

Advies

Knip GGZ versoepeld

Overheveling AWBZ-Zvw

februari 2011

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
2. Bekostiging GGZ	11
2.1 Historie	11
2.2 Huidige gescheiden bekostiging	11
3. Knelpunten	13
3.1 Inflexibiliteit tussen de twee bekostigingssystemen	13
3.2 Belemmering van extramuralisering	13
3.3 Nieuwe capaciteit niet mogelijk (Zvw/ deels AWBZ)	14
3.4 Verdelingsysteem nieuwbouw GGZ	14
3.5 Voorwaarden VWS	14
3.6 Omvang	14
4. Voorstel	15
4.1 Driezijdige aanvraag tot overheveling middelen	15
4.2 Voordelen	16
4.3 Consequenties in AWBZ	16
4.4 Voorwaarde NZA	17
5. Conclusie	19

Vooraf

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in augustus 2010 gevraagd advies uit te brengen over structurele oplossingen voor knelpunten in de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Het betreffen knelpunten die zijn ontstaan door de knip in de bekostiging van de GGZ in 2008.

Voor u ligt het deeladvies waarin de NZa een tijdelijke oplossing adviseert om de knelpunten in de bekostiging van de GGZ op korte termijn op te lossen. Brancheorganisaties en veldpartijen zijn geconsulteerd over deze oplossing in een technisch overleg en de adviescommissie. Voor een structurele oplossing op lange termijn heeft de NZa meer tijd nodig en wordt juni 2011 een vervolgadvisie uitgebracht.

Bij haar advisering heeft de NZa rekening gehouden met de door de Minister gestelde randvoorwaarden voor de oplossing.¹ Om de uitvoering van de oplossing te kunnen laten slagen, verzoekt de NZa VWS om besluitvorming en een aanvulling op de aanwijzing contracteerruimte voor 1 april 2011.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

¹ Zie adviesaanvraag Minister van VWS d.d. 19 augustus 2010 aan de NZa.

Managementsamenvatting

Inleiding

De Minister van VWS heeft NZa gevraagd te adviseren over structurele oplossingen voor knelpunten in de bekostiging van de GGZ.

Belangrijke knelpunten zijn dat de huidige knip in de bekostiging van de GGZ onvoldoende budgettaire flexibiliteit biedt tussen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet (Zvw) en verdergaande extramuralisering belemmert.

In dit advies wordt een tijdelijke oplossing geadviseerd die op korte termijn te realiseren is. De structurele oplossing zal in een aanvullend advies worden aangeboden.

Situatieschets

Sinds 2008 wordt de extramurale zorg en het eerste jaar klinische zorg (de geneeskundige GGZ) bekostigd vanuit de Zvw. In de AWBZ zit alle niet-geneeskundige extramurale zorg (begeleiding bijvoorbeeld), verblijf zonder behandeling en voortgezet verblijf met behandeling na 365 dagen.

Doordat de knip eenmalig is vastgesteld, zit er geen flexibiliteit tussen de twee bekostigingssystemen. Een verlaging in intramurale zorg (AWBZ) wordt vaak veroorzaakt door een kortere opname duur (intensivering van zorg) en snellere inzet van extramurale behandeling. De middelen volgen hier echter niet de zorg doordat de verlaging van de vraag in de AWBZ zit en de verhoging van de vraag naar extramurale zorg in de Zvw.

Voorstel oplossing korte termijn

Het voorstel is de mogelijkheid tot overheveling van middelen met een overhevelingsformulier waarmee zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren tot 15 september 2011 bij de NZa een gezamenlijk verzoek kunnen indienen.

De opgave in het overhevelingsformulier betreft een totaal bedrag van de productie voorzien van een toelichting, geen specificatie in NZa-parameters. Daarbij moet de uitkomst van de overheveling per saldo nul zijn. De geldigheidsduur van de oplossing hangt af van de invoering van prestatiebekostiging in de geneeskundige GGZ. Bij het vervallen van de budgetten is overheveling van middelen op bovenstaande wijze niet meer mogelijk.

