

College Bescherming Persoonsgegevens
T.a.v. mevrouw mr. dr. J. Beuving
Postbus 93374
2509 AJ DEN HAAG

Ons kenmerk CZ/GGZ-2728372	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp DBC-declaratiestructuur in de GGZ		Bijlage(n)	Uw brief

Geachte mevrouw Beuving,

Ik zeg u dank voor de toezending van het advies van het College bescherming persoonsgegevens (18 september 2006, kenmerk Z2006/00205) over de DBC-declaratiestructuur in de geestelijke gezondheidszorg (ggz).

In het advies spreekt het CBP uit dat, gezien de keuze van de wetgever voor een stelsel op basis van verzekering, in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geen principiële belemmering is gelegen voor de vermelding van diagnoseclassificatie-informatie op de GGZ-declaratie ten behoeve van de zorgverzekeraar. Daaraan voegt het College toe dat vermelding van dergelijke informatie op de declaratie alleen rechtmatig is in de zin van de Wbp indien en voor zover is aangetoond dat die informatie noodzakelijk is.

Dat is een belangrijk uitgangspunt, dat perspectief biedt om te komen tot de (verdere) ontwikkeling van een solide declaratiestructuur die past in het zorgstelsel, en die anderzijds voldoet aan de daaraan op grond van de Wbp te stellen eisen. Ten aanzien van de noodzaak van diagnoseclassificatie-informatie stelt het College nog enkele vragen met betrekking tot lang ambulante zorg, die ik graag beantwoord.

Gezien de overwegingen die het College heeft gewijd aan de kort ambulante en klinische behandeltrajecten geef ik eerst daarop een reactie.

Kort ambulante en klinische zorg

Bij de ontwikkeling van de DBC-structuur, zoals die de afgelopen jaren op grond van geregistreerde data in de zorginstellingen is ontwikkeld, heeft VWS zich, zoals u vaststelt, op het standpunt gesteld dat vermelding van diagnoseclassificatie-informatie op de declaratie niet noodzakelijk is in de zin van de Wbp, als die informatie niet voldoende onderscheidend vermogen heeft in relatie tot de uitgevoerde behandeling en de daarmee samenhangende kosten. Bij kort ambulante en klinische trajecten in de GGZ heeft de diagnoseclassificatie op dit moment niet het bedoelde onderscheidend vermogen, zodat vermelding van diagnoseclassificatiegegevens in deze trajecten niet noodzakelijk is in de zin van de Wbp, en dan ook niet wordt voorgesteld.

Ik stel vast dat, mocht in de toekomst voor de kort ambulante en klinische trajecten de diagnoseclassificatiegegevens wel het bedoelde onderscheidend vermogen ontwikkelen, wij gelet op uw standpunt opnieuw overleg moeten voeren.

VWS

Lang ambulante zorg

Het ministerie van VWS heeft in de notitie van 24 juli jongstleden de overwegingen gegeven bij zijn opvatting dat bij de lang ambulante behandeltrajecten diagnoseclassificatie-informatie onderscheidend vermogen heeft in relatie tot de uitgevoerde behandeling en de daarmee samenhangende kosten, en dat vermelding van diagnoseclassificatie-informatie op de declaratie daarmee noodzakelijk is. Voor het voorstel om bij de vermelding van diagnoseclassificatie-informatie op de declaratie 14 diagnosehoofdgroepen te onderscheiden, heeft het CBP de vereiste onderbouwing van de gestelde noodzaak nog niet (volledig) aangetroffen. Uw College vraagt:

- 1) waarom niet volstaan kan worden met het clusteren van diagnoseclassificaties die tot een zelfde of vergelijkbare behandeling/behandelingsduur en tot een zelfde tarief leiden, zodat in plaats van 14 hoofdgroepen kan worden volstaan met bijvoorbeeld de (vanuit het veld aan het College gesuggereerde) volgende vier groepen: korte, middellange, lange en extra lange therapie;
- 2) wanneer VWS zou menen dat dergelijke informatie op de declaratie niet volstaat, dat specifiek toe te lichten aan de hand van de concrete controletaken van de verzekeraar;
- 3) inzichtelijk te maken waarom geen verdere indikking (van de 14 hoofdgroepen) mogelijk is.

