

Aan de besturen van AWBZ-instellingen:
- voor geestelijke gezondheidszorg (120)
- voor gehandicaptenzorg (600)
- voor verpleging en verzorging (650)
- psychiatrische universiteitsklinieken
- ziekenhuizen met een psychiatrische polikliniek

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

en de zorgkantoren/zorgverzekeraars

Behandeld door
P.H. Tijsterman

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk
PTYN/ihot/Care/AWBZ/07/21c

Onderwerp
Maatregelen overheveling GGZ en invoering DBC's

Datum
17 juli 2007

In deze circulaire informeert de NZa u over de nieuw vastgestelde Beleidsregels Productstructuur DBC GGZ en Tarifiering onderlinge dienstverlening en de Regelingen Declaratiebepalingen DBC GGZ en Instructie DBC-registratie GGZ. Tevens wordt u gewezen op een aantal andere ontwikkelingen met betrekking tot de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de zorgverzekeringswet, waaruit mogelijk ook budgettaire consequenties kunnen voortvloeien.

Geachte heer of mevrouw,

De NZa heeft nieuwe beleidsregels en regelingen vastgesteld ten behoeve van de overheveling van de geneeskundige GGZ van de AWBZ naar de ZVW en de gelijktijdige invoering van de DBC systematiek voor het ZVW-deel van de GGZ. De vaststelling van de productstructuur die per 2008 in werking treedt en de daarbij behorende tarieven is een belangrijke mijlpaal in dit traject. Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen op basis hiervan zich gaan voorbereiden op afspraken die voor 2008 moeten worden gemaakt. Hieronder wordt een toelichting gegeven op de nieuwe regelingen en beleidsregels en afsluitend wordt u geïnformeerd over andere relevante ontwikkelingen, waarvoor besluitvorming in voorbereiding is.

Beleidsregel productstructuur DBC GGZ (CA-184)

Door de projectgroep DBC GGZ is in april jl. de eerste onderhoudsversie van de productstructuur DBC GGZ vastgesteld. Doordat de NZa de productstructuur opneemt in een beleidsregel wordt deze in een wettelijk kader geplaatst. Vaststelling van de beleidsregel heeft plaatsgevonden nadat de NZa de productstructuur ondermeer heeft beoordeeld op transparantie, herkenbaarheid en als instrument voor bekostiging.

In het proces van de invoering van de DBC's in de GGZ neemt de productstructuur een bijzonder belangrijke positie in.

Naast een ordening van de totale GGZ-zorg biedt het aanbieders en verzekeraars met ingang van 1 januari 2008 een nieuwe taal om afspraken te maken over hoeveelheden, prijs en kwaliteit. Vooruitlopend daarop registreren aanbieders sinds 1 januari 2006 alle op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg in de vorm van DBC's. Sinds 1 juli 2006 dienen aanbieders gegevens aan het DIS (DBC Informatie Systeem) aan te leveren.

Kenmerk
Care/AWBZ/07/21c

Pagina
2 van 3

De eerste onderhoudsversie van de productstructuur komt in de plaats van de huidige productstructuur, zoals deze eind vorig jaar is vastgesteld in beleidsregel CA-121. Ook deze beleidsregel heeft als ingangsdatum 1 januari 2008 en wordt daarom niet gebruikt voor declaratie en/of bekostiging. De vaststelling was vooral bedoeld als hulpmiddel in het invoeringstraject van de DBC's in de GGZ.

De huidige productstructuur

De huidige productstructuur is opgebouwd uit drie tabellen: behandeling ambulant, behandeling klinisch en het klinische verblijf. Het aantal productgroepen is respectievelijk 92, 22 en 50. De 50 verblijfsgroepen kunnen in theorie gecombineerd worden met alle 22 klinische behandelgroepen. Hierdoor ontstaan $50 \times 22 = 1100$ gecombineerde productgroepen cq DBC's. Samen met de 92 ambulante groepen komt het totaal van de huidige productstructuur uit op 1192 DBC's.

De nieuwe productstructuur

De nieuwe en de huidige productstructuur stoelen op DBC gegevens die door de referentie-instellingen zijn aangeleverd aan de centrale gegevens analyse omgeving CGAO. De huidige versie van de productstructuur dateert van mei 2006. Doordat de referentie-instellingen inmiddels ongeveer een jaar langer DBC gegevens aan de CGAO hebben kunnen aanleveren, en de productstructuur daarmee op meer afgesloten DBC's is gebaseerd, is de kwaliteit en betrouwbaarheid van de productstructuur verder toegenomen. Overigens geldt dat vooral voor de berekening van de prijzen. De opzet van de structuur is behoudens enkele verbeteringen niet gewijzigd.

