

Vergaderjaar 2013–2014

30 597

Toekomst AWBZ

Nr. 426

Ontvangen ter Griffie op 25 maart 2014.

Het besluit tot het doen van een aanwijzing kan niet eerder worden genomen dan op 25 april 2014.

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 maart 2014

Deze brief bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven over de bekostiging van de langdurige intramurale op behandeling gerichte geestelijke gezondheidszorg (ggz) in de Zorgverzekeringswet (Zvw), en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument. Over de bekostiging van de langdurige ggz in de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt u nog nader geïnformeerd.

Overeenkomstig artikel 8 van de WMO ga ik tot het geven van de aanwijzing niet eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

Inleiding

Centraal in de hervorming van de langdurige zorg staat de visie dat ondersteuning en zorg gericht zijn op het vergroten van de zelfredzaamheid, zelfstandigheid en mogelijkheden tot participatie van mensen. Zorg en ondersteuning worden zoveel mogelijk dichtbij, in de eigen leefomgeving geboden. In de brieven «hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst» (25 april 2013) en «nadere uitwerking Hervorming Langdurige Zorg» (6 november 2013) aan de Tweede Kamer heeft het Kabinet haar voornemens met betrekking tot de langdurige ggz beschreven. De langdurige intramurale ggz waarbij behandeling centraal staat wordt ondergebracht in de Zvw, beschermd wonen wordt geïntegreerd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast is door het Kabinet naar aanleiding van de motie de Keijzer/Bergkamp uitgewerkt op welke wijze een deel van de langdurige ggz plaats kan krijgen in de Wlz. Het uitgangspunt is dat mensen met psychische problemen de juiste zorg en ondersteuning krijgen in de drie domeinen, Zvw, Wmo 2015 en Wlz. Zorgverzekeraars worden vanaf 2015 op grond van de Zvw verantwoordelijk voor de eerste drie jaar op behandeling gerichte intramurale ggz voor volwassenen (Kamerstuk 30 597, nr. 427).

Positionering van dit deel van de langdurige intramurale ggz in de Zvw sluit goed aan bij de visie van de het Kabinet. Met de overheveling van een deel van de langdurige intramurale ggz naar de Zvw komt de regie meer dan nu bij de zorgverzekeraar te liggen. Door de overheveling blijft de prikkel voor verzekeraars en zorgaanbieders om in te zetten op herstel, zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de cliënt straks ook na het eerste jaar aanwezig. Dit vergemakkelijkt het voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars om te sturen op ambulantisering, zoals afgesproken is in het Bestuurlijk Akkoord GGZ.

Bekostiging langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz

Voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is van belang dat tijdig duidelijk is hoe het gedeelte van de langdurige ggz dat naar de Zvw wordt overgeheveld vanaf 1 januari 2015 bekostigd wordt. Al op 6 mei 2013 is de NZa verzocht om een uitvoeringstoets uit te brengen over de overheveling van de langdurig op behandeling gerichte intramurale ggz van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) naar de Zvw. Op 14 augustus 2013 heeft de NZa het advies «Overheveling langdurige ggz naar de Zvw» uitgebracht. Dit advies is op 28 augustus 2013 – zonder inhoudelijke beleidsopvatting – aan de Tweede Kamer verzonden (zie ook bijlage¹). Ik ben de NZa zeer erkentelijk voor het gedegen advies en kan mij vinden in de daarin voorgestelde vormgeving van de bekostiging. Ik ben voornemens om de NZa op te dragen om de bekostiging van de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz in te richten conform het advies.

Prestaties en toeslagen

Het streven is dat de gehele gespecialiseerde ggz op termijn wordt bekostigd op basis van één bekostigingssysteem. Momenteel wordt door de NZa in samenwerking met veldpartijen gewerkt aan een inhoudelijk verbeterde productstructuur voor de gespecialiseerde ggz. In deze nieuwe productstructuur is beter een relatie te leggen tussen de zorgvraag van een patiënt en de behandelinzet dan in de huidige dbc's ggz. De nieuwe productstructuur zal over enkele jaren de bestaande dbc's ggz vervangen. De NZa richt zich daarbij op eerste stappen in de productstructuur voor een of twee diagnosegroepen per 2016 met een vervolg voor de rest van de gespecialiseerde GGZ in 2017. Het ligt daarom niet voor de hand om de langdurige intramurale ggz per 2015 te gaan bekostigen op basis van dbc's.

Daarom zal de langdurige intramurale ggz, voor zover die wordt overgeheveld naar de Zvw, worden bekostigd op basis van de huidige AWBZ-prestaties totdat de opvolger van de dbc ggz productstructuur wordt ingevoerd. Zodra deze wordt ingevoerd, zal de bekostiging op basis van de AWBZ-prestaties komen te vervallen. De huidige AWBZ-prestaties zullen overigens uitsluitend als declarabele bekostigingsprestaties gehanteerd worden. Opname van de prestaties in de aanspraak is niet nodig omdat cliënten, na de overheveling, op grond van de Zvw al recht hebben op intramurale geneeskundige ggz.

Het gaat om de volgende prestaties en toeslagen:

- Zzp ggz B3 t/m B7 al dan niet met dagbesteding;
- klinisch intensieve behandeling (KIB);
- de toeslagen niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie (NSFP); en
- vervoer naar dagbesteding.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Tarieven

Overeenkomstig haar advies zal ik de NZa opdragen om maximumtarieven te hanteren voor de langdurige intramurale ggz binnen de Zvw. Voor onderlinge dienstverlening gelden vrije tarieven. Het uitgangspunt is dat de tarieven en prestaties, inclusief de profielen, bevroren worden in de overgangsfase. Dit wil zeggen dat er geen onderhoud en tariefherijkingen plaatsvinden, met uitzondering van indexering van de tarieven.

Kapitaallasten

Zowel in de AWBZ als in de Zvw is voor de ggz een omslag naar vergoeding van de kapitaallasten op basis van een normatieve vergoeding gaande. De invoertrajecten zijn voor de AWBZ en Zvw identiek en lopen door tot 2018. Wel is er een verschil in de technische uitwerking. Ik zal de NZa verzoeken om bij de technische uitvoering van de overgangsregeling voor kapitaallasten aan te sluiten bij de bestaande werkwijze in de Zvw, te weten nacalculatorisch en afrekening van overschotten en tekorten via het Zorgverzekeringsfonds.

Correct declareren

Anders dan in de AWBZ is er in de Zvw geen rol weggelegd voor een indicatieorgaan als het CIZ. De indicatiestelling wordt in de Zvw gedaan door de behandelaar. Het is de taak van de zorgverzekeraar om er op toe te zien dat de juiste zvp wordt gedeclareerd. Gezien de aard van de zvp's, waarbij het te declareren product al bij aanvang van de behandeling wordt bepaald, is een optie dat zorgverzekeraars gebruik maken van de mogelijkheid die zij hebben om door middel van machtigingen zicht te houden op een juiste indicatiestelling door de behandelaar. Andere opties voor verzekeraars zijn om contractafspraken te maken met zorgaanbieders of geautomatiseerde toetskaders te hanteren. Om de zorgverzekeraar en de behandelaar hierbij houvast te bieden is het van belang dat de profielbeschrijvingen van de zvp's worden opgenomen in de regelgeving van de NZa.

Om zorgverzekeraars in positie te brengen, is het tevens van belang dat er voldoende informatie op de factuur komt. Dit betreft in ieder geval informatie over het zvp-profiel en het aantal verblijfsdagen. Op 2 juli 2013 heb ik duidelijkheid gegeven over het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde ggz, waaronder per 2015 ook de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz valt. Daarom vind ik het van belang dat de factuur ook informatie bevat over de hoofdbehandelaar, zijn beroep, en de hoeveelheid door hem bestede tijd. Dit is per 2014 al het geval voor ggz die vanuit de Zvw wordt gefinancierd.

In haar advies geeft de NZa aan ook gedurende de implementatie aandacht te geven aan de fraudebestendigheid en frauderisico's van het systeem, en zo nodig aanvullende maatregelen te treffen. Ik onderschrijf het belang hiervan.

Kostenbeheersing, risicodragendheid en macrobeheersinstrument

Tot slot, in de nieuwe situatie worden zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de inkoop van langdurige ggz. Partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor een beheerste kostenontwikkeling binnen de overeengekomen kaders.

Ten aanzien van de risicodragendheid van de naar de Zvw over te hevelen langdurige GGZ geldt voor het kabinet dat de kwaliteit van het ex ante

vereveningsmodel leidend is. Het kabinet streeft naar volledig risicodragende uitvoering van deze zorg door zorgverzekeraars ultimo 2017; in 2017 zal hierover definitief worden besloten. Om het gelijke speelveld voor zorgverzekeraars zo veel mogelijk te waarborgen, dient het ex ante risicovereveningsmodel de voorspelbare kostenverschillen van de langdurige GGZ tussen zorgverzekeraars zo goed mogelijk te compenseren. Om de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel te verbeteren zullen de volgende nadere stappen worden gezet. Het kabinet streeft naar een vergroting van de voorspelbaarheid van de kosten door de ontwikkeling van een inhoudelijk verbeterde productstructuur voor de gespecialiseerde en de langdurige GGZ. De eerste stappen worden gezet in 2016. Vanaf 1 januari 2014 staat de zorgvraagzwaarte-indicator op de factuur van de gespecialiseerde GGZ. Het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ zal het uitgangspunt vormen voor de langdurige GGZ. Voor de ex ante risicoverevening in 2017 zal de nieuwe productstructuur worden gesimuleerd en de zorgvraagzwaarte worden meegenomen als vereveningscriterium voor de langdurige GGZ. Het kabinet onderzoekt verder gaande verbetering van het model door het opnemen van meer specifieke morbiditeitscriteria en een criterium gebaseerd op meerjarige hoge kosten, of door onderscheid te maken tussen ambulante en intramurale GGZ-zorg. Voor tussenliggende jaren zal het kabinet zoals gebruikelijk in september van het voorafgaande jaar de inzet van ex post compensaties vaststellen. Het kabinet denkt daarbij aan de inzet van de bandbreedteregeling, waarmee aan de ene kant het risico voor verzekeraars kan worden gedoseerd en aan de andere kant binnen de bandbreedte maximale prikkels bestaan voor een doelmatige uitvoering. De overheveling van de langdurige intramurale GGZ wordt in het risicovereveningssysteem zo vorm gegeven dat dit het tijdspad naar volledige risicodragendheid voor de geneeskundige GGZ, conform de vorig jaar vastgestelde wijziging van het Besluit zorgverzekeringen, niet doorkruist.

Als ultimum remedium heb ik de beschikking over het macrobeheersinstrument (mbi). Voorts kan ik ertoe besluiten om de tarieven te verlagen of andere maatregelen te nemen, zodat herhaling van eventuele overschrijdingen in volgende jaren wordt voorkomen. Vanaf 1 januari 2015 valt de langdurige ggz samen met de basis ggz en de gespecialiseerde ggz onder één kader. Ik zal de NZa in de aanwijzing verzoeken om ook de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz onder het mbi voor de ggz te brengen.

Ten slotte

Ik hoop u met deze voorhangbrief voldoende te hebben geïnformeerd over de bekostiging van langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz en de toepasbaarheid van het macrobeheersinstrument.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers