

**Advies**

# **Verkorting doorlooptijden prestaties GGZ en FZ**

Gevolgen van het verkorten van de maximale  
doorlooptijd van prestaties in de GGZ en FZ

augustus 2014



## Inhoud

<b>Inhoud</b>	<b>3</b>
<b>Vooraf</b>	<b>4</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Aanleiding</b>	<b>7</b>
<b>2. Onderzoeksvragen en afbakening</b>	<b>9</b>
2.1 Onderzoeksvragen	9
2.2 Afbakening	10
<b>3. Verdeling van de huidige doorlooptijden</b>	<b>11</b>
3.1 Basis GGZ	11
3.1.1 Beschrijving bekostigingssysteem	11
3.1.2 Verdeling van doorlooptijden	11
3.2 Gespecialiseerde GGZ en FZ	12
3.2.1 Beschrijving bekostigingssysteem	12
3.2.2 Verdeling van doorlooptijden	13
<b>4. Effecten van verkorte maximum doorlooptijden</b>	<b>15</b>
4.1 Aanpassingen productstructuur en impactanalyses	15
4.2 Effecten	16
4.2.1 Casemix	16
4.2.2 Uitval van prestaties	19
4.2.3 Macrouitgavenontwikkeling	20
4.2.4 Omzet en onderhandenwerk	21
4.3 Conclusies onderzoek	22
<b>5. Risico's en gevolgen bij het verkorten van doorlooptijden</b>	<b>23</b>
5.1 Basis GGZ	23
5.2 Gespecialiseerde GGZ en FZ	24
<b>6. Reacties op het consultatiedocument</b>	<b>27</b>
6.1 Reacties veldpartijen	27
6.2 Reactie NZa en DBC-Onderhoud	33
<b>7. Advies</b>	<b>35</b>
7.1 Gespecialiseerde GGZ en FZ	35
7.1.1 Doorontwikkeling productstructuur 2016 en verder	35
7.2 Basis GGZ	37
<b>Bijlage 1: beschrijving van de simulatie</b>	<b>38</b>
<b>Bijlage 2: toelichting reactie GGZ NL</b>	<b>42</b>

## Vooraf

Met dit rapport brengt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een advies uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over het verkorten van de maximum doorlooptijd van DBC in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Forensische Zorg (FZ).

Eind 2012 heeft de VWS (potentiële) maatregelen aangekondigd om de informatievoorziening met betrekking tot de macro-uitgavenontwikkeling in de curatieve zorg te versnellen. Een mogelijke maatregel is het verkorten van de maximale doorlooptijd van DBC-producten. Hierop volgend is de NZa, in samenwerking met DBC-Onderhoud, een onderzoek gestart naar de maximale doorlooptijd in de DOT productstructuur. Op 27 juni 2013 heeft de NZa aan VWS geconcludeerd dat er geen onoverkomelijke knelpunten zijn om een verkorting van de doorlooptijd door te voeren in de DBC-zorgproducten. Ten aanzien van de DBC-zorgproducten ziekenhuiszorg is toen geadviseerd om de doorlooptijd op maximaal 120 dagen vast te stellen; uit onderzoek bleek dat dit de maximale verkorting is zonder dat de productstructuur grootschalige wijziging zou moeten ondergaan. Deze verkorting van de maximale doorlooptijd wordt geëffectueerd per 1 januari 2015.

In het verlengde hiervan ligt het voor de hand om ook voor de GGZ en FZ een onderzoek te starten naar het verkorten van de maximale doorlooptijd. In dit advies beschrijven we de resultaten van het onderzoek. We gaan in op de effecten van het verkorten van de maximale doorlooptijd van de DBC-producten voor de gespecialiseerde GGZ en FZ en de prestaties van de generalistische basis GGZ. Ook de samenloop met andere dossiers en mogelijke risico's die hiermee samenhangen worden beschreven. Daarnaast worden de reacties van de veldpartijen getoond, gevolgd door het advies van de NZa en DBC-Onderhoud.

De analyses die de basis vormen voor dit advies zijn in nauwe samenwerking met DBC-Onderhoud tot stand gekomen.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij het tot stand komen van haar beleid en advies. Wij stellen de inzet van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs en willen hen hiervoor hartelijk danken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys MBA  
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

## Managementsamenvatting

Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wordt een analyse uitgevoerd naar de verkorting van de doorlooptijden van de DBC's in de GGZ en FZ.

Het doel van de verkorting van de doorlooptijden van de DBC's in de GGZ is om sneller dan nu definitieve informatie te krijgen over de schadelast in de gespecialiseerde GGZ. De huidige productstructuur van de GGZ staat een snellere informatieaanlevering nu niet toe.

In dit advies beschrijven we de resultaten van het onderzoek. De gevolgen en risico's van het verkorten van de maximale doorlooptijd van de DBC-producten voor de gespecialiseerde GGZ en FZ en de prestaties van de generalistische basis GGZ zijn onderzocht.

In de basis GGZ kunnen de integrale zorgvraagzwaarte-prestaties maximaal 365 dagen open staan. In verband met de invoering van het bekostigingssysteem in de basis GGZ per 2014 beschikken we nog niet over gegevens over de gemiddelde doorloop van deze prestaties. In de gespecialiseerde GGZ en FZ is de gemiddelde doorlooptijd van de zorgtrajecten 283 en respectievelijk 313 dagen. Een klein gedeelte van de zorgtrajecten is 180 dagen of korter. Het verkorten van de maximale doorlooptijd van DBC-producten zal ongeveer 55% van de GGZ zorgtrajecten raken en ongeveer 65% van de FZ zorgtrajecten. Deze zorgtrajecten hebben namelijk een doorlooptijd van 180 dagen of langer.

### *Gespecialiseerde GGZ en FZ*

Door het verkorten van de doorlooptijd, stijgen de macro uitgaven wanneer de tarieven gelijk blijven. Deze stijging wordt grotendeels veroorzaakt door de toename van het aandeel van relatief dure prestaties (behandeling kort). De ontwikkeling van de huidige prestaties en tarieven zijn gebaseerd op een doorlooptijd van 365 dagen. Deze stijging van de macro uitgaven kan worden tegengegaan door een herijking van de tarieven. Bij aanpassing van de tarieven op basis van een kortere doorlooptijd hebben aanbieders die veelal korte initiële behandeltrajecten met duurder personeel leveren, minder aansluiting bij de oorspronkelijke medische herkenbare 'behandeling kort' prestaties. De tarieven van kortdurende prestaties worden voor een groot deel gebaseerd op 'onderdelen' van lange behandeltrajecten. Dit wordt niet opgelost door aanpassing van tarieven alleen. Er zal hiervoor ook een verandering in de productstructuur moeten plaatsvinden.

Aan de minister wordt geadviseerd om de verkorting van de doorlooptijd niet eigenstandig door te voeren, maar mee te nemen in de doorontwikkeling van de bekostiging van de gespecialiseerde GGZ. Voor 2016 en later staat een aanpassing van de productstructuur op de agenda. De overheid stelt daaraan randvoorwaarden. Een van die randvoorwaarden moet luiden dat de aangepaste productstructuur ervoor zorgt dat definitieve schadelastinformatie eerder beschikbaar is. De voorstellen voor aanpassing van de productstructuur die opgenomen worden in het releasetraject 2016 moeten expliciet de voordelen aangeven als het gaat om deze vroegtijdige schadelastinformatie. Als dit niet het geval is zullen NZa en DBC-Onderhoud onderzoeken hoe vanaf 2016 een verkorting van doorlooptijden in de gespecialiseerde GGZ alsnog vorm gegeven kan worden.

*Basis GGZ*

In de basis GGZ wordt verwacht dat door verkorting van de doorlooptijden een kostenopdrijvend effect zal plaatsvinden. De toewijzing aan een zorgpakket vindt plaats op zorginhoudelijke gronden (met name ernst van de problematiek), niet op verwachte behandelduur/doorlooptijd. Het verkorten van de doorlooptijd kan ertoe leiden dat een product moet worden afgesloten voordat de behandeling is afgerond. Dan zal naar verwachting in plaats van één basis GGZ prestatie twee of meerdere basis GGZ prestaties worden gedeclareerd.

Voor de basis GGZ adviseren wij om de verkorting van de doorlooptijd niet door te voeren. Gezien de recente invoer van de basis GGZ en het gebrek aan feitelijke gegevens over deze systematiek en daarmee het effect wat deze maatregel zou hebben, lijkt het geen logische stap om de maximale doorlooptijd te verkorten.

## 1. Aanleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in haar brief van 29 november 2013 (kenmerk: FEZ-U-3144944) aan de Tweede Kamer aangegeven dat ze op korte termijn de informatievoorziening in de curatieve zorg wil verbeteren. Het gaat hier specifiek over het versnellen van de informatievoorziening op het gebied van de definitieve schadelast. In de huidige productstructuur en regelgeving is de definitieve schadelast minimaal 2 jaar later bekend. Immers, als een DBC op 31-12-2013 (jaar t=2013) wordt geopend, kan deze uiterlijk op 30-12-2014 worden gesloten, waarna pas declaratie plaats kan vinden.

Als mogelijke maatregel om het inzicht in de definitieve schadelast te versnellen, werd het verkorten van de maximale doorlooptijd van DBC-producten genoemd. Het onderzoek naar het verkorten van de maximale doorlooptijd is gestart binnen de somatische zorg. Dit leidde tot een advies om de maximale doorlooptijd te verkorten van 365 dagen naar 120 dagen.

De minister van VWS heeft de NZa en DBC-Onderhoud verzocht om te onderzoeken of het verkorten van de maximale doorlooptijd ook mogelijk is in de GGZ en FZ. In dit document worden op hoofdlijnen het onderzoek, bestaande uit kwantitatieve en kwalitatieve analyses, beschreven. Op basis van deze analyses en de reacties van de veldpartijen geven NZa en DBC-Onderhoud advies over de verkorting van de doorlooptijden.

### *Leeswijzer*

Hoofdstuk 2 schetst de opzet van het onderzoek naar het verkorten van de doorlooptijden. Hoofdstuk 3 geven de huidige doorlooptijden van de GGZ en FZ weer. In hoofdstuk 4 worden de belangrijkste (kwantitatieve) resultaten weergegeven, waarna in hoofdstuk 5 ingegaan wordt op de risico's en potentiële (onbedoelde) prikkels die gezien worden op basis van deze effecten. In hoofdstuk 6 worden de reacties van de veldpartijen weergegeven en hierop volgend de reactie van de NZa en DBC-Onderhoud. In hoofdstuk 7 wordt het uiteindelijke advies gegeven.





## 2. Onderzoeksvragen en afbakening

### 2.1 Onderzoeksvragen

Het voorliggende rapport maakt inzichtelijk:

- welke impact de verkorting van de maximale doorlooptijd heeft op verschillende onderdelen van de DBC-systematiek voor de gespecialiseerde GGZ en FZ (casemix, macro-uitgaven en uitval DBC's) en zorgvraagzwaarte-producten voor basis GGZ;
- hoe deze impact zich verhoudt tot de uitgangspunten van de productstructuur;
- welke risico's en onbedoelde prikkels mogelijk optreden bij het aanpassen van de DBC-systematiek, systematiek van de basis GGZ en regelgeving;
- hoe dit samenhangt met andere dossiers binnen de GGZ en FZ.

#### *Aanpak gespecialiseerde GGZ/FZ*

Deze onderzoeksvragen worden deels beantwoord door de uitkomsten van de kwantitatieve analyses. Hiervoor maken we een vergelijking tussen de situatie van de prestaties in 2014 en de prestaties waarbij de doorlooptijd is verkort. De uitkomsten worden op dezelfde productstructuur gesimuleerd, maar met verkorte maximale doorlooptijden. De zorgtrajecten zijn opnieuw opgedeeld in producten die maximaal 90, 120 of 180 dagen duren. In bijlage 1 wordt beschreven hoe deze simulatie is uitgevoerd.

#### *Aanpak basis GGZ*

Aangezien de basis GGZ vanaf 1 januari 2014 is ingevoerd, is er nog geen data beschikbaar over werkelijke doorlooptijden. Door het ontbreken van deze informatie kan de impact van verkorting van de doorlooptijden voor de basis GGZ niet gekwantificeerd worden. De basis GGZ bestaat uit een deel van de eerstelijns psychologische zorg en de lichte, niet complexe tweedelijns GGZ. De afbakening tussen de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ is niet kwantificeerbaar. Dit wordt bepaald door de zorgvraagzwaarte van de patiënt en het verwijsgedrag van de huisarts. Daarnaast is er ook geen informatie beschikbaar over de behandelingen die nu in de basis GGZ plaatsvinden. We hebben wel gekeken naar de beschikbare data over de eerstelijns psychologische zorg over de doorlooptijd van de behandelingen.

## 2.2 Afbakening

In dit rapport maken wij onderscheid tussen de gespecialiseerde GGZ met de DBC-producten, de FZ met DBBC-producten en de basis GGZ met zorgvraagwaarte-producten.

### *Veranderingen binnen GGZ en FZ*

In het onderzoek is geen rekening gehouden met verschuivingen van de gespecialiseerde GGZ naar de basis GGZ. Er is vooralsnog geen informatie voorhanden om deze substitutie-effecten mee te nemen. Daarnaast is ook niet meegenomen dat de overheveling van de langdurige GGZ en de Jeugd-GGZ effect kan hebben op het verkorten van de maximale doorlooptijd.

### *Samenloop met andere dossiers*

De mogelijke verkorting van de maximum doorlooptijd kent raakvlakken met andere recente of nog voorgenomen beleidsaanpassingen:

- Voor de DBC-systematiek zijn veldpartijen voornemens om voor 2016/2017 een andere productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ en FZ te ontwikkelen. Deze productstructuur zal naar verwachting gebaseerd zijn op het stagering- en profileringsmodel, waar beoogd wordt integrale zorgprestaties te ontwikkelen die passen bij de zorgvraag van de patiënt. Het vraagstuk rondom de doorlooptijd dient in een vroeg stadium te worden meegewogen in de ontwikkeling van de structuur.
- In het kader van de verbetering van de informatievoorziening in de curatieve zorg is een aantal acties in gang gezet. Zie hiervoor kamerbrief 629513-123007-FEZ. Het gaat om (1) versnellen administratieve processen, (2) inventarisatie onderhanden werk, (3) raming van de staart van geopende DBC's, (4) eerder afronden materiële controle en (5) verzamelen informatie over gesloten DBC's.
- Een ander dossier dat invloed kan hebben op de ontwikkeling van de productstructuur is de mogelijke invoer van de DSM V.

### 3. Verdeling van de huidige doorlooptijden

In dit hoofdstuk beschrijven we de bekostigingssystemen van de verschillende sectoren. Daarnaast geven we een overzicht van de huidige doorlooptijden in de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ en FZ.

#### 3.1 Basis GGZ

##### 3.1.1 Beschrijving bekostigingssysteem

De basis GGZ bestaat uit vijf zorgproducten; vier integrale behandeltrajecten op basis van zorgvraag van de patiënt en een zogenaamde 'transitieprestatie'. Een behandeltraject basis GGZ wordt afgesloten en gedeclareerd als de behandeling van de patiënt eindigt. Daarvan is sprake:

- als de behandeling is afgerond;
- als het patiëntprofiel niet voldoet aan patiëntprofiel basis GGZ (geen DSM-stoornis);
- als het patiëntprofiel te zwaar is voor basis GGZ;
- bij no show door de patiënt;
- bij overlijden van de patiënt;
- na 365 dagen.

Een prestatie in de basis GGZ kan maximaal 365 dagen 'open' staan. Ten behoeve van de tarifiering is aan ieder zorgproduct in de basis GGZ een normatief aantal behandelminuten gekoppeld (zie onderstaande tabel).

**Tabel 1 Behandelminuten per prestatie**

Prestatie	Minuten
Kort	294
Middel	495
Intensief	750
Chronisch	753

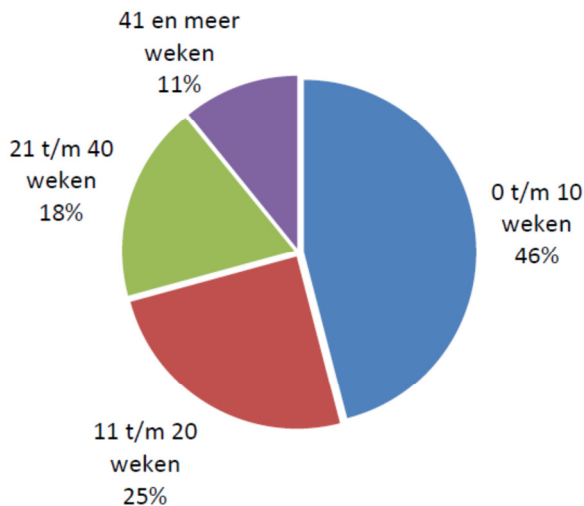
Bron: NZa

##### 3.1.2 Verdeling van doorlooptijden

Informatie over werkelijke doorlooptijden in de basis GGZ is, gezien de recente invoering van het systeem, nog niet beschikbaar. Wel is bekend dat de gemiddelde doorlooptijd in de voormalige Eerstelijns Psychologische zorg (ELP) in 2012 gemiddeld op 134 dagen (19 weken) ligt.

In onderstaande figuur wordt de verdeling van de doorlooptijd in de (voormalige) ELP getoond.

**Figuur 1 Gemiddelde behandelduur ELP**



Bron: website LVE

Uit de figuur is af te leiden dat ongeveer 20% tot 30% van de ELP behandelingen een doorlooptijd langer dan 180 dagen kent.

De basis GGZ is echter breder dan de voormalige ELP en bevat ook patiënten met een lichte of matige, niet-complexe GGZ problematiek en/of chronische (stabiele problematiek) die voorheen in de gespecialiseerde GGZ zouden zijn behandeld. Dit betekent dat de figuur slechts een indicatie weergeeft van het aantal behandelingen dat mogelijk geraakt wordt bij een verkorting van de doorlooptijden.

## 3.2 Gespecialiseerde GGZ en FZ

### 3.2.1 Beschrijving bekostigingssysteem

De zorg in de gespecialiseerde GGZ en FZ wordt via DBC's gedeclareerd. In tegenstelling tot de basis GGZ zijn dit geen integrale prestaties, maar bepalen de gestelde diagnose en de hoeveelheid tijd die aan de zorg is besteed de prestatie die gedeclareerd wordt.

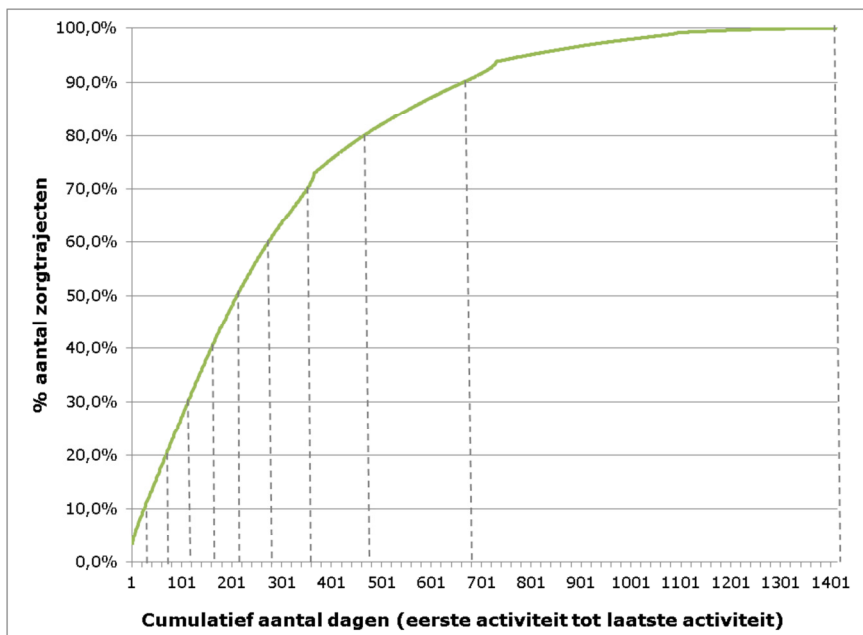
Per patiënt wordt alle zorg geregistreerd in het kader van een zorgvraag en primaire diagnose, dat wordt gekoppeld aan een zorgtraject. Dit zorgtraject kan langer lopen dan 365 dagen. Binnen dit zorgtraject wordt echter weer onderscheid gemaakt tussen initiële en vervolg-DBC's. Deze duren (administratief) maximaal 365 dagen. Er worden binnen een zorgtraject, dat meerdere jaren kan bestrijken, dus al 'knips' gemaakt op basis van DBC's.

### 3.2.2 Verdeling van doorlooptijden

#### *Gespecialiseerde GGZ*

De gemiddelde doorlooptijd van alle afgesloten zorgtrajecten<sup>1</sup> is 283 dagen. Als er naar de doorlooptijd per DBC gekeken wordt (figuur 2), is ongeveer 20% van de zorgtrajecten korter dan 90 dagen. Ongeveer 30% van alle zorgtrajecten is 120 dagen of korter. Ongeveer 45% heeft een doorlooptijd van 180 dagen of korter. Dit betekent dat het merendeel van alle zorgtrajecten (namelijk ruim 55%) een doorlooptijd heeft van 180 dagen of langer.

**Figuur 2 Verdeling doorlooptijd zorgtrajecten GGZ**



Bron: DBC-Onderhoud

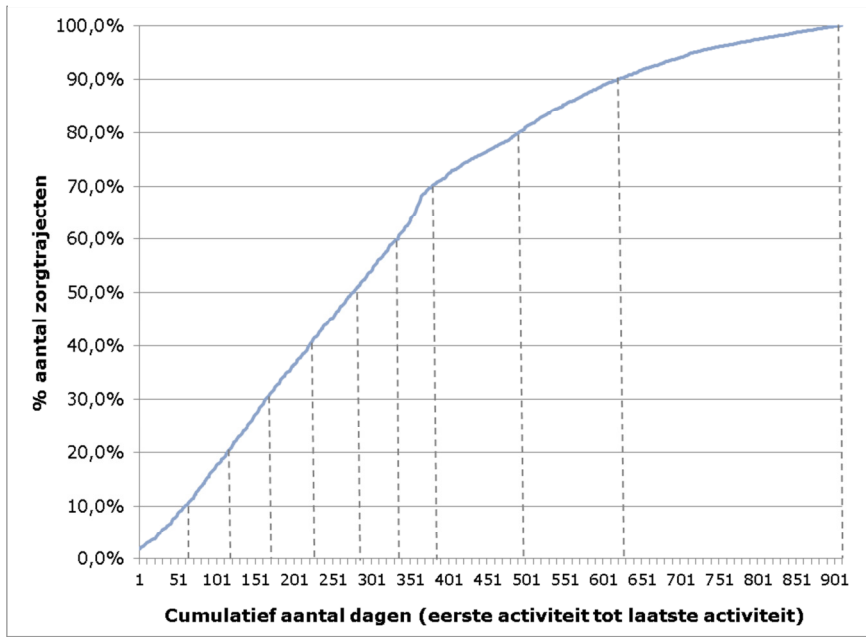
#### *Forensische zorg*

De gemiddelde doorlooptijd van alle afgesloten zorgtrajecten<sup>2</sup> is 313 dagen. Als er naar de verdeling van de doorlooptijd gekeken wordt (figuur 3), is ongeveer 15% van de zorgtrajecten korter dan 90 dagen. Ongeveer 20% van alle zorgtrajecten is 120 dagen of korter. Ongeveer 35% heeft een doorlooptijd van 180 dagen of korter. Dit betekent dat het merendeel van alle zorgtrajecten (namelijk ruim 65%) een doorlooptijd heeft van 180 dagen of langer.

<sup>1</sup> Geopende zorgtrajecten in 2010 met een laatste DBC gesloten met afsluitreden 1, 2 of 3. Dit betekent dat de laatste DBC ofwel gesloten is door een reden bij de behandelaar, ofwel een reden bij de patiënt ofwel doordat samen overeen zijn gekomen dat de behandeling geëindigd/afgerond is. De zorgtrajecten die zijn gesloten vanwege administratieve redenen (sluitreden 4) of omdat de laatste DBC een diagnostiek of crisis-DBC is (sluitreden 5) zijn er buiten gehouden. Er is niet gecorrigeerd voor substitutie naar Basis GGZ.

<sup>2</sup> Geopende zorgtrajecten in 2010 met een laatste DBC gesloten met afsluitreden 1, 2, 3, 6 of 7. Dit betekent dat de laatste DBC ofwel gesloten is door een reden bij de behandelaar, ofwel een reden bij de patiënt, ofwel doordat samen overeen zijn gekomen dat de behandeling geëindigd/afgerond is, ofwel omdat de strafrechtelijke titel (onverwacht) beëindigd is. De zorgtrajecten die zijn gesloten vanwege administratieve redenen (sluitreden 4) of omdat dat de laatste DBC een diagnostiek of crisis-DBC is (sluitreden 5) zijn er buiten gehouden.

**Figuur 3 Verdeling doorlooptijd zorgtrajecten FZ**



Bron: DBC-Onderhoud

## 4. Effecten van verkorte maximum doorlooptijden

### 4.1 Aanpassingen productstructuur en impactanalyses

Na de invoering van de DBC-systematiek voor de gespecialiseerde GGZ en FZ is de productstructuur verder ontwikkeld. Aanpassingen aan de productstructuur volgen meestal uit medisch inhoudelijke overwegingen. Ook de invoering van de zorgvraagzwaarte-prestaties is op basis van deze overwegingen ontwikkeld en ingevoerd. Het aanpassen van de productstructuur op basis van de maximale doorlooptijd kent een financiële achtergrond: namelijk het versnellen van de informatievoorziening. Dit betekent dat de definitieve cijfers voor de overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars eerder bekend zijn.

We bekijken eventuele aanpassingen aan de productstructuur in het licht van de uitgangspunten en het toetsingskader van de productstructuur. We verkennen in dit onderzoek alleen mogelijkheden tot het verkorten van doorlooptijden op het gebied van de productstructuur en bijbehorende regelgeving en declaratiemogelijkheden. Vanwege het ontbreken van data in de basis GGZ, zijn de kwantitatieve analyses van het onderzoek gericht op de gespecialiseerde GGZ en FZ.

In dit hoofdstuk beschrijven we het effect van het verkorten van de doorlooptijd op de macro-uitgaven, omzet, onderhandenwerk, casemix en uitval van prestaties. Daarbij worden drie scenario's in kaart gebracht:

- Maximale doorlooptijd 180 dagen;
- Maximale doorlooptijd 120 dagen;
- Maximale doorlooptijd 90 dagen.

## 4.2 Effecten

### 4.2.1 Casemix

Allereerst is gekeken naar de casemixontwikkelingen op het moment dat de maximum doorlooptijd van DBC's binnen de GGZ en FZ worden verkort. Onder casemix wordt het aantal DBC's per hoofdgroep of tijdsrange verstaan. Onderstaande tabellen brengen de verwachte ontwikkelingen in beeld.

#### *Casemix per hoofdgroep*

##### *Gespecialiseerde GGZ*

Als de maximale doorlooptijd wordt verkort, neemt het aantal DBC's in de hoofdgroep 'Behandeling kort' toe. Het percentage DBC's in deze hoofdgroep neemt toe van 19% bij 365 dagen (huidige doorlooptijd) naar 32% bij 180 dagen, 41% bij 120 dagen en 48% bij 90 dagen.

**Tabel 2 Casemix per hoofdgroep GGZ**

Behandelgroep	365 dagen	180 dagen	120 dagen	90 dagen
<b>Bijzonder</b>				
Diagnostiek	20%	15%	14%	14%
Crisis	15%	10%	8%	7%
Behandeling kort	19%	32%	41%	48%
<b>Langdurig / intensief</b>				
Aandachtstekort - en gedragsstoornissen	5%	4%	3%	3%
Pervasive stoornissen	3%	3%	3%	2%
Overige stoornissen in de kindertijd	2%	2%	2%	2%
Delirium dementie en overig	2%	1%	1%	1%
Alcohol	2%	2%	2%	1%
Overige aan een middel	2%	2%	2%	2%
Schizofrenie	4%	4%	4%	4%
Depressie	9%	8%	7%	6%
Bipolair en overig	2%	1%	1%	1%
Angst	7%	6%	5%	4%
Restgroep diagnoses	2%	1%	1%	1%
Somatoforme stoornissen	1%	1%	1%	1%
Eetstoornissen	1%	1%	1%	1%
Persoonlijkheid	5%	5%	4%	4%

Bron: DBC-Onderhoud



### Forensische zorg

Ook bij de FZ neemt het percentage DBC's in de hoofdgroep 'Behandeling kort' toe als de maximale doorlooptijd wordt verkort: van 16% bij 365 dagen naar 22% bij 180 dagen, 29% bij 120 dagen en 36% bij 90 dagen.

**Tabel 3 Casemix per hoofdgroep FZ**

Hoofdgroep	365 dagen	180 dagen	120 dagen	90 dagen
<b>Bijzonder</b>				
Diagnostiek	13%	10%	9%	9%
Behandeling kort	16%	22%	29%	36%
<b>Langdurig / intensief</b>				
Stoornissen kindertijd	4%	4%	4%	3%
Schizofrenie	8%	9%	9%	8%
Misbruik	11%	10%	8%	6%
Restgroep	9%	8%	7%	6%
Seksuele stoornissen	4%	4%	3%	3%
Stoornissen in de impulsbeheersing	4%	3%	2%	2%
Aan een middel	16%	15%	14%	12%
Persoonlijkheid	17%	16%	15%	13%

Bron: DBC-Onderhoud

### Casemix per tijdrange

De casemix per tijdrange speelt een belangrijke rol bij het herijken van de productstructuur. Als binnen een tijdrange weinig wordt gedeclareerd, rijst de vraag of deze nog wel moet blijven bestaan of dat er wellicht productgroepen moeten worden samengevoegd. De productprijsberekening (PPB) waarop de tarieven gebaseerd zijn houdt rekening met het aantal DBC's in een bepaalde tijdrange. Wanneer er te weinig DBC's in een tijdrange zitten, moet de productprijs op een alternatieve manier bepaald worden, bijvoorbeeld door middel van lineaire extrapolatie van andere productprijzen in dezelfde hoofdgroep.

### Gespecialiseerde GGZ

Wanneer we kijken naar de verandering in de casemix per tijdrange, is in de GGZ te zien dat de aantallen in de lagere tijdsranges sterk toenemen. Vanaf 800 minuten is een daling te zien ten opzichte van het aantal DBC's bij een doorlooptijd van 365 dagen.

**Tabel 4 Casemix per tijdsrange GGZ**

Tijdsrange	365 dagen	180 dagen	120 dagen	90 dagen
0-99 minuten	8%	12%	15%	18%
100-199 minuten	13%	14%	16%	19%
200-399 minuten	17%	18%	20%	22%
250-799 minuten	11%	16%	18%	17%
400-799 minuten	7%	5%	5%	4%
400 > minuten	3%	4%	4%	4%
800-1.199 minuten	3%	2%	2%	1%
800-1.799 minuten	18%	17%	13%	10%
1.200-1.799 minuten	1%	1%	1%	1%
1.800-2.999 minuten	8%	5%	3%	3%
1.800 >minuten	1%	0,4%	0,3%	0,2%
3.000-5.999 minuten	6%	3%	2%	1%
6.000-11.999 minuten	2%	1%	0,5%	0,3%
12.000-17.999 minuten	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%
12.000 >minuten	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
18.000-23.999 minuten	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
18.000 >minuten	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
24.000-29.999 minuten	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
24.000 > minuten	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
30.000 >minuten	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Bron: DBC-Onderhoud

#### *Forensische zorg*

In tabel 5 wordt de casemix per tijdsrange van FZ getoond. Vanaf 1800 minuten dalen de aantallen ten opzichte van de huidige maximale doorlooptijd. In de hoogste tijdranges (vanaf 18.000 minuten) leidt verkorting tot minder dan 100 DBC's per tijdsrange.

**Tabel 5 Casemix per tijdsrange FZ**

Tijdsrange	365 dagen	180 dagen	120 dagen	90 dagen
0-99 minuten	2%	3%	4%	5%
100-199 minuten	4%	6%	8%	11%
200-399 minuten	12%	13%	17%	22%
250-799 minuten	4%	3%	4%	4%
800-1.799 minuten	24%	31%	31%	28%
1.800-2.999 minuten	17%	16%	13%	12%
3.000-5.999 minuten	17%	14%	14%	13%
6.000-11.999 minuten	10%	10%	8%	5%
12.000-17.999 minuten	5%	2%	1%	1%
18.000-23.999 minuten	3%	0,6%	0,1%	0,1%
24.000-29.999 minuten	1%	0,3%	0,0%	0,0%
30.000- minuten	0,9%	0,1%	0,1%	0,0%

Bron: DBC-Onderhoud

#### 4.2.2 Uitval van prestaties

Bij het verkorten van de maximale doorlooptijd van DBC's zal een deel van de zorg afleiden tot DBC's met alleen indirecte tijd en daarmee uitvallen. De prestaties in de hoofdgroep 'Indirect' mogen immers niet meer worden gedeclareerd volgens de huidige regelgeving.

##### *Gespecialiseerde GGZ*

Na het verkorten van de maximale doorlooptijd is een stijging te verwachten van de prestatie 'Indirect', zoals te zien is in Tabel 6. De oorzaak hiervan is dat na het laatste patiëntcontact vaak indirecte tijd wordt geregistreerd voor administratieve afronding, zoals het schrijven van de huisartsenbrief.

**Tabel 6 Percentage GGZ-DBC's met alleen indirecte tijd**

Behandelgroep	365 dagen	180 dagen	120 dagen	90 dagen
Indirect	4%	6%	6%	7%

Bron: DBC-Onderhoud

##### *Forensische zorg*

Voor de FZ is hetzelfde effect te zien in Tabel 7: een hoger percentage DBC's valt in de niet-declarabele hoofdgroep 'Indirect'.

**Tabel 7 Percentage FZ-DBC's met alleen indirecte tijd**

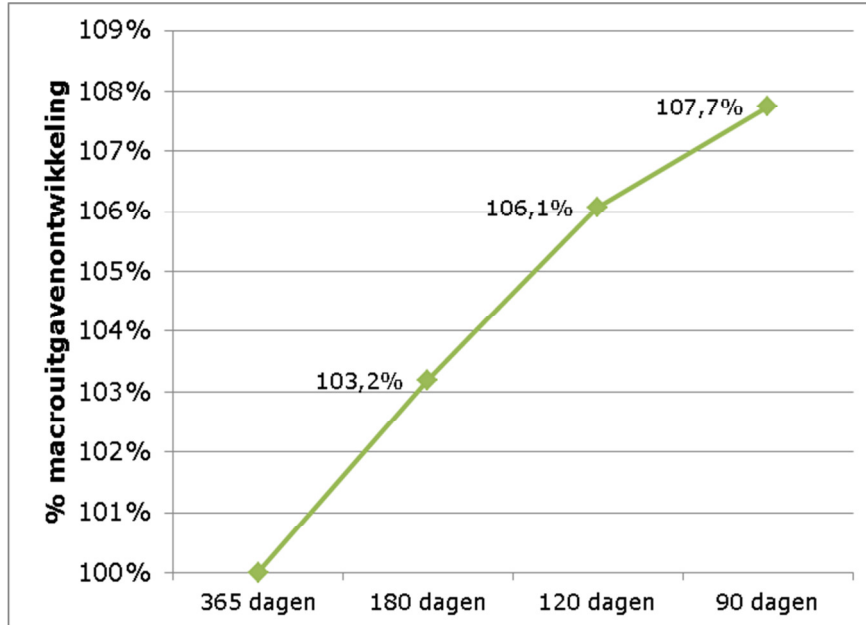
Behandelgroep	365 dagen	180 dagen	120 dagen	90 dagen
Indirect	6%	8%	8%	9%

Bron: DBC-Onderhoud

### 4.2.3 Macrouitgavenontwikkeling

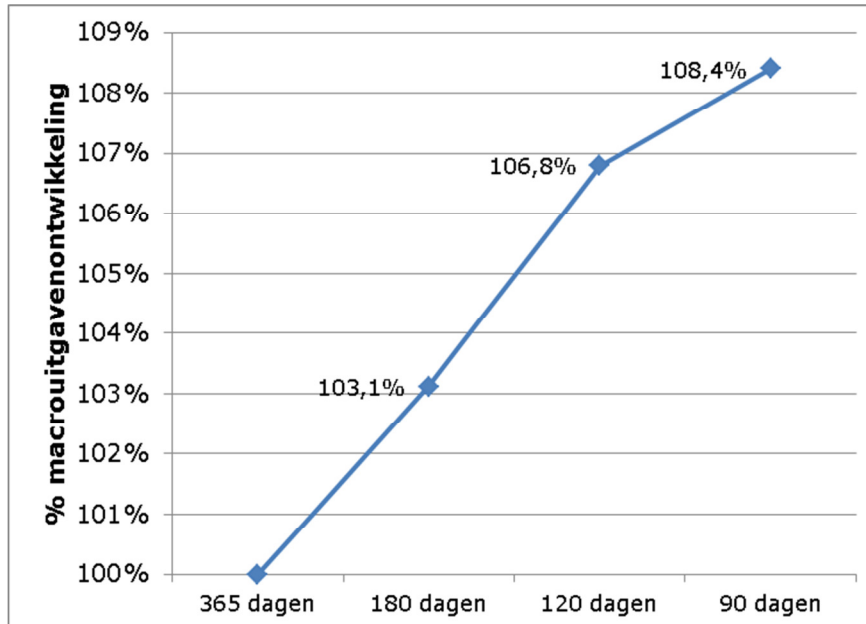
Door de tarieven van 2014 aan de nieuwe aantallen DBC's te koppelen, kan het financiële effect van doorlooptijdverkorting worden geschat. Bij deze inschatting gaan we uit van gelijkblijvende productprijzen en (maximum) tarieven. In figuur 4 en figuur 5 wordt de ontwikkeling van de macro uitgaven weergegeven.

**Figuur 4 Macrouitgavenontwikkeling GGZ**



Bron: DBC-Onderhoud

**Figuur 5 Macrouitgavenontwikkeling FZ**



Bron: DBC-Onderhoud

Te zien is dat zowel in de GGZ als in de FZ de totale macro uitgaven zullen stijgen met respectievelijk 3%, 6% en 8%.

#### 4.2.4 Omzet en onderhandenwerk

Door het verkorten van de maximale doorlooptijden van DBC-producten neemt de onderhandenwerkpositie van aanbieders af. De geleverde zorg kan eerder afgesloten en gedeclareerd worden. In onderstaande tabellen staat de geschatte hoeveelheid onderhandenwerk voor de verschillende scenario's. Hierbij is onderhandenwerk gedefinieerd als de som van de tarieven van alle DBC's geopend in 2011 en gesloten in 2012. De omzet is de waarde van alle DBC's geopend en gesloten in 2011. Dit betekent dat in dit document onderhandenwerk gelijk staat aan de schadelast minus de omzet van 2011.<sup>3</sup>

##### *Gespecialiseerde GGZ*

Gegeven de huidige productstructuur wordt naar schatting 42% van de DBC's geopend in een bepaald jaar en in hetzelfde jaar gesloten. Dit beslaat 20% van de totale schadelast.

Bij een maximale doorlooptijd van 90 dagen is het aantal DBC's dat opent en sluit in hetzelfde jaar 78%. Hiervan valt 76% van de schadelast in hetzelfde jaar. In vergelijking met 365 dagen betekent dit een daling van het onderhandenwerk van 80% naar 24%.

**Tabel 8 Onderhandenwerk en verkorte doorlooptijden GGZ**

Behandelgroep	Omzet	Aantal trajecten bij omzet	OHW
365 dagen	20%	442.113	80%
180 dagen	55%	954.832	45%
120 dagen	69%	1.437.002	31%
90 dagen	76%	1.890.765	24%

Bron: DBC-Onderhoud

##### *Forensische zorg*

Gegeven de huidige productstructuur wordt naar schatting 38% van de DBC's geopend in een bepaald jaar in hetzelfde jaar gesloten. Dit omvat 18% van de totale schadelast van dat jaar.

Bij een maximale doorlooptijd van 90 dagen is het aantal DBC's dat wordt geopend en gesloten in hetzelfde jaar 77%. Dit beslaat 76% van de totale schadelast. In vergelijking met een maximale doorlooptijd van 365 dagen betekent dit een daling van het onderhandenwerk van 82% naar 24%.

