

In april 1996 verscheen een informatiemap ten behoeve van een drietal voorlichtingsbijeenkomsten voor de directies van Psychiatrische Ziekenhuizen en RIBW'en over het voorstel om de COTG-richtlijnen (thans CTG beleidsregels) te herzien.

Deze bijeenkomsten werden door de brancheorganisatie NVGGZ (thans GGZ Nederland) georganiseerd.

Hieronder is een gedeelte van deze informatiemap opgenomen.

1. Samenwerking GGz-koepels

Zoals bekend is onlangs de Stichting GGz Nederland opgericht. Deze stichting heeft tot taak de vier verenigingsbureau's van de NVAGG, NEVIV, NVBW en NVGGz te integreren, en er voor te zorgen dat binnen een jaar een nieuwe GGz-vereniging zal komen. Als directeur van de nieuwe stichting is benoemd dhr. F. Leenders.

Onderwijl krijgt samenwerking volop gestalte. Met name waar het de wet- en regelgeving betreft zijn gezamenlijke initiatieven ontplooid zoals de gezamenlijke reactie op de kabinetsplannen in april 1995, de reactie op het FOZ 1996 en het gezamenlijke project om te komen tot een flexibilisering van de AWBZ.

Onlangs organiseerden NVBW en NVGGz gezamenlijk een informatiebijeenkomst over de nieuwe meldingsregeling in het kader van de WZV. En ook vandaag ziet u dat beide verenigingen besloten hebben om niet ieder afzonderlijk hun leden te informeren, maar om dat gezamenlijk te doen. En er is veel informatie te geven over de voorstellen om te komen tot een ingrijpende herziening van de COTG-richtlijnen.

Overigens, maar dit terzijde, u krijgt na afloop van de bijeenkomst een uitgebreide informatiemap waarin u de inleidingen van vandaag alsmede de gepresenteerde sheets aantreft. Tevens ligt het onderzoeksrapport over de herziening van de richtlijnen voor u klaar alsmede de concepthandleiding behandelmodulen.

Maar voor ik verder inga op de richtlijnvoorstellen, wil ik eerst even stil blijven staan bij de actuele ontwikkelingen in de wet- en regelgeving van zowel de AWBZ, de WZV als de WTG. Deze drie wetten vormen met het FOZ het sturingssysteem van de gezondheidszorg.

Samen vormen ze een organisch geheel, ondanks de schijn van het tegendeel met drie aparte uitvoeringsorganen (Zfr, CvZ en COTG). Een verandering in een van de wetten heeft vrijwel altijd ook consequenties voor een van de andere twee wetten. Discussies binnen het ene wettelijk kader, zoals nu met de herziening van de richtlijnen binnen de WTG, zullen dan ook altijd gerelateerd moeten worden aan discussies binnen de andere twee wettelijke kaders.

De AWBZ, WZV en WTG zijn te beschouwen als een drieluik met in het hart de AWBZ en met als zijpanelen de WZV en de WTG. Als ik spreek over drieluiken dan doemt al snel het werk van Hieronymus Bosch op. Het is alleen de vraag met welke van zijn drieluiken u onze wetgeving wilt associëren: is dat het Laatste Oordeel, de Verzoeking van de Heilige Antonius, of de Tuin der Lusten? Een overeenkomst tussen al de drieluiken is in ieder geval de veelheid aan details. Een wirwar van duiveltjes, richtlijntjes, figuurtjes, maatstaven, en regelingen nadere regels. In alle gevallen ook kan het hoofdpaneel niet zonder de zijpanelen, te zamen creëren zij de voorstelling.

2. Drieluik

Voor ik de ontwikkelingen in het kort zal bespreken even, als geheugensteun een kort overzicht van de huidige samenhang in de wetgeving.

Sheet sturingssysteem: drieluik

In het hart van het drieluik is de AWBZ gesitueerd. Deze wet regelt wie er tot de kring van verzekerden gerekend kunnen worden, wat er verzekerd is onder de AWBZ (de zorgaanspraken) en wie deze zorg mag leveren (erkende aanbieders).

Tevens regelt deze wet de relatie tussen zorgverzekeraar en aanbieder d.m.v. overeenkomsten. Centrale elementen in deze relatie tussen de verzekeraar en aanbieder zijn de contracteerplicht en het lokaal overleg waarin de productieafspraken worden gemaakt.

De WZV als linkerpaneel geeft antwoord op het vraagstuk in welke mate de erkende zorgaanbieder de zorg mag leveren. Zij bepaalt de omvang en spreiding van de zorg en reguleert de bouw.

De WTG als rechterpaneel werkt de kosten van de zorg verder uit.

Korte samenvatting van beide panelen: de WZV wijst en de WTG prijst.

Dwars over het drieluik zie je samenhangende thema's. Een capaciteitsuitbreiding ex WZV leidt tot ophoging van de erkenning ex AWBZ en dit leidt vervolgens tot een verhoging van de capaciteitsgebonden kosten ex WTG.

De erkenning stelt tegelijkertijd grenzen aan de productieafspraken die in het lokaal overleg worden gemaakt. De uitkomst van dit overleg is voor het COTG een gegeven.

Ook de in de vergunning ex WZV opgenomen investeringsbedragen zijn in het kader van de WTG een gegeven waar niet aan getornd wordt.

Het voetstuk van het drieluik wordt gevormd door het FOZ. Dit FOZ heeft steeds meer aan belang gewonnen en bepaalt steeds stringenter zowel de financiële mogelijkheden binnen de WZV (via het bouwkader) als de WTG (via de sectorale deelkaders).

4. Ontwikkelingen wet- en regelgeving

Het gehele drieluik wordt momenteel fors onder handen genomen. In de volgende sheet worden de belangrijkste onderwerpen aangegeven.

Sheet drieluik ontwikkelingen wet- en regelgeving

4.1 Flexibilisering AWBZ: zorgaanspraken en contracteerplicht

Ik neem ze in het kort met u door, beginnend met het hart: de AWBZ.

Zoals u weet zijn de vier GGz-verenigingen in gesprek met onder meer het Ministerie van VWS om de mogelijkheden te bezien van een flexibilisering van de GGz-verstrekking.

