

BELEIDSREGEL CA-300-559

Knelpuntenprocedure 2013

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Kenmerk
CA-300-559

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op de zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die wordt geleverd door zorgaanbieders die zijn toegelaten voor één of meer van de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling of verblijf als omschreven in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

2. Doel van de beleidsregel

Doel van deze beleidsregel is weer te geven wanneer er sprake is van een knelpunt, en op welke wijze aanvullende middelen in verband met dit knelpunt kunnen worden aangevraagd.

3. Begripsbepalingen

3.1 Knelpunt

De situatie waarin het zorgkantoor volgens de in artikel 4.1 van deze beleidsregel genoemde voorwaarden kan aantonen dat zij binnen het voor het zorgkantoor vastgestelde financiële kader onvoldoende zorg kan contracteren, hetgeen tot gevolg heeft dat cliënten met een geldige indicatie in deze regio niet binnen de Treeknormen toegang hebben tot de voor hen geïndiceerde AWBZ-zorg.

3.2 Treeknorm

De maximale aanvaardbare wachttijd voor het ontvangen van zorg. Onder aanvaardbare wachttijd wordt de tijd verstaan die verstrijkt tussen het moment dat iemand zich met een bepaalde zorgbehoefte (indicatie) meldt bij het zorgkantoor of een zorgaanbieder, en het moment dat deze zorg daadwerkelijk ontvangen wordt. Uitzondering is de geestelijke gezondheidszorg, waar de tijd die voorafgaat aan de indicatiestelling ook als wachttijd wordt beschouwd. De Treeknormen voor AWBZ-zorg zijn als volgt:

Tabel 1: Treeknormen (maximaal aanvaardbare wachttijden) voor AWBZ zorg

V&V	Treeknorm	GHZ	Treeknorm	GGZ	Treeknorm
Verpleging	6 weken	Ondersteunende dagbesteding	6 weken	Aanmeldingswachttijd	4 weken
Verzorging	13 weken	Ondersteuning wonen	13 weken	Beoordelingswachttijd	4 weken
Thuiszorg	6 weken				
				Intramurale behandeling	7 weken
				Beschermd wonen	13 weken

Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM

De NZa verstaat de in tabel 1 gebruikte begrippen als volgt:

Tabel 2: vormen van AWBZ zorg

Treknorm voor:	Interpretatie
Verpleging V&V	Geleverd door zorgaanbieder met toelating voor behandeling
Verzorging V&V	Geleverd door zorgaanbieder zonder toelating voor behandeling
Thuiszorg V&V	Zorg geleverd door zorgaanbieder zonder toelating voor verblijf
Ondersteunende dagbesteding GHZ	Geleverd door zorgaanbieder toegelaten voor begeleiding
Ondersteuning wonen GHZ	Geleverd door zorgaanbieder toegelaten voor verblijf
Aanmeldingswachtijd GGZ	Tijd die voorafgaat aan indicatiestelling
Beoordelingswachtijd GGZ	Tijd tussen start indicatiestelling en uiteindelijke beoordeling
Intramurale behandeling GGZ	Geleverd door zorgaanbieder met toelating voor verblijf en behandeling
Beschermd wonen GGZ	Geleverd door zorgaanbieder met toelating voor verblijf en begeleiding

Voor spoedzorg (zorg die gezien het spoedeisende karakter geleverd en bekostigd kan worden met tijdelijk voorbijgaan aan de wettelijke indicatiestelling voor aanspraak op AWBZ-zorg) zijn geen wachttijden. Deze zorg dient direct te worden geleverd.

3.3 Problematische wachtlijst

Van een problematische wachtlijst bij een zorgaanbieder is sprake indien de zorgaanbieder geïndiceerde zorg aan cliënten niet binnen de Treknormen kan leveren.

4. Aanvraag aanvullende middelen inzake Knelpunt

4.1 Aanvullende middelen in verband met een knelpunt dienen door een zorgkantoor gezamenlijk met één of meerdere zorgaanbieders bij de NZa te worden aangevraagd. Hierbij dient te worden aangetoond dat:

- Een problematische wachtlijst is ontstaan voor cliënten met een geldige indicatie;
- In de zorgkantorregio geen onderbesteding is die kan worden ingezet om de geïndiceerde zorg aan cliënt(en) te leveren;
- Bij andere zorgkantoren geen contracteerruimte beschikbaar is die kan worden ingezet door middel van een overheveling, dan wel dat deze overheveling niet voldoende is.

4.2 Voor de in artikel 4.1 genoemde aanvraag dient gebruik gemaakt te worden van het formulier 'Aanvraag Knelpuntenprocedure'. Hierin dient het volgende te worden opgegeven:

- Overzicht van de realisatie en de wachtlijsten;
- Overzicht van de activiteiten die het zorgkantoor heeft ondernomen om onderproductie in te zetten;
- Een verklaring van het zorgkantoor dat aan alle overige zorgkantoren om overheveling van middelen is gevraagd, alsmede de bedragen die zijn overgeheveld;
- Een budgetformulier waarin uitgedrukt in P x Q per betrokken zorgaanbieder wordt aangegeven hoeveel aanvullende middelen noodzakelijk zijn.

- 4.3 Een aanvraag die niet aan alle van de in artikel 4.1 en 4.2 van deze beleidsregel gestelde voorwaarden voldoet, wordt niet in behandeling genomen.

Kenmerk
CA-300-559

Pagina
3 van 5

5. Beoordeling aanvraag

- 5.1 Indien de aanvraag aan de in artikel 4 van deze beleidsregel genoemde voorwaarden voldoet, brengt de NZa advies uit aan de Staatssecretaris van VWS om een beslissing te nemen inzake het toekennen van extra middelen aan de regionale contracteerruimte van het betreffende zorgkantoor.
- 5.2 De NZa betreft bij haar advies aan de Staatssecretaris van VWS relevante gegevens van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), van het Centraal Administratie Kantoor (CAK), en de bij de NZa (reeds) bekende gegevens.
- 5.3 Conform de beslissing van de Staatssecretaris van VWS op het in artikel 5.1 bedoelde advies, besluit de NZa inzake het al dan niet toekennen van aanvullende middelen. Indien het knelpunt groter is dan de middelen die worden toegekend, zal de NZa het zorgkantoor en de zorgaanbieder(s) verzoeken binnen twee weken de oorspronkelijke melding aan te passen (PxQ). Indien de NZa niet binnen twee weken een gewijzigde melding ontvangt, zal de NZa de toegekende middelen naar rato over de betreffende zorgaanbieders verdelen.

6. Intrekking

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de Beleidsregel knelpuntenprocedure 2012, met kenmerk CA-300-519, ingetrokken.

7. Overgangsbepaling

De Beleidsregel knelpuntenprocedure 2012, met kenmerk CA—300-519, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

8. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2013. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 januari 2013.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: 'Beleidsregel knelpuntenprocedure 2013'.

Toelichting

Kenmerk
CA-300-559

Pagina
4 van 5

Deze beleidsregel geeft weer wanneer er sprake is van een knelpunt in de regionale contracteerruimte, hoe benodigde aanvullende middelen kunnen worden aangevraagd en hoe deze aanvraag wordt beoordeeld door de NZa. Een knelpunt kan worden aangetoond indien er in de zorgkantorregio wachtlijsten ontstaan, die de gestelde Treeknormen overschrijden. Wanneer er geen sprake is van wachtlijsten, kan er geen knelpunt worden aangetoond.

De genoemde Treeknormen zijn overgenomen uit het Treekoverleg (januari 2000). Bij deze bijeenkomst hebben landelijke vertegenwoordigers van zorgaanbieders en verzekeraars overeenstemming bereikt over de maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsector. Deze maximaal aanvaardbare wachttijden worden de Treeknormen genoemd.

Artikel 3.1

Er is sprake van een knelpunt, indien het zorgkantoor binnen het regiobudget onvoldoende zorg kan contracteren. Dit heeft tot gevolg dat de geïndiceerde zorg niet binnen de Treeknormen kan worden geleverd, en het zorgkantoor niet aan zijn zorgplicht kan voldoen. De cliënt moet langer dan aanvaardbaar wachten, deze wachtlijst vormt de indicator van het knelpunt.

Een knelpunt kan alleen worden aangetoond met wachtlijsten van cliënten die nog niet in zorg zijn. Cliënten die al wel in zorg zijn en op een wachtlijst staan in verband met een verzwaring van de zorgvraag, kunnen hierbij niet worden meegerekend. De bekostiging van zorgverzwaring is uitdrukkelijk onderwerp van afspraken tussen de zorgaanbieder en het zorgkantoor.

Artikel 4

Indien een individuele zorgaanbieder een knelpunt signaleert, bespreekt deze zorgaanbieder dit met het betrokken zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft overzicht over de besteding van de middelen in de hele regio, en kan overzien of er elders sprake is van onderproductie. Eventuele onderproductie kan het zorgkantoor inzetten voor de overproductie bij de eerste zorgaanbieder. Hiermee wordt zoveel mogelijk recht gedaan aan de keuzevrijheid van de cliënt.

Indien het zorgkantoor binnen de regio geen mogelijkheden heeft, is er mogelijk sprake van een knelpunt in de regionale contracteerruimte. Het zorgkantoor gaat dan na of andere zorgkantorregio's middelen kunnen overhevelen. Wanneer ook andere regio's aangeven geen middelen te kunnen overhevelen, wordt het regionale knelpunt gemeld bij de NZa en kan een aanvraag worden gedaan voor aanvullende middelen. Met deze aanvraag hoeft niet te worden gewacht tot alle zorgaanbieders in de regio een wachtlijst hebben.

Het knelpunt wordt zo gedetailleerd mogelijk aangegeven. Dit betekent dat in het formulier 'Melding Knelpunten 2013' een overzicht wordt gegeven van de totale realisatie, de prognoses en de te verwachten tekorten per zorgaanbieder. Van die zorgaanbieders die in verband met de te verwachten tekorten extra middelen nodig hebben, wordt een budgetformulier bijgevoegd dat het tekort voor die zorgaanbieder aangeeft in $P \times Q$. De Q is het aantal prestaties dat boven budgettair wordt geleverd, de P de prijs die voor deze P met het zorgkantoor is afgesproken in de budgetronde.

Om in geval van een knelpunt snel tot actie over te kunnen gaan, heeft het zorgkantoor de mogelijkheid om een dreigend tekort aan financiële middelen vroegtijdig bij de NZa aan te geven. De NZa kijkt in dat geval, in samenwerking met het zorgkantoor, naar de besteding van de middelen gedurende het jaar. Dit heeft als voordeel dat de prognoses zo gedetailleerd mogelijk kunnen worden opgesteld, en alle benodigde gegevens direct en compleet geleverd kunnen worden op het moment dat het knelpunt zich voordoet.

Kenmerk
CA-300-559
Pagina
5 van 5

N.B: pas wanneer sprake is van een knelpunt zo als omschreven in artikel 4 van deze beleidsregel, kan de NZa de Staatssecretaris adviseren extra middelen aan de regio toe te kennen.