Wel zijn nu de klinische en ambulante behandelgroepen in één tabel samengevoegd. Een aparte behandel tabel is in wezen niet noodzakelijk omdat er doorgaans ook weinig verschil is tussen behandelen in een polikliniek en behandelen in een kliniek. Belangrijk voordeel van het in elkaar schuiven van de behandel tabellen is dat hiermee een eenvoudiger opzet wordt bereikt. Bovendien kan er dan vanuit de verblijfstabel met een veel bredere behandel tabel (130 in plaats van 23) worden gecombineerd waardoor er DBC's worden verkregen die het best aansluiten bij de verleende zorg.

Tarieven

De tarieven bij de nieuwe productstructuur zijn inclusief een opslag voor kapitaalslasten en aangepast naar het huidige niveau van lonen (voorlopig 2007) en prijzen (definitief 2007). De tarieven zullen voor geheel 2008 gelden.

Voor vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en nieuwe toetreders geldt in 2008 dat de DBC-tarieven maximum tarieven zijn. Voor bestaande instellingen geldt in 2008 dat de DBC-tarieven vaste tarieven zijn. Ten behoeve van een gelijk speelveld kunnen in 2008 tussen partijen prijsafspraken worden gemaakt voor de gehele ambulante

productie. Bij instellingen komt het resultaat van de prijsafspraken (als gevolg van bekostiging op oude parameters) tot uitdrukking in het verrekenpercentage van de instelling. Voor vrijgevestigden (en nieuw toetredende instellingen) komt de prijsafspraken tot uitdrukking in het DBC-tarief.

Kenmerk
Care/AWBZ/07/21c

Pagina
3 van 3

Uit onderzoek en berekeningen die zijn gemaakt voor de genormeerde kapitaalslasten van de extramurale GGZ prestaties is gebleken c.q. het beeld bevestigd, dat voor de opslag voor kapitaalslasten een onderscheid moet worden gemaakt tussen ambulante zorg en klinische zorg. Op basis van deze berekeningen is de opslag voor de bedragen van de behandeltablel bepaald op 7,8%. In dit percentage is tevens rekening gehouden met de rentekosten die verband houden met de financiering van de openstaande facturen van debiteuren (verzekeraars). Voor de volledigheid wordt nog opgemerkt dat eventuele bevoorschotting door zorgverzekeraars betrekking heeft op de doorlooptijd van DBC's (onderhanden werk) en dus niet op de periode die volgt na afsluiten van (gefactureerde) DBC's.

De opslag voor de bedragen van de verblijfstabel is voorlopig bepaald op 14,8%. Ook hier is rekening gehouden met de financiering van de post debiteuren. Vooralsnog is de opslag voor kapitaalslasten in klinische tarieven voor 2008 alleen relevant voor nieuwe toetreders. Voor bestaande instellingen die klinische zorg leveren worden de kapitaalslasten in 2008 nog op de oude wijze verrekend in het budget. Op basis van de productieafspraken 2008 zullen nieuwe berekeningen worden gemaakt ter bepaling van de opslag van de klinische kapitaalslasten in DBC's voor 2009.

Regeling instructie DBC-registratie GGZ (GG/NR-100.067)

Sinds 1 januari 2006 registreren GGZ-aanbieders de zorg in DBC's. Ten behoeve van de registratie zijn spelregels opgesteld door de Projectgroep DBC GGZ. In de spelregels wordt ingegaan op wie wat registreert, het openen en sluiten van DBC's, de elementen van de typeringslijst en de registratielijst voor activiteiten en verrichtingen.

De spelregels zijn eerder door de NZa vastgelegd in de Regeling Instructie DBC-registratie GGZ GG/NR-100.046 met de bijlage Spelregels DBC-registratie.