Aanleiding is de gezamenlijke reactie van de GGZ op de kabinetsplannen waarin we

pleiten voor een samenhangend pakket aan maatregelen:

- flexibilisering van de zorgaanspraken door het toevoegen van een verstrekking geïntegreerde GGz aan de zorgaanspraken
- optimalisatie van het machtsevenwicht tussen de partijen door een versterking van de positie van de zorgverzekeraar, en niet te vergeten die van de patiënt-organisaties.
- het nemen van een eigen verantwoordelijkheid inzake de kostenbeheersing
- een beperkt zorgvernieuwingsfonds voor experimentele zorg

De Minister was voornemens zorgvernieuwing vooral te stimuleren via een uitgebreid zorgvernieuwingsfonds (waarvoor de instellingen 5% van hun budget zouden moeten inleveren). De constructie van een uitgebreid fonds geeft VWS de mogelijkheid van een stringente kostenbeheersing (voor subsidieregelingen zoals het fonds geldt immers: 'op is op'). Bovendien wordt op deze wijze automatisch de positie van de zorgverzekeraar versterkt als beheerder van dat fonds.

Een groot zorgvernieuwingsfonds onder de AWBZ wordt door de GGz-verenigingen afgewezen: de bestaande koppeling tussen AWBZ-verstrekking en WTG-financiering moet blijven bestaan, zij het met gewijzigde, meer flexibele spelregels. Het alternatief dat door de koepels verder is uitgewerkt, biedt ons inziens meer en betere randvoorwaarden voor een moderne klantgerichte zorg dan het zorgvernieuwingsfonds.

Ik zal de hierboven genoemde aspecten verder toelichten.

Flexibiliseren Zorgaanspraken (AWBZ):

Het gaat hierbij om de vraag op welke wijze we kunnen bewerkstelligen dat zorg 'dwars door de muren van de instellingen heen' kan worden geleverd of afgenomen:

- Cliënten moeten zorg op maat kunnen krijgen en niet geperst worden in een van de voorzieninggerichte verstrekkingen. Zorg moet dus in alle mogelijke combinaties gevraagd en verstrekt kunnen worden.
- Instellingen moeten een geïntegreerd aanbod kunnen leveren; de starre grenzen van de huidige aanspraken worden daarmee doorbroken.

Deze ontschotting is nu mogelijk krachtens artikel 1 van de subsidieregeling Zorg op maat GGZ 1996 (voorheen: de substitutieregeling). De GGZ-koepels willen deze zorg-op-maat een structurele basis geven binnen de AWBZ zelf.

De substitutie kan een wettelijke verankering krijgen door aan het Besluit Zorgaanspraken een artikel toe te voegen dat het mogelijk maakt om de bestaande voorzieninggerichte zorgaanspraken ook in onderdelen of combinaties hiervan te leveren. Hierdoor ontstaat naast het voorzieninggerichte aanbod ook de mogelijkheid van een vraaggestuurd aanbod. Met andere woorden: aan het zorgmenu van de bestaande standaard aanspraken wordt de mogelijkheid van een menu à la carte toegevoegd. Hierbij gaan we uit van samenwerking tussen bestaande (erkende) zorgaanbieders.

Aan VWS zijn concrete voorstellen gedaan die momenteel onderwerp van gesprek zijn.

Maar daarmee zijn we er niet. Willen de voorstellen geaccepteerd worden dan zullen we ook een verdere invulling moeten geven aan twee eerder genoemde aspecten: kostenbeheersing en versterkte positie zorgverzekeraar.

De kostenbeheersing willen we realiseren via de WTG, namelijk via de plafonnering

of budgetmaximering.

Ik kom daar zo dadelijk bij het zijluik de WTG op terug.

Het aspect van de versterkte positie van de zorgverzekeraar komt nu aan de orde.

Overeenkomsten (AWBZ): beperking contracteerplicht

De positie van de verzekeraar kan versterkt worden met een regeling die het mogelijk maakt dat zorgverzekeraars aanbieders budgetruimte kunnen onthouden in die situaties waarin men in het lokaal overleg niet tot een akkoord heeft kunnen komen over de produktieafspraken (waaronder afspraken over zorgvernieuwing, nieuwe zorgvormen zoals PIT e.d.). Een budgetruimte die dan door de zorgverzekeraar aan een andere zorg-aanbieder kan worden toegewezen.

Deze versterking van de positie van de verzekeraar zal in de modelovereenkomst (en wellicht ook in de COTG-richtlijnsystematiek) vastgelegd moeten worden. In overleg met Zorgverzekeraars Nederland zal dit aspect nader uitgewerkt worden.

Tot zover twee belangrijke ontwikkelingen binnen de AWBZ. Nog niet genoemd is de discussie 'de knip in de GGZ'. Onder deze titel gaat het vraagstuk schuil of we de GGZ geheel in de AWBZ willen houden of dat ook delen van de GGZ naar het tweede compartiment (de Ziekenfondswet) of het derde compartiment (vrijwillige verzekering) kan worden overgebracht.

De Minister heeft laten weten in deze kabinetsperiode alleen te overwegen de vrijgevestigde psychotherapie uit de AWBZ te willen halen (dit wordt inmiddels de 'kleine knip' genoemd).

Hoewel politieke besluitvorming over de knip nu niet aan de orde is, zullen Zorgverzekeraars Nederland en de GGZ-verenigingen de discussie over de 'grote knip' voortzetten. Dit temeer daar de discussie enige tijd nodig heeft. We gaan er vanuit dat deze discussie in een nieuw kabinet (door ons) op de politieke agenda gezet zal worden.

Dan kom ik nu bij het zijluik van de WTG.

4.2 Modernisering WTG: richtlijn nieuwe zorgvormen

Het toevoegen van een artikel in de zorgafspraken zal zijn pedant in de richtlijnsystematiek ex WTG moeten krijgen. Gedacht wordt hierbij aan een 'richtlijn nieuwe zorgvormen' (werktitels als richtlijn flexibele zorg of richtlijn geïntegreerde zorg worden ook gebruikt).

