduidige producttaal noodzakelijk. DBC's leveren een cruciale bijdrage aan deze ontwikkeling. Eind 2003 is ook besloten om de extramurale GGZ en het eerste jaar van de intramurale GGZ per 1 januari 2006 over te hevelen naar de nieuwe zorgverzekeringswet (Kamerstuk 2003–2004, 23 619, nr. 19).

Een gevolg hiervan is dat de over te hevelen delen van de GGZ wat betreft de organisatie en financiering moeten aansluiten bij de curatief somatische zorg in het tweede compartiment. Dit betekent dat aangesloten wordt bij de ontwikkeling van DBC's, zoals die ook voor de curatief somatische zorg worden ontwikkeld.

#### **Terugblik**

##### **2002: Start project DBC-GGZ**

Voorafgaand aan het besluit om DBC's in te voeren in de GGZ, is een vooronderzoek uitgevoerd naar de haalbaarheid van een dergelijk bekostigingssysteem in de GGZ. De conclusie van dit vooronderzoek was

<sup>1</sup> Een DBC is een productomschrijving die een relatie legt tussen de zorgvraag van de cliënt en het zogenaamde zorgprofiel (het totaal aan activiteiten en verrichtingen die wordt ingezet om aan de zorgvraag tegemoet te komen). De zorgvraag wordt getypeerd op basis van de daartoe ontwikkelde typeringslijst die kenmerken van de cliënt bevat die een voorspellende waarde zullen hebben voor het zorgtraject dat zal volgen. Hierin speelt de diagnose een belangrijke rol, maar ook andere kenmerken als de aanleiding van de zorg en globale kenmerken van de behandeling.

dat het haalbaar is om de DBC-systematiek in de GGZ in te voeren. In 2002 is met de ontwikkeling van DBC's gestart. Voor de begeleiding van dit traject is de projectgroep DBC-GGZ ingesteld, onder voorzitterschap van VWS. Deze projectgroep bewaakt de voortgang van de ontwikkeling en de invoering van DBC's in de GGZ en bestaat uit vertegenwoordigers van de belanghebbende koepels, te weten: Zorgverzekeraars Nederland (ZN), GGZ Nederland (GGZ-N), de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten (NVVP), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en VWS. Het CTG is als adviseur betrokken bij de projectgroep.

De projectgroep DBC-GGZ heeft expliciet gekozen voor een zo groot mogelijke aansluiting bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek voor de curatieve somatische zorg (DBC 2003). Zowel in inhoudelijke zin als in de projectaanpak worden hierin belangrijke voordelen gezien.

Tegelijkertijd is afgesproken dat de DBC's ook moeten aansluiten bij de AWBZ-brede functiegerichte bekostiging. Op deze manier wordt de samenhang tussen de GGZ-cure en de GGZ-care na de overheveling in 2006 geborgd. De zorgaanbieder, die gefinancierd wordt zowel via de AWBZ als de nieuwe zorgverzekeringswet, hoeft op deze wijze zo min mogelijk met een dubbele registratie te werken. DBC's kunnen net als producten in de gehandicaptensector en de sector verpleging en verzorging binnen de AWBZ-brede functiegerichtebekostiging gebruikt worden als onderhandelingsinstrument.

Naast bovenstaande uitgangspunten heeft de projectgroep DBC-GGZ nog de volgende vier aanvullende uitgangspunten geformuleerd:

- 1 DBC's worden in eerste instantie ontwikkeld voor de meest voorkomende zorgvragen en de meest voorkomende activiteiten en verrichtingen (de zogenoemde 80-20 regel).
- 2 Gestreefd moet worden naar een zo eenvoudig mogelijke DBC-systematiek die tegelijkertijd zoveel mogelijk transparantie en openheid biedt. Om dit uit te werken is een landelijke werkgroep ingesteld die op basis van expertkennis, bestaande landelijke richtlijnen en ontwikkelingen op het gebied van zorgprogrammering een DBC-model ontwikkelt. Dit DBC-model bestaat uit een aantal hoofdgroepen (clusters) die zich kenmerken door medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit. Er wordt gestreefd naar het onderscheiden van maximaal 50 hoofdgroepen.
- 3 Het DBC-model wordt eerst top down ontwikkeld door experts, waarna het in 2003 gedurende drie maanden, bottom up, wordt getest door een zogenoemde eerste koplopergroep.
- 4 De behandelaren die DBC's vastleggen, moeten hun dagelijkse praktijk herkennen in hetgeen zij registreren. Bovendien moeten de gegevens die zij ten behoeve van de DBC-registratie vastleggen, door hen gebruikt kunnen worden voor andere kwalitatieve doeleinden.

