

DBC GGZ: een probleemanalyse en oplossingsrichtingen

Visiedocument van de commissie financiering & bekostiging van GGZ Nederland

1. Aanleiding

Aanleiding tot deze notitie is de kritiek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de huidige DBC-systematiek. Die kritiek is onder meer neergelegd in het rapport “Verbetering werking DBC-systeem GGZ”, waarin als oplossing de ontwikkeling van de zogenaamde ‘DBC-matrix’ wordt bepleit. De consultatieronde over het rapport en voorstel leverde vooral negatieve reacties op. Uitkomst van deze consultatie was dat het Ministerie van VWS constateerde dat de probleemanalyse van de NZa weliswaar (deels) herkenbaar was, maar niet breed werd gedeeld in het veld. De voorgestelde oplossing in de vorm van een DBC-matrix, die voorzag in de bekostiging van losse activiteiten en verrichtingen, werd mede daarom van de hand gewezen. De conclusie was dat vastgehouden zou moeten worden aan prestatiebekostiging op basis van DBC’s, op voorwaarde dat de opmerkingen van de NZa opgepakt zouden worden door het veld. Hierbij werd vooral gewezen in de richting van GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), in samenwerking met de NZa en DBC-Onderhoud. GGZ Nederland heeft besloten het initiatief naar zich toe te trekken en wil graag met deze notitie daartoe een start maken.

Deze notitie start met een korte historische analyse van de ontwikkeling van de DBC GGZ. Zonder kennis van deze historie is een goede probleemanalyse niet mogelijk. Vervolgens worden de belangrijkste problemen van de huidige DBC productstructuur geanalyseerd en worden er oplossingsrichtingen aangereikt. Het gaat hierbij vooral om (1) de grofmazigheid van de productstructuur in relatie tot zorgzwaarte, (2) de mogelijkheid van strategisch gedrag en (3) de instabiliteit van kostprijsberekeningen.

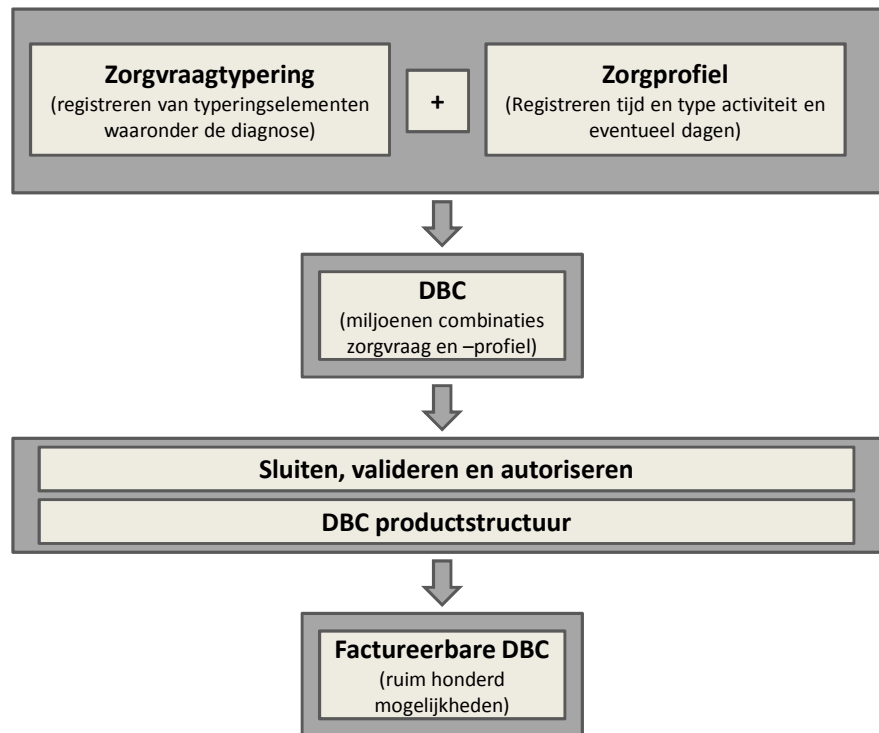
2. De ontwikkeling van de productstructuur DBC GGZ