Begin 2007 heeft voor de vierde maal een evaluatieronde van het model DBC GGZ plaatsgevonden. De door het veld ingebrachte evaluatiepunten zijn door de Landelijke Werkgroep DBC Ontwikkeling (LWDO) en de projectgroep DBC GGZ beoordeeld. Het resultaat hiervan is een nieuwe versie van de Spelregels DBC GGZ met bijbehorende registratielijsten (Spelregels DBC GGZ versie 2008, F1.0). Vanwege de nieuwe Spelregels wordt nu ook de Regeling Instructie DBC-registratie GGZ herzien. U kunt een exemplaar van de regeling en de daarbij behorende bijlage downloaden van de website van de NZa (www.nza.nl). Voor een overzicht van de belangrijkste wijzigingen van de spelregels verwijzen wij u naar de website www.dbcGGZ.nl.

Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ (GG/NR-100.066)Kenmerk
Care/AWBZ/07/21cPagina
4 van 4

De bestaande Regeling Declaratiebepalingen heeft op een aantal punten verduidelijking. Ook de vaststelling van de nieuwe productstructuur veroorzaakt enkele wijzigingen. De noodzakelijke aanpassingen zijn vastgelegd in een nieuwe regeling die 1 januari 2008 ingaat.

De belangrijkste wijzigingen zijn:

- Het productgroep-tarief (onderdeel 2.8) is gewijzigd in DBC-tarief. Deze wijziging is doorgevoerd om verwarring met de onderliggende productgroepen voor behandeling en verblijf te voorkomen. Het DBC-tarief is opgebouwd uit de combinatie van een productgroep voor behandeling en een productgroep voor verblijf. Als er geen sprake is van verblijf bestaat het DBC-tarief dus uitsluitend uit een productgroep voor behandeling. Deze aanpassing van de definitie leidt ook op talrijke andere plaatsen in de regeling tot wijzigingen.
- In artikel 4.1 is een aparte passage opgenomen over de declaratie van tarieven als sprake is van een PAAZ waaraan vrijgevestigde psychiaters zijn verbonden.
- Met betrekking tot de creditering bij overloop DBC is de bepaling opgenomen dat, ingeval het creditbedrag hoger is dan het DBC tarief (eventueel inclusief verrekenpercentage), het saldo op nihil (0) wordt gesteld.
- Voor de berekening van het creditbedrag bij overloop-DBC's, is onder 4.2.3 een specifieke berekeningswijze opgenomen voor zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, die **niet** zijn verbonden aan een instelling.
- Onder 4.2.5. is een bepaling toegevoegd over onderlinge dienstverlening. DBC-tarieven mogen alleen in rekening worden gebracht door de zorgaanbieder waar de cliënt als eigen cliënt in behandeling is. Uitbestede behandelingen of door derden geleverde ondersteunende producten behoren bij deze zorgaanbieder in rekening te worden gebracht.

Onder 5.2 is een aanvulling opgenomen met betrekking tot het verrekenpercentage. Dit is het percentage dat bovenop het DBC-tarief komt om verschillen tussen budget en opbrengsten te verrekenen. Ingeval zorgaanbieders zowel klinische als ambulante zorg verlenen, wordt het verrekenpercentage alleen toegepast op klinische DBC-tarieven. Het toe te passen percentage is het percentage dat gold op de dag waarop de DBC werd geopend. Voor (klinische) overloop-DBC's geldt echter het percentage dat de NZa vaststelt per 1 januari 2008.

Beleidsregel tarifiering onderlinge dienstverlening (CA-178)

De Beleidsregel tarifiering onderlinge dienstverlening is aangepast op het punt van de in rekening te brengen kosten door de dienstverlener.

De tarieven bij onderlinge dienstverlening zijn in de GGZ vrij onderhandelbaar, waarbij een uitzondering wordt gemaakt voor vrijgevestigde psychiaters verbonden aan een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Bij een gering aantal paaz-en komt dit voor. Tot en met 2007 declareren deze psychiaters, al dan niet via het ziekenhuis, direct aan het zorgkantoor. De budgetten van deze paaz-en worden in verband daarmee gekort voor de kosten die voor de psychiater in de budgetparameters zijn opgenomen. Bij de invoering van de DBC systematiek per 2008 kan deze werkwijze niet meer worden gevolgd. Vanaf 2008 declareert de paaz het volledige DBC-tarief en brengt de vrijgevestigde paaz-psychiater zijn kosten op basis van de Beleidsregel tarifiering onderlinge dienstverlening in rekening bij de paaz. Voor wat betreft het uurtarief is voor deze vrijgevestigde psychiaters in de Beleidsregel onderlinge dienstverlening bepaald dat wordt aangesloten bij het voor alle medische specialisten geldende uurtarief. De Orde van Medisch Specialisten (OMS) heeft voor 12 van de meest voorkomende behandelingen in paaz-en de gemiddelde tijdsinzet van psychiaters in beeld gebracht. De NZa heeft zich bereid verklaard deze tijdsinzet te publiceren, daarbij de voorwaarde stellend dat over deze tijdsinzet overeenstemming bestaat met de NVZ. Zo nodig wordt u hierover op een later tijdstip verder geïnformeerd.

Kenmerk
Care/AWBZ/07/21c

Pagina
5 van 5

Overige ontwikkelingen met betrekking tot 2008

In dit hoofdstuk informeert de NZa u over onderwerpen, die de komende tijd verder uitgewerkt en uitgevoerd zullen worden. In sommige gevallen is besluitvorming en vastlegging daarvan in beleidsregels nodig. De NZa doet zijn uiterste best dit proces voor medio oktober 2007 af te ronden. De reden van deze vroegtijdige communicatie, vooruitlopend op de definitieve besluitvorming, is om u in staat te stellen zo adequaat mogelijk te kunnen anticiperen op de voorgenomen ontwikkelingen en mogelijk bijbehorende financiële consequenties.

Beëindiging consultatiegelden

In onze circulaire EWAE/ehor/Care/GGZ/06/33c van 20 december 2006 hebben wij u bericht dat de regeling consultatiegelden bij de overheveling van AWBZ-zorg naar de zorgverzekeringswet zou komen te vervallen, met als doel, de middelen rechtstreeks beschikbaar te stellen voor de eerste lijn. Omdat de overheveling op dat moment met een jaar werd uitgesteld werd de regeling nog een jaar gecontinueerd. Nu de overheveling per 2008 een feit is komt er alsnog per 1 januari 2008 een einde aan deze regeling voor GGZ-instellingen. De budgetten van ggz instellingen worden, voorzover van toepassing, per 2008 met deze middelen verlaagd.

Beëindiging product dienstverlening

Vorig jaar was ook de beëindiging van het product dienstverlening voorzien. Om dezelfde reden als bij de regeling consultatiegelden is dit product in 2007 gecontinueerd en is toen volstaan met de benedenwaartse bijstelling vanwege de overheveling van de OGGZ naar de WMO. Aangezien de beëindiging van dit product is gekoppeld aan het invoeren van praktijkondersteuning op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg van de huisarts per 2008 ligt het in de rede om per

1 januari 2008 het product dienstverlening te laten vervallen. Dit leidt tot een verlaging van het budget van ggz instellingen.

Kenmerk
Care/AWBZ/07/21c

Pagina
6 van 6

Splitsing budgetten in awbz deel en zvw deel

Vanwege de splitsing van de geestelijke gezondheidszorg in zorg die ten laste komt van de AWBZ en zorg die ten laste komt van de ZVW heeft de NZa zich beraden over de vraag of deze splitsing in de zorg ook moet doorwerken in gescheiden budgetten. Op dit moment wordt er van uitgegaan dat dit inderdaad zal gaan gebeuren. De komende tijd wordt gebruikt om dit voornemen verder uit te werken, waarover u te zijner tijd zal worden geïnformeerd. Om deze splitsing te kunnen uitvoeren zal het waarschijnlijk nodig zijn om een aantal gegevens bij de instellingen op te vragen.

Opneming opleidingskosten in opleidingsfonds

Met ingang van 2007 is een opleidingsfonds opgericht voor de bekostiging van opleidingen in de zorgsector. In 2007 geldt dit fonds nog uitsluitend voor de opleiding van medische specialisten in de ziekenhuizen, maar in 2008 wordt de werkingssfeer uitgebreid naar de AWBZ sectoren (inclusief GGZ). Dit geldt voor alle opleidingen met uitzondering van de vergoeding voor de facilitering van initiële opleidingsfaciliteiten voor verpleegkundigen. Deze vergoeding blijft onderdeel van het GGZ budget. De overige vergoedingen zijn met ingang van 2008 geen onderdeel meer van het GGZ budget, maar worden overgeheveld naar het opleidingsfonds. Instellingen die deze opleidingen verzorgen worden vanaf dat moment uit dit fonds bekostigd.