### **2003: Eerste fase**

De eerste ontwikkelfase van het project is, dankzij de grote inzet van alle betrokkenen, volgens planning afgerond in januari 2004. Landelijke werkgroepen hebben in hoofdlijnen het DBC- en kostprijsmodel voor de GGZ ontwikkeld, en daarnaast de spelregels voor de DBC-registratie. Het DBC-model leverde 63 hoofdgroepen van DBC's op. Het DBC-model van de GGZ komt grotendeels overeen met dat van de ziekenhuizen. Het DBC-model is vervolgens gedurende drie maanden uitgetest door de eerste koplopergroep, bestaande uit twaalf GGZ instellingen en twee groepen van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. De erva-

ringen van de koplopers met het registreren van DBC's en met het berekenen van de kostprijzen en de analyse van de geregistreerde gegevens leidden tot enkele kleine aanpassingen aan het DBC-model, het kostprijsmodel en de spelregels. Met deze evaluatie is de eerste fase succesvol en binnen de planning afgerond.

De projectgroep DBC-GGZ heeft in november 2003 een Gemeenschappelijk Plan Van Aanpak DBC-GGZ (GPVA) opgesteld. In dit GPVA wordt aangegeven op welke wijze en onder welke condities het DBC-systeem voor de gespecialiseerde GGZ zal worden ingevoerd. Bij het GPVA DBC-GGZ is het GPVA DBC-Zorg als uitgangspunt gekozen en is zoveel mogelijk aangesloten bij de daar ontwikkelde afspraken, werkwijze en producten. Het GPVA DBC-GGZ vormt de basis voor de activiteiten die de projectgroep en de projectorganisatie in gang zetten voor de ontwikkeling van de DBC-systematiek in de GGZ.

#### **2004: Tweede fase**

De tweede fase is in april 2004 begonnen met de start van de tweede koplopergroep. Deze koplopergroep heeft als doel om voldoende kwalitatieve en kwantitatieve gegevens te registreren zodat op basis van die gegevens de productstructuur<sup>1</sup> in 2005 definitief vastgesteld kan worden. De tweede koplopergroep bestaat uit 27 GGZ-instellingen en 24 vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. De instellingen participeren met één of meer afdelingen. Omdat de beschikbare informatie uit de tweede koplopergroep nog niet voldoende representatief is voor de gehele GGZ, is besloten om in november 2004 te starten met een aanvullende derde koplopergroep die zal bestaan uit 20 instellingen en een groep vrijgevestigde psychotherapeuten. Van deze twintig instellingen zijn een zestal instellingen uit de tweede koplopergroep die uitbreiden met meerdere afdelingen. De belangstelling voor deelname aan de derde koplopergroep was groot. Er is kennelijk sprake van een grote implementatiebereidheid.

De invoering van DBC's bij de koplopers heeft nu al geleid tot een aantal positieve nevenontwikkelingen. Zo wordt door koplopers gemeld dat:

- deelname als koploper een positieve invloed heeft op de organisatie van het primaire proces.
- behandelaren consequenter (voorlopige) diagnoses stellen bij aanvang van de behandeling.
- door de registratie meer inzicht wordt verkregen in de directe en indirecte tijd van personeel, en dus ook in de interne organisatie/bedrijfsvoering.
- er geen fundamenteel bezwaar is gerezen tegen het DBC-model dat is opgesteld door de landelijke werkgroep, zodat aangenomen kan worden dat dit model goed aansluit op de praktijken.
- de instellingen nu de handen ineen slaan bij de inkoop van ICT bij ICT-leveranciers.

Verder verwacht ik dat in het komende jaar een verdere professionaliseringsslag zal ontstaan als de GGZ-aanbieders hun eigen ervaringen zullen vergelijken met de resultaten uit de CGAO (datawarehouse van de projectorganisatie) en de referentieprofielen. Dat zijn zorgprofielen die zijn opgesteld door deskundigen uit het veld, op basis van hun kennis over het huidige zorgaanbod.

---

<sup>1</sup> Dit is een landelijk bepaalde indeling van DBC's in DBC-productgroepen. De DBC-productgroepen voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria waarvan de belangrijkste zijn dat de DBC's binnen een productgroep medisch herkenbaar zijn en wat betreft kosten én inzet vergelijkbaar (= kostenhomogeen) zijn.

Door een werkgroep van vertegenwoordigers van de diverse partijen en VWS is een concept minimale dataset (MDS) voor de GGZ opgesteld die nu verder wordt ontwikkeld. Een MDS bevat alle gegevens die noodzakelijk zijn voor partijen om «hun werk» te kunnen doen in het tweede compartiment. Het gaat hierbij om de taken: toezicht, verantwoording, inkoop, declaratie en controle, onderhoud van DBC's en de verzekeraar-

budgettering. Deze taken vergen betrouwbare, volledige en tijdige informatiestromen tussen partijen.