De wijziging van het zorgstelsel maakte een andere wijze van bekostiging van de ggz noodzakelijk. Het gaat hierbij om de overheveling van de curatieve ggz van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en daarmee de introductie van marktwerking in de ggz. De bestaande budgetparameters waren immers gebaseerd op activiteiten en verrichtingen en brachten niet het totale behandelproces rondom individuele patiënten in beeld. Daarnaast hadden de budgetparameters in de loop der jaren geleid tot diverse perverse prikkels, vooral omdat kosten en opbrengsten op de verschillende parameters per doelgroep aanzienlijk uiteen liepen. Zo is het binnen het budgetstelsel financieel aantrekkelijker om patiënten met relatief eenvoudige problematiek te behandelen dan om patiënten met complexe problematiek te behandelen. Er werd daarom een opdracht verstrekt om, mede op basis van het toentertijd vigerende DBC-systeem in de ziekenhuiszorg, ten behoeve van de ggz een nieuw bekostigingssysteem te ontwikkelen, inclusief spelregels, kostprijzen en een productstructuur. Capgemini, die reeds ervaring had in het kader van de DBC Zorg, kreeg die opdracht. Mede vanuit de ervaringen die met DBC’s waren opgedaan in de ziekenhuizen, werd als uitgangspunt geformuleerd dat er bij de ontwikkeling van de DBC productstructuur een goede balans zou moeten worden aangebracht tussen medische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit en hanteerbaarheid.

2.1 Hanteerbaarheid

Ten behoeve van de hanteerbaarheid werd een met spelregels omgeven systeem ontwikkeld (zie de figuur) waarbij eerst de zorgvraag van de patiënt getypeerd wordt en vervolgens, in het kader van het registreren van de bestede tijd aan activiteiten en verrichtingen, een

zorgprofiel ontstaat. De combinatie van de zorgvraagtypering en het zorgprofiel vormt de individuele DBC van de patiënt. Door het grote aantal typeringselementen en gezien de grote verschillen in bestede tijd en de vele typen activiteiten ontstaan dan vele miljoenen combinaties van typeringselementen en zorgprofielen.



Vanuit een denkwijze dat elke patiënt uniek is had dit, net zoals bij de ziekenhuiszorg is gebeurd, een productstructuur op kunnen leveren met vele duizenden productgroepen. Hier is echter destijds, vanuit het oogpunt van hanteerbaarheid, niet voor gekozen. Er werd een Landelijke Werkgroep DBC-ontwikkeling (LWDO) ingesteld met een groot aantal experts op verschillende deelgebieden. Deze werkgroep had onder meer als taak om, aan de hand van inhoudelijke overwegingen in combinatie met uitgebreide statistische analyses, DBC's te groeperen en wel zodanig dat een hanteerbaar aantal productgroepen zou ontstaan. In latere instantie zijn deze principes ook overgenomen in de nieuwe systematiek van de ziekenhuizen (DOT).

2.2 Herkenbaarheid van de zorgvraag en kostenhomogeniteit

Bij het creëren van productgroepen was een van de uitgangspunten om de vraag (de zorgvraagtypering) zo goed mogelijk terug te laten komen in de productstructuur en wel met name daar waar verschillen in die zorgvraag ook zouden kunnen leiden tot verschillen in kostenhomogeniteit van de productgroepen. Bij de statistische analyses bleek echter dat er niet of nauwelijks elementen uit de zorgvraagtypering konden worden geïdentificeerd die waren gerelateerd aan betekenisvolle verschillen in zorgprofiel met een afwijkende kostprijs. Zo leverden aspecten als suïcidaliteit, problemen met de Nederlandse taal en comorbiditeit gemiddeld over het land geen duidelijk ander zorgprofiel met een afwijkende kostprijs. Kortom, verschillen in zorgvraag vormden aldus geen aanleiding tot een verdere differentiatie in de productstructuur met aparte kostenhomogene productgroepen. Alleen de primaire diagnose liet voor de experts herkenbare verschillen in het profiel zien met, overigens beperkte, verschillen in kostprijs. Om de medische herkenbaarheid in de productstructuur te behouden is er daarom voor gekozen om uitsluitend een aantal primaire diagnoses wel terug te laten komen in de hoofdgroepen.