Voor de contracteerruimte in de AWBZ brengt deze oplossing een aantal consequenties met zich mee die in dit advies nader worden toegelicht.

Om de uitvoering van de oplossing te laten slagen, is een aanvulling op de aanwijzing contracteerruimte voor 1 april 2011 noodzakelijk.

1. Inleiding

Per brief van 19 augustus (kenmerk CZ/CGGZ-3014548) heeft de Minister van VWS de NZa gevraagd te adviseren over structurele oplossingen voor knelpunten in de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Aangezien de uitwerking van een structurele oplossing meer tijd vergt en de NZa het belang inziet om de knelpunten in 2011 op te lossen, heeft de NZa besloten haar advies op te splitsen. In dit advies adviseert zij een oplossing om de knelpunten in de bekostiging van de GGZ op korte termijn op te lossen. In juni dit jaar komt de NZa met een advies voor een structurele oplossing van de knelpunten.

Dit advies is als volgt opgebouwd. Ten eerste komt een schets van de gescheiden financiering en bekostiging van de GGZ aan de orde. Vervolgens staan de daaruit voortvloeiende knelpunten centraal. Daarna volgt het voorstel om de knelpunten op de korte termijn op te lossen.

2. Bekostiging GGZ

2.1 Historie

Tot aan 1 januari 2008 werd de GGZ bekostigd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Per die datum is een gedeelte van de GGZ ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om deze 'knip' vorm te geven is gekozen voor een jaargrens. Meer precies werd het volgende onderscheid gemaakt:

Zvw:

- Alle extramurale geneeskundige GGZ. Dat wil zeggen zorg gericht op activering van de cliënt.
- Het eerste jaar van alle intramurale klinische geneeskundige GGZ.

AWBZ:

- Alle extramurale niet-geneeskundige GGZ. In AWBZ-functies is dit uitsluitend persoonlijke verzorging en/of begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening.
- Alle intramurale niet-geneeskundige GGZ. In AWBZ-functies is dit uitsluitend persoonlijke verzorging en/of begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening in combinatie met verblijf.
- Alle intramurale geneeskundige GGZ na het eerste jaar.

Voor het uitvoeren van de knip zijn instellingen oktober 2007 gevraagd om aan te geven hoeveel cliënten zij feitelijk in zorg hadden in de Zvw en hoeveel in de AWBZ uitgaande van de peildatum 1 september 2007. Eind 2008 is er nog een mogelijkheid geboden om deze opgave te wijzigen indien sprake was van feiten en omstandigheden die op de peildatum nog niet bekend waren.

Als gevolg van deze overheveling komt ongeveer tweederde van de kosten van de GGZ voor rekening van de Zvw, en iets minder dan een derde voor rekening van de AWBZ.²

2.2 Huidige gescheiden bekostiging

In de Zvw wordt de geneeskundige GGZ gedeclareerd in DBC's en nog bekostigd op basis van budgetparameters. Binnen het kader van een representatiemodel maken zorgverzekeraars en instellingen productieafspraken. Het budget op basis van de werkelijke gerealiseerde productie is leidend voor de bekostiging. Daarbij is overproductie toegestaan als de representerende zorgverzekeraars hiermee akkoord gaan. De Zvw kent in tegenstelling tot de AWBZ geen contracteerruimte. Voor het jaar van de overheveling is er wel een 'kaderbudget' vastgesteld. Dat wil zeggen dat VWS een indicatie heeft gegeven van het bedrag dat nodig zou moeten zijn voor de inkoop van de geneeskundige GGZ. Dit kader is daarna – afgezien van de jaarlijkse groeiruimte – niet meer aangepast en wordt door de NZa niet gehandhaafd of beheerd. Uitgangspunt is dat zorgverzekeraars en instellingen de mutatie in het budgettair kader zorg (BKZ) als uitgangspunt hanteren voor de aanpassing van budgetten. De ontwikkeling van de productieafspraken