Deze richtlijn wordt gevoed door substitutie. In het lokaal overleg spreken partijen af een deel van hun reguliere zorg te substitueren in geïntegreerde zorg. De hiermee gepaard gaande middelen worden voor de betreffende aanbieder toegevoegd aan de 'richtlijn nieuwe zorgvormen'. Het gaat hier om zorgvormen die zich niet of moeilijk in de reguliere produktieafspraken laten vertalen. Op dit moment kunt u hierbij denken aan allerlei zorgvernieuwingenprojecten zoals intensieve thuiszorg en begeleid zelfstandig wonen maar ook aan een allerlei vormen van een geïntegreerd aanbod. Zonodig kunnen onderdelen van deze 'richtlijn nieuwe zorgvormen' van een prijs in het kader van de WTG worden voorzien.

Kostenbeheersing is hiermee, in ieder geval voor wat betreft de APZ en RIAGG's gegarandeerd:

- De richtlijn geïntegreerde zorg wordt, zoals gezegd, gevoed door substitutie van

- reguliere productieafspraken.
 - De ruimte om productieafspraken te maken zijn gelimiteerd door de productieplafonds of budgetmaximering.
 - De omvang van het productieplafond wordt volledig beheerst door de overheid via de vergunningen ex WZV , de erkenningen ex AWBZ en/of de autonome groeirimte ex FOZ.
- Zo dadelijk zal dhr van de Pol verder ingaan op de werking van het productieplafond.

De 'richtlijn nieuwe zorgvormen' maakt het tevens mogelijk om een eind te maken aan de grijze productieafspraken. Immers, alles wat niet goed in reguliere afspraken is te vangen, kan in deze richtlijn gestopt worden. De gehele richtlijnsystematiek, en dit geldt voor zowel de huidige als de toekomstige systematiek, wint zo aan transparantie.

De discussie over de 'richtlijn nieuwe zorgvormen' zal nog voor de zomer met de betrokken partijen verder gevoerd worden. Hierbij zal ook het voornemen van de overheid aan de orde komen om vooraf een bepaald percentage van het budget vast te stellen dat instellingen aan nieuwe zorgvormen zullen moeten gaan besteden.

Herziening COTG-richtlijnen

Deze ontwikkeling, waarvoor u vandaag bijeen bent gekomen, bewaar ik nog even voor het einde. Ik wil eerst even de aandacht vestigen op het linker zijpaneel: de WZV

4.3 Herziening en deregulering WZV

In de informatiebijeenkomst van 15 februari jongstleden bent u reeds uitvoerig geïnformeerd over zowel de deregulering als de herziening van de WZV. Ik volsta dan ook met een enkele opmerking.

Deregulering WZV

De nieuwe meldingsregeling die per 1 januari jongstleden is ingegaan beoogt een verdere deregulering van de WZV: de gehele instandhouding zal onder de werking van de WTG worden gebracht via een richtlijn instandhoudingsinvesteringen. Momenteel wordt door het CvZ en het COTG hard gewerkt aan een verdere invulling van deze deregulering. Het streven is er nog steeds op gericht om per 1 juli 1996 een richtlijn instandhoudingsinvesteringen gereed te hebben.

Herziening WZV

In april 1995 heeft VWS een adviesaanvraag rondgestuurd over de wijziging van de WZV zelf. Belangrijkste elementen van de voorgenomen wijziging:

- Beperken reikwijdte van de wet:
De instandhouding wordt overgeheveld naar de WTG (de nieuwe meldingsregeling is hier de voorloper van).
- Sectorale zorgvisies:
VWS geeft het beleidskader aan: wat is wenselijk en mogelijk, hoeveel middelen zijn er beschikbaar. De nota Onder Anderen van Staatssecretaris Simons kunt u

als een prototype van een dergelijk beleidskader zien.

In het kader van de selectieve heroverweging heeft VWS een aanvullend beoordelingskader vastgesteld voor de huisvesting van langdurig zorgafhankelijke patiënten. Dit kader kunt u zien als een eerste proeve van een onderdeel van de sectorale zorgvisie.

De nieuwe GGZ-vereniging staat voor de opdracht om vanuit de sector een actieve bijdrage te leveren aan het formuleren van de sectorale zorgvisie.

- Bouwprioritering:

Op basis van de zorgvisie stelt VWS vervolgens een bouwprogramma vast dat vergelijkbaar is met de huidige bouwprioriteiten. Deze bouwprioriteiten krijgen straks een wettelijke verankering.

- Verminderen capaciteit:

Meer dan nu wil VWS ook mogelijkheden creëren om op basis van de sectorale zorgvisie over te kunnen gaan tot reductie van met name APZ-capaciteit. Zoals u uit de selectieve heroverweging kunt lezen, blijft VWS hierbij voor een groot deel afhankelijk van de medewerking van de betrokken partijen.

De nieuwe meer kostenconforme richtlijnsystematiek kan het proces van capaciteitsreductie wellicht enigszins versnellen. Met de nieuwe systematiek is er in beginsel geen bedrijfseconomisch belang meer om een surplus capaciteit aan chronische bedden in stand te houden ter compensatie van de ontoereikende opbrengsten voor de behandelbedden.

4.4 Herziening richtlijnsystematiek WTG

Tot zover de ontwikkelingen binnen het drieluik aan wet- en regelgeving. Ik kom nu, tot slot, bij het onderwerp waar het vandaag vooral om gaat: de herziening van de COTG-richtlijnen.

Herziening richtlijnen

Eind 1994 heeft de NVGGz het NZi verzocht onderzoek te verrichten naar de herijking van de COTG-richtlijnsystematiek voor APZ'en. Geconstateerd werd dat door allerlei ontwikkelingen de relatie tussen de kosten van het hulpaanbod en de feitelijke vergoeding via de richtlijnen steeds verder uit elkaar zijn gaan lopen. Zo stelde het COTG dat de richtlijnvergoeding voor (een deel van) de langdurige verblijfsfunctie (de B-richtlijnen) neerwaarts bijgesteld zou kunnen worden. De NVGGz kreeg signalen dat de vergoeding van kortdurende zorg (de A-richtlijnen) niet kostendekkend zou zijn. Daarnaast plaatsten de zorgverzekeraars vraagtekens bij de hoogte van de vergoeding voor de OVDB. Voldoende redenen voor een onderzoek, vond de NVGGz.

De NVBW sloot zich als mede-opdrachtgever aan bij dit initiatief, zodat de mogelijkheid ontstond om RIBW- en APZ-richtlijnen te harmoniseren. De reikwijdte van het onderzoek strekte zich daarmee uit tot de deeltijd- en klinische behandeling van de APZ'en en de RIBW'en.

Het onderzoek is begeleid door een commissie die in december 1994 van start is gegaan. De begeleidingscommissie kende een brede samenstelling: naast de NVGGz en NVBW participeerden de NVAGG, Zorgverzekeraars Nederland en het COTG-

secretariaat. De commissie heeft met de vaststelling van het eindrapport op 20 maart jl. haar werkzaamheden beëindigd.

Met de vaststelling van het rapport is een belangrijke stap gezet op weg naar een nieuwe richtlijnsystematiek.

Sinds 1979 kennen de APZ'en een systematiek gebaseerd op verblijfsduur en leeftijd van de patiënt: de zogenaamde A- en B-richtlijnen. Nu komt daar een systematiek voor in de plaats die rekening houdt met de zorgzwaarte en die daarmee een betere kostenconformiteit kan waarborgen. Een grote kostenconformiteit vergroot de beleidsvrijheid van partijen in het maken van produktieafspraken. Instellingen hoeven nu immers niet omwille van bedrijfseconomische belangen bedden langdurige zorg aan te houden ter financiering van de kortdurende zorg.

Tegelijkertijd wordt een harmonisatie met RIBW'en tot stand gebracht. Na de eerdere harmonisering van de psychiatrische polikliniek en de RIAGG kan binnenkort gesproken worden van één richtlijnsystematiek voor de GGz. De richtlijnsystematiek sluit zo beter aan bij de samenwerking zoals die in vele regio's gestalte krijgt.

Er is een belangrijke stap gezet, maar we zijn er nog niet. In het Technisch overleg zullen nog vele aspecten nadere uitwerking behoeven. Dhr. van de Pol zal daar straks uitgebreid op ingaan.

Ook u, de instellingen en zorgverzekeraars zullen nu hard aan de slag moeten gaan. U zult een vertaling moeten gaan maken van de huidige systematiek naar de nieuwe indeling. Automatiseringsprogrammatuur en de administratieve organisatie zullen moeten worden aangepast. Dit kost tijd en geld. Het is dan ook van groot belang dat het COTG zo snel mogelijk, d.w.z. uiterlijk in juni besluiten neemt over de nieuwe systematiek. De nieuwe richtlijnen zullen zo spoedig mogelijk daarna vastgesteld moeten worden vanwege de produktieafspraken. Dit zal uiterlijk september haar beslag moeten krijgen. Pas dan is het mogelijk om de nieuwe systematiek per 1 januari in te laten gaan.

Wij allen zullen nog veel werk moeten verzetten. Ik denk dat het resultaat dat we kunnen verwachten deze inzet rechtvaardigt, namelijk een gemoderniseerd stelsel van richtlijnen.

Drieluik: sturingssysteem

WZV	AWBZ	WTG
Cvz	Zfr	COTG
	<ul style="list-style-type: none"> • wie is verzekerd 	
	<ul style="list-style-type: none"> • wat is verzekerd <p><i>zorgaanspraken (voorzieningen)</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • planning • omvang • spreiding 	<ul style="list-style-type: none"> • wie verzekerde zorg mag leveren <p><i>erkende instellingen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • cap. gebonden kosten • APZ • Riagg • RIBW
<ul style="list-style-type: none"> • bouw • maatstaven • investeringen 		<ul style="list-style-type: none"> • kapitaalkosten • normatief • nacalculatie
	<ul style="list-style-type: none"> • dat geleverde zorg wordt afgenomen <p><i>contracteerplicht</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • variabele kosten • productieafspraken
	<ul style="list-style-type: none"> • dat geleverde zorg wordt betaald <p><i>declaratiesysteem</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • bouwkader 	<p>FOZ</p> <ul style="list-style-type: none"> • taakstellend • budgetdiscipline 	<ul style="list-style-type: none"> • (deel)sectoraal kader



Drieluik ontwikkelingen wet- en regelgeving

WZV	AWBZ	WTG
		herziening richtlijnen
	aanspraken <ul style="list-style-type: none"> • ontschotten • knip in de GGz 	richtlijn nieuwe zorgvormen
zorgvisies <ul style="list-style-type: none"> • sectoraal beleid • planning • heroverweging 	erkenningen <ul style="list-style-type: none"> • meer of minder detailleren 	capaciteitskosten <i>vol x prijs = a</i>
	overeenkomst <ul style="list-style-type: none"> • contracterplicht beperken 	productieafspraken <i>vol x prijs = b</i>
bouw <ul style="list-style-type: none"> • maatstaven • beperken rijkweidte • investeringen 		kapitaalskosten <ul style="list-style-type: none"> • normatief > • nacalculatie < <i>prijs = c</i>
bouwprioriteiten		
	zorgvernieuwingsfonds	<i>budget = a + b + c</i>
		productieplafond (budgetmaximering) <i>budget = a + b + c en < plafond</i>
bouwkader	FOZ <ul style="list-style-type: none"> • taakstellend • ook nominaal • budgetdiscipline 	macrokader <ul style="list-style-type: none"> • per deelsector



1. Inleiding

Eind 1994 heeft de NVGGz het NZi verzocht onderzoek te verrichten naar de herijking van de COTG-richtlijnsystematiek voor APZ'en. Geconstateerd werd dat door allerlei ontwikkelingen de relatie tussen de kosten van het hulpaanbod en de feitelijke vergoeding via de richtlijnen steeds verder uit elkaar zijn gaan lopen. Zo stelde het COTG dat de richtlijnvergoeding voor (een deel van) de langdurige verblijfsfunctie (de B-richtlijnen) neerwaarts bijgesteld zou kunnen worden. De NVGGz kreeg signalen dat de vergoeding van kortdurende zorg (de A-richtlijnen) niet kostendekkend zou zijn. Daarnaast plaatsten de zorgverzekeraars vraagtekens bij de hoogte van de vergoeding voor de OVDB. Voldoende redenen voor een onderzoek, vond de NVGGz.

De NVBW sloot zich als mede-opdrachtgever aan bij dit initiatief, zodat de mogelijkheid ontstond om RIBW- en APZ-richtlijnen te harmoniseren. De reikwijdte van het onderzoek strekte zich daarmee uit tot de deeltijd- en klinische behandeling van de APZ'en en de RIBW'en.¹

Het onderzoek kende twee fasen. In de eerste fase stond de herziening van de behandelmodulensystematiek centraal; de tweede fase betrof het ontwikkelen van basismateriaal ten behoeve van de herijking van de COTG-richtlijnen. De behandelmodulensystematiek vormt een goed instrument om inzicht te krijgen in de direct patiëntgebonden kosten van het zorg-aanbod. Deze systematiek is sinds 1984 door APZ'en veelvuldig gebruikt voor de interne allocatie van middelen. De behandelmodulen zijn bovendien goed bruikbaar voor produkt-typering en daarmee voor de externe financiering.

De eerste fase van het onderzoek is uitgevoerd bij 7 APZ'en en 3 RIBW'en. Bij de tweede fase waren 4 APZ'en en 3 RIBW'en betrokken.

Het onderzoek is begeleid door een commissie die in december 1994 van start is gegaan. De begeleidingscommissie kende een brede samenstelling: naast de NVGGz en NVBW participeerden de NVAGG, Zorgverzekeraars Nederland en het COTG-secretariaat. De commissie heeft met de vaststelling van het eindrapport op 20 maart jongstleden haar werkzaamheden beëindigd.

In deze inleiding worden de hoofdlijnen van het eindrapport geschetst, waarna een eerste beoordeling wordt gegeven van de uitkomsten van het onderzoek. Vervolgens worden een aantal aspecten besproken die in het Technisch Overleg van het COTG verder zullen moeten worden uitgewerkt. Tot slot wordt de verdere procedure aangegeven opdat per 1 januari 1997 de nieuwe richtlijnsystematiek van kracht kan worden.

¹De poliklinische behandeling is separaat onderzocht door het buro Hoeksma, Homans en Menting. Dit onderzoek is medio 1995 gepubliceerd onder de titel 'Tijdbesteding in Riagg's en psychiatrische poliklinieken'. Op basis van dit onderzoek is per 1-1-1996 een nieuwe richtlijnsystematiek in werking getreden voor zowel de psychiatrische polikliniek als de ambulante dienstverlening van de Riagg's.

I Uitkomsten onderzoek herziening richtlijnsystematiek

2. Herziening behandelmodulen

Basis voor het onderzoek naar de herziening van de bekostigingssystematiek is de behandelmodulensystematiek die sinds 1984 door APZ'en wordt gebruikt voor de interne allocatie van middelen. Deze systematiek is in 1995 herzien en opnieuw geijkt.

In de behandelmodulensystematiek wordt de zorg ingedeeld in vijf dimensies die ieder weer verschillende niveaus kent. In tabel 1 worden de onderscheiden dimensies aangegeven.

Tabel 1 Dimensies behandelmodulen

• <i>dagactiviteiten/behandeling</i>	
• AD-dimensie (kortdurend)	4 niveau's
• LD-dimensie (langdurend)	5 niveau's
• <i>begeleiding/bescherming</i>	
• B-dimensie	7 niveau's
• <i>ADL- en huishoudelijk functioneren</i>	
• V- dimensie (ADL)	5 niveau's
• H-dimensie (huishoudelijk)	3 niveau's

Het dagaanbod omvat:

- kortdurende psychiatrische hulpverlening (AD-dimensie):
 - resocialisatie (AD1)
 - individuele behandeling (AD2)
 - klinische psychotherapie (AD3)
 - opname/observatie (AD4)
- langerdurende (woon)zorg voor mensen met psychiatrische problematiek (LD-dimensie):
 - stabilisatie (LD1)
 - woonrevalidatie (LD2)
 - resocialisatie/rehabilitatie (LD3)
 - behandeling en activering (LD4)
 - gerichte behandeling en crisis-interventie (LD5)

De begeleiding/bescherming (B-dimensie) kent de volgende niveau's of zorgzwaar-ten:

- geen begeleiding (B0)
- begeleiding op consultatiebasis (B1)
- begeleiding op afstand (B2)
- beperkte begeleiding (B3)
- volledige begeleiding (B4)
- continu bescherming (B5)
- zeer intensieve bescherming (B6)

Een verdere omschrijving van de behandelmodulen treft u aan in bijlage 1. Per dimensie en niveau is op grond van onderzoek vastgesteld hoeveel inzet van het hierbij behorende direct patiëntgebonden personeel benodigd is. Deze inzet wordt uitgedrukt in uren per week per 10 patiënten (40 uur is hierbij gelijk aan 1 FTE). Het benodigd personeel wordt onderscheiden in verschillende categorieën (VOV, medisch- en sociaal wetenschappelijk personeel, activiteitenbegeleiders -therapeuten). De personele inzet is samengevat in een basistabel inzet personeel (tabel 2). Deze tabel geldt voor zowel APZ'en als RIBW'en met dien verstande dat voor RIBW'en alleen de categorie VOV-personeel van toepassing is (zie ook paragraaf 7). Na berekening van de gemiddelde loonkosten van de onderscheiden personeelscategorieën, kan vervolgens op eenvoudige wijze per behandelmodule de inzet van het personeel vertaald worden in loonkosten. Dit resulteert in een tabel met de loonkosten direct patiëntgebonden personeel per behandelmodulescore.

Tabel 2 Basistabel inzet personeel per behandelmodule

Basistabel Personeel in uren per week per 10 cliënten						
mo- du- le	me- disch	soc. wet	maat .werk	act. ther.	act- beg	VOV- pers.
V0						0.0
V1						26.0
V2						63.0
V3						110.0
V4						170.0
H0						0.0
H1						15.0
H2						30.0
LD1	4.1	1.1	1.3	3.4	19.4	0.0
LD2	4.1	1.6	2.1	3.4	22.4	16.0
LD3	4.9	9.3	12.5	7.2	23.5	32.0
LD4	6.6	4.9	2.8	7.4	21.4	29.0
LD5	9.3	11.0	5.6	6.9	23.5	46.0
AD1	20.6	4.0	12.0	20.0	20.0	59.0
AD2	22.5	8.0	8.0	28.0	19.0	38.0
AD3	9.8	51.0	4.0	33.0	0.0	45.0
AD4	53.0	5.0	13.0	5.0	20.0	65.0
B0						0.0
B1						15.0
B2						44.0
B3						92.6
B4						164.6
B5						320.6
B6						494.2

Cijfers alleen indicatief en onder voorbehoud

De behandelmodulen geven in theorie in totaal ruim 1100 combinatiemogelijkheden. Ten behoeve van de ontwikkeling van COTG-richtlijnen zal dit aantal drastisch gereduceerd moeten worden. Hiertoe heeft het NZi een analyse uitgevoerd.

3. NZi-analyse

Van vier van de onderzochte ziekenhuizen en drie beschermende woonvormen zijn alle patiënten met de nieuwe behandelmodulen gescoord. Het betreft hier in totaal 2500 patiënten. Deze patiëntenscores zijn in een databank opgeslagen.

Vervolgens zijn de patiëntenscores verdeeld in vier hoofdgroepen die beleidsmatig zijn vastgesteld:

- kortdurende klinische opname
- langerdurende klinische opname
- kortdurende deeltijdbehandeling
- langerdurende deeltijdbehandeling

Het aantal van 1100 mogelijke scorecombinaties is daarna gereduceerd door het samenvoegen van verschillende niveau's (bijvoorbeeld de niveau's 2 en 3 van de B-dimensie). Scorecombinaties die in de praktijk niet of nauwelijks voorkomen (d.w.z. minder dan 5 patiënten) zijn verwijderd. Het resultaat: 66 clusters van scorecombinaties verdeeld over de vier hoofdgroepen.

Deze 66 resterende clusters van scorecombinaties zijn op grond van een inhoudelijke analyse samengevoegd tot een hanteerbaar aantal grootheden die *bekostigingscategorieën* worden genoemd. Hierbij zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- de kosten van de te combineren clusters verschillen niet al te zeer;
- de combinatie van clusters tot bekostigingscategorieën blijft inhoudelijk herkenbaar;
- het aantal bekostigingscategorieën per hoofdgroep blijft beperkt;
- de definiëring van de bekostigingscategorieën zal vooral plaats vinden op basis van de D-dimensie (i.v.m. de herkenbaarheid van de categorieën) en de B-dimensie (als meest bepalend voor de zorgzwaarte); de V- en H-dimensie (verzorging) worden beschouwd als een secundair kenmerk van de zorg en zullen worden versleuteld.

De inhoudelijke analyse is uitgevoerd i.s.m. enkele deskundigen uit het veld en de bureau's van NVGGz en NVBW. Het resultaat: 14 bekostigingscategorieën.

4. Bekostigingscategorieën

In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de bekostigingscategorieën. Deze categorieën zijn ingedeeld in de vier hierboven genoemde hoofdgroepen. Het dagaanbod bestaat uit een of meerdere van de in de behandelmodulen onderscheiden niveau's. De zorgzwaarte komt tot uitdrukking in de B-dimensie en bestaat uit een of meerdere in de behandelmodulen genoemde niveau's. De bekostigingscategorieën kunt u beschouwen als de nieuwe definities van de nieuwe richtlijnsystematiek (ter vervanging van de AI, AII, BI, BII richtlijnen).

Voor de kortdurende klinische opname en kortdurende deeltijdbehandeling wordt een 1e opnametoeslag voorgesteld.

De grens tussen kortdurend en langerdurend kan op grond van de onderzoekscijfers vastgesteld worden op 1 jaar.

In de begeleidingscommissie is aangegeven dat de mogelijkheid van verlenging van deze termijn in individuele gevallen aanwezig moet zijn (bijvoorbeeld continuering van de kortdurende (deeltijd)behandeling na 1 jaar indien voldoende perspectief op ontslag aanwezig is).

Tabel 3 Overzicht bekostigingscategorieën

<i>Hoofdgroep</i>	<i>Dagaanbod</i>	<i>Zorgzwaarte</i>
<i>Klinisch kortdurende zorg:</i>		
• 1	behandeling (AD1/AD2/AD3)	met beperkte begeleiding (B2/B3)
• 2	behandeling (AD1/AD2/AD3)	met volledige begeleiding (B4)
• 3	behandeling (AD1/AD2/AD3)	met bescherming (B5/B6)
<i>Klinisch langer durende zorg:</i>		
• 4	structuur biedend¶ (LD1/LD2)	met beperkte begeleiding (B2/B3)
• 5	idem¶	met volledige begeleiding (B4)
• 6	veranderingsgericht¶ (LD3/LD4)	met beperkte begeleiding (B2/B3)
• 7	idem	met volledige begeleiding (B4)
• 8	crisisbehandeling (LD5)	met bescherming (B5/B6)
¶ geldt voor zowel RIBW als APZ		
<i>Kortdurende deeltijdbehandeling:</i>		
• 9	structurende behandeling (AD1/AD2)	-- (B0/B1)
• 10	idem	beperkte begeleiding (B2/B3)
• 11	psychotherapie (AD3)	-- (B0/B1)
• 12	idem	beperkte begeleiding (B2/B3)
<i>Langerdurende deeltijdbehandeling:</i>		
• 13	stabiliserende behandeling-- (LD1/LD2)	(B0/B1)
• 14	rehabiliterende behandeling-- (LD3/LD4)	(B0/B1)

Van iedere bekostigingscategorie is aan te geven welke mix van scorecombinaties van behandelmodulen daarin begrepen is. Met behulp van de basistabel inzet perso-

neel (tabel 2) is, na berekening van de loonkosten, de kostprijs van iedere bekostigingscategorie vast te stellen. In tabel 4 wordt bij wijze van voorbeeld de onderbouwing van de direct patiëntgebonden kosten van bekostigingscategorie 1 gegeven (klinische kortdurende zorg met beperkte begeleiding).