2.3 Herkenbaarheid van het aanbod en kostenhomogeniteit

Anders dan bij de zorgvraagtypering bleek dat het voorkomen van bepaalde behandelactiviteiten wel effect had op de kostenhomogeniteit van producten in de productstructuur. In de eerste versie van de productstructuur was dit met name opvallend voor de activiteit psychotherapie, terwijl in een latere versie ook farmacotherapie effect bleek te hebben op de kostenhomogeniteit. Deze effecten bleven evenwel beperkt en waren niet stabiel en kwamen daarom in volgende versies van de productstructuur te vervallen. Uiteindelijk bleken dus ook verschillende activiteitenprofielen geen aanleiding te vormen voor de introductie van specifieke kostenhomogene productgroepen in de productstructuur. Verreweg de sterkste factor om te komen tot onderscheidende kostenhomogene productgroepen in de productstructuur vormde de factor tijd in het zorgprofiel. Statistische analyses hebben uiteindelijk geleid tot de tijdsindelingen zoals die nog steeds gehanteerd worden in de productstructuur.

3 Problemen met de productstructuur

3.1 Sensitiviteit voor verschillen tussen zorgaanbieders onvoldoende

Gemiddeld in Nederland bleken de zorgtypering en het zorgprofiel (met uitzondering van de tijdsbesteding) dus statistisch niet gerelateerd aan kosten. Zoals hierboven beschreven heeft die constatering er toe geleid dat er, afgezien van de primaire diagnose en de factor tijd, geen verdere differentiatie tussen kostenhomogene productgroepen is gecreëerd. Maar wat gemiddeld voor Nederland geldt is echter niet automatisch van toepassing op individuele zorgaanbieders. Het is om verschillende redenen aannemelijk dat er systematische en betekenisvolle kostenverschillen tussen individuele aanbieders bestaan, die je statistisch niet opmerkt als er alleen naar landelijke gemiddelden kijkt. Zo is het niet onwaarschijnlijk dat een instelling die de zorgvraag van patiënten systematisch aan de hand van richtlijnen koppelt aan het aanbod, gemiddeld met andere zorgprofielen en kostprijzen te maken heeft dan een instelling die niet volgens de richtlijnen werkt. Een ander voorbeeld wordt gevormd door zorgaanbieders die zich richten op een specifiek doelgroep. Het is te verwachten dat deze specialistische aanbieders niet uit komen met een tarief dat is gebaseerd op de gemiddelde kostprijsberekening in Nederland. Denk hierbij bijvoorbeeld aan strak omschreven zorgpaden, die gemiddeld boven het gemiddelde binnen de tijdsranges uitkomen of om de inzet van gemiddeld duurdere professionals vragen. Hier lijkt de kern te liggen van de kritiek van de NZa, waar zij stelt dat de productstructuur in de GGZ te grofmazig is voor aanbieders die aantoonbaar een ander gemiddeld zorgprofiel hebben naar aanleiding van de zorgvraag. Dit geldt natuurlijk in het bijzonder als er vaste tarieven worden gehanteerd. Het verdient geen verdere toelichting dat dit probleem moet worden opgelost, in elk geval voor die aanbieders die kunnen aantonen dat het gemiddelde zorgprofiel een terechte en doelmatige inzet is van middelen in het kader van de bestaande zorgvraag.

3.2 Brede tijdsranges en strategisch gedrag

In de DBC GGZ wordt gewerkt met betrekkelijk brede tijdsranges. Hierboven hebben we gezien dat de gemiddelde bestede tijd aan het zorgprofiel voor individuele aanbieders ongunstig kan liggen in een tijdsrange. Dit probleem wordt groter naarmate de tijdsranges breder zijn en kleiner naarmate de tijdsranges smaller worden. Een ander probleem van brede tijdsranges is de mogelijkheid dat deze oproepen tot strategisch gedrag van aanbieders (de zogenaamde upcoding). Hoewel DBC Onderhoud een notitie hierover voortijdig terugtrok omdat het bestaan van upcoding nog onvoldoende statistisch was onderbouwd, zijn dergelijke vormen van strategisch gedrag zeker niet ondenkbeeldig.

4 Oplossingsrichtingen

4.1 Aanpassingen productstructuur n.a.v. zorgvraag beperken tot bestaande agenda

Gezien de ervaringen van de afgelopen jaren lijkt een exercitie om, afgezien van de al vastgestelde doorontwikkelagenda, te komen tot nadere differentiatie van de productgroepen op basis van de verschillen in zorgvraag niet zinvol. Het is niet reëel te verwachten dat nadere differentiatie zal leiden tot nieuwe stabiele kostenhomogene productgroepen. Bovendien zou verdere differentiatie de hanteerbaarheid van de DBC-productstructuur niet ten goede komen en het zou de opgebouwde gegevensset over de ggz ernstig verstoren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn juist bezig om meerjarige stabiele informatie op te bouwen die nodig is voor verbetering van het risicovereveningsmodel en snelle afbouw van de ex post nacalculaties op ggz. Wijzigingen in de productstructuur zijn in het kader van de risicoverevening een ongunstige ontwikkeling.

4.2 Invoering van flexibele of bandbreedtetarieven

De oplossing zal veeleer gezocht moeten worden in de flexibiliteit van het tarief voor de uiteindelijk te factureren DBC. Dit tarief zou geheel flexibel kunnen zijn maar ook binnen een door de NZa vast te stellen bandbreedte kunnen vallen. Voor de laatste mogelijkheid geldt dat kostprijsanalyses van DBC-Onderhoud de basis voor deze bandbreedte moeten vormen. Hoewel de stabiliteit van kostprijsberekeningen dan nog steeds een aandachtspunt is, zal dit minder problemen opleveren. Daarnaast heeft DBC Onderhoud door de ervaringen met de RG03 handvatten om te komen tot een stabielere release. De bandbreedte moet zodanig zijn dat in principe alle zorgaanbieders de zorg financieel rendabel aan kunnen blijven bieden.

4.3 Bewijslast – inzicht geven

Bij flexibele tarieven komt een zekere bewijslast te liggen bij de aanbieder die wel moet kunnen aantonen dat eventuele lokale afwijkingen ten opzichte van gemiddelde landelijke zorgprofielen in de ggz (1) gerelateerd zijn aan lokale afwijkingen in zorgvraag en (2) doelmatig zijn. Immers, bij specifieke zorgvragen kunnen gemiddeld duurdere behandelingen wel degelijk doelmatig zijn. De zorgaanbieder kan dit inzicht bijvoorbeeld via de systematiek van zorgpaden geven. Ook met de huidige DBC-systematiek kan dit in redelijke mate aangetoond worden. Hoewel de 'bovenliggende' productstructuur grofmazig is, bevat het 'onderliggende' administratieve systeem veel gegevens over de zorgvraag en het zorgprofiel (de zogenaamde DIS gegevens). Deze fijnmazige informatie biedt diverse mogelijkheden om verschillen in zorgvraag en daaraan gekoppelde verschillen in zorgprofiel zichtbaar te maken en het verschil in prijs te onderbouwen.

4.4 Toevoegen typeringselementen

Een aantal typeringselementen die nog aanwezig waren in het eerste DBC-model, zoals bijvoorbeeld suïcidaliteit en problemen met de Nederlandse taal, bleek geen effect te hebben op de gemiddelde kostprijs en het gemiddeld zorgprofiel in Nederland. Daarom vormen deze elementen inmiddels geen onderdeel meer van het huidige DBC-model. Het is echter niet onwaarschijnlijk dat deze of andere elementen in de zorgvraagtypering toch van waarde kunnen zijn voor individuele zorgaanbieders in het kader van de hierboven aangeduide bewijslast (zie paragraaf 4.3). Het verdient derhalve aanbeveling om DBC-Onderhoud met het veld te laten inventariseren en onderzoeken welke elementen ontbreken die wel van waarde zijn.

4.5 Verkleinen of opheffen tijdranges

Een goede oplossing om de mogelijkheid van strategisch gedrag tegen te gaan is het verkleinen of eventueel zelfs afschaffen van de tijdranges. Verkleinen levert meer productgroepen op en daarmee beperking van de hanteerbaarheid, alhoewel het een overzichtelijke uitbreiding betreft en de complexiteit van de productstructuur nauwelijks vergroot. Afschaffen van de tijdranges is weliswaar beter voor de hanteerbaarheid, maar levert wel een extra, mogelijk complicerend element in de onderhandelingen met de

zorgverzekeraar. Beide oplossingen zijn mogelijk en moeten worden vergeleken t.a.v. hun consequenties.

4.6 Onderhandelen in PxQxT

Zo ontstaat er een situatie waarin aanbieders en zorgverzekeraars niet alleen onderhandelen over de aantallen DBC's (Q), zoals dat nu het geval is, maar ook over de prijs (P) per besteed uur en de gemiddelde tijdsbesteding per patiënt afhankelijk van de doelgroep (T). Als er straks ook kwaliteits- en benchmarkgegevens uit de Routine Outcome Monitoring (ROM) en de CQ beschikbaar komen, dan ontstaat een ideale uitgangssituatie voor onderhandelingen.

4.7 Specifieke zorgaanbieders

Er zijn zeer specialistische zorgaanbieders, die voor het totale GGz-veld van grote waarde zijn, die bij een vast tarief (gebaseerd op gemiddelde kostprijzen) of een te kleine bandbreedte niet kunnen voortbestaan. Veelal betreft het zelfstandige specialistische zorgaanbieders die met een specifiek zorgaanbod een specifieke patiëntendoelgroep bedienen en een landelijke behandelfunctie en/of kennisfunctie hebben. De problematiek van deze instellingen is bekend bij VWS, NZa en DBC-Onderhoud en is opgenomen in de DBC-doorontwikkelagenda. De insteek om de zorgzwaarte bij deze instellingen zichtbaar te maken gebruikmakend van de DSM IV classificatie heeft helaas vooralsnog geen passende oplossing opgeleverd. Invoering van prestatiebekostiging in 2012 mag vanzelfsprekend niet betekenen dat enkel door een systeemwijziging in de bekostiging hoogwaardige expertise en zeer gespecialiseerde patiëntenzorg verloren gaat.

Als onderdeel van de DBC-doorontwikkelagenda moet een oplossing voor de langere termijn worden uitgewerkt, waarbij het voorstel is dit door de NZa tezamen met (een vertegenwoordiging van) de betrokken instellingen voor te laten bereiden.

5. **Conclusie**

Bij de ontwikkeling van de DBC GGZ zijn drie criteria gebruikt: hanteerbaarheid, medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit. Er is, zeker in vergelijking tot de DBC's in de ziekenhuiszorg, een zeer hanteerbare systematiek ontstaan met een beperkt aantal DBC's en productgroepen. In de afgelopen jaren is een aantal problemen gesignaleerd, onder meer door de NZa. De belangrijkste problemen betreffen onder meer de beperkte sensitiviteit voor systematische verschillen tussen aanbieders, de brede tijdsranges en de mogelijkheid tot strategisch gedrag.

Het bestuur van GGZ Nederland onderkent de kritiek op de DBC GGZ ten dele, maar is van mening dat deze vrij eenvoudig kan worden opgelost. In elk geval wijst zij verdergaande uitsplitsing in de productstructuur op basis van analyses van DBC-Onderhoud over gemiddelde zorgprofielen in Nederland als oplossing van de hand. Gelet op de ervaringen met verdere uitsplitsing tot nu toe is niet te verwachten dat de problematiek op deze wijze kan worden opgelost.

Het bestuur stelt voor om de oplossing te zoeken in een totaalpakket bestaande uit:

1. invoering van flexibele of bandbreedtetarieven
2. bewijslast voor afwijkingen leggen bij instellingen
3. eventueel toevoegen van typeringselementen en
4. het verkleinen van tijdranges.

Door de systematiek stabiel te houden kunnen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders meer risico gaan lopen, waarmee aan een randvoorwaarde voor definitieve invoering van

prestatiebekostiging wordt voldaan. Definitieve invoering van prestatiebekostiging aan de hand van de verbeterde DBC-systematiek met bandbreedtetarieven in 2012 betekent ook dat de verantwoordelijkheid voor toenemende kosten van de ggz niet alleen moet komen te liggen bij de zorgverzekeraars en de gebudgetteerde aanbieders, maar ook bij de niet-gebudgetteerde aanbieders. Op die manier ontstaat een rechtvaardig level playing field dat de doelmatigheid van de ggz optimaal stimuleert.