De minimale dataset voor de GGZ komt nagenoeg overeen met de minimale dataset van de ziekenhuizen. Ook is de conceptversie van de minimale dataset GGZ afgestemd met het College Bescherming Persoonsgegevens.

### **Vooruitblik**

Tot aan de invoering van DBC's in de GGZ per januari 2006 is nog veel te doen.

In januari zal een grote groep van naar verwachting meer dan vijftig vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten starten met de DBC-registratie. Deze groep is te beschouwen als een vierde koplopergroep.

Verder valt qua voorbereidingen te denken aan het vaststellen van de productstructuur, het vaststellen van een Administratieve Organisatie en Interne Controle, het ontwikkelen van een validatiesysteem (tegen fraude) en het opstellen van beleidsregels. Daarnaast moet het DBC-informatiesysteem worden ingericht op gegevensaanlevering van GGZ DBC's en moeten het publieke en private onderhoudsorgaan zich voorbereiden opdat ze op tijd gereed zijn voor het onderhoud van GGZ-DBC's.

Ook zullen de verzekeraars en de aanbieders andere voorbereidingen treffen voordat ze kunnen werken met DBC's. Zo zullen ze naast de implementatie van het DBC-systeem, ook moeten leren onderhandelen met elkaar, en voor het eerst de geleverde zorg op persoonsniveau beoordelen/declareren.

In 2006 zullen alle GGZ-aanbieders hun productie in DBC's moeten gaan registreren. De huidige koplopers zullen een grote rol vervullen bij het overdragen van de door hen opgebouwde kennis naar anderen.

Nu het voornemen is om per januari 2006 de GGZ DBC's in te voeren en delen van de GGZ worden overgeheveld naar de nieuwe zorgverzekeringwet, wordt het noodzakelijk om de GGZ-preventie op een andere manier te gaan bekostigen. Zowel de collectieve als individuele preventie wordt nu geleverd door GGZ instellingen en in zijn totaliteit bekostigd uit de AWBZ. Instellingen en zorgkantoren maken daar productieafspraken over. De feitelijke preventieactiviteiten spelen zich echter op verschillend niveau af. Een gedeelte is gericht op individuen (individuele preventie) en/of gerelateerd aan *behandeling* van een individu (of is daar een integraal onderdeel van). Bij het andere gedeelte is sprake van vormen van collectieve preventie, waarbij activiteiten meer op «groepsniveau» worden aangeboden (bijvoorbeeld via leerkrachten op scholen, verpleegkundigen in verpleeghuizen, richting de bevolking als geheel of op risicogroepen).

De individuele preventie wordt onderdeel van de aanspraken in de nieuwe Zorgverzekeringswet omdat dit net als de over te hevelen GGZ sterk gerelateerd is aan behandeling. Deze individuele preventie wordt meegenomen bij de DBC-ontwikkeling in de GGZ. De koplopers houden het in hun logboeken bij als er vormen van individuele preventie zijn die niet in DBC's zijn in te passen, hiervoor zal dan een andere productomschrijving worden vastgesteld.

De collectieve preventieactiviteiten vertonen grote overlap met de taken van gemeenten op het terrein van de openbare (geestelijke) gezondheidszorg die geregeld zijn in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en met de gezondheidsbevordering. De verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie wil ik daarom overhevelen naar de gemeenten. Hierbij denk ik aan de Wet collectieve preventie volksgezondheid of Wet maatschappelijke ondersteuning. In overleg met het veld zal nadere uitwerking plaatsvinden in 2005. Uiteraard laat dit onverlet dat GGZ-instellingen door

de gemeenten betrokken kunnen worden bij de uitvoering van de collectieve preventie, zodat een integrale uitvoering geborgd is.

Ik realiseer me dat de invoering van DBC's en de overheveling van delen van de GGZ naar de nieuwe zorgverzekeringswet in 2006 veel aanpassingen vergen van de GGZ-aanbieders en de zorgverzekeraars. VWS zal waar mogelijk de inspanningen die dit van partijen vraagt faciliteren en ondersteunen.

De invoering van DBC's vergt nog grote inzet van alle betrokken partijen, maar gezien de huidige resultaten twijfel ik er niet aan dat we in 2006 al een grote stap kunnen zetten en dat we kunnen beginnen met de invoering van DBC's in de GGZ.

Ik zal u nader informeren zodra ik aan het eind van het jaar een besluit heb genomen over de exacte stappen van het invoeringsmodel in 2006.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst