

Handreiking overheveling GGZ

- Voor zorgverzekeraars en zorgkantoren -

Inhoudsopgave

DOEL VAN HET WERKDOCUMENT	2
WAAROM DE OVERHEVELING?.....	3
WAT WORDT OVERGEHEVELD?.....	4
ZORGVERZEKERAARS	8
ZORGKANTOREN.....	10
VAN ZVW NAAR AWBZ BIJ LANGDURIGE OPNAME.....	11
VERDERE INFORMATIE.....	12

Doel van het werkdocument

Dit werkdocument is bedoeld voor zorgkantoren en zorgverzekeraars.

In het document wordt uiteengezet hoe de overheveling plaats zal vinden van geneeskundige GGZ naar de nieuwe zorgverzekering en wat daarin de rol is van de zorgkantoren en zorgverzekeraars.

In feite stoten de zorgkantoren een deel van hun werk af naar de zorgverzekeraars. Om dit proces goed af te ronden, is het essentieel dat de zorgkantoren helder inzicht geven in de hoeveelheid zorg die wordt overgedragen en de kosten die ermee gemoeid zijn. Het geven van dit inzicht brengt in 2006 een extra inspanning met zich mee. Na afronding van de overheveling neemt de hoeveelheid werk voor de zorgkantoren met betrekking tot de GGZ juist af.

Voor de zorgverzekeraars geldt dat de geneeskundige GGZ vanaf 1 januari 2007 een integraal onderdeel uitmaakt van de zorgverzekering. Zij dienen tijdig hun polissen hierop aan te passen. In het geval van polissen in natura zullen in de loop van het jaar contracten moeten worden gesloten met zorgaanbieders, zoals de instellingen voor GGZ en de vrijgevestigden.

Om te voorkomen dat verzekeraars de GGZ-cliënten als verliesgevende groep beschouwen en om een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te creëren is net als bij andere vormen van zorg een systeem van risicoverevening met betrekking tot de GGZ ontwikkeld. Het doel van dit vereveningsmodel is dat verzekeraars voldoende worden gecompenseerd voor voorspelbare verliezen op aan te wijzen groepen verzekerden. De prikkel tot risicoselectie door zorgverzekeraars wordt op deze manier weggenomen.

Waarom de overheveling?

Het kabinet maakt een duidelijke keus: er komt één nieuwe zorgverzekering voor alle geneeskundige zorg. Het maakt daarbij niet uit of dit zorg is voor geestelijke of lichamelijke klachten. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor zover die geneeskundig van aard is, wordt daarom opgenomen in de nieuwe zorgverzekeringswet (Zvw).

Kerntaak van de GGZ is het behandelen van psychische stoornissen en het beperken van de gevolgen van deze stoornissen. De GGZ heeft dezelfde missie als de somatische gezondheidszorg: het behandelen van ziekten en het zoveel mogelijk beperken van de schadelijke effecten van die ziekten. De overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw bevordert niet alleen de zorginhoudelijke samenhang in de curatieve zorg, maar kan op termijn ook leiden tot doelmatigheidswinst. Na overheveling zijn het immers niet meer de zorgkantoren maar de risicodragende zorgverzekeraars die integraal verantwoordelijk zijn voor de gehele curatieve zorg.

En ook de AWBZ krijgt meer samenhang. Als de geneeskundige GGZ er uit is gehaald, wordt de AWBZ weer een verzekering voor langdurige, continue zorg. Zo was de wet ooit bedoeld en zo gaat hij ook weer worden. Geneeskundige zorg hoort niet onder de AWBZ thuis. In de AWBZ blijft de ondersteunende begeleiding al dan niet in combinatie met verblijf. Daarnaast blijft in de AWBZ alle zorg bij verblijf na het eerste jaar.

DBC's

Binnen de nieuwe zorgverzekering wordt ziekenhuiszorg gedeclareerd volgens de DBC-systematiek. Na de overheveling sluit de geneeskundige GGZ hierbij aan. Dat betekent dat ook voor deze zorg DBC's worden ingevoerd.

Uitgebreide informatie over de DBC's in de GGZ vindt u op de website www.dbcggz.nl

Wat wordt overgeheveld?

Wat gaat over van de AWBZ naar de nieuwe Zorgverzekeringswet?

- Alle extramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
- Het eerste jaar van alle intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Dit verblijf houdt een integraal pakket in.

De Zorgverzekeringswet gaat daarbij voor op de AWBZ.

Wat blijft in de AWBZ?

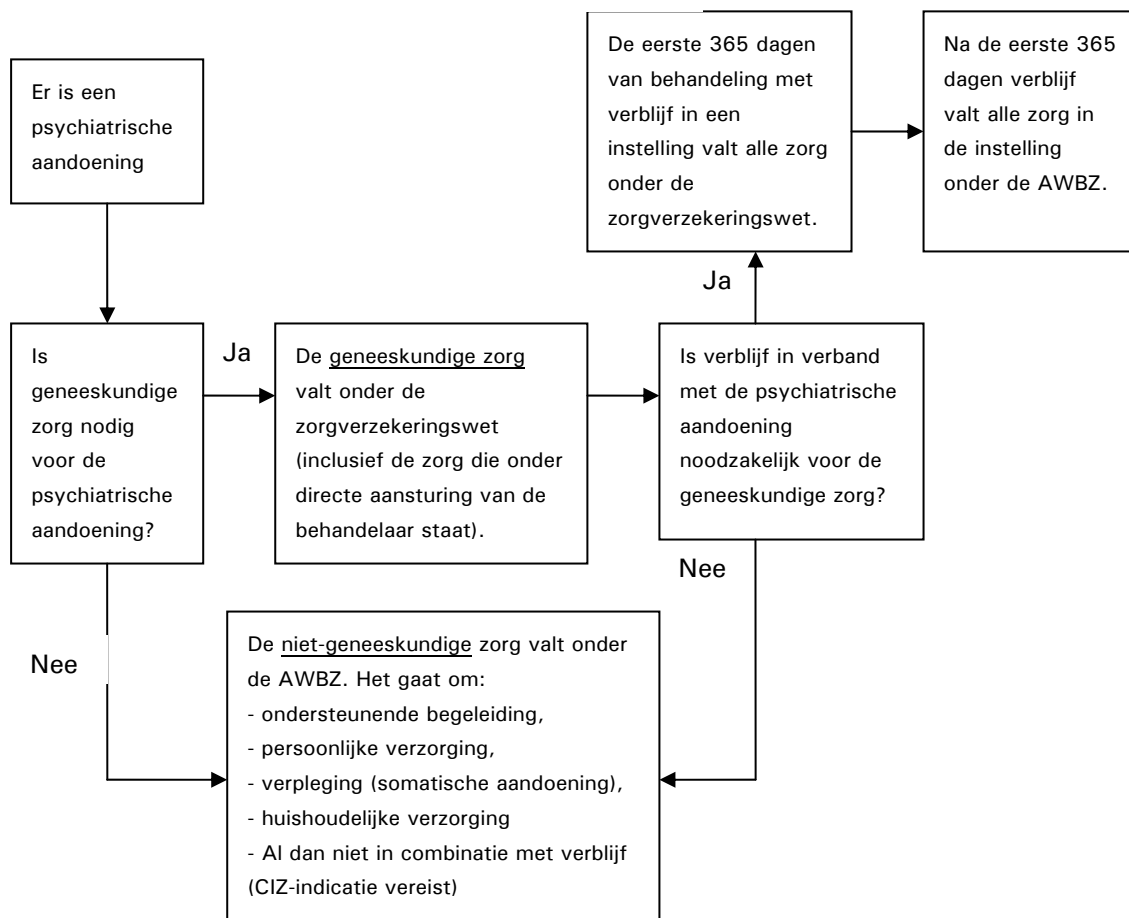
- Alle extramurale niet-geneeskundige GGZ. In AWBZ-functies is dit huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening.
- Alle intramurale niet-geneeskundige GGZ. In AWBZ-functies is dit persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding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

Uitzondering:

Er is één uitzondering: zorg voor gedetineerden valt onder verantwoordelijkheid van Justitie.

Wanneer valt psychologische of psychiatrische hulp onder de zorgverzekering en wanneer onder de AWBZ? In dit schema vindt u een overzicht van de geestelijke gezondheidszorg in 2007.

Geestelijke gezondheidszorg in 2007*



*Dit stroomschema gaat over de situatie in de geestelijke gezondheidszorg per 2007. Dan valt het geneeskundige gedeelte van de geestelijke gezondheidszorg onder de zorgverzekeringswet. In dit schema staat geen informatie over de eerstelijns psychologische zorg, omdat die nu al binnen de zorgverzekeringswet valt.

Enkele praktijkvoorbeelden van de situatie per 1 januari 2007

De heer De Vries

- De heer De Vries wordt door de huisarts verwezen naar de psychiater. Deze doet onderzoek en stelt een diagnose vast. Hij maakt een behandelplan waarin hij aangeeft dat hij naast medicatie, psychotherapie toe zal passen om het door hem vastgestelde behandeldoel te behalen. Vervolgens voert hij het behandelplan uit en stelt dit zonedig bij.

Toelichting:

Deze psychiatrische behandeling valt onder de Zvw. Alle psychiatrische interventies vallen immers onder de Zvw, behalve als de interventies horen bij de zorg voor patiënten die langer dan een jaar in een instelling verblijven.

- De psychiater vindt het nodig om de heer De Vries thuis een programma te laten volgen om zijn gedrag te veranderen.

Toelichting:

Omdat het hier gaat om een programmatische interventie die is gericht op het aanleren van bepaald gedrag, is sprake van activerende begeleiding. Dit valt onder de Zvw. De activiteiten vormen een onderdeel van het behandelplan.

- De zorg heeft succes en de heer De Vries heeft alleen nog ondersteunende begeleiding nodig om zelfstandig te kunnen blijven wonen.

Toelichting:

Deze ondersteunende begeleiding valt onder de AWBZ.

Mevrouw Jansen

- Mevrouw Jansen wordt ook door de huisarts verwezen naar de psychiater. Na onderzoek stelt deze vast dat het een complex ziektebeeld is waarvoor continue toezicht nodig is. Een geïntegreerd zorgplan is nodig waarbij verschillende disciplines zijn betrokken die onderling afgestemd moeten werken.

Toelichting:

Dit onderzoek is geneeskundige zorg en valt onder de Zvw.

- Mevrouw Jansen wordt opgenomen. Met medicatie en psychotherapie wordt haar aandoening zoveel mogelijk bestreden en wordt het optreden van gedragsproblematiek zoveel mogelijk voorkomen.

Toelichting:

In dit geval is sprake van noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg. Dit valt onder de Zvw. Pas als het verblijf de 365 dagen overschrijdt is sprake van voortgezet verblijf dat ten laste komt van de AWBZ.

- Naast de behandeling heeft mevrouw Jansen begeleiding en persoonlijke verzorging nodig.

Toelichting:

Omdat er sprake is van geneeskundige zorg met verblijf op grond van een psychiatrische grondslag valt deze zorg ook onder de Zvw (maximaal 365 dagen).

- Na verloop van tijd blijkt met behandeling te weinig effect te sorteren. De behandeling stopt, mevrouw wordt uit de instelling ontslagen en gaat zelfstandig wonen. Mevrouw Jansen heeft nog gedragsproblemen, maar die zijn te beïnvloeden. Er wordt in het zorgplan opgenomen dat mevrouw een groepstraining gaat volgen waarin haar op een methodische manier wordt geleerd hoe zij ondanks haar gedragsstoornis toch beter kan functioneren.

Toelichting:

Dit is activerende begeleiding, omdat gedrag en vaardigheden worden aangeleerd waarmee mevrouw Jansen ondanks haar stoornis zo goed mogelijk kan functioneren. Deze zorg valt onder de Zvw.

- Gelijktijdig wordt ze ook twee keer per week bezocht door een medewerker van de instelling, die met haar bespreekt hoe zij haar dagelijkse activiteiten kan organiseren en haar helpt om zelf zoveel mogelijk de eigen regie over het leven te houden. Dit staat los van de gedragstherapie. Daarbij wordt regelmatig teruggegrepen op de vaardigheden die in de instelling tijdens het verblijf zijn verworven.

Toelichting:

Dit is ondersteunende begeleiding. De activiteiten zijn niet gericht op genezing, maar op stabilisering van maatschappelijke participatie, behoud van regie en handhaving van vaardigheden. Ondersteunende begeleiding valt onder de AWBZ. Er zijn echter uitzonderingen. Als ondersteunende begeleiding strikt noodzakelijk is om de behandeling te laten slagen, is het geneeskundige zorg. Ondersteunende begeleiding is dan een onlosmakelijk onderdeel van de behandeling en dit betekent dat de behandelaar de ondersteunende begeleiding direct aanstuurt.

De heer De Koning

- De heer De Koning wordt door de politie van straat gehaald omdat hij met zijn gedrag (vermoedelijke ernstige psychiatrische problematiek) overlast veroorzaakt. Via zijn huisarts komt hij terecht bij een GGZ-instelling. Daar wordt een begin gemaakt met de diagnosestelling en wordt een voorlopig zorgplan opgesteld. De huisarts wil een opname voorkomen. Tijdens bezoeken bij de heer De Koning thuis vindt observatie plaats, gesprekken om de diagnose te kunnen stellen en om een inschatting te kunnen maken van de effecten van medicatie e.d. De activiteiten zijn gericht op het opstellen, uitvoeren en bewaken van het zorgplan.

Toelichting:

Deze zorg, waarbij zowel de psychiater als andere direct betrokken disciplines taken uitvoeren in het kader van onderzoek, diagnosestelling en instellen therapie, valt onder geneeskundige zorg in het kader van de Zvw.

- Nadat de diagnose is verduidelijkt wordt gestart met een zorgplan waarbij de heer De Koning wordt aangeleerd hoe hij bepaalde aspecten van zijn gedrag kan corrigeren. De uitvoering ervan gebeurt in nauw overleg met de psychiater. Deze stelt periodiek de medicatie vast en geeft instructies over de uitvoering van het zorgplan.

Toelichting:

De feitelijke behandeling door de psychiater en het bijsturen van het zorgplan vallen onder de Zvw. De uitvoering van het programma dat de heer De Koning wordt aangeboden, valt ook onder de geneeskundige zorg. Het is een integraal onderdeel van het behandelplan en komt ten laste van de Zvw.

Zorgverzekeraars

Per 1 januari 2007 maakt de geneeskundige GGZ deel uit van de nieuwe zorgverzekering. Vanaf november 2006 worden verzekeraars geacht met polisaanbiedingen te komen voor een basispakket waarin deze GGZ is opgenomen.

Hiertoe moet u inzicht krijgen in de hoeveelheid benodigde zorg en de kosten die ermee gemoeid zijn. Die gegevens zijn nu onvoldoende voorhanden, omdat gegevens in de AWBZ niet altijd op individueel verzekerdeniveau zijn aangeleverd.

2006, het overgangsjaar

Om toch duidelijk inzicht te krijgen, wordt 2006 gebruikt als een overgangsjaar. Dat levert het volgende tijdspad op:

Tijdspad

Belangrijk daarbij is dat vanaf 1 januari 2006 op individueel verzekerdeniveau wordt gedeclareerd naar zorgkantoren. Deze informatie komt geanonimiseerd ter beschikking van de zorgverzekeraars. Op deze manier ontstaat er voor zorgverzekeraars inzicht in de mate waarin hun verzekerden gebruik maken van zorg en de kosten die daarmee gemoeid zijn.

Met ingang van 1 januari 2006 gaan zorgverleners daarnaast registreren volgens de DBC-systematiek. Op 1 juli 2006 wordt die registratie aangeleverd bij het DBC Informatie Systeem (DIS). Dat gaat via een beveiligde internetverbinding. Meer informatie hierover vindt u op www.dbcggz.nl

In de loop van 2006 zult u contracten met zorgaanbieders sluiten ten behoeve van polissen met zorg in natura.

Vanaf november 2006 zal u uw verzekerden polisaanbiedingen te doen voor een basispakket waarin de GGZ is opgenomen.

Vanaf 1 januari 2007 is de overheveling van de geneeskundige GGZ een feit. De kosten voor deze zorg (de extramurale geneeskundige GGZ en het eerste jaar intramurale geneeskundige GGZ) worden voortaan vergoed door de zorgverzekeraars. Fase 2 van de invoering van de DBC's in de GGZ gaat dan in.

Onderstaand schema geeft het tijdspad weer

Datum	Actie
1 januari 2006	<ul style="list-style-type: none">- Het zorgkantoor vraagt de zorgaanbieders gegevens per cliënt.- Zorgaanbieders beginnen met registratie DBC's
1 juli 2006	<ul style="list-style-type: none">- Zorgaanbieders leveren DBC-gegevens aan bij het DIS.- Zorgverzekeraars kunnen informatie aanvragen bij het DIS.
Tweede helft 2006	<ul style="list-style-type: none">- (Desgewenst) afsluiten van contracten met zorgaanbieders.
November 2006	<ul style="list-style-type: none">- Zorgverzekeraars komen met polisvoorstellen voor een basispakket waarin ook GGZ is opgenomen.
1 januari 2007	<ul style="list-style-type: none">- Overheveling geneeskundige GGZ is een feit.