Bestuur
GGZ Nederland
15 maart 2011

Bijlage: De VWS randvoorwaarden bij de invoering van prestatiebekostiging in relatie tot het visiedocument van het bestuur van GGZ Nederland ten aanzien van de DBC GGZ.

Bijlage bij visiedocument dbc ggz

De VWS randvoorwaarden bij de invoering van prestatiebekostiging in relatie tot het visiedocument van GGZ Nederland ten aanzien van de DBC GGZ

Eind 2009 heeft VWS een aantal randvoorwaarden opgesteld bij de invoering van de prestatiebekostiging binnen de GGZ. Het visiedocument van GGZ Nederland ten aanzien van de DBC GGZ past binnen die randvoorwaarden.

Inzicht in kwaliteit

De productstructuur DBC GGZ vormt primair de basis voor de bekostiging. Het is op zichzelf staand niet bedoeld als kwaliteitsinstrument, maar biedt door de vele data op het gebied van zorgvraagtypering en zorgprofielen een schat aan inhoudelijke informatie, waarmee aanbieders inhoudelijke keuzes op basis van kwaliteitsoverwegingen aantoonbaar kunnen maken. Daarnaast vormen ROM en CQ, naast een schat aan inkoopcriteria van de zorgverzekeraars, voldoende borging om een overstap naar een prestatiebekostiging te maken.

Een goede en stabiele productstructuur

De invoering van de DBC productstructuur heeft de afgelopen jaren geleid tot een schat aan informatie over het primaire proces bij aanbieders en verzekeraars. Hierdoor is een nieuw samenspel ontstaan tussen zorgverzekeraars en aanbieders, waarin keuzes in de zorg en kwaliteit van zorg een prominente plaats hebben ingenomen. In die zin heeft de productstructuur zich al aardig bewezen. De reeds opgezette doorontwikkelagenda van DBC-Onderhoud kan ons inziens bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de DBC productstructuur.

Juiste DBC tarieven

Het invoeren van bandbreedtetarieven (dus geen vrije tarieven) zal de jarenlange discussie over het al dan niet toereikend zijn van bepaalde tarieven doen doven. Aanbieders kunnen aan de hand van hun eigen zorgprofielen onderbouwd aantonen wat een adequaat tarief is. De bandbreedte zal gebaseerd moeten zijn op actuele kostprijzen. Op basis van gegevens vanuit DBC-Onderhoud kan de NZa dan per hoofdgroep komen tot een bandbreedtetarief.

Risicodragendheid zorgverzekeraars

Een ex ante-model moet de zorgkosten goed voorspellen. Inmiddels is voldoende betrouwbare data voor een ex ante-normering beschikbaar. Van belang is hierbij dat de DBC productstructuur doorontwikkeld wordt op basis van de ingezette lijn zoals in de voorstellen in onze notitie.

Eenduidige diagnostiek en indicatiestelling

Ook hier ligt de hoofdrol bij aanbieders/behandelaars. Meerdere zorgaanbieders werken momenteel met een systematiek van zorgpaden op basis van patiëntenkenmerken. Triage zorgt dan voor de keuze voor het juiste zorgpad. Deze werkwijze wordt dan zichtbaar in de voorstellen van de afzonderlijke aanbieders richting de zorgverzekeraars, waarbij de profielen toenemend staan voor specifieke zorgpaden op basis van eenduidige diagnostiek en indicatiestelling. De productstructuur DBC GGZ biedt hier een uitstekende basis voor. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren in hun inkoopcriteria de systematiek van zorgprogramma's en zorgpaden opgenomen.

Voorkomen ongewenst grote volumestijgingen en beheersbaarheid macrokader

Prestatiebekostiging op zich hoeft niet te leiden tot een ongewenst grote volumestijging. Hier ligt een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de verschillende partijen t.a.v. de te maken keuzes. Van belang is dat niet alleen gebudgetteerde aanbieders de verantwoordelijkheid dragen voor het beperken van volumestijging, maar alle aanbieders.

Minimaliseren ongewenste systeemeffecten

Het verkleinen van de tijdsranges of het verlaten van tijdsranges is een goede oplossing om de mogelijkheid van strategisch gedrag tegen te gaan.