Alvorens deze vragen te beantwoorden, wil ik nog eens benadrukken dat bij de ontwikkeling van het voorstel, dat in nauwe samenspraak met de zorgsector tot stand is gekomen en waarvoor binnen die sector ook een breed draagvlak bestaat, de declaratiesystematiek niet geïsoleerd is gezien, maar in nauwe samenhang met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de burger. Het is deze houding, die ten grondslag heeft gelegen aan de weging van medische herkenbaarheid van de prestatie, de kostenhomogeniteit van de prestatie en de hanteerbaarheid (het systeem mag niet te complex worden door het aantal prestaties) aan de ene kant, en privacy-aspecten aan de andere kant. Zo is er sprake van een aanzienlijke vergroving door niet de individuele diagnose zelf, maar de classificatie van de diagnose op de declaratie te vermelden, en door daarbij geen informatie te betrekken over somatische stoornissen, omgevingsfactoren (zoals opvoedings-, werk-, woon-, financiële problemen of problemen met justitie) en de zwaarte van de problematiek (as 5: de zogenaamde Gaf-scores). Daarnaast is ten aanzien van de informatie over de primaire diagnose (as 1 en 2) volstaan met het hoogste niveau, behoudens enkele diagnoseclassificatiegroepen waarin een verdere uitsplitsing noodzakelijk is. Ik verwijs daartoe naar de eerder verstrekte informatie en naar de informatie die volgt onder Ad 3.

Ad 1- Clustering in vier groepen?

In de notities die ten grondslag hebben gelegen aan het advies van het CBP is uitgebreid ingegaan op het nieuwe zorgstelsel, de daaraan ten grondslag liggende doelstellingen, en de rol van het declaratieverkeer daarin.

Daarnaast is uitdrukkelijk aandacht besteed aan de criteria die van belang zijn bij de ontwikkeling van prestatiebeschrijvingen: behalve kostenhomogeniteit ook medische herkenbaarheid en hanteerbaarheid. Ik zal dat hier niet herhalen.

VWS

Ik begrijp het door het College genoemde voorbeeld zo, dat wordt voorgesteld voor elk van de vier groepen op basis van een 'gemiddelde' behandeling een 'gemiddeld' tarief te hanteren. Een dergelijke declaratiestructuur van vier groepen/prijzen zonder diagnose-informatie, maar gebaseerd op een zelfde behandelduur en gelijke kosten, vertoont ernstige tekortkomingen. Ik zal dat onderbouwen.

Bij lang ambulante zorg is de feitelijke situatie nu eenmaal zo, dat zich grote verschillen kunnen voordoen wat betreft behandelduur, inhoud van de behandeling, de betrokken behandelaars en de daarmee gemoeide kosten, *die uiteindelijk terug te voeren zijn op de gestelde (hoofd- of sub-)diagnose*. Dat gegeven brengt met zich mee dat bij een clustering in vier groepen, zoals door het CBP als voorbeeld gegeven, die verschillen buiten beschouwing zouden worden gelaten. Voor de concrete effecten daarvan verwijs ik naar bijlage 1. Dat is om de volgende redenen niet aanvaardbaar:

- 1) Er treedt door het bijeenvoegen en van één prijs voorzien van uiteenlopende behandelingen (waaraan in werkelijkheid een ander prijskaartje hangt) een enorme vergroving op van de kostenrange. Hierdoor wordt het verband tussen de prijs en de werkelijke kosten verbroken. Dat leidt ertoe dat voor sommige behandelingen een (veel) hoger tarief geldt, dan op grond van de behandeling gerechtvaardigd is, en voor andere behandelingen weer een (veel) lager tarief. Dat geeft een prikkel voor ongewenste gedragseffecten bij zorgaanbieders¹, kan leiden tot een (door het mogelijk niet langer bieden van 'onrendabele zorg') verschraling van het zorgaanbod², en leidt tot nota's die door de patiënt zullen worden ervaren als 'spooknota's'.
- 2) Een dergelijke declaratiestructuur is niet transparant en is onbruikbaar ter ondersteuning van het ingevoerde verzekeringsstelsel, omdat prestatiebekostiging van zorgaanbieders door verzekeraars daarbij een onmisbaar element is. Een voorwaarde voor prestatiebekostiging is dat de prijs op de declaratie gerelateerd is aan de zorgvraag en de geleverde zorg, en dat de verzekeraar weet waar hij voor betaalt.
- 3) De financiering van zorgaanbieders komt in het gedrang. De exacte case-mix van een instelling wordt bepalend voor de financiële positie van de zorgaanbieder. Als een zorgaanbieder in zijn zorgaanbod afwijkt van het gemiddelde, zal de financiering meer uit de pas lopen met de daadwerkelijk verleende zorg. Bovendien bieden niet alle zorgaanbieders alle vormen van zorg die in een van de vier clusters zijn ondergebracht. Adequate financiering van gespecialiseerde instellingen of praktijken komt zo in gevaar, terwijl het met het voorstel beoogde doel deels niet wordt gerealiseerd. Het niet hanteren van diagnose-informatie voor deze zorg leidt overigens slechts tot een 'schijnwaarborg'. Aan de naam van de instelling of praktijk die factureert, kan de verzekeraar immers zien over welke vorm van zorg het gaat (de enkele omstandigheid dat de nota afkomstig is van bijvoorbeeld de Jellinek-kliniek, geeft al diagnose-informatie, omdat het een instelling voor verslavingszorg betreft).
- 4) Afgezien van de daartegen al genoemde bezwaren, zal de gemiddelde prijs grotendeels bepaald worden door enkele dominante groepen. Daarmee wordt

¹ Zie ook de brief van de minister van VWS van 23 september 2005, Kamerstukken II, 2005.06, 29 689, nr. 17.

² Dat verschraalde zorgaanbod heeft vervolgens ook nog een hogere prijs, doordat de nadruk kan komen te liggen op verlening van zorg die minder kost dan het tarief.

- ingeboet aan transparantie. Daarnaast worden prijsverschillen ook bepaald door de aard van de behandeling, en zijn die niet alleen afhankelijk van de vraag hoe lang de behandeling duurt. De groepen worden zonder diagnoseclassificatie alleen nog onderscheiden op het aanwezig zijn van psychotherapie of niet: andere behandelkenmerken komen niet meer naar voren. Per diagnoseclassificatiegroep zijn echter verschillende activiteiten verklarend voor de kosten.
- 5) Voor controle van de declaratie door de verzekeraar schiet dit model te kort (zie hieronder onder Ad 2). Ook kan de verzekeraar geen goede vergelijking maken tussen de ingekochte zorg en de ten behoeve van zijn verzekerden door die zorgaanbieders in totaal geproduceerde zorg van die soort. Om dat te kunnen doen moet de verzekeraar kunnen controleren of hij ook krijgt wat hij heeft ingekocht. Als de verzekeraar in een regio bijvoorbeeld ten behoeve van zijn verzekerden bij twee zorgaanbieders elk 50 dbc's X inkoopst die vallen onder cluster 1, moet hij over diagnose-informatie van de verzekerden kunnen beschikken om erop te kunnen sturen dat aan het einde van het jaar de productie van die DBC volgens de gemaakte afspraken over beide zorgaanbieders is verdeeld. Bovendien zal het niet mogelijk zijn om vast te stellen of een verzekerde twee keer (bij een of meer zorgaanbieders) voor hetzelfde wordt behandeld, of dat bijvoorbeeld sprake is van twee typen behandeling die elkaar volgens de geldende standaarden uitsluiten.
 - 6) Het voorstel is niet toekomstbestendig, omdat een zo beperkt aantal prijzen nauwelijks onderhandelingsruimte biedt, waardoor het de vraagsturing belemmert en geen rekening houdt met de op termijn beoogde liberalisering van prijsvorming.

Ook als met het voorstel beoogd mocht zijn met de optredende verschillen wél rekening te houden, door in elk van de vier groepen verschillende prijzen te hanteren die aansluiten bij de feitelijke behandeling, is het niet werkbaar. Aan tariefdifferentiatie zou - naar gezien de ratio van het voorstel moet worden aangenomen - immers geen diagnose-informatie ten grondslag mogen liggen. Het hanteren van verschillende tarieven *binnen* elk van de vier groepen, zou door het ontbreken van een koppeling aan de diagnose, in de declaratiepraktijk neerkomen op tijdschrijven: het bij de patiënt/verzekeraar in rekening brengen van de in het individuele geval toegepaste behandeling en de daarmee gemoeide tijd.

Bij een dergelijke aanpak ontbreken toetsbare criteria over de wijze waarop de behandeling zich verhoudt tot de diagnose en de kosten ervan. Normering ontbreekt, zodat de verzekeraar volledig is aangewezen op het vertrouwen dat hij in de zorgaanbieder kan stellen. Controlemiddelen heeft hij niet tot zijn beschikking. Aanknopingspunten om te beoordelen of de zorg is geboden die passend en gebruikelijk is, ontbreken. Bij een dergelijke aanpak wordt de relatie zorgaanbieder - verzekeraar geheel anders dan beoogd: declareren en betalen gebeurt dan niet op basis van echte verrichtingen. Voorts ontbreekt het noodzakelijke verband tussen inkoop van zorg (op DBC-niveau) en geleverde zorg.

Resumerend meen ik dat het voorstel niet voldoet aan de eisen die het nieuwe stelsel stelt. Wanneer de diagnose niet van invloed is op behandeling en prijs, kan gezien de noodzakelijkheidstoets van de Wbp geen vermelding van diagnose-informatie op de declaratie plaatsvinden. Dat uitgangspunt moet echter niet worden omgedraaid, door in situaties waarin de diagnose wél invloed heeft op behandeling en tarief, en in weerwil van de werkelijke situatie, geforceerd één tarief te hanteren, om aldus ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer te ontkomen aan vermelding van diagnosegegevens op de

declaratie. Daarbij komt dat, zoals in de eerdere notities aangegeven, ook de burger belang heeft bij inzichtelijke nota's, die duidelijk maken welke prijs in rekening wordt gebracht voor welke geleverde zorg bij welke zorgvraag.

De burger heeft er belang bij goede zorg te ontvangen voor een realistische premie. Zorgaanbieders hebben er belang bij betaald te worden voor de geleverde zorg. Zorgverzekeraars moeten in staat zijn de juiste zorg voor een juiste prijs in te kopen, waarbij de zorgaanbieder en de inhoud van de geleverde zorg vergelijkbaar moeten zijn. Tegelijkertijd moet gecontroleerd kunnen worden of de geleverde zorg voldoet aan de geldende kwaliteitseisen c.q. multidisciplinaire richtlijnen. Daarvoor moet bekend zijn welke zorg is verleend voor welke zorgvraag. Ten slotte is het wenselijk dat verzekeraars voor aparte groepen patiënten (bijvoorbeeld chronisch zieken) specifieke zorg kunnen verzekeren om zodoende ook specifieke kwaliteitsvoorwaarden voor deze groep patiënten te kunnen garanderen. Het gebruik van diagnose-classificatie in het declaratieverkeer is daarom bij de lang ambulante zorg noodzakelijk.

Ad 2- Controle door de verzekeraar

In uw brief die ik op 16 oktober ontving, vraagt het College aan VWS om "aan de hand van de concrete controletaken van de verzekeraar" toe te lichten dat de door het CBP gesuggereerde indeling in vier groepen zonder diagnose-informatie, niet volstaat. Die toelichting moet duidelijk maken voor welk onderdeel van de formele dan wel materiële controle de verzekeraar welke gegevens minimaal nodig heeft.

In de bijlage bij de notitie van 24 juli 2006, alsmede in de brief van 23 augustus jl., ben ik ingegaan op de gegevens die de verzekeraar nodig heeft voor de uitvoering van formele en materiële controle. Daarin is uiteengezet dat - als een prestatiebeschrijving door de opgenomen diagnose-informatie onderscheidend vermogen heeft - de verzekeraar in het kader van *materiële controle* alleen kan beoordelen of de verzekerde de zorg heeft gekregen die gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde het meest was aangewezen, als hij kan beschikken over de in relatie tot de gedeclareerde prijs noodzakelijke diagnose-informatie. Dat geldt ook voor fraudeonderzoek, omdat de verzekeraar een maatstaf nodig heeft om te kunnen nagaan of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend. In het kader van de *formele controle* moet de verzekeraar ten minste een koppeling kunnen leggen tussen de verzekerde persoon, de verzekerde prestatie, de aan de verzekerde geleverde prestatie en het in verband met die prestatie in rekening gebrachte tarief. De diagnose-informatie op de nota speelt in het kader van de formele controle zowel een rol bij de beoordeling of het een verzekerde prestatie betreft, of de zorgaanbieder bevoegd is tot het verlenen van die prestatie, en of het een tarief betreft dat (voor dié prestatie) is goedgekeurd of met die zorgaanbieder is overeengekomen.

Het feit *dat* verzekeraars controle verrichten, leidt er niet automatisch toe dat zij daarbij dienen te beschikken over diagnose-informatie. Voor de zorg en prijs van bijvoorbeeld een huisartsenconsult is de diagnose geen bepalende factor, zodat die informatie niet op de declaratie figureert.

Wanneer echter, zoals in de lang ambulante GGZ, in een verzekeringsstelsel een keuze wordt gemaakt voor een systeem van prestatiebekostiging, waarin sprake is van tariefdifferentiatie, vloeien daaruit de controletaken voort die de verzekeraar uitoefent.

Als zou worden gekozen voor het samenvoegen van behandelingen in vier medisch onherkenbare groepen met een uniforme prijs/tariefstelling, zoals hiervoor becommentarieerd, dan heeft de verzekeraar op de declaratie geen diagnose-informatie. De prijs voor een dergelijke keuze is dan, dat de verzekeraar geen instrument heeft om na te gaan of bij één patiënt voor eenzelfde diagnose wellicht twee maal gedeclareerd wordt, al dan niet door dezelfde zorgaanbieder, of dat wellicht sprake is van behandelingen die zich nauwelijks tegelijkertijd kunnen voordoen.

Het verstrekken van diagnose-classificatie informatie aan verzekeraars is geen doel, maar een noodzakelijk middel om de besluitvorming over het zorgstelsel te effectueren. Als ik uw verzoek om toelichting zou moeten opvatten als een uitnodiging om geheel te abstraheren van die besluitvorming, en los daarvan de noodzaak van diagnose-informatie op de declaratie te vermelden ten behoeve van de controle door verzekeraars, dan kan ik u daarin dan ook niet volgen.

Ad 3- Verdere indikking?

Een verdere indikking van de huidige voorgestelde 14 diagnose hoofdgroepen leidt tot een voor zijn doel ongeschikte declaratiestructuur.

Zoals ik hiervoor heb aangegeven, is bij de ontwikkeling van de structuur het uitgangspunt geweest dat de prestatieomschrijving alleen diagnose-informatie bevat voor zover die een onderscheidend vermogen heeft. Bovendien is het uitgangspunt gehanteerd dat de diagnose-informatie zo ingedikt mogelijk moet zijn, en dat een verdere uitsplitsing, zo die al noodzakelijk is, zich moet beperken tot het hoogst noodzakelijke.

Hoofdgroepen

De gebruikte hoofdgroepen - stoornissen in de kindertijd, delirium/dementie, aan een middel gebonden stoornis, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, aanpassingstoornissen, andere aandoeningen en persoonlijkheidsstoornissen - zijn zowel inhoudelijk als wat betreft de kosten te onderscheidend om geïntegreerd te worden³. De DSM IV kent geen hoger abstractieniveau dan deze hoofdgroepen. Bij een groot aantal andere diagnoses (waaronder bijvoorbeeld seksuele stoornissen) is vastgesteld dat ze thans geen onderscheidend vermogen hebben voor de behandeling in relatie tot de prijs/tariefstelling. Daarom worden deze diagnoses gevat in de groep 'overige diagnoses'.

Subgroepen

Om te kunnen voldoen aan de uitgangspunten voor de vaststelling van prestatieomschrijvingen, is het voor de diagnoseclassificatiehoofdgroep stoornissen in kindertijd, aan een middel gebonden stoornissen en stemmingsstoornissen, noodzakelijk gebleken om enige verfijning aan te brengen. Hierbij is de diagnoseclassificatie op niveau 2 van as 1 gebruikt.

Deze verdieping moest worden doorgevoerd, omdat het hier om onderscheidende diagnoseclassificatiegroepen gaat die veel variëteit in behandeling en kosten kennen. Zo omvat de diagnoseclassificatiehoofdgroep stemmingsstoornissen nog tal van types behandelingen onder zich. Daarom is de extra uitsplitsing gemaakt tussen de depressieve

³ Ik verwijs daartoe naar de door de projectgroep uitgebrachte notitie "De productstructuur DBC GGZ" van 27 juli 2006, die u eerder heeft ontvangen.

stoornissen en de bipolaire/overige stemmingsstoornissen. In bijlage 2 wordt nader op de noodzaak van deze verfijning ingegaan.

Resumerend: uit het bovenstaande blijkt dat aan het huidige voorstel al een substantiële indikking van diagnose-informatie ten grondslag ligt. Ten aanzien van de diagnose-classificatiehoofdgroepen op het hoogste niveau is verdere indikking onmogelijk zonder tegelijkertijd de medische herkenbaarheid in relatie tot de kosten van de zorg buiten spel te zetten. Ten aanzien van de drie diagnoseclassificatiehoofdgroepen, stoornissen in kindertijd, aan een middel gebonden stoornis en stemmingsstoornissen, was het noodzakelijk om de diagnoseclassificatie-informatie weer te geven op het tweede niveau. De reden hiervoor is het voorkomen van kostenverschillen. Daarnaast maakt de verdere opsplitsing zichtbaar dat binnen de hoofdgroepen sprake is van verschillende typerende activiteiten en een ander type behandeling. Een aanvullend argument is dat deze indeling een zeer logische en herkenbare indeling is voor het veld. De multidisciplinaire richtlijnen en behandelprotocollen die in het veld circuleren, zijn ook op dit tweede diagnosesniveau voor deze stoornissen opgesteld. Voor de angststoornissen is bijvoorbeeld de multidisciplinaire richtlijn op het hoofdniveau vastgesteld. Deze multidisciplinaire richtlijnen geven inzicht in de zorg die aan de gedeclareerde prijs is gekoppeld. Op basis daarvan kan de verzekeraar nagaan of de zorg is verleend, die hij heeft ingekocht.

Rechterlijke uitspraken

Aan het slot van uw advies wijst u er ten slotte op dat de noodzaak van de vermelding van informatie over zorgtypen die duiden op een uitspraak van de rechter niet onderzocht is. VWS heeft bij de ontwikkeling van de declaratiestructuur kritisch gekeken naar het onderdeel forensische zorg binnen het zorgtype. In de notitie van 24 juli jongstleden is reeds gesteld dat met de overgang van de forensische zorg naar het ministerie van Justitie deze zorgtypen vervallen. Door de overheveling van de forensische zorg naar het ministerie van Justitie is er geen sprake van een declaratie tussen aanbieders en verzekeraars. Met andere woorden, de zorgtypen rechtelijke machtiging, inbewaringstelling, terbeschikkingstelling, terbeschikkingstelling met voorwaarden, strafrechtelijke machtiging en ondertoezichtstelling zullen niet op de declaratie aan de verzekeraar worden opgenomen. Dit geldt tevens voor de zorgtypen inbewaringstelling en ondertoezichtstelling door de rechter opgelegd in een civielrechtelijke procedure.

Tot slot

In deze brief heb ik mede op basis van kwantitatieve gegevens antwoord gegeven op uw vragen, zoals verwoord in uw advies dat ik 16 oktober jongstleden ontving. In de verschillende gesprekken die VWS en CBP vanaf voorjaar 2006 met elkaar hebben gevoerd, heeft een zorgvuldige benadering van het privacy-vraagstuk bij de declaratiesystematiek steeds voorop gestaan. Inmiddels is, anders dan ten tijde van de notitie van 24 juli bekend was, duidelijk dat de overheveling van de kortdurende GGZ naar de Zvw niet plaatsvindt per 1 januari 2007, maar op 1 januari 2008.

Dit raakt echter niet de planning van de DBC-invoering. Een belangrijk moment in deze planning is 1 december 2006. Op die datum moet tot op het laatste gegeven bekend zijn welke DBC-gegevens op de factuur van de instelling naar de zorgverzekeraar per 1 januari

VWS

2008 gaan voorkomen. Vanaf 1 december aanstaande worden namelijk de ondersteunende ICT-programma's gemaakt. Deze programma's dienen vervolgens 'uitgerold' te worden over alle instellingen en vervolgens getest en gebruiksklaar te worden gemaakt. Hiervoor is geruime tijd nodig. Ik wil uw College derhalve verzoeken om hiermee rekening te houden en uw advies voor 1 december aanstaande te geven.

Wat betreft de wijze waarop andere betrokken organisaties worden geïnformeerd over de stand van zaken in het overleg, waaraan u aan het slot van uw brief refereert, het volgende. Het overleg dat het CBP en het ministerie voeren is erop gericht tot overeenstemming te komen over de ontwikkeling van een solide declaratiestructuur voor de GGZ die past in het zorgstelsel, en die anderzijds voldoet aan de daaraan op grond van de Wbp te stellen eisen. Zoals in de loop van dit jaar is gebleken is er sprake van een complexe materie, waarover bij herhaling van gedachten is gewisseld en informatie is verstrekt, zowel mondeling als schriftelijk. In dat proces toetsen VWS en het CBP de argumenten en zienswijzen die over en weer worden uitgewisseld, om zich met behulp daarvan nader te oriënteren en gezamenlijk aan een oplossing te werken. Om daarbij enige bewegingsruimte te behouden, is naar mijn indruk dit proces van gezamenlijk beraad ermee gediend, dat met het actief in de openbaarheid brengen van 'tussenstanden' in deze fase van het overleg enige terughoudendheid wordt betracht. Daarbij weeg ik mee dat over de zienswijze van de betrokken organisaties al veel informatie beschikbaar is, zowel bij het CBP als bij VWS. Om die reden acht ik het beter om partijen actief te informeren zodra de uitkomst van het overleg bekend is.

Ik vertrouw er op u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd en wacht met interesse uw reactie af.

Hoogachtend,

de Directeur-Generaal Gezondheidszorg,


drs. M.J. van Rijn

VVFJ

Bijlage 1

Clustering in vier groepen: Consequenties voor prestatieomschrijving en prestatiebekostiging van lang ambulante zorg.

Consequenties voor de prestatieomschrijving

Als de lang ambulante productgroepen worden samengesteld zonder gebruik van diagnose-informatie dan ontstaat naast het verlies van medische herkenbaarheid betreffende de kostenopbouw cq. prijs/tariefstelling de volgende situatie. De gemiddelde prijs in de goedkoopste groep is € 750. Binnen dit gemiddelde liggen de prijzen voor de aan middel gebonden stoornissen rond de € 600. Terwijl de persoonlijkheidsstoornissen of de stoornissen in de kindertijd rond de € 825 liggen. Dit zijn prijsverschillen die schommelen tussen van 10 tot 20%. Dit is voor de goedkoopste groep in deze categorie al een groot verschil. Met andere woorden: kinderen met een stoornis die een korte behandeling ondergaan worden 'betaald' door andere patiënten. Volwassenen met aan een middelgebonden stoornis betalen voor circa 20% mee aan andere gemiddelde patiënten. Bij de zwaarste ambulante groep is dit effect nog sterker. De gemiddelde prijs voor de zwaarste variant ambulante zorg is gemiddeld - onafhankelijk van de diagnose - bijna € 7.500. De laagste kosten zijn circa € 3.500.

Dat betekent concreet bijvoorbeeld dat de zwaarste ADHD behandeling alleen gemiddeld € 4.500 zou kosten. Door deze te combineren met de rest van de DBC's wordt voor sommige van deze DBC's de prijs/tarief verhoogd naar € 7.500. Andersom gebeurt dit ook. Zo wordt de zwaarste behandeling van de aan alcoholgebonden stoornissen juist verlaagd van € 4.500 naar ongeveer € 3.500.

Daarnaast verschillen de belangrijkste zorgactiviteiten bij de diverse afzonderlijke diagnosehoofdgroepen. De huidige diagnoseclassificaties waar nu de meeste DBC's van aanwezig zijn in de dataset bepalen wat belangrijk is in de behandeling. Zo speelt bijvoorbeeld psychotherapie bij de aan alcohol gebonden stoornissen geheel geen rol. Hier is juist het wel of niet voorkomen van overige communicatieve behandeling van belang. Bij delirium en dementie is juist het geven van farmacotherapie bepalend. Dit gegeven bepaalt in samenhang met de diagnose de mate van medische herkenbaarheid. Door het weglaten van de diagnose-informatie verdwijnt ook het inzicht in de bepalende zorgactiviteiten.

Het elimineren van de diagnose als onderscheidend vermogen voor de prestatieomschrijvingen bij de lang ambulante groepen leidt ertoe dat de prestatieomschrijvingen niet meer medisch herkenbaar zijn en de prijs/tariefstellingen in veel situaties sterk zullen afwijken van de daadwerkelijke kosten van een behandeling van een individuele patiënt. Hoewel een bepaalde gemiddelde prijs/tariefsstelling eigen is aan een DBC systeem moet dit zoveel mogelijk aansluiten bij de daadwerkelijk ontvangen zorg, mede gelet op de eigen bijdragen in de ggz, de no-claim en het mogelijke eigen risico.

VVFJ

Consequenties voor de introductie van prestatiebekostiging

Een dergelijke prestatieomschrijving kan niet als basis dienen voor prestatiebekostiging. Prestatiebekostiging gaat er immers vanuit dat zorginstellingen afspraken met zorgverzekeraars maken over de te leveren zorg en de kwaliteit van die zorg. Op grond van daadwerkelijke geleverde productie en uitkomsten inzake de kwaliteitsindicatoren rekent de zorgverzekeraar met de instelling af. In dit systeem geldt de patiëntencasemix van de instelling als een bepalende factor voor de financiële aanspraken van de zorgaanbieder. Indien de casemix van een instelling niet exact overeenkomt met het landelijk gemiddelde waarop de prijzen/tarieven zijn gebaseerd dan ontstaat bij de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar een wanverhouding tussen de geleverde zorg en de bekostiging daarvan. Daarbij kunnen twee situaties ontstaan. Een zorgaanbieder die zich vooral richt op 'gemakkelijke' patiënten komt ruim uit met de tarieven en wordt 'slapend' rijk. Het systeem zal daarmee risicoselectie door de zorgaanbieder belonen, waarbij de zorgverzekeraar niet in staat is om zich daartegen te weren. Een instelling die negatief zit ten opzichte van de casemix kan al de afspraken met de zorgverzekeraar keurig nakomen, maar komt desondanks in financiële problemen.