Voorschotten

In het huidige DBC-stelsel kan een behandeling pas worden gedeclareerd nadat alle (activiteiten en) verrichtingen zijn afgerond. Dit zou voor de GGZ een vertraging betekenen in vergelijking met de situatie nu, waarin instellingen van het zorgkantoor maandelijks hun voorschot ontvangen. Voor de ziekenhuizen heeft het CTG een regel opgesteld over heffingsrente. Hierin staat beschreven dat als het niet lukt om tot afspraken te komen, de zorgaanbieders de kosten voor een extra banklening en de heffingsrente mag doorberekenen aan de zorgverzekeraars. Voor de GGZ worden deze beslissingen met betrekking tot declareren in DBC's in 2006 genomen. Het is dus van belang om deze ontwikkelingen te volgen.

Risicoverevening

Verzekeren van geestelijke gezondheidszorg is een nieuw gebied voor zorgverzekeraars. Het ontbreekt nog aan voldoende inzicht hoeveel zorg er in de GGZ wordt "geconsumeerd" en welke kosten hiermee samenhangen. Ook is onduidelijk hoe de cliënten verspreid zijn naar regio en naar verzekeringsmaatschappij. Vanwege de acceptatieplicht voor zorgverzekeraars en het verbod op premiedifferentiatie op basis van verzekerdenkenmerken is het van belang dat de GGZ-kosten bij de overheveling worden meegenomen in het bestaande systeem van risicoverevening voor de nieuwe zorgverzekering. Omdat GGZ-cliënten hogere zorgkosten hebben kan dit leiden tot een nadeel voor verzekeraars met een populatie met relatief veel GGZ-cliënten. Om te voorkomen dat verzekeraars deze GGZ-cliënten als verliesgevende groep beschouwen en om een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te creëren is daarom net als bij andere vormen van zorg een systeem van risicoverevening met betrekking tot de GGZ ontwikkeld. Het doel van dit vereveningsmodel is dat verzekeraars voldoende worden gecompenseerd voor voorspelbare verliezen op aan te wijzen groepen van verzekerden. De prikkel tot risicoselectie door zorgverzekeraars wordt op deze manier weggenomen.

Kenmerk bij dit systeem van verevening is dat niet achteraf de verschillen in gerealiseerde kosten worden gecompenseerd, maar dat vooraf een verevening plaatsvindt (ex ante). Dit gebeurt op basis van een risicoanalyse van gezondheidskenmerken van verzekerden. Er wordt daarbij gekeken naar een aantal verzekerdenkenmerken waaronder leeftijd, geslacht, regio en gezondheidskenmerken. Denk daarbij aan de ziektegeschiedenis en medicijngebruik van de verzekerden. De vereveningsbijdrage voor een zorgverzekeraar hangt dus af van het aantal verzekerden en hun risicoprofiel.

Als aan het eind van het jaar blijkt dat verzekeraars te veel of te weinig hebben ontvangen, kan achteraf de vereveningsbijdrage worden bijgesteld.

Voortdurend vindt een kritische monitoring van de effectieve werking van het vereveningsmodel plaats. Hierbij wordt ook rekening gehouden met signalen van de zorgverzekeraars. Eventuele aanpassing is dus mogelijk.

Het persoonsgebonden budget (PGB)

In de AWBZ is voor sommige vormen van zorg een persoonsgebonden budget (PGB) mogelijk. De cliënt die daar gebruik van maakt, mag zelf bepalen welke zorg hij inhuurt en bij welke zorgverlener.

Er is voor gekozen een PGB mogelijk te houden voor dat deel van de GGZ dat naar de nieuwe zorgverzekering wordt overgeheveld. Daartoe wordt per 1 januari 2007 een experimenteel PGB ingevoerd in de Zorgverzekeringswet. Dit experimenteel artikel wordt in 2006 verder uitgewerkt.

Zorgkantoren

De overheveling van de geneeskundige GGZ naar de nieuwe zorgverzekering brengt deze vorm van zorg op gelijke voet met de geneeskundige somatische zorg. Dat betekent voor de zorgkantoren dat een belangrijk deel van de GGZ uit hun werkveld verdwijnt. De administratieve lasten zullen daarmee na 1 januari 2007 afnemen. Daar staat een eenmalige extra inspanning in 2006 tegenover. De overheveling wordt immers door de zorgkantoren begeleid.

Tijdspad

Vanaf 1 januari 2006 dienen de zorgaanbieders u de gegevens te verstrekken over geneeskundige GGZ op individueel verzekerdeniveau, dus per cliënt.

In de loop van het jaar 2006 dient het zorgkantoor de verzekeraars inzicht te verschaffen in de benodigde hoeveelheid geneeskundige GGZ en de daarmee gemoeide kosten die voor hun rekening komen.

Vanaf 1 januari 2007 is de overheveling van de geneeskundige GGZ een feit. De kosten worden voortaan vergoed door de zorgverzekeraars, op basis van de nieuwe zorgverzekering.

Onderstaand schema geeft het tijdspad weer

Datum	Actie
1 januari 2006	- Het zorgkantoor vraagt de zorgaanbieders gegevens per cliënt. Zorgverzekeraars kunnen informatie opvragen bij het zorgkantoor.
1 januari 2007	- Overheveling geneeskundige GGZ is een feit.

Van Zvw naar AWBZ bij langdurige opname

Bij opname in een instelling komen de kosten voor geneeskundige GGZ ten laste van de nieuwe zorgverzekering. Daar is een maximum aan gesteld van 365 dagen. Duurt de opname langer, dan is sprake van langdurige continue zorg, en komen de kosten ten laste van de AWBZ. Dit gaat niet automatisch, want voor de AWBZ is een indicatie nodig, die op tijd moet worden aangevraagd.

De cliënt is formeel verantwoordelijk voor de aanvraag AWBZ-indicatie bij het indicatieorgaan. In de praktijk zal de instelling met behulp van een machtiging namens de cliënt de AWBZ-indicatie kunnen aanvragen.

Het indicatieorgaan zendt de indicatiestelling aan het zorgkantoor en aan de instelling van voorkeur (doorgaans de instelling waar de verzekerde op dat moment verblijft). De indicatie geeft ook weer op welk moment het verblijf ten laste van de AWBZ dient te starten.

De instelling geeft de startdatum AWBZ-zorg (melding aanvang zorg) door aan het zorgkantoor. Het zorgkantoor regelt vervolgens de financiering ten laste van de AWBZ en de vaststelling en inning van de eigen bijdrage van de cliënt.

Als een cliënt langere tijd is opgenomen ten laste van de Zvw, vervolgens wordt ontslagen maar binnen dertig dagen opnieuw wordt opgenomen, dan tellen de dagen vanaf de hernieuwde opname door voor de 365-dagengrens.

Het maakt daarbij niet uit of de cliënt steeds in een andere instelling is behandeld. Ook als sprake is van verschillende opeenvolgende medische indicaties worden de verblijfsdagen bij elkaar opgeteld.

Als een cliënt na het verstrijken van de 365-dagen grens wordt ontslagen en niet binnen dertig dagen opnieuw wordt opgenomen, dan is de hernieuwde opname voor rekening van de Zorgverzekeringswet.

NB: Met de overdracht naar de AWBZ na 365 dagen wordt de DBC voor de cliënt afgesloten. Deze DBC wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Vervolgens geldt de bekostiging op basis van de AWBZ-systematiek.

Verdere informatie

Dit werkdocument is ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van VWS.

De inhoud is gebaseerd op informatie die tot en met oktober 2005 beschikbaar was. Het is mogelijk dat nadien wijzigingen zijn doorgevoerd die niet in deze tekst zijn verwerkt. Het is daarom van belang steeds de berichtgeving rond de invoering van de Zorgverzekeringswet te blijven volgen.

Belangrijke informatiebronnen zijn de websites

www.overheveling-ggz.nl

www.minvws.nl

www.dbcggz.nl

www.kiesbeter.nl

www.denieuwezorgverzekering.nl

De zorgverzekeraars kunnen bovendien terecht bij de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland.

Ook kunt u terecht bij Postbus 51.

Postbus 51 is bereikbaar op werkdagen van 9:00 tot 21:00 uur onder telefoonnummer 0800-8051 (gratis).

Er kunnen aan dit document geen rechten worden ontleend.