² Daarnaast nog voor een beperkt deel eerstelijnszorg, Wmo en strafrechtelijk forensische zorg.

laat zien dat dit een moeilijk hanteerbaar uitgangspunt is. Deze ontwikkeling ligt namelijk fors hoger dan de groei van het BKZ.³

De intramurale GGZ in de AWBZ wordt bekostigd op basis van zorgzwaartepakketten, met uitzondering van kinderen en jeugdigen die nog op oude parameters worden bekostigd. Jaarlijks worden door zorgaanbieders en zorgkantoren productieafspraken gemaakt, bij de nacalculatie wordt het budget definitief vastgesteld op basis van de werkelijk gerealiseerde productie. Overproductie wordt niet gehonoreerd. De AWBZ kent een contracteerruimte. De contracteerruimte AWBZ is het financieel kader waarbinnen zorgkantoren en zorgaanbieders de AWBZ-productie contracteren. Deze ruimte is niet gespecificeerd naar sectoren of instellingen. De NZa bewaakt de contracteerruimte.

VWS geeft jaarlijks een aanwijzing inzake deze contracteerruimte. Hiermee wordt de begrenzing van de financiële ruimte AWBZ voor het betreffende jaar vastgelegd. Voorafgaand aan deze aanwijzing geeft de NZa een advies af aan het ministerie betreffende de contracteerruimte van het lopende jaar en de contracteerruimte voor het daaropvolgende jaar.

De toelating van instellingen die klinische GGZ leveren is voor beide systemen gelijk. Dit is een toelating voor medisch specialistische zorg.

³ Zie monitor GGZ

3. Knelpunten

“Na overheveling van grote delen van de GGZ naar de Zvw werkt het merendeel van de GGZ instellingen met een mix van Zvw en AWBZ bekostiging. Op het grensvlak van AWBZ en Zvw leidt dit tot enkele knelpunten die de doelmatigheid en continuïteit van zorg bedreigen”.⁴

Doordat de knip eenmalig is vastgesteld, zit er geen flexibiliteit tussen de twee bekostigingssystemen. Een verlaging van de vraag naar intramurale zorg in het ene systeem kan leiden tot een verlaging van het aantal bedden/ZZP afspraken terwijl het in het andere systeem niet leidt tot een verhoging van de ambulante zorg. Dit omdat de vergoeding van de bedden in het ene systeem zit en de toename van zorgvraag in het andere systeem.

Hieronder zullen de knelpunten zoals benoemd en beschreven in de adviesaanvraag van VWS kort worden toegelicht. De NZa herkent de knelpunten. De knelpunten zijn door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland gemeld bij zowel de NZa als VWS. Vervolgens wordt ingegaan op de voorwaarden die VWS in haar adviesaanvraag aan de oplossing heeft gesteld en de omvang van het probleem.

3.1 Inflexibiliteit tussen de twee bekostigingssystemen

De huidige systematiek zorgt voor onvoldoende budgettaire flexibiliteit tussen de AWBZ en de Zvw. De eenmalige knip en de strakke scheiding tussen de Zvw en de AWBZ zorgt in de praktijk voor problemen. Zelfs als de knip op nog steeds geldende verdeling van zorg is gebaseerd, kan de zorg per jaar minimaal verschillen waardoor een kleine fluctuatie tussen de twee systemen wenselijk zou zijn.

3.2 Belemmering van extramuralisering

Er zijn momenteel onvoldoende mogelijkheden voor verdergaande extramuralisering. Dit punt wordt door alle partijen als grootste knelpunt aangeduid. De overheveling van een groot deel van de GGZ naar de Zvw heeft een versnelling van verandering in zorg te weeg gebracht. Deze houdt in dat meer behandeld wordt in een extramurale setting en indien nodig patiënten korter en intensiever intramuraal (klinisch) behandeld worden.