**Tabel 9 Onderhandenwerk en verkorte doorlooptijden FZ**

Behandelgroep	Omzet	Aantal trajecten bij omzet	OHW
365 dagen	18%	4.421	82%
180 dagen	53%	10.717	47%
120 dagen	68%	17.390	32%
90 dagen	76%	23.783	24%

Bron: DBC-Onderhoud

<sup>3</sup> Merk op dat in de eerdere analyses betreffende macrouitgaven gewerkt is met DBC's *gesloten* in 2011, wat een andere dataselectie is dan de DBC's *geopend* in 2011 waarmee de schadelast wordt berekend. Omdat voor FZ de aanlevering aan DIS is begonnen in april 2010, is gekozen om te rekenen met de schadelast van het jaar 2011.

### 4.3 Conclusies onderzoek

Op basis van de uitgevoerde analyses, kan het volgende worden geconcludeerd:

Gezien de doorlooptijden van de basis GGZ (gebaseerd op de voormalige Eerstelijns Psychologische zorg) en de gespecialiseerde GGZ/FZ blijkt dat:

- Naar verwachting zal in de basis GGZ ongeveer 20% tot 30% een doorlooptijd hebben van meer dan 180 dagen.
- Binnen de gespecialiseerde GGZ en FZ zorgtrajecten hebben ongeveer 55% tot 65% een doorlooptijd van 180 dagen of langer. Dit betekent dat door het verkorten van de maximale doorlooptijd een groot gedeelte van de zorgtrajecten, en dus DBC's, worden geraakt door het verkorten van de doorlooptijd. Er is ook te zien dat er geen andere logische 'knip' is bij het overzicht van de huidige doorlooptijden dan 90, 120 of 180 dagen. Naar analogie met de somatische zorg zou er voor 120 dagen gekozen kunnen worden.

Het verkorten van maximale doorlooptijden van DBC-producten leidt naar verwachting tot:

- Een stijging van het aantal DBC's in de hoofdgroep 'Behandeling kort'. Dit komt doordat lange trajecten worden opgedeeld in producten die in lagere tijdsranges vallen. Hierdoor worden productgroepen bij hogere tijdsranges minder vaak afgeleid.
- Het aantal prestaties dat niet langer gedeclareerd kan worden (doordat de DBC alleen indirecte tijd bevat) stijgt.
- De totale macro uitgaven stijgen met gelijkblijvende tarieven. Dit komt voornamelijk doordat er meer korte prestaties ontstaan met relatief hogere tarieven.
- Het verkorten van de doorlooptijd leidt tot een daling van het onderhandenwerk.

## 5. Risico's en gevolgen bij het verkorten van doorlooptijden

De gevolgen van de verkorting van de doorlooptijd raken verschillende aspecten van de bekostiging van de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ en FZ. In dit hoofdstuk beschrijven we de volgende aspecten:

- financiële gevolgen;
- de impact op de productstructuur;
- de continuïteit van de informatievoorziening;
- de wijzing van de prikkels in het systeem.

### 5.1 Basis GGZ

De bekostiging in de basis GGZ is in tegenstelling tot de gespecialiseerde GGZ niet gebaseerd op een systeem van initiële- en vervolg DBC's. Het verkorten van de doorlooptijd heeft hierdoor grote impact voor de basis GGZ. Het systeem van de basis GGZ gaat immers uit van een all-in prijs van begin tot einde van de behandeling van een aandoening van de patiënt.

De toewijzing aan een zorgpakket vindt plaats op zorginhoudelijke gronden (met name ernst van de problematiek), niet op verwachte behandelduur/doorlooptijd. Het verkorten van de doorlooptijd kan ertoe leiden dat een product moet worden afgesloten voordat de behandeling is afgerond. Dan zal naar verwachting in plaats van één basis GGZ prestatie twee of meerdere basis GGZ prestaties worden gedeclareerd. Daarom zal het verkorten van de maximale doorlooptijd naar verwachting een sterk kosten opdrijvend effect hebben.

#### *Impact op productstructuur en tarieven*

Indien dit financiële risico moet worden verkleind zullen de productstructuur en bijbehorende tarieven grondig gewijzigd moeten worden. Er moet dan afgestapt worden van een systeem van integrale zorgprestaties (naar bijvoorbeeld bekostiging per consult). Een andere mogelijkheid is dat de toewijzing aan de prestaties moet worden aangepast, waarbij de behandeltijd doorslaggevend wordt. Dit leidt tot aanpassing van de huidige prestaties. In beide gevallen moet het recent ingevoerde bekostigingssysteem fundamenteel worden herzien.

#### *Impact op administratieve lasten en informatievoorziening*

Het vroegtijdig afsluiten van de behandeling en openen van een nieuwe zorgprestatie brengt aanvullende administratieve lasten met zich mee bij zowel zorgaanbieder als zorgverzekeraar. Daarbij is in de basis GGZ ook vereist dat aan een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing ten grondslag ligt. Dit betekent dat de patiënt terug naar de huisarts moet om in aanmerking te komen voor het vervolg van zijn behandeling.

Verder gaat bij het tussentijds afsluiten van prestaties zonder dat de behandeling is afgerond informatie verloren over de kenmerken van integrale behandelingen per patiënt. Daarmee vermindert de medische herkenbaarheid van de prestaties. Dit komt onder andere omdat de basis GGZ geen zorgtrajecten kent zoals in de gespecialiseerde GGZ.

#### *Impact op eigen risico*

Het openen van een tweede prestatie voor eenzelfde behandeltraject kan ervoor zorgen dat een cliënt (bij een behandeling die de jaargrens heeft overschreden) tweemaal het eigen risico in rekening wordt gebracht.

#### *Impact op onderhandenwerkpositie en liquiditeit*

De onderhandenwerkpositie is een kwantificering van het aantal prestaties dat open staat waarvoor wel zorg is geleverd maar dat nog niet gedeclareerd is. Door het verkorten van de maximale doorlooptijd neemt de onderhandenwerkpositie van aanbieders af. Immers, de prestatie kan eerder worden afgesloten waardoor aanbieders de geleverde zorg eerder kunnen declareren.

## **5.2 Gespecialiseerde GGZ en FZ**

Uit paragraaf 4.2 blijkt dat er een stijging is te verwachten van 3% tot 8% van de macrokosten. Dit komt doordat vaker kortere DBC's worden gedeclareerd die (relatief) een hoger tarief hebben. Het hogere tarief van kortere DBC's wordt verklaard door het zwaardere profiel aan het begin van een behandeltraject. Tijdens de diagnostiekfase worden hoger opgeleide en dus duurder behandelaren ingezet. Bij een verkorte doorlooptijd worden meer DBC's gedeclareerd gebaseerd op het tarief van het zware profiel. Dit leidt tot een toename van de macrokosten. Per zorgaanbieder kan de impact verschillen, afhankelijk van de casemix van de desbetreffende aanbieder en de inzet van personeel.

#### *Impact op de productstructuur en tarieven*

Een korte doorlooptijd betekent dat meer DBC's afgeleid worden naar 'Behandeling kort' en minder DBC's naar de hogere tijdsklassen (>18.000 minuten). De tijdsklassen van 18.000 minuten en hoger zullen daarmee obsoleet worden bij een verkorting van de doorlooptijd naar 120 dagen. Bij verkorting van de doorlooptijd is een aanpassing van de tarieven nodig waarmee bovengenoemde stijging van de macrokosten worden gemitigeerd.

Ook veranderen door het verkorten van de maximale doorlooptijd de profielen per DBC. Bij de kortere DBC's zal aanpassing tot een lichter profiel en daarmee een lager tarief leiden. Daarnaast kan er een verschil in zwaarte tussen de initiële korte DBC's en vervolg korte DBC's ontstaan. Hierin maken we momenteel geen onderscheid in de productstructuur. Je krijgt immers meer lichte vervolg-DBC's ten opzichte van de zwaardere initiële DBC. Een aanpassing van de typen prestaties binnen de productstructuur is hiervoor de oplossing. Dit betekent dat het verkorten van de doorlooptijd naast een aanpassing van de tarieven ook een mogelijke aanpassing van de productstructuur inhoudt, te weten: een onderscheid tussen prestaties die behoren bij een initiële DBC en prestaties die behoren bij een vervolg DBC.

#### *Impact op de informatievoorziening*

Een verkorting van de doorlooptijd heeft als gevolg dat meer DBC's zullen vallen onder 'Behandeling kort'. Deze prestaties bieden – vanwege privacy redenen – geen diagnose informatie voor de zorgverzekeraar. Hierdoor worden meer DBC's zonder hoofdgroepdiagnose in rekening gebracht en gaat informatie over de diagnose van de patiënt verloren. Zorgverzekeraars krijgen hierdoor minder informatie ter beschikking om te beoordelen of de zorg rechtmatig gedeclareerd wordt. Bij het verkorten van de doorlooptijd zal hiervoor ook een oplossing in de typen prestaties binnen de productstructuur gevonden moeten worden.



Daarnaast heeft het verkorten van de maximale doorlooptijd van DBC-producten een mogelijk risico voor de informatievoorziening betreffende de zorginkoop en contractafspraken. Er ontstaat een trendbreuk in de historische informatievoorziening van DBC's binnen de GGZ en FZ. Hierdoor kan onduidelijkheid ontstaan over de hoeveelheid prestaties (met verkorte maximale doorlooptijden) er ingekocht moeten worden voor de hoeveelheid zorg gebaseerd op een maximale doorlooptijd van 365 dagen.

*Impact op administratieve lasten*

Het verkorten van de doorlooptijd leidt tot een toename van de administratieve lasten. Zorgaanbieders moeten meer DBC's declareren (en valideren) voor dezelfde zorg dan in de huidige situatie. Zorgverzekeraars zullen te maken krijgen met een grotere toestroom van declaraties. Dit zorgt ervoor dat zorgverzekeraars meer DBC's moeten controleren. Dat geldt ook voor aanlevering van informatie aan DIS en SBG.

*Impact op medische herkenbaarheid*

Door het verkorten van de doorlooptijd van de DBC's ontstaan er extra declarabele prestaties binnen een lopende behandeling (zorgtraject) bij een zorgaanbieder. Gevolg is dat, zoals eerder is aangetoond in de analyse, er meer prestaties 'Behandeling kort' zullen ontstaan. Doordat de 'Behandeling kort' een maximum doorlooptijd van 365 dagen kent is de behandeling (medisch) herkenbaar als een korte behandeling<sup>4</sup>. Door het vaker opknippen/declareren van een behandeltraject wordt de medische herkenbaarheid van deze prestaties sterk verminderd. Dit kan eventueel opgelost worden door een andere benaming van deze productgroepen of een scheiding aan te maken in initiële korte behandelingen en vervolg korte behandelingen.

*Impact voor potentiële prikkels*

Het opdelen van een zorgtraject in meerdere DBC's per jaar kan leiden tot een toename van upcoding. Bij iedere nieuwe DBC die geopend wordt bestaat een nieuwe mogelijkheid om de tijdsgrens over te gaan.

*Impact op eigen risico*

Het verkorten van de maximale doorlooptijd betekent dat er binnen een jaar meerdere DBC's geopend worden. Hierdoor wordt de kans groter dat er een DBC net voor de jaargrens wordt afgesloten en een nieuwe DBC net na de jaargrens weer wordt geopend. Hierdoor kan een cliënt in een kort tijdbestek tweemaal het eigen risico moeten betalen.

*Impact op de onderhandenwerkpositie en liquiditeit*

Door het verkorten van de maximale doorlooptijden neemt de onderhandenwerkpositie van aanbieders af en de liquiditeit toe. Immers, de geleverde zorg kan eerder worden afgesloten en gedeclareerd.

---

<sup>4</sup> Binnen de huidige systematiek is er al sprake van 'verwatering' van de medische herkenbaarheid, doordat de prestatie 'behandeling kort' zowel initieel al een vervolg staartje) van een behandeling is.



## 6. Reacties op het consultatiedocument

Alle belanghebbende veldpartijen hebben in onze consultatie gereageerd. In dit hoofdstuk geven wij een samenvatting van de reacties van de veldpartijen.

### 6.1 Reacties veldpartijen

#### *GGZ Nederland (GGZ NL)*

GGZ NL is blij met de insteek die de NZa en DBC Onderhoud kiest om de tijdsranges af te schaffen en over te gaan op het afrekenen van de geleverde behandeling. Als dit ook gecombineerd kan gaan worden met het verantwoorden in kalenderjaren voor de jaarrekening, dan is naar de mening van GGZ NL al veel opgelost rondom de problematiek van (te) late informatievoorziening over de uitgaven in de zorg.

Het consultatiedocument geeft een op hoofdlijnen vrij beknopt, maar naar de mening van GGZ NL een nog niet volledig beeld van de mogelijke consequenties van deze 'one size fits all' benadering. Inhoudelijk zijn er concrete uitwerkingen nodig voordat het doorvoeren van de plannen neerslaan in een definitief advies. Immers, alleen het bekorten van de doorlooptijd van de DBC GGZ en de DB(B)C is weliswaar een begin van een oplossing, maar zeker niet de enige. Het heeft zonder concretere uitwerkingen, zoals GGZ NL dat nu overziet, veel nadelen. Het lijkt daarmee meer te gaan kosten aan investeringen dan dat het oplevert. Als er niet zorgvuldig een plan ligt op alle implicaties, zullen de inhoudelijke gegevens worden opgeofferd om financiële gegevens eerder beschikbaar te krijgen. De inhoudelijke doorontwikkeling van het bekostigingssysteem en de productstructuur is hierbij niet gebaad.

GGZ NL gelooft dat er nog andere oplossingsrichtingen denkbaar zijn voor de versnelling van de informatievoorziening van de zorguitgaven. Er zijn bij de contractafspraken tussen partijen bijvoorbeeld maximale kosten per patiënt x volume per schadelastjaar afgesproken. Deze productieafspraken zijn door de NZa bij contractpartijen opvraagbaar. In de GGZ gebeurt dit ook al sinds enige tijd. Daarmee is het startmoment van de uitgaven bepaald. Afrekenen van geleverd werk op basis van een afgesproken OHW tarief per maand van die patiënt, binnen voorgenoemd kader geeft zicht op de ontwikkeling van de kosten per maand.

Daarnaast vindt GGZ NL de samenhang met onderstaande zaken nog onvoldoende belicht.

- Samenhang met kwaliteitsgegevens;
- Afspraken verzekeraars – zorgaanbieders – patiënten;
- Doorontwikkeling van de bGGZ en de gGGZ structuren;
- Toename loonkosten door administratieve lastenverzwaring bij zorgaanbieders;
- Samenhang met het liquiditeitsdossier;
- Geen 'one size fits all' benadering.

Voor de uitwerking van de zaken die GGZ NL als onvoldoende belicht beschouwt, heeft GGZ NL nog een aparte bijlage bijgevoegd. Deze is te vinden in bijlage 2 van dit document.

### *Zorgverzekeraars Nederland (ZN)*

ZN geeft aan dat het verkorten van de doorlooptijd minstens drie keer, in verschillende gedaantes (opknippen van DBC's, prestatie voorschot) op de agenda is geweest. Kern van het issue is dat een verkorting van de huidige DBC's GGZ al snel resulteert in een betaling per verrichting / zitting. Hiermee gaat de medische herkenbaarheid en toezicht op passende en doelmatige zorg geheel verloren. Zorgverzekeraars willen de integrale DBC in stand houden.

Wat betreft gespecialiseerde GGZ blijkt uit de analyse dat verkorting van de doorlooptijd aanleiding geeft tot hogere kosten. Dat is niet in lijn met de afspraken om de kosten te beheersen en de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Het is dus de verkeerde oplossing. Hierbij zal het opknippen van DBC's tot nieuwe problematiek in de berekening van de tarieven leiden. Op basis van integrale producten is duidelijk geworden dat de kosten per minuut in een langdurig traject lager zijn dan de kosten per minuut in korte DBC's. Wanneer DBC's worden opgeknipt zal dit onderscheid in de tarieven verdwijnen. Hiermee wordt het voor verzekeraars moeilijker om toezicht te houden op de kosten. Tevens heeft het opknippen van de DBC's invloed op de ROM-metingen. De reeds opgebouwde informatie zal niet meer bruikbaar zijn en het is onduidelijk of op basis van opgeknipte DBC's gelijksoortige ROM-metingen uitgevoerd kunnen worden. Het voorstel kan dus grote invloed hebben op het transparant maken van de kwaliteit van de zorg. Hiermee gaat een van de pijlers onder prestatiebekostiging mogelijk verloren. Verder kan het opknippen van DBC's nadelige gevolgen hebben voor de betaling van het eigen risico van verzekerden.

ZN is voorstander van DBC's waarbij er een relatie wordt gelegd tussen de zorgvraagzwaarte van de cliënt en het hierop passende behandelpad. De energie dient te worden gestoken in het definiëren van medisch herkenbare zorgproducten. Heldere DBC's is een voorwaarde voor prestatiebekostiging, voor sturing op doelmatigheid en voor verhogen risicodragendheid van zorgverzekeraars. Het verkorten van doorlooptijd ten behoeve van inzicht in kostenontwikkelingen leidt in de GGZ tot opknippen van behandelingen, en is daarmee een ongewenste beweging terug naar AWBZ interventies of naar ELP sessies die bovendien aanleiding geeft tot ongewenste effecten zoals kostenopdriving. Deze beweging zal leiden tot de situatie dat verzekeraars zullen moeten gaan investeren in een nieuwe bekostigingsstructuur die ons verder afbrengt van medisch herkenbare productstructuur op basis van stagering omdat het opgebouwde inzicht verdwijnt. Dit vinden verzekeraars zeer ongewenst.

Voor de basis GGZ geldt dat eerst een periode gewerkt moet worden met de huidige prestaties. Het is ongewenst om daar nu op in te grijpen. In de basis GGZ is de uitdaging om de juiste zorg op de juiste plaats voor de patiënt in te regelen. Met het knippen in de producten voor de basis GGZ wordt de productstructuur zoals deze in 2014 is neergezet teruggedraaid naar de situatie voor 2014 waar per sessie betaald werd. Dit is contrair met de doelstellingen die bij de introductie van de basis GGZ zijn geformuleerd.

Zorgverzekeraars zijn dus fel tegen het opknippen / verkorten van de doorlooptijd. De problemen die door aanbieders en de overheid worden ervaren zijn met name gelegen in de lange periode die voorafgaat aan een declaratie. Naar onze mening ligt de oplossing voor het verkrijgen van financieel inzicht in een OHW grouper. Wanneer een centrale uitvraag naar OHW wordt uitgezet en de DBC's worden verrijkt met informatie over zorgvraagzwaarte en stagering kan een goed inzicht

verkregen worden in de budgettaire uitkomsten van de GGZ. Tevens stelt deze informatie verzekeraars in staat om nog beter te sturen op de voortgang in de productie (ingrijpen op onder- of overproductie) met behoud van integrale DBC's. Tevens kunnen we met een goed functionerende OHW-grouper stappen zetten in de liquiditeitsdiscussie met aanbieders. Een goed inzicht in OHW maakt het mogelijk de financiering door zorgverzekeraars zonder risico aan te laten sluiten op de OHW positie van instellingen. De voorkeur voor deze optie van verzekeraars is de NZa bekend maar wordt tot op heden niet actief opgepakt door de NZa.

*Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en de Borg*

Allereerst geeft VGN en de Borg aan dat binnen de FZ het principe van schadelastjaar niet dezelfde betekenis heeft als binnen de GGZ, omdat er geen sprake is van meerdere zorgverzekeraars. Bekostiging is hier niet afhankelijk waar de cliënt verzekerd is, maar de strafrechtelijke titel is hiertoe de aanleiding. Op basis van het onderzoek, geeft VGN en de Borg aan dat naar hun mening het verkorten van de maximale doorlooptijd diverse negatieve effecten kent (verliezen van de medische herkenbaarheid, trendbreuk in opgebouwde data etc.). Daarnaast lijkt het ze onlogisch om een verkorting van de behandelduur in te voeren, terwijl er voornemens zijn om andere productstructuur te ontwikkelen. Beide veranderingen zouden minstens aan elkaar gekoppeld zijn.

VGN en de Borg geven het volgende aan:

- De mogelijkheid tot het verkorten van doorlooptijden DBC's en DBBC's alleen nader onderzoeken in combinatie met het onderzoek naar een andere productstructuur;
- Nadrukkelijk oog houden voor de bij de systematiek behorende administratieve lasten.

Het doorvoeren van een rigoureuze maatregel als het verkorten van de doorlooptijd staat niet in verhouding tot het doel wat oorspronkelijk de aanleiding was, namelijk de informatievoorziening ten behoeve van zorgverzekeraars. Dit zou mogelijk op andere manieren georganiseerd kunnen worden, waarbij in de praktijk bijvoorbeeld nu ook al zorgverzekeraars zijn die regelmatig het aantal DBC's en de hieraan gekoppelde "schadelast" opvraagt. Deze werkwijze is ook niet wenselijk gezien de administratieve last die dit met zich mee brengt (zeker als alle zorgverzekeraars dit op hun eigen manier doen), maar het zou een alternatief kunnen zijn. Daarnaast zou gekeken kunnen worden naar de AWBZ zorg, waar middels digitaal berichtenverkeer (AZR) maandelijks "gefactureerd" wordt aan het zorgkantoor, wat een optie kan zijn. Een digitale (uniforme) werkwijze is dan wel noodzakelijk. Het digitale maandelijkse berichtenverkeer zal te zijner tijd ook als basis dienen voor de bevoorschotting. VGN en de Borg geeft aan dat voor de FZ hier ook een werkgroep over aan het nadenken is en er gekeken kan worden naar de voorstellen die daar worden gedaan.

*Directie Forensische Zorg (DForZo)*

DForZo acht het niet als wenselijk om de maximale doorlooptijd te verkorten en ziet het voorstel niet als een passende oplossing. Voor het ministerie van Veiligheid en Justitie is het fenomeen schadelastjaar minder relevant. Daarbij maakt DForZo nu afspraken met het veld over de liquiditeitspositie van de instellingen. De OHW-positie kan gebruikt worden om eerder inzicht te krijgen in de schadelast.

DForZo geeft aan dat het opknippen van de doorlooptijd geen recht doet aan de gemiddelde behandelduur in de FZ. Uitgaande van de 330 dagen, zoals genoemd in het onderzoek voor de FZ, zou dat het afsluiten van de DBBC's na 120 dagen bijna met een factor drie doen toenemen. Dit zal

veel administratieve lasten opleveren en een toename van de complexiteit van de administratieve verwerking en controle daarop aan de zijde van de aanbieder maar ook aan de kant van de verzekeraar.

De genoemde trendbreuk raakt ook de inkoop daar waar het gaat om analyse van data en bepalen van benodigde aanbod. Daarbij zal door toename van korte doorlooptijden de primaire diagnose naar de achtergrond raken, doordat er meer korte behandelgroepen zullen ontstaan. De informatievoorziening zal hierdoor afnemen. Idee van prestatiebekostiging is dat er wordt bekostigd voor dat wat er wordt geleverd. Nu dat niet langer duidelijk is en/of een kunstmatige verschuiving plaatsvindt naar korte behandelgroepen, is dat een groot informatieverlies en ontstaat er een trendbreuk in de data. Tevens is het risico dat er meer DBBC's worden afgekeurd doordat deze voornamelijk uit indirecte tijd bestaan wat niet wenselijk is in een veld van de FZ.

DForZo pleit voor rust in het stelsel en een stabiele kostprijsontwikkeling. In 2013/2014 heeft er al een grote wijziging plaatsgevonden in de verblijfsintensiteiten van de FZ. Tevens zijn de effecten van het kostprijsonderzoek ook nog niet uitgewerkt. Een nieuwe wijziging zorgt wederom voor een trendbreuk in de data. Het lijkt DForZo niet goed om aan meerdere knoppen tegelijk te draaien. Door nu de maximale doorlooptijd te verkorten en tevens de werken aan de doorontwikkeling voor 2016/2017 gebeurt er ons inziens teveel tegelijk.

#### *Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)*

De NVvP stelt dat deze gehele exercitie is om te kijken wat het verkorten van de doorlooptijden betekent voor het versnellen van de informatievoorziening omtrent de definitieve macrouitgaven. Onder de macrouitgaven (budgettair kader zorg) voor de GGZ vallen zowel de gespecialiseerde als de basis GGZ. Omdat de basis GGZ pas per 1 januari 2014 is geïntroduceerd, is nog niets te zeggen over het effect hiervan. NVvP stelt daarom ook vragen waarom deze exercitie nu is uitgevoerd en of er wel iets concreet met de resultaten gedaan kan worden.

NVvP geeft aan dat door het verkorten van de maximale doorlooptijden, zowel de productstructuur als de tarieven aangepast dienen te worden. NVvP is van mening dat dit haaks staat op de inspanningen om een andere productstructuur te ontwikkelen gebaseerd op stagering. Er moet niet alleen met financiële beweegredenen, namelijk het versnellen van de informatievoorziening, maar juist met inhoudelijke beweegredenen en alle ontwikkelingen die gaande zijn binnen de GGZ (stagering, DSM V etc.) moet de productstructuur doorontwikkeld worden.

#### *GGZ Wetenschappelijke Adviesraad (GWAR)*

In het geval van de basis GGZ wijst uit de klinische ervaring dat verkorting van de doorlooptijd voor de basis GGZ ongewenst is. Vaak vindt spreiding van de consulten over een jaar plaats en daarmee worden ook meer ernstige patiënten goed ondersteund en kunnen hun leven leiden zonder gespecialiseerde hulp. Verkorting zal tot opening van een nieuw product aanleiding geven en meerkosten. Zorgverzekeraars zullen hierop zeker reageren met bezuinigingen en vervolgens gaan er meer patiënten naar de specialistische GGZ, die duurder is.

Wat betreft de gespecialiseerde GGZ en FZ is de GWAR van mening dat het niet wenselijk is om per 1-1-2015 de doorlooptijd voor alle producten van de gespecialiseerde GGZ en FZ ongedifferentieerd te verkorten, weliswaar eerder inzicht in schadelast, maar ook stijging van de kosten op macroniveau, tenzij de productstructuur wezenlijk wordt aanpast. Of dat laatste op dit moment zo wenselijk is, vraagt de GWAR zich af.

Denk daarbij aan allerlei ophanden zijnde wijzigingen: decentralisatie, WMO, zeer recente invoer basis GGZ.

Het integraal verkorten van de doorlooptijd van de DB(B)C's is verder onverstandig omdat:

- Dit kostenverhogend kan werken. De doorlooptijd verlenging (tot bv 1,5 jaar) zou zelfs tot een verbetering kunnen leiden, omdat de gemiddelde depressiebehandeling tot aan afsluiten meestal net iets langer dan een jaar duurt.
- Kostenbesparing door uitval DBC's i.v.m. enkel indirecte tijd DBC's zal tegenvallen; instellingen zullen hierop sturen, waardoor feitelijk meer directe tijd gedeclareerd gaat worden (zgn. afsluitingsconsulten om de DBC's niet te laten uitvallen). Dit is feitelijk een onwenselijk effect van verkorting.