Tabel 4 Onderbouwing loonkosten bekostigingscategorie 1

Kostentabel Cat 1: kortdurende behandeling (B2/3) loonkosten dir. pat. geb. personeel per plaats per jaar			
modu- le	module score	kosten module	kosten
V0	92.3%	0	0
V1	5.3%	4.616	245
V2	1.4%	11.186	157
V3	1.0%	19.531	195
V4	0.0%	30.185	0
H0	83.2%	0	0
H1	9.6%	2.663	256
H2	7.2%	5.327	384
LD1	0.0%	5.377	0
LD2	0.0%	8.936	0
LD3	0.0%	17.156	0
LD4	0.0%	13.803	0
LD5	0.0%	20.162	0
AD1	22.1%	27.866	6.158
AD2	33.2%	26.540	8.811
AD3	44.7%	32.653	14.596
AD4	0.0%	37.480	0
B0	0.5%	0	0
B1	2.4%	2.663	64
B2	5.8%	7.813	453
B3	91.3%	16.442	15.012
B4	0.0%	29.226	0
B5	0.0%	56.925	0
B6	0.0%	87.749	0
Totaal			46.330

Cijfers onder voorbehoud

II Eerste beoordeling uitkomsten onderzoek

5. Vergelijking kosten huidige en toekomstige situatie

In de voorgestelde systematiek wordt het element van zorgzwaarte geïntroduceerd. Een aansluiting op de bestaande systematiek is daardoor niet zonder meer te maken aangezien in laatstgenoemde systematiek alleen leeftijd en verblijfsduur parameter zijn. Het COTG noch de PIGGz registreren zorgzwaarte. Binnen de onderzoeksteekproef is deze informatie wel beschikbaar. Hieruit blijkt dat in de nieuwe systematiek de opbrengsten voor de kortdurende klinische opname gemiddeld zullen toenemen; de opbrengsten voor de langerdurende opname zullen afnemen. Die van de RIBW'en blijven op een gelijk niveau. Deze vergelijking geldt alleen voor de direct patiëntgebonden kosten. De indirecte kosten maakten geen onderdeel van het onderzoek uit. Geconcludeerd kan worden dat de in de inleiding genoemde vooronderstellingen bij dit onderzoek worden bevestigd.

De omvang van de verschillen tussen de huidige A- en B-richtlijnen zijn indicatief aan te geven. In [bijlage 3](#) is een vergelijking van de richtlijnsystematieken opgenomen. Gehanteerde uitgangspunten hierbij vormen

- de COTG-productieafspraken 1994 (de cijfers van 1995 komen binnenkort beschikbaar)
- de in de richtlijnen opgenomen kosten voor direct patient gebonden personeel conform de COTG-onderbouwing uit 1993 (geïndexeerd voor richtlijnniveau 1995)
- een verdeling van de All-richtlijn over de kortdurende en langerdurende opname op basis van de PIGG-cijfers 1994 (65% van de bedden < 1 jr en 35% tussen 1 en 2 jaar)
- de procentuele verdeling van de bekostigingscategorieën zoals die binnen het onderzoek per hoofdgroep is aangetroffen

In het Technisch Overleg van het COTG zullen bovengenoemde uitgangspunten geactualiseerd en getoetst moeten worden. De in tabel 5 opgenomen resultaten van de vergelijking dient u derhalve als louter indicatief te beschouwen.

Tabel 5 Vergelijking huidige en voorgestelde COTG-richtlijn, kosten direct patient gebonden personeel

kosten direct patientgebonden loonkosten per bed/plaats per jaar x 1 gld	huidig	voorstel	verschil
klinisch kortdurende opname (< 1 jr)	58.200	65.800	+ 7.600
klinisch langerdurende opname (APZ)	44.000	41.800	- 2.200
langerdurende opname RIBW	21.000	21.000	+/- 0
deeltijdbehandeling (incl OVDB)	30.300	28.500	- 1.500

alle berekeningen alleen indicatief en onder voorbehoud

6. Kostenconformiteit

Een van de belangrijkste doelen van de herziening van de richtlijnen is het optimaliseren danwel het herstellen van de kostenconformiteit van de richtlijnen voor wat betreft de direct patiëntgebonden loonkosten.

De in het rapport te onderscheiden bekostigingscategorïeën zijn een optelsom van individuele patiëntenscores en daarmee van de kosten per patiënt.

Met het aantal van 14 bekostigingscategorïeën verdeeld over 4 hoofdgroepen lijkt een goed evenwicht gevonden te zijn tussen enerzijds de vereiste globaliteit en anderzijds kostenconformiteit. Van groot belang hierbij is dat de systematiek gebaseerd wordt op de zorgzwaarte. Consequentie hiervan is evenwel dat de systematiek niet meer tot objectieve factoren als verblijfsduur en leeftijd is te herleiden.

In het verleden is gebleken dat richtlijnen die onvoldoende objectiveerbaar zijn, gevoelig zijn voor strategisch gedrag van instellingen. Hierdoor kunnen richtlijnen zichzelf 'opblazen'. De destijds ingevoerde richtlijn voor gedragsgestoorden in de gehandicaptensector is hier een goed voorbeeld van.

Dit risico is op dit moment -althans voor de APZ'en- veel minder groot door de per 1 januari 1996 ingevoerde budgetmaximering (produktieplafond). Hoewel de budgetmaximering primair het gevolg is van de budgetdiscipline, is deze maximering onontbeerlijk voor de succesvolle invoering van een richtlijnsystematiek met subjectieve elementen, zoals de vaststelling van de zorgzwaarte. Strategisch gedrag leidt nu immers niet meer tot extra budget.

De RIBW'en kennen geen budgetmaximering. In het Technisch Overleg van het COTG zal onderzocht moeten worden hoe bovengenoemd risico van strategisch gedrag ook voor de RIBW'en gemitigeerd kan worden.

Daarnaast wordt momenteel gewerkt aan de (verdere) introductie van regionale indicatiecommissies. Voor de langerdurende zorg wordt hiermee een extra waarborg gecreëerd voor het objectiveren van de geïndiceerde zorg.

7. Harmonisering APZ-RIBW

Een tweede doel van de herziening van de richtlijnsystematiek is de harmonisering van de RIBW'en en de vergelijkbare APZ-functies (sociowoningen e.d.).

De harmonisatie betreft verschillende aspecten:

- behandelmodulen
- verstrekkingenpakket AWBZ
- samenstelling personeel/loonkosten
- kenmerken patiënten
- indirecte kosten

Op het niveau van de behandelmodulen kan gesteld worden dat de harmonisatie volledig is geslaagd: voor zowel APZ'en als RIBW'en geldt een en dezelfde basistabel inzet direct patiëntgebonden personeel. Voor RIBW'en is hierbij alleen de kolom VOV-personeel van toepassing. De overige personeelscategorieën gelden alleen voor APZ'en. Dit laatste is het gevolg van een verschil in het verstrekkingenpakket.

Een bewoner van het RIBW gaat voor behandeling (bijvoorbeeld psychiatrische consultatie) naar een RIAGG; voor zijn dagbesteding is hij eveneens aangewezen op een andere organisatie dan het RIBW. Voor bewoners van een vergelijkbare APZ-voorziening geldt dat zij deze zaken -noodzakelijkerwijze- van het APZ betrekken. De kosten die het gevolg zijn van een verschil in de wettelijke omschrijving van de

verstrekking, bestaan uit de personeelscategorieën anders dan die van het VOV-personeel.

Voor wat betreft de samenstelling van het personeel (binnen de categorie VOV-personeel) is geconstateerd dat personeel van een RIBW gemiddeld lager is geschoold. Dit samenstellingseffect bedraagt -5% van de loonkosten (op APZ-niveau).

Naast het samenstellingseffect speelt ook de CAO een rol. Het RIBW kent momenteel een andere CAO dan het APZ. Het verschil in loonkosten t.g.v. de verschillende CAO's kon in het NZi-onderzoek niet aangegeven worden. In het rapport is voor het RIBW-personeel voornamelijk het loonkostenniveau van de CAO-ziekenhuizen aangehouden. De RIBW-en zullen in de toekomst onder de CAO-ziekenhuizen gaan vallen zodat op termijn ook hier een harmonisatie wordt bereikt.

Uit de onderbouwing van de bekostigingscategorieën blijkt een klein verschil te bestaan tussen de gemiddelde behandelmodulenscores van bewoners van het RIBW en die van het APZ. Bewoners van het RIBW hebben een lagere score op de V- en H-dimensie. Geconstateerd kan worden bewoners van het APZ i.h.a. iets meer verzorging behoeven.

De bedragen per plaats van de bekostigingscategorieën die zowel voor het APZ als RIBW van toepassing zijn (zie bijlage 2), verschillen voor het RIBW en het APZ. Deze verschillen zijn volledig toe te schrijven aan:

- het verschil in het verstrekkingspakket
- de gemiddeld zwaardere behandelmodulescore van APZ-bewoners
- het samenstellingseffect van het personeel

In het Technisch Overleg zal verder bediscussieerd moeten worden of en in hoeverre bovenstaande verschillen verder te harmoniseren zijn.

In de verdere uitwerking van de richtlijnsystematiek kan ervoor gekozen worden uit te gaan van een voor APZ en RIBW gelijk bedrag per verpleegdag, dat voor het APZ opgehoogd wordt met een toeslag i.v.m. het verschil in de wettelijke zorgaanspraak.

8. Zorgvernieuwing

De behandelmodulen zijn geïkt op de situatie zoals die bij zeven APZ'en en drie RIBW'en is aangetroffen. Dit betekent dat Opname Vervangende Deeltijdbehandeling en Bed op Recept in de nieuwe systematiek zijn begrepen.

In algemene zin kan gesteld worden dat de systematiek toepasbaar is voor het zorgaanbod dat past binnen de hoofdstructuur van klinische-deeltijd-poliklinische behandeling.

Projecten intensieve thuiszorg e.d. (qua omschrijving te typeren als ambulante zorg en qua kosten als klinische opname) passen voornamelijk niet in de systematiek. Nader onderzoek zal uitwijzen of de behandelmodulen ook voor dit type aanbod een geschikt instrument is of kan worden. Begeleid zelfstandig wonen lijkt goed in te passen in de nieuwe systematiek. Volstaan kan worden met een verdere uitsplitsing van de B-dimensie.

9. Transparantie/onderhoudbaarheid systematiek

De nieuwe systematiek is voldoende transparant te noemen:

- Aan de systematiek ligt één basistabel ten grondslag voor de vaststelling van de inzet van het direct patiëntgebonden personeel, voor zowel het APZ als de RIBW.
- De onderbouwing van iedere bekostigingscategorie is in één tabel per categorie aan te geven; in deze onderbouwing wordt de mix aan behandelmodulescores geëxpliciteerd.
- De definitie van de loonkosten sluit voor wat betreft de APZ'en aan bij de NZi-statistieken; de kostenontwikkeling is daarmee goed te volgen.

De transparantie maakt dat de systematiek goed te onderhouden is.

Door de opbouw van de bekostigingscategorieën vanuit de behandelmodulen kan op relatief eenvoudige wijze tot een verdere differentiëring danwel globalisering van de richtlijnsystematiek gekomen worden. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Begeleid zelfstandig Wonen kan aan de systematiek worden toegevoegd door toevoeging van een bekostigingscategorie 4a: langerdurende structuur biedende zorg met begeleiding op het niveau 1 (begeleiding op consultatie-basis). De kosten hiervan zijn eenvoudig uit de basistabel af te lezen.

[.....]