Deze verandering betekent dat minder intramurale zorg geleverd wordt, dit vertaald zich vooral in een daling van de AWBZ intramurale zorg. Voor 2008 kon extramuralisering (of ambulantisering) nog bekostigd worden door minder bedden te bezetten en dat geld te gebruiken voor de toename in extramurale zorg. Na 2008 is het probleem dat de middelen die vrijkomen van de niet benutte bedden in de AWBZ contracteerruimte zitten terwijl men ze wil benutten voor zorg die in de Zvw geleverd wordt. Doordat er geen mogelijkheid is tot overheveling van middelen belemmert dit de extramuralisering van de GGZ.

De zorgkantoren in de AWBZ zijn verantwoordelijk voor doelmatige zorginkoop binnen het gestelde regio kader. Zorgkantoren kunnen

⁴ Adviesaanvraag VWS d.d. 19 augustus 2011.

extramuralisering binnen de overige sectoren goed vormgeven doordat een verlaging van exploitatiekosten intramurale zorg (GHZ/V&V) direct gebruikt kan worden voor inkoop extramurale zorg (GHZ/V&V) in de zorgkantorregio. Een verlaging van exploitatiekosten intramurale GGZ (AWBZ) kan niet worden ingezet voor extramuralisering (Zvw).

3.3 Nieuwe capaciteit niet mogelijk (Zvw/deels AWBZ)

VWS geeft in haar adviesaanvraag aan dat 'onvoldoende contractering van nieuwe capaciteit' tevens een knelpunt vormt. Bij de knip is met een zekere toename in capaciteit rekening gehouden. Dat wil zeggen dat er in het budgettair kader Zvw rekening is gehouden met enige toename in capaciteit. Op dit moment geven zorgverzekeraars aan dat de middelen op zijn. De NZa verwacht dat het hier gaat om middelen in de Zvw, omdat in de AWBZ tot 2011 een toename in capaciteit nog automatisch gevolgd werd door een toename in de contracteerruimte. Dit is in de Zvw niet het geval.

3.4 Verdelingssysteem nieuwbouw GGZ

Uit de adviesaanvraag blijkt dat VWS bij de verdeling van de groeimiddelen op basis van nieuwbouw mogelijk rekening houdt met een bepaalde verdeling tussen Zvw (60%) en AWBZ (40%). De NZa gebruikt bij nieuwe capaciteit dan wel nieuwbouw niet het verdelingspercentage dat is vastgesteld bij de knip. Gezien het feit dat het eerste jaar van een nieuwbouw voorziening grotendeels Zvw zal zijn is dat ook niet realistisch.

3.5 Voorwaarden VWS

In haar adviesaanvraag stelt VWS de volgende voorwaarden voor met name de oplossing voor de belemmering extramuralisering:

- Overheveling draagt daadwerkelijk bij aan de extramuralisering van de zorg.
- Overheveling zal leiden tot een doelmatiger zorg (zorg van vergelijkbare of zelfs betere kwaliteit tegen een lagere prijs per patiënt).
- Er wordt in totaal (Zvw plus AWBZ) niet meer geld uitgegeven per instelling (budgettair neutraal).
- De instelling verzoekt het CIBG om een bijstelling van de toelating (verlaging van het aantal bedden).

3.6 Omvang

De omvang van de knelpunten die in de GGZ worden ervaren is moeilijk vast te stellen. Op basis van gegevens van een twaalfstal aanbieders is de inschatting van de NZa dat het zal gaan om een omvang tussen de € 10 en € 40 miljoen.

4. Voorstel

In dit hoofdstuk wordt een oplossing geadviseerd die voor de knelpunten in 3.1 en 3.2 een tijdelijke oplossing biedt. De tijdelijkheid van de oplossing vloeit voort uit de voorgenomen invoering per 1 januari 2012 van prestatiebekostiging voor de Zvw-gefinancierde GGZ (curatieve GGZ), als gevolg waarvan de huidige Zvw-budgettering van instellingen zal komen te vervallen.