Ten aanzien van de specialistische ggz is een dergelijk systeem fundamenteel ongeschikt, omdat de casemix van instellingen die zich op bepaalde doelgroepen richten per definitie niet in de landelijke casemix passen. In de ggz is er een substantieel aantal van dit soort instellingen, zoals de kinder- en jeugdpsychiatrie en de verslavingszorg. Voor deze instelling is medische herkenbaarheid in relatie tot de prijs/tariefsstelling een noodzakelijkheid. Overigens moet opgemerkt worden dat het niet hanteren van diagnose-informatie voor deze zorg tot een 'schijnwaarborg' leidt. Aan de naam van de instelling die factureert, kan de verzekeraar immers zien over welke soort vorm van zorg het gaat.

VVFJ

Bijlage 2

Indikking diagnosehoofdgroepen lang ambulante ggz

Stoornissen in de kindertijd

Wanneer de huidige productgroepindeling wordt vergeleken met de laatste calculatie dan blijkt dat de kosten van de duurste productgroepen uiteen lopen van € 3.800, € 4.600 tot € 6.200. Als deze opsplitsing niet gemaakt wordt en dus uitgemiddeld dan ontstaat er 1 productgroep van gemiddeld € 5.300. Het verschil met de goedkoopste variant binnen deze hoofdgroepdiagnose (overige stoornissen in de kindertijd) is dan € 1.500.

Verder blijkt dat er geheel andere activiteiten een cruciale rol spelen als de stoornissen in de kindertijd geïntegreerd worden tot één groep dan als ze apart worden gedefinieerd. Een aantal voorbeelden: psychodiagnostisch onderzoek speelt alleen een rol bij ADHD, begeleiding en behandeling door een psychiater speelt een rol bij de pervasieve stoornissen, psychotherapie speelt een rol bij de overige stoornissen in de kindertijd.

Daarnaast moet vermeld worden dat dit een herkenbare en wenselijke opsplitsing is vanuit de vakgroep. In het veld wordt de behandeling van ADHD en de pervasieve stoornissen als geheel anders gezien. Er zijn tevens aparte richtlijnen beschikbaar. Uit oogpunt van de inhoudelijke zorg en behandeling van kinderen acht de sector het ongewenst om deze classificaties samen te voegen.

Aan middel gebonden stoornissen

Kijkend naar de kosten, blijkt dat het verloop van kosten van laag naar hoog voor zowel de aan alcohol gebonden stoornissen en de overige aan middel gebonden stoornissen ongeveer gelijk is. Dat wil zeggen loopt van ongeveer € 600 tot € 4.000. Indien deze bij elkaar geïntegreerd worden dan loopt de range op van € 600 tot € 5.000. Een verschil komt naar voren in de typerende activiteiten. Dit is uiteraard ook een teken dat de onderliggende behandeling per diagnoseclassificatie dus van elkaar verschilt. Voor de aan alcohol gebonden stoornissen is de overige communicatieve behandeling (psycho-educatie) van belang. Voor de overige aan middel gebonden stoornissen zijn juist het follow up behandelcontact en het wel of niet voorkomen van begeleiding van belang.

Verder is het ook zo dat in praktijk wederom de behandeling van aan alcohol gebonden stoornissen afzonderlijk geprotocolleerd is. Daarnaast is het zo dat de aan alcohol gebonden stoornissen ongeveer 80% van de aan middel gebonden stoornissen uitmaken. Het is een zeer veelvoorkomend en herkenbare groep voor de praktijk en daarmee ook voor andere partijen in het veld.

Stemmingsstoornissen

De kostenverschillen tussen de twee groepen – depressie en de bipolaire/overige stemmingsstoornissen zijn als volgt. De depressieve stoornissen lopen met de gemiddelde prijs van € 750 tot aan € 5.200. De bipolaire en overige stemmingsstoornissen lopen van € 750 tot aan € 3.500. Als de groep stemmingsstoornissen niet uitgesplitst wordt dan wordt € 5.000 de gemiddelde prijs voor de duurste groep. Daardoor zal een zware behandeling stemmingsstoornis bipolair die nu € 3.500 voor gemiddeld € 5.000 afgerekend gaan worden. Dit is een prijsstijging van 30%.

VVF's

Bipolaire en overige stoornissen kennen andere activiteiten dan de depressieve stoornissen. De groep depressieve stoornissen overschaduwde de tweede groep geheel. De groep stemmingsstoornissen omvat een hele grote groep. Dit is de grootste hoofdgroep in de gebruikte dataset. Hieronder gaat een verscheidenheid van behandelingen schuil. Ook hier geldt dat in praktijk met name de depressieve stoornissen een zeer veelvoorkomende groep is waar ook aparte richtlijnen voor bestaan. Het is een zeer herkenbare groep voor het veld.