Een verkorting van de doorlooptijden van zorgproducten kan wel bijdragen aan efficiëntere GGZ, maar dat behoeft, conform de analyse van DBC-Onderhoud, ook een herijking van de tarieven en aanpassing van de huidige productstructuur. In dat geval is het advies van de GWAR:

- Inkorting doorlooptijd tot maximaal 180 dagen (dan bijna de helft van de zorgtrajecten afgesloten), dus relevant; korter is niet passend bij de geboden/vereiste zorg.
- Doordat de productstructuur aangepast moet worden, is dit niet binnen 1 jaar door te voeren, maar dient eerst een grondige analyse van de vereiste aanpassing van de productstructuur gemaakt te worden. Hierbij zou de initiële DBC wel een kortere doorlooptijd kunnen krijgen en vervolg DBC's niet. Dit zou meer inzage geven in beleidswijzigingen, indien de vervolg DBC's slechts beperkt variëren op basis van beleidswijzigingen.

De GWAR beoordeelt verkorting van de doorlooptijd voor specifiek psychotherapeutische behandelingen wel als zinvol, het jaar wordt in de psychotherapie gemakkelijk een automatisme. Wat betreft de psychotherapeutische behandelingen is de GWAR veel meer voor het aantal psychotherapeutische consulten in de gespecialiseerde GGZ maximeren op 30 per jaar en dan een jaar wachttijd en alleen in uitzonderingsgevallen verlenging toe te staan.

Al met al is de GWAR van mening dat het integraal verkorten van de doorlooptijd van de zorgproducten niet wenselijk is. De GWAR ziet echter wel mogelijkheden om op basis van medische inhoudelijke gronden de productstructuur te wijzigen en daarmee normen op te leggen aan de doorlooptijd van deze zorgproducten. Zij legt de link met het project doorontwikkeling van de zorgproducten in de gespecialiseerde GGZ en FZ.

#### *Nederlandse Vereniging van vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP)*

Het is voor de NVVP niet wenselijk om de doorlooptijden te verkorten, want dit heeft verschillende nadelen. Het verkorten van de doorlooptijd met vervolgens aanpassingen van het tarief heeft een grote financiële impact. Dit zou naar de mening van NVVP eerst onderzocht moeten worden. NVVP vindt aanpassing van de productstructuur en herijking van de tarieven onverantwoord. Er bestaat een reële kans dat een langer durende behandeling niet meer op de juiste wijze wordt beloond. Daarnaast gaat het verkorten van de doorlooptijden leiden tot meer administratieve handelingen, terwijl we nu al weten dat de administratieve lastendruk voor in het bijzonder vrijgevestigde aanbieders veel te groot is.



De oorspronkelijke vraag gaat om het verkrijgen van vroegtijdige informatie. Destijds zijn er door de NZa meerdere mogelijkheden genoemd om het OHW te bepalen. Tot op heden heeft geen enkele verzekeraar hier werk van gemaakt. Mogelijke opties zijn: zorgaanbieders kunnen mogelijk een inschatting geven bij elke cliënt hoeveel zorg er (nog) nodig is; ook kunnen de zorgverzekeraars een inschatting geven van de kosten op basis van de omzetplafonds die ze zorgaanbieders gegeven hebben en het percentage dat zij gemiddeld per jaar kwijt zijn aan ongecontracteerde zorg. Waarschijnlijk gaat de verkorting de inkoop van zorgverzekeraars niet erg beïnvloeden. Zij zullen hun omzetplafonds blijven hanteren.

*Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)*

Het LVE vindt het vreemd om nu met dit soort wensen te komen inzake de basis GGZ; wensen die een grote extra administratieve inspanning vergen in een periode van grote veranderingen, onzekerheden en aanpassingen. Daarbij komt dat er qua registratie, het aanleveren van gegevens, DIS en het kunnen declareren nog niks geregeld. Overigens blijkt dat uit gegevens die tot voor kort wél al bestonden, uit de eerstelijnspsychologische zorg, als kortdurende zorg de voorloper van de basis GGZ, er al sprake is van 6 maanden met een spanne van een jaar.

*Nederlandse Instituut Psychologen (NIP)*

Het NIP herkent de wenselijkheid om de doorlooptijd van DBC's te verkorten om zo eerder inzicht in de schadelast te krijgen. Bovendien verbetert het de liquiditeitssituatie van zorgaanbieders. Tegenover deze voorgestelde wijzigingen ziet NIP echter hogere administratieve lasten en onnodige kostenstijging binnen de GGZ, wat ook gevolgen heeft voor de patiënten. Naast de al geschetste risico's binnen het onderzoek ziet het NIP ook het risico dat patiënten onderbehandeld raken doordat zij het traject eindigen voordat zij zelfstandig kunnen functioneren en klachten verholpen of beheersbaar zijn. Patiënt en behandelaar zullen ieder moment van afsluiten deze vraag stellen, met name indien er weer een nieuw eigen risico geldt. Met een kortere doorlooptijd komt dit moment vaker voor. Daarnaast ziet het NIP ook een risico bij de inkoop van zorgverzekeraars, waarin er conservatiever zal worden ingekocht door het grote risico op kostenstijging. Hierdoor kunnen langere wachtlijsten ontstaan.

Als alternatief ziet het NIP een meer eenvoudige productstructuur waarmee (weer) gedeclareerd kan worden op grond van daadwerkelijk geleverde prestatie in het kalenderjaar. Naar het idee van het NIP is dit beter uit te leggen naar patiënten en is de geleverde zorg rechtmatiger en administratief eenvoudiger. Men kan voorstellen dat voor eenmaal in gang gezette trajecten slechts één maal eigen risico betaald hoeft te worden mits deze binnen 365 dagen wordt afgerond. Het NIP beseft dat een dergelijke ingrijpende maatregel niet op korte termijn realiseerbaar is. Als tussenoplossing kan voorgesteld worden dat met een best mogelijke schatting van de schadelast wordt berekend door een uitvraag onder (een representatieve steekproef) van zorgaanbieders en verzekeraars. Er worden steeds meer plafondcontracten afgesloten en hierdoor kan verwacht worden dat zorgaanbieders steeds beter hun schadelast in het boekjaar monitoren en daarom adequate cijfers kunnen aanleveren.

*Nederlandse Vereniging voor de Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP)*

In zijn algemeenheid meent het NVGzP dat grote terughoudend geboden is bij aanpassing van regels om louter administratieve redenen. Alles wijst erop dat de sector bijna bezwijkt onder de excessieve administratieve lasten en regeldruk.



De verkorting van doorlooptijd is een ogenschijnlijke eenvoudige ingreep. Zoals het onderzoek overtuigend laat zien heeft het echter grote gevolgen. Dit geldt niet alleen voor de administratieve lasten, maar ook voor de stijging van het macrobudget. Om deze redenen pleiten wij met kracht tegen bekorting van de doorlooptijd.

## 6.2 Reactie NZa en DBC-Onderhoud

Binnen het veld bestaat een visie voor het ontwikkelen van een productstructuur waarbij een focus ligt op medische herkenbaarheid van de prestaties, toezicht op passende en doelmatige zorg en integraliteit van de geleverde zorg. Duidelijk wordt dat de verkorting van de maximale doorlooptijd van alle huidige DBC-producten niet in lijn ligt met deze uitgangspunten. Veldpartijen zien naast de al genoemde risico's ook andere risico's. Het gaat hierbij bijv. om de aanlevering van kwaliteitsgegevens (ROM en prestatie indicatoren), de afspraken tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten door een conservatieve inkoop vanwege risico op kostenstijging en de voorgenomen (inhoudelijke) doorontwikkeling van de productstructuur.

Ook brengen de geconsulteerde veldpartijen een aantal mogelijke oplossingen naar voren om eerder inzicht te hebben in de schadelast. Dit zijn de volgende oplossingen:

### – *Bekostiging van daadwerkelijk geleverde zorg*

Naast bovengenoemde alternatieven is door geconsulteerde partijen aangegeven dat op de langere termijn een sterk vereenvoudigde productstructuur ook kan leiden tot eerder inzicht in de definitieve schadelast. Dit kan bijvoorbeeld bereikt worden door te declareren op grond van daadwerkelijk geleverde zorg in het kalenderjaar.

In het verleden heeft de NZa voorgesteld om de afzonderlijke activiteiten binnen een DBC te voorzien van een tarief (waarna de zorg gedeclareerd kan worden). Ook is recent een voorstel besproken om gebruik te maken van uurtarieven. Dit zou leiden tot eerder inzicht in de schadelast. In de bespreking van deze voorstellen met veldpartijen bleek draagvlak voor dergelijke wijzingen op dit moment te ontbreken met het oog op de ideeën ten aanzien van de nieuwe productstructuur.

### – *Schatting op basis van uitvragen*

Verzekeraars en zorgaanbieders maken steeds vaker plafondafspraken. Op basis van de afspraken en historische gegevens zoals bekend bij verzekeraars en zorgaanbieders kunnen inschattingen gemaakt worden ten aanzien van de verwachte schadelast.

Het voordeel van dit alternatief is dat er geen wijzigingen in de productstructuur noodzakelijk zijn en ook de uitvoeringslasten beperkt zijn. Belangrijk nadeel is dat er geen definitief inzicht verkregen wordt in de schadelast. In het verleden hebben vaker schadelast uitvragen plaatsgevonden. Daaruit blijkt een relatief groot verschil tussen ingeschatte schadelast en definitieve schadelast.

### – *OHW-grouper*

Een 'Onderhanden Werk grouper' kan gebruikt worden om eerder inzicht te verkrijgen in de te verwachten schadelast. Via deze grouper is het mogelijk dat zorgaanbieders ook de nog niet afgesloten DBC's aanleveren zodat een inschatting gemaakt kan worden van hiermee

gepaard gaande kosten/schadelast.

De projecten rondom verbetering van de informatievoorziening in de curatieve zorg dienen twee doelen; de versnelling van de definitieve schadelast als ook verbetering van inzicht in de ontwikkeling van de schadelast. De verzameling van de OHW-gegevens dient alleen het doel om de schadelast te monitoren. Een OHW-grouper heeft geen aanpassingen in de productstructuur. Belangrijk nadeel is dat de OHW-grouper geen inzicht geeft in de definitieve schadelast. Het betreft slechts een inschatting. Het gaat immers niet om gedeclareerde zorg en houdt geen rekening met eventuele plafonddafspraken. Daarnaast zijn de uitvoeringslasten en de handhaving in het gebruik hiervan groot.

## 7. Advies

Het doel van het verkorten van de maximum doorlooptijd van DBC-producten en zorgvraagzwaarte-producten is het eerder definitief vast kunnen stellen van de totale schadelast. De huidige productstructuur van de GGZ staat een snellere informatieaanlevering nu niet toe. Onderzocht is wat de maatregel van het verkorten van de maximale doorlooptijd van alle soorten DBC-producten (zowel initieel als vervolg) en de zorgvraagzwaarte-prestaties in de Basis GGZ voor gevolgen zou hebben.

### 7.1 Gespecialiseerde GGZ en FZ

Uit het onderzoek blijkt dat door het verkorten van de doorlooptijd een groot deel van de prestaties zal afleiden naar een kortere behandelprestatie. De belangrijkste reden hiervoor is dat de zorgtrajecten van de gespecialiseerde GGZ en FZ voor een groot deel langer dan 180 dagen duurt. Wanneer de tarieven van de huidige productstructuur hetzelfde blijven, zullen de totale macro uitgaven stijgen (door het ontstaan van meer korte prestaties met relatief hogere tarieven). Daarnaast zal er een effect optreden ten aanzien van de informatievoorziening door het toenemen van producten zonder diagnose informatie<sup>5</sup>. Door het verkorten van de maximale doorlooptijd is een aanpassing van de tarieven en productstructuur nodig om deze kostenstijging en verlies aan informatie te mitigeren. In de context van de voorgenomen lange termijn doorontwikkeling is het verkorten van de maximale doorlooptijd op dit moment geen logische stap.

Wij adviseren om (gezien de in onze analyse naar voren gekomen impact), de verkorting van de doorlooptijd niet eigenstandig door te voeren maar mee te nemen in de doorontwikkeling van de productstructuur. Voor 2016 en later staat een aanpassing van deze productstructuur op de agenda. De overheid stelt daaraan randvoorwaarden. Eén van die randvoorwaarden moet luiden dat de aangepaste productstructuur ervoor zorgt dat definitieve schadelastinformatie eerder beschikbaar is. De voorstellen voor aanpassing van de productstructuur die opgenomen worden in het releasetraject 2016 moeten expliciet de voordelen aangeven als het gaat om deze vroegtijdige schadelastinformatie.

#### 7.1.1 Doorontwikkeling productstructuur 2016 en verder

De doorontwikkeling van de productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ is het belangrijkste punt van aandacht voor 2016 en verder. De aanleiding om een nieuwe productstructuur te ontwikkelen is het gegeven dat de huidige productstructuur een aantal tekortkomingen kent. Zo is de productstructuur sterk georiënteerd op kostenhomogeniteit en stabiliteit. Er is echter sprake van geringe medische herkenbaarheid (diagnose is herkenbaar, behandeling niet), er bestaat een discrepantie tussen tijdsrange en werkelijke tijden individuele behandelaren, er bestaat de prikkel om lang door te behandelen (lange doorlooptijd) en er is geen sturing mogelijk op doelmatigheid en kwaliteit.

---

<sup>5</sup> De prestatie 'behandeling kort' laat geen diagnose informatie zien.

Het veld ziet hiertoe de noodzaak voor verdere doorontwikkeling van de productstructuur die gericht is op een betere afstemming tussen de vraag van de patiënt en het werkelijke zorgaanbod.