De oplossing die hier geboden wordt, betreft geen antwoord op de overige twee knelpunten. Deze knelpunten zijn verbonden aan de systematiek die VWS hanteert voor het verdelen van groeimiddelen en het inschatten van de uitgaven voor de GGZ. De NZa kan hier geen oplossing voor ontwikkelen, slechts constateren dat wellicht de verdeling van groeimiddelen op oude verdelingspercentages niet in overeenstemming met de werkelijkheid is.

4.1 Driezijdige aanvraag tot overheveling middelen

Dit is een administratief eenvoudige, snel te realiseren en eindige oplossing op de korte termijn, waarbij gebruik wordt gemaakt van een overhevelingsformulier waarmee zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren een gezamenlijk verzoek kunnen indienen tot overheveling van middelen. De flexibiliteit tussen de AWBZ en Zvw wordt hiermee bevorderd.

Voorbeeld

AWBZ	Zvw	Totaal
-100.000	+100.000	0

De opgave in het overhevelingsformulier betreft een totaal bedrag van de productie, geen specificatie in NZa-parameters. Naast de opgave van het bedrag geeft de zorgaanbieder in het overhevelingsformulier een toelichting hoe het bedrag tot stand is gekomen. De ondertekening door de drie partijen is een vereiste om te voorkomen dat efficiency bevorderende maatregelen in de AWBZ of Zvw wegvloeien. De uiteindelijke uitkomst van deze overheveling moet neutraal, en per saldo dus nul zijn. Dit betekent overigens niet dat de NZa kan garanderen dat de instellingen niet stijgen in hun budget, er kan nog steeds in beide systemen door zorgverzekeraar of zorgkantoor overproductie dan wel groei gehonoreerd worden.

De NZa adviseert het te overhevelen bedrag niet te maximeren. Het systeem is zo ingericht dat op lokaal niveau een afweging gemaakt wordt wat mogelijk is. De NZa gaat ervan uit dat zorgkantoren goed in staat zijn een zorgvuldige inschatting te maken wat een noodzakelijk, maar tegelijkertijd ook verantwoord bedrag is om over te hevelen.

Bij ontvangst van de aanvraag door de NZa wordt deze als volgt verwerkt:

- AWBZ: in de budgetronde/herschikking wordt in het beslag op contracteerruimte rekening gehouden met extra, dan wel minder middelen.
- Zvw: het bedrag op het overhevelingsformulier wordt in het Zvw-budget verwerkt als lumpsumbedrag onder de overige kosten. De

budgettoename van de Zvw wordt daarmee geormerkt zodat transparant is dat (een deel van) de budgetgroei in de Zvw te herleiden is naar overhevelingen vanuit de AWBZ.

Een en ander zou zijn beslag moeten krijgen in een beleidsregel van de NZa, en – voor zover noodzakelijk – via aanpassing van bestaande NZa-beleidsregels. Deze nieuwe beleidsregel zou in principe een beperkte geldigheidsduur moeten hebben, aangezien het voornemen bestaat om met ingang van 1 januari 2012 prestatiebekostiging voor de curatieve GGZ in te voeren. Vanaf dat moment zullen de budgetten voor curatieve GGZ niet meer bestaan en is overheveling van middelen naar het Zvw-budget vanaf die datum dus niet meer mogelijk.

Dit houdt voor 2011 in, dat de aanvragen voor overheveling tussen 1 maart 2011 en 15 september 2011 kunnen worden ingediend. Doordat de eerste mogelijkheid voor indiening van een overhevelingsformulier 1 maart 2011 zou, kan de beleidsregel medio 2011 worden vastgesteld en met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2011 in werking treden.

De overheveling heeft een permanent karakter wat inhoudt dat in het jaar t+1 niet terug automatisch geheveld wordt tussen de beide systemen. Indien de oplossing ook in 2012 nog van toepassing is zou er dan via een zelfde overhevelingsformulier wel terug geheveld kunnen worden op verzoek van de 3 partijen.

Overhevelingen vanuit de Zvw naar de AWBZ zijn ook mogelijk. De verwachting is echter dat dit minder vaak zal voorkomen. Voor deze overhevelingen geldt een soortgelijke verwerking als hierboven beschreven.