Gebleken is dat de vergoeding voor de opleidingen in de GGZ niet aansluit bij de werkelijke kosten. Om die reden zullen de vergoedingsbedragen per 2008 worden opgetrokken. Het uitgangspunt is dat de meerkosten hiervan door de gehele ggz worden opgebracht. Dit zal gebeuren door middel van een aanpassing van bestaande budgetparameters. Definitieve besluitvorming over de overheveling naar het opleidingsfonds en de aanpassing de budgetparameters moet nog plaatsvinden. Zodra hier meer duidelijkheid over is wordt u verder geïnformeerd.

Geneeskundige GGZ in gehandicapten en V&V instellingen.

Er vindt momenteel een inventarisatie plaats bij instellingen voor gehandicapten en instellingen voor verpleging en verzorging, die geestelijk gezondheidszorg leveren. Het doel van de inventarisatie is om duidelijk te krijgen welke van deze instellingen in 2008 op genezing gerichte GGZ blijven leveren, waarop de DBC systematiek en de daarbij behorende verplichtingen van toepassing zijn. De instellingen die dit betreft zullen vanaf 2008 een apart budget ontvangen voor het deel van de zorg dat onder de zorgverzekeringswet valt. Voor dit deelbudget wordt een nieuw instellingsnummer afgegeven. Voor de zorgverzekeraars is er in dit geval sprake van een nieuwe instelling. Om vanaf 2008 te kunnen factureren aan de zorgverzekeraars adviseren wij instellingen om contact te zoeken met bijvoorbeeld de verzekeraar waar naar inschatting de meeste cliënten van de instelling zijn verzekerd om vast te stellen aan welke administratieve procedures en voorwaarden moet worden voldaan.

Psychiatrische universiteitsklinieken en psychiatrische poliklinieken

Psychiatrische universiteitsklinieken en psychiatrische poliklinieken van algemene ziekenhuizen maken thans deel uit van het (academische) ziekenhuisbudget. De invoering van de DBC systematiek in de GGZ heeft consequenties, die het naar de mening van de NZa nodig maken om ook voor deze onderdelen van de academische en algemene ziekenhuizen per 2008 aparte GGZ budgetten af te geven. Een en ander is thans in voorbereiding. De betreffende instellingen zullen hier binnenkort nader over worden geïnformeerd.

Kenmerk

Care/AWBZ/07/21c

Pagina

7 van 7

Beëindiging AWBZ bevoorschotting

Voor het instellingbudget dat wordt gefinancierd uit de zorgverzekeringswet komt de AWBZ- bevoorschotting, door tussenkomst van zorgkantoren, vanzelfsprekend te vervallen. Vanaf dat moment kunnen DBC's in rekening worden gebracht bij de ziektekostenverzekeraar van de cliënt. Aangezien DBC's pas in rekening kunnen worden gebracht na afsluiting, ligt het in de lijn der verwachting dat de inkomstenstroom van instellingen uit dien hoofde aanvankelijk vrij beperkt zal zijn. Dit mede omdat voor overloop-DBC's een creditering moet worden toegepast voor de zorg die de cliënt al in 2007 ten laste van de AWBZ heeft ontvangen.

Om een dreigend liquiditeitstekort te voorkomen kunt u trachten met zorgverzekeraars een afspraak te maken over voorschotverlening van onderhanden DBC's. Als zorgverzekeraars daartoe niet bereid zijn kan op grond van de beleidsregel renteheffing een rentebedrag in rekening worden gebracht. In dat geval zal in de liquiditeitsbehoefte moeten worden voorzien door het aantrekken van bankkrediet. De NZa adviseert zorgaanbieders tijdig te onderzoeken of verzekeraars een voorschot willen verlenen en zo nodig met financiële instellingen afspraken te maken over een overbruggingskrediet.

Regiovertegenwoordiging

Zolang er nog sprake is van een budget waarvoor productieafspraken gemaakt moeten worden, is het in de uitvoering niet praktisch om met alle zorgverzekeraars afspraken te maken. Daarom zal in deze situatie (tijdelijk) worden gewerkt met regiovertegenwoordiging welke met zorginstellingen afspraken maakt namens alle zorgverzekeraars. Momenteel wordt de regiovertegenwoordiging nader uitgewerkt door Zorgverzekeraars Nederland.

Indien u vragen heeft over deze circulaire, kunt u contact opnemen met uw vaste contactpersoon bij de NZa.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. H. Lagerwaard
directeur Zorgmarkten Care