#### *Kaders en randvoorwaarden*

Met het veld is afgesproken dat de nadruk van de nieuwe productstructuur ligt op de uitwerking van medisch herkenbare patiëntdoelgroepen en bijbehorende zorgarrangementen ofwel behandelmodules. Het zal een productstructuur worden waarbij idealiter:

- Verschillende patiëntdoelgroepen worden geïdentificeerd met te onderscheiden integrale zorgarrangementen / behandelmodules (zorgprestaties);
- De patiëntdoelgroepen onderscheidend zijn en rekening wordt gehouden met een overzicht van inclusie- en exclusiecriteria gerelateerd aan de patiëntdoelgroepen;
- Zorgtoewijzing wordt gedreven door uitgevoerde diagnostiek, waarin de prognostiek en indicatiestelling een belangrijk onderdeel is (individueel behandelplan);
- Inzicht wordt geboden in passende zorg en bijbehorende kwaliteit;
- Een passende vergoeding plaatsvindt voor de zorg die daadwerkelijk geleverd is.

Dit betekent dat de nieuw te ontwerpen productstructuur aansluit bij een individueel behandelplan (volgend uit de diagnostiek) waarin de zorgarrangementen ofwel behandelmodules worden afgesproken die passend zijn bij de zorgvraag en behandeldoel(en) van de patiënt. Elk zorgarrangement ofwel behandelmodule heeft een bepaalde behandelduur. Na deze periode zal worden geëvalueerd of het toegewezen zorgarrangement op basis van de voortgang in de behaalde behandeldoelen van een patiënt zal moeten worden bijgesteld (stoppen, continueren, intensiveren of verlagen). In het kader hiervan zal de behandelperiode ofwel evaluatieperiode meegenomen worden in het verkorten van de maximale doorlooptijd van de zorgprestaties. Voor het releasepakket voor 2016 worden de eerste concrete stappen in deze nieuwe productstructuur gemaakt. Per 2017 moet de nieuwe productstructuur de huidige productstructuur grotendeels vervangen.

#### *Stagering en profilering*

De NVvP heeft aangegeven dat het model van *stagering en profilering* past binnen bovenstaande lijn. Voor het releasepakket van 2016 wil de NVvP het voortouw nemen om dit model verder uit te werken voor depressieve stoornissen en angststoornissen. Dit kan de basis zijn voor bovenstaande toewijzing naar de bijbehorende zorgarrangementen. Met stagering wordt de fase van ontwikkeling van een ziekte beschreven. Dit onderdeel van de diagnostiek gaat vooral over descriptieve ziekteverschijnselen en hun gevolgen. Profilering gaat over het betrekken van factoren die het beloop of de reactie op de behandeling kunnen voorspellen. Dit kunnen bijvoorbeeld genetische factoren of omgevingsfactoren zijn.

De NVvP zal hiervoor een voorstel doen. Mocht dit voorstel niet acceptabel zijn voor veldpartijen of niet aansluiten bij publieke doelen, dan zal de NZa een fall-back scenario uitwerken waarin in elk geval de publieke doelen wel haalbaar zijn.

#### *Planning*

De planning waaraan de doorontwikkeling van de productstructuur 2016 zich aan conformeert is als volgt:

- Opdrachtschrijving / plan van aanpak: augustus 2014 tot en met half september 2014;
- Beslissing over plan van aanpak: half september 2014;

- Ontwikkeling en uitwerking van het inhoudelijk denkmodel (diagnostiek en behandeling): half september 2014 tot en met half februari 2015;
- Beslissing over model: half februari 2015;
- (Technische) uitwerking binnen productstructuur: half februari 2015 tot eind juni 2015;
- Beslissing over feitelijke invoering: eind juni 2015.

## 7.2 Basis GGZ

Door de recente invoer van de nieuwe systematiek voor de basis GGZ is er nog geen informatie beschikbaar over feitelijke doorlooptijden en declaratiegedrag. Hierdoor is het niet mogelijk om de impact van een dergelijke maatregel te kwantificeren. Wel wordt verwacht dat het verkorten van de doorlooptijd naar verwachting een sterk kosten opdrijvend effect heeft. Maatregelen om dit te voorkomen leiden tot het fundamenteel herzien van het recent ingevoerde bekostigingssysteem. Voor de basis GGZ adviseren wij daarom ook om geen maatregelen te nemen om de doorlooptijden te verkorten. Gezien de recente invoer van de basis GGZ en het gebrek aan feitelijke gegevens over deze systematiek lijkt het voor de basis GGZ geen logische stap om de maximale doorlooptijd te verkorten.

## Bijlage 1: beschrijving van de simulatie

### Dataselectie voor simulatie en analyses

Het doel van de data-analyse is om een schatting te maken van het effect van verkorting van de doorlooptijd vanaf 2015. De analyses zijn gebaseerd op DIS-data aangeleverd tot en met 31 januari 2014, waaruit DB(B)C's gesloten in 2010 tot en met 2012 zijn geselecteerd. Deze data zijn bewerkt om de situatie van 2014 te benaderen. Op het moment dat de analyses werden uitgevoerd, waren de bewerkingen voor 2015 nog niet volledig ingebouwd. Daarom zijn DBC's die vanaf 2015 niet meer onder de zorgverzekeringswet vallen (jeugd en Basis-GGZ) hier nog niet uitgesloten.

Op de ongesimuleerde data zijn de volgende correcties toegepast zoals beschreven in de verantwoording van de RG14a en RF14a:

- (alleen bij GGZ) simulatie van crisis-DBC's;
- (alleen bij GGZ) simulatie van onverzekerde zorg: alleen het diagnostiekgedeelte is verzekerd van DBC's met een primaire diagnose in de hoofdgroepen Aanpassingsstoornissen en Andere aandoeningen.

Na simulatie zijn de volgende correcties toegepast:

- schoning van DBC's met zorgtypes ICC of medebehandeling;
- schoning van lege DBC's en van DBC's met alleen indirecte tijd.

De productgroepen zijn afgeleid volgens de productstructuren van 2014. Vervolgens zijn DBC's gesloten in 2011 geselecteerd. Er is geen schoning door validatieregels toegepast, om een zo goed mogelijke schatting te maken van het aantal DBC's dat gedeclareerd zou worden bij de verschillende scenario's. Wel is gekeken of verkorting van de doorlooptijd leidt tot meer uitval van DBC's door validatie.

### Uitgangspunten van de simulatie

Het doel van de simulatie is om zorgtrajecten opnieuw op te delen in DBC's, waarbij een DBC maximaal 180, 120 of 90 dagen mag duren. Daardoor worden DBC's vaak opgeknipt, maar het kan ook gebeuren dat delen van twee DBC's worden samengevoegd tot één gesimuleerde DBC.

De gehele DIS-dataset is eerst gecorrigeerd naar de situatie van 2014 (zie de vorige paragraaf). De dataset die zo is ontstaan wordt overgebracht naar de simulatie-database. De volledige dataset wordt gesimuleerd. De zorgtrajecten blijven intact en deze worden opnieuw ingedeeld in DBC's. We nemen aan dat de regels voor het openen en sluiten van zorgtrajecten niet worden gewijzigd.

Na simulatie worden de activiteiten (tijdschrijfactiviteiten, verblijfsdagen, dagbesteding, verrichtingen) gekoppeld aan de gesimuleerde DBC's. We nemen aan dat de activiteiten op de juiste datum zijn geregistreerd en dus na simulatie in de juiste gesimuleerde DBC's terecht komen. Voor tijdschrijven, dagbesteding en verrichtingen is de verwachting dat dit geen problemen oplevert. Bij verblijfsdagen wordt de data zodanig bewerkt dat elke verblijfsdag een eigen record met eigen datum krijgt.

Dus als er bulkregistratie heeft plaatsgevonden, worden de dagen verdeeld over meerdere regels, zodat ze eventueel aan verschillende gesimuleerde DBC's gekoppeld kunnen worden.

## Opbouw van de procedure

De simulatie beperkt zich voorlopig tot het scenario dat de maximale doorlooptijd x dagen wordt. De zorgtrajecten kunnen grofweg worden ingedeeld in de volgende soorten:

- Langdurig: DBC's sluiten op elkaar aan en hebben steeds afsluitreden 4 (administratief), met uitzondering van de laatste DBC in een zorgtraject (maar die is niet per definitie aanwezig in de beschikbare dataset)
- Kort of eerder afgesloten met andere sluitreden dan 4: patiënt kan weer terugkomen en komt dan misschien in hetzelfde zorgtraject.
- Crisiszorg zoals ingevoerd vanaf 2013: is al gesimuleerd in de Ronde database
- Crisiszorg en acute zorg (zorgtypes 102 en 103) tot en met 2012: maximaal 28 dagen

Per zorgtraject worden de volgende stappen doorlopen:

1. Gaat het om een crisis-zorgtraject? (herkenbaar aan zorgtype dat begint met 3) Dan kan de DBC meteen worden toegevoegd aan de tabel met gesimuleerde DBC's en de volgende stappen 2 t/m 7 kunnen worden overgeslagen.
2. Voeg een record toe aan de DBC-tabel, met
  - zorgtraject\_id is hetzelfde als van de ongesimuleerde DBC's
  - begindatum =
    - o bij de eerste simulatie- DBC in een zorgtraject: begindatum van de eerste DBC in het zorgtraject
    - o bij langdurige DBC's (afsluitreden van de vorige DBC was 4): einddatum vorige simulatie-DBC +1
    - o als de afsluitreden van de vorige DBC anders van 4 was of als het verschil tussen de einddatum van de laatste gesimuleerde DBC en de eerstvolgende tijdschrijfactiviteit langer is dan de maximale doorlooptijd: begindatum van de eerstvolgende activiteit met datum groter dan de einddatum van de laatst gesimuleerde DBC
  - einddatum = min( begindatum + maximale doorlooptijd -1, einddatum van een DBC met sluitreden anders dan 4); bij zorgtype 102 of 103 (acuut/crisis) is de maximale doorlooptijd 28 dagen
  - zorgtype =
    - o bij de eerste simulatie-DBC in een zorgtraject: zorgtype van de eerste ongesimuleerde DBC
    - o bij sluitreden van de vorige DBC 4 (langdurige DBC's) 202
    - o bij sluitreden van de vorige DBC anders dan 4 gaat het om recidive, dus zorgtype 204
    - o als het verschil tussen de einddatum van de laatste gesimuleerde DBC en de eerstvolgende tijdschrijfactiviteit langer is dan de maximale doorlooptijd, wordt het zorgtype 101 (initieel).
  - sluitreden: als de einddatum is bepaald door een DBC met sluitreden anders dan 4, neem dan de sluitreden van die DBC over. Als het om de laatste gesimuleerde DBC in een zorgtraject gaat en de ongesimuleerde DBC heeft sluitreden 5 (meestal is dat dan de enige DBC in het zorgtraject), dan krijgt de gesimuleerde DBC ook sluitreden 5. In alle andere gevallen wordt de DBC gesloten na de

- maximale doorlooptijd en dan is de sluitreden 4 (administratieve reden).
- circuit kan niet veranderen, dus neem circuit van eerste ongesimuleerde DBC in het zorgtraject.
  - 3. Herhaal stap 2 totdat er geen activiteiten meer zijn op een datum later dan de einddatum van de laatste gesimuleerde DBC in een zorgtraject.
  - 4. Koppel tijd, dagbesteding, verrichtingen en verblijf aan gesimuleerde DBC's.

## Voorbeelden

Hier volgen een paar concrete voorbeelden van zorgtrajecten en hun simulatie, waarbij gekozen is voor een maximale doorlooptijd van 120 dagen.

### Voorbeeld langdurige zorg

In onderstaande tabellen staan voorbeelden van de DBC's bij een bepaald zorgtraject en daarnaast de gesimuleerde DBC's van dit zorgtraject, waarbij de maximale doorlooptijd 120 dagen is. De eerste DBC wordt in drie delen gesplitst en dan volgt nog een vierde simulatie-DBC van 120 dagen. Daarna is de patiënt een paar maanden niet behandeld en op 12 mei 2011 begint de behandeling weer, daarom start op die datum de vijfde simulatie-DBC. In de simulatie heeft deze DBC een initieel zorgtype gekregen, omdat de patiënt langer dan de maximale doorlooptijd van een DBC niet in behandeling is geweest. De laatste simulatie-DBC eindigt op dezelfde datum als de ongesimuleerde DBC, omdat deze met sluitreden 3 (In onderling overleg beëindigd zorgtraject/patiënt uitbehandeld) is gesloten en daarmee is de behandeling afgelopen.

DBC identificatie	DBC begindatum	DBC einddatum	Zorgtype	Sluitreden
15138249	20-8-2009	19-8-2010	101	4
15154491	20-8-2010	19-8-2011	202	4
15160623	20-8-2011	31-7-2012	202	3

DBC identificatie	DBC begindatum	DBC einddatum	Zorgtype	Sluitreden
27373	20-8-2009	17-12-2009	101	4
3945131	18-12-2009	16-4-2010	202	4
5836985	17-4-2010	14-8-2010	202	4
7208757	15-8-2010	12-12-2010	202	4
8097276	12-5-2011	8-9-2011	101	4
8719747	9-9-2011	6-1-2012	202	4
9211186	7-1-2012	5-5-2012	202	4
9577719	6-5-2012	31-7-2012	202	3

Bron: DBC-Onderhoud



*Voorbeeld recidive*

In onderstaande tabellen staan voorbeelden van de DBC's bij een bepaald zorgtraject en daarnaast de gesimuleerde DBC's van dit zorgtraject, waarbij de maximale doorlooptijd 120 dagen is. De eerste DBC duurt korter dan 120 dagen en deze wordt dus niet opgeknipt. De tweede DBC duurt langer, waardoor deze in twee simulatie-DBC's wordt opgedeeld. De laatste gesimuleerde DBC eindigt op dezelfde datum als de ongesimuleerde DBC en krijgt dan ook sluitreden 1 mee.

DBC identificatie	DBC begindatum	DBC einddatum	Zorgtype	Sluitreden
19475325	24-8-2010	21-9-2010	101	3
15172044	28-4-2011	8-9-2011	204	1

DBC identificatie	DBC begindatum	DBC einddatum	Zorgtype	Sluitreden
2787612	24-8-2010	21-9-2010	101	3
5829020	28-4-2011	25-8-2011	204	4
6954444	26-8-2011	8-9-2011	204	1

Bron: DBC-Onderhoud

## Bijlage 2: toelichting reactie GGZ NL

### 1. Samenhang met de kwaliteitsgegevens (ROM, PI set)

Het verkorten van de doorlooptijd maakt informatie eerder beschikbaar, maar kalft de inhoudelijke waarde van de informatie af. Door het verkorten van de doorlooptijd neemt het aantal DBC's zonder meegeleverde DSM hoofdgroep toe en neemt het aantal productgroepen af (de N van de lange productgroep zal zo laag zijn, dat hier geen significante uitspraken meer over kunnen worden gedaan). De looptijd van- en geregistreerde tijd op de DBC en de DB(B)C zijn hierdoor geen discriminerende factoren meer op basis waarvan inhoudelijk iets kan worden gezegd over de daaraan gekoppelde patiëntenpopulatie. Bovendien wordt de historische vergelijkbaarheid van gegevens binnen de DIS database, de SBG data, de declaratiegegevens die verzekeraars hebben, etc., aanzienlijk bemoeilijkt.

Voor wat betreft de ROM stelt de NZa dat bij verkorting van de doorlooptijd sprake zal zijn van een grotere toestroom van informatie aan SBG. Volgens mij ligt dit ingewikkelder en impliceert het een (forse) herziening van gemaakte afspraken. Bijvoorbeeld:

- voor- en nametingen moeten vooralsnog binnen drie maanden voor of na respectievelijk de eerste dan wel laatste behandelsessie van het DBC traject liggen. (NB: dus niet het zorgtraject, deze kan bestaan uit meerdere DBC trajecten). Dit betekent een marge van circa 180 dagen. Hoe hiermee om te gaan bij een verkorte doorlooptijd van 180, 120 of zelfs 90 dagen?
- SBG stelt de uitkomst van een behandeling vast door de scores van uitkomstenmetingen aan het eind van een DBC traject te vergelijken met de scores aan het begin van een DBC traject. Hierover is al de nodige discussie. Dit wordt alleen maar meer als de doorlooptijd wordt verkort, het geconstateerde behandelingseffect zal bij kortere doorlooptijden obv de huidige systematiek (sterk) verminderen. Zeker als iemand in een dusdanig ernstige psychische toestand in behandeling wordt genomen dat afname van een vragenlijst de eerste periode niet mogelijk of niet zinvol is.
- als de huidige systematiek gehandhaafd blijft van verplichte begin- en eindmeting rond start-/sluitdatum DBC geeft dit de behandelaar minder ruimte om op klinisch relevante momenten een vragenlijst af te nemen.

Voor wat betreft de kernset prestatie indicatoren is een uitgangspunt om de PI's zo veel als mogelijk aan te laten sluiten bij de DBC en DB(B)C systematiek en voor sommige PI's ook conform de MDS van SBG. Ook hier zou dan een herziening van afspraken nodig zijn en sprake zijn van een trendbreuk. Twee voorbeelden van consequenties obv de kernset 2013:

- bij sommige PI's is sprake van exclusiecriteria vwb DBC waar alleen diagnostiek in heeft plaatsgevonden en/of crisis DBC. Verkorting van de doorlooptijd heeft consequenties voor deze groepen en daarmee dus ook voor aantal te meten patiënten.
- bij de indicator 'drop out' is de teller het aantal behandeltrajecten dat eenzijdig door de patiënt is beëindigd. De noemer is het aantal afgesloten DBC's in het verslagjaar. Verkorten van de doorlooptijd laat de noemer (afhankelijk van duur aanzienlijk?) stijgen en daarmee kom je tot heel andere uitkomsten die niet vergelijkbaar zijn met voorgaande jaren.

- Ook consequenties voor de risico-/veiligheidsindicatoren van IGZ zijn nog niet in kaart gebracht.
- Consequenties voor de PI set van Justitie zijn nog niet te overzien, maar die zijn tevens (op termijn) gekoppeld aan de DB(B)C's. De PI set voor 2015 is in de maak en de beoogde wijzigingen zijn nog niet duidelijk.

### 2. Afspraken verzekeraars –zorgaanbieders – patiënten

De wijziging van de doorlooptijd van DBC's heeft direct invloed op de afspraken met verzekeraars. Met verzekeraars wordt een omzetplafond afgesproken waarbinnen de productie wordt gespecificeerd, maar ook gemiddelde prijzen per DBC en per patiënt. Een wijziging van de doorlooptermijn van DBC's maakt dat er een groter aantal korte DBC's wordt gerealiseerd, wat volgens de NZa leidt tot een stijging van het macrokader. Een stijging van het macrokader lijkt ons onwaarschijnlijk, waardoor dit of via een aanpassing van de maximum tarieven van de NZa of via de tariefonderhandelingen van de verzekeraar wordt gecorrigeerd.

Hiernaast leidt dit ook tot een aanpassing van de inhoud van de productieafspraken, omdat een toename van kortere DBC's moet worden afgesproken. Dit leidt ertoe dat de zwaarte van de caseload van instellingen minder tot uitdrukking komt in de productieafspraken, omdat het vooral korte DBC's betreffen. In het verlengde van de productieafspraken voor 2014 is de suggestie snel gewekt dat een substantieel deel van de patiënt zou kunnen worden overgeheveld naar de Generalistische Basis GGZ.

De NZa constateert dat het verkorten van de doorlooptijd leidt tot een groter aandeel DBC / DB(B)C die niet in een reguliere productgroep vallen, waardoor de controle op de rechtmatigheid van de gedeclareerde producten bemoeilijkt wordt. Hiermee leidt een verkorting van de doorlooptijd niet alleen tot meer 'gedoe' bij de start van een schadelastjaar, maar ook bij het afsluiten ervan. NB: de Forensische Zorg hanteert geen schadelastjaren.

GGZ Nederland voorziet nog wel enkele problemen met het wettelijk eigen risico van verzekerden als de DBC doorlooptijd wordt bekort en er dus sprake kan zijn van een nieuw te openen DBC.

### 3. Het bekorten van de doorlooptijd houdt geen enkele rekening met de praktijk van nu en de doorontwikkeling van de bGGZ en de gGGZ productstructuren

Over de Generalistische Basis GGZ zijn nog geen gegevens over doorlooptijden. Over de FZ worden de doorlooptijden bepaald door een extern opgelegde maatregel (strafrechtelijke titel). Uit de cijfers van de (toen nog bGGZ + gGGZ) DIS gegevens blijkt dat de gemiddelde doorlooptijd van alle afgesloten zorgtrajecten 283 dagen is. Bij meer dan de helft van de zorgtrajecten (ruim 55%) is sprake van een doorlooptijd van 180 dagen of langer. 'Slechts' bij 30% is sprake van een doorlooptijd van maximaal 120 dagen. (zie ook blz. 11 van het consultatiedocument).

Wat wordt er opgelost als de doorlooptijd wordt verkort tot 120 dagen, aangezien voor meer dan de helft sprake zal zijn van (extra) vervolgd-DBC's en administratieve lasten (dus op den duur hogere kosten). Daarnaast heeft het sinds de invoering van de DBC's al even geduurd voordat men goed is gaan registeren. Zo'n tussentijdse wijziging kan meer kwaad doen dan goed. Herziening van afspraken/regels impliceert ook hier weer tijdelijke onduidelijkheid/chaos en een trendbreuk voor iets wat nu juist steeds beter ingebed is geraakt.

4. Toename loonkosten door (administratieve) lastenverzwaring  
De NZa geeft aan dat een verzwaring van de administratieve lasten een gevolg is van het verkorten van de doorlooptijd, omdat sneller een DBC moet worden afgesloten en een vervolg DBC moet worden geopend. Dit levert meer werk op, omdat voor patiënten waarvan de DBC langer dan 90, 120 of 180 dagen loopt (uitgaande van welk termijn gekozen wordt) er één of meer keer extra per jaar een DBC moet worden afgesloten en gevalideerd en een vervolg DBC geopend en getypeerd. Vanuit de NZa en zorgverzekeraars worden echter eisen gesteld aan het sluiten en openen van een DBC, waardoor dit een aanzienlijke (administratieve) lastenverzwaring is. Het draait hier niet om alleen het sluiten en openen van een DBC, maar ook om o.a.:

- Extra eind en start metingen SBG;
- Extra verplichte contacten met hoofdbehandelaar i.v.m. NZa vereiste, dat er altijd directe tijd door de hoofdbehandelaar moet zijn geregistreerd op de DBC;
- Beoordeling van de instelling bij het afsluiten van de DBC en het openen van de vervolg DBC of de patiënt nog is aangewezen op Gespecialiseerde GGZ of moet worden doorverwezen naar de Basis GGZ.

Uit deze beknopte opsomming blijkt dat het verkorten van de doorlooptijd tot een toename van de inzet van administratieve, maar ook inhoudelijke specialisten leidt. Dit zal voor instellingen met een zware caseload een groter effect zijn dan instellingen met een lichte caseload. De extra inzet hiervan komt tot uitdrukking in de kostenprijzen en de tarieven en heeft daarmee een prijsopdrijvend effect hebben.

#### 5. Samenhang met het liquiditeitsdossier

Een van de effecten die de NZa voorspelt is een impact op de liquiditeit. Mogelijk dat het werkkapitaal dat moet worden aangehouden wel afneemt, waardoor de kosten daarvoor ook dalen. In het licht van de reeds voorgenomen aanpassingen van de DBC / DB(B)C productstructuur in 2016/17 lijkt ons een dergelijk aanpassing van de productstructuur niet wenselijk. De investeringen en consequenties staan niet in verhouding tot het doel van het vervroegen van de beschikbare financiële informatie.

De liquiditeitsproblematiek zoals instellingen die ervaren zit vooral ook in het uitstellen van facturatie in de eerste maanden van het jaar, omdat de EI-standaard en de verwerking daarvan in facturatiesystemen niet tijdig plaats vindt. Een vervroeging van dit proces (zodat de declaratiestandaard voor de start van het jaar beschikbaar komt) zou meer impact hebben op de liquiditeit van instellingen. Bovendien komt de jaarlijkse informatiestroom eerder op gang, waardoor ook eerder extrapolaties kunnen worden gedaan over de kostenontwikkeling voor dat schadelastjaar.

De redenering in het consultatiedocument is eendimensionaal. Indien de doorlooptijd korter wordt, wordt het OHW verlaagd. Dat klopt in principe als een bus. Het helpt ook voor de hoeveelheid wat we op de geldmarkt moeten lenen. Het geeft dus zeker op dit vlak enige verbetering, waar ook banken blij mee zullen zijn hoewel er nog steeds vrij veel geld naar de instellingen zal moeten (en er zijn andere oplossingsrichtingen).

Er zijn echter 2 belangrijke 'maar-redeneringen';

- Het gaat bij liquiditeit uiteindelijk om het 'definitief afrekenen'. Geleverd werk -binnen de productieafspraken- moet z.s.m. worden afgerekend. Kort samengevat; heb je wat je denkt dat je hebt (aan euro's) als je de rekening hebt verstuurd en betaald hebt gekregen. Wat hierin ontbreekt is wat de zorgverzekeraar gaat doen.

- Zie hierboven de mogelijke risico's. Er worden problemen gesignaleerd rondom de rechtmatigheid. Dit betekent een heel circus aan materiele controles en er is upcode gevaar. Dit zorgt voor extra administratieve lasten maar ook extra accountantsonzekerheden wat de bank weer niet leuk vindt. Het punt is dat je dan wel weer kunt twijfelen aan het begrip van definitief afrekenen. Vooral het woord definitief is dus niet zo hard. Voor een bank draait de wereld om zekerheden. Het kunnen terughalen van middelen van zorgverzekeraars naar instellingen geeft oncomfort voor een bank. Dit neemt dus in dit plan toe. Ik zou zelf pleiten voor meer controle vooraan in de keten en in ieder geval een plan hoe de controle achteraf wordt vormgegeven.
- Liquiditeit draait daarnaast om de verhouding bank-verzekeraar. Daar gaat dit plan niet om. Het is geen oplossing voor het juridische probleem tussen bank en verzekeraar.

6. Geen 'one size fits all' benadering voor een snellere informatievoorziening van de zorguitgaven

Zoals we hebben begrepen is het onderzoek op basis waarvan deze consultatie naar de verkorting van de doorlooptijd voor gGGZ en bGGZ wordt gehouden, ingegeven door het verzoek van de minister van VWS om sneller, betere informatie over de cijfers van de definitieve schadelast in de curatieve zorg te ontvangen. In de MSZ is er in 2013 voor gekozen om de doorlooptijd van de DBC-producten te bekorten van maximaal 365 dagen naar maximaal 120 dagen. Met dit onderzoek naar de verkorting van de maximale doorlooptijd ook binnen de GGZ en FZ wordt ingestoken op één oplossingsrichting, die dermate veel nadelige effecten heeft, dat als vanzelf een betere en eenvoudiger oplossingsrichting boven komt drijven.

Uit de analyse in het document over de basis ggz en de huidige doorontwikkelplannen van de DBC GGZ en de DB(B)C FZ productstructuur blijkt al wel dat de benadering van opknippen van behandeltrajecten naar een paar opgeknipte dbc onderdelen volledig indruist tegen de huidige stroming. Geen kostenopdrijvende oplossingsrichting kiezen, maar sturen op kwaliteit van de behandeling en de gemiddelde kosten per patiënt.