4.2 Voordelen

Het bovengenoemde systeem is eenvoudig en vergt weinig administratieve handelingen. Het biedt een oplossing om lucht te creëren in de bekostiging van de GGZ. Uit het technisch overleg is gebleken dat instellingen aan zorgverzekeraars en zorgkantoren goed inzichtelijk kunnen maken welke middelen ze nu minder inzetten in de AWBZ. Daarnaast hoeven instellingen aan beide kanten niet te specificeren naar zorgverzekeraars en zorgkantoor om welke precieze ZZP's/DBC's het gaat of deze toe te wijzen aan een bepaalde cliënt. Uiteraard zal er in de Zvw voor deze middelen op cliëntniveau gedeclareerd moeten worden. In die declaratie hoeft echter geen specificatie te staan dat dit om 'extra middelen uit de AWBZ' gaat. Dit zou het systeem onpraktisch en onuitvoerbaar maken.

De NZa kan aan de kant waar de middelen naar overgeheveld worden dit specificeren in de rekenstaat waardoor het in de gegevenslevering aan VWS helder is om welke middelen het gaat.

4.3 Consequenties in AWBZ

De contracteerruimte in de AWBZ kent een totaal bedrag voor alle zorg die in de AWBZ geleverd wordt. Dit bedrag is niet nader gespecificeerd naar sector, type zorg of instelling.

Bovenstaande oplossing betekent dat op instellingsniveau een bedrag gereserveerd moet worden voor overheveling naar de Zvw. Omdat de contracteerruimte geen specificatie meer kent, worden tekorten en overschotten binnen de contracteerruimte (waar mogelijk) gebruikt voor

andere regio's dan wel voor andere soorten zorg (gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging). De oplossing die de NZa adviseert leidt naar verwachting tot een overheveling van AWBZ middelen naar de Zvw. De financiële ruimte die er afgelopen jaren wellicht in regio's is geweest voor overheveling of andere zorg dan GGZ, wordt daarmee mogelijk kleiner. Het is mogelijk dat dit zal leiden tot regionale knelpunten in de contracteerruimte.

Daarnaast zullen mogelijk niet alle zorgkantoren de financiële ruimte hebben om aan een overheveling te kunnen meewerken.

In verband met het advies aan de Staatssecretaris van VWS over beschikbare AWBZ middelen in relatie tot indicatie ontwikkeling en het beschikbare kader voor 2011 en kaderbrief Ministerie van VWS (beleid 2012) is het nodig om voor 1 mei 2011 een voorlopige indicatie te hebben van de grootte van overheveling. Indien dit niet mogelijk is, kan de NZa dit niet meenemen in haar advies.

4.4 Voorwaarde NZa

De tijdelijke oplossing betekent dat op instellingsniveau een bedrag gereserveerd moet worden voor overheveling naar de Zvw. Voor deze oplossing is aanvulling op de aanwijzing contracteerruimte 2011 nodig vanuit VWS. Deze aanvullende brief dient uiterlijk 1 april 2011 bij de NZa binnen te zijn. In de aanwijzing is het van belang dat VWS aangeeft dat het de NZa toegestaan is de contracteerruimte ten behoeve van overheveling van middelen GGZ van AWBZ naar Zvw te verlagen dan wel voor een tegengestelde overheveling te verhogen.

Mocht niet aan deze voorwaarde worden voldaan dan is het voor de NZa niet mogelijk deze oplossing in 2011 uit te voeren.

5. Conclusie

Het is duidelijk dat er door de harde knip die in 2008 heeft plaatsgevonden in de bekostiging van de GGZ een aantal knelpunten is ontstaan. Voor een deel van deze knelpunten heeft de NZa nu een tijdelijke oplossing geadviseerd totdat er een structurele oplossing is. De NZa vraagt het Ministerie van VWS om de geadviseerde oplossing toe te staan. Tevens adviseert zij het Ministerie om geen maximum te stellen aan de overheveling maar dit over te laten aan het lokaal overleg.