



College Tarieven Gezondheidszorg
t.a.v. de heer mr. F.H.G. de Grave
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk AWBZ/DGB-2500524	Inlichtingen bij drs. N.C.M.L. van Loy drs. H.G. van der Burg	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Uitvoeringstoets invoering functiegerichte bekostiging		Bijlage(n) 1	Uw brief

1. Inleiding

In deze brief ga ik in op wat ik mij, gegeven de mij nu ter beschikking staande inzichten, voorstel bij de vervolgstap voor de invoering van de functiegerichte bekostiging per 1 januari 2005. Deze stap sluit in hoofdlijnen aan bij het plan van aanpak dat ik in augustus 2003 aan de Tweede Kamer heb aangeboden (TK 2002-2003, 26631, nr. 55). Na een korte toelichting op de werking van het systeem zal ik achtereenvolgens ingaan op de invoeringsstappen extramuraal en intramuraal.

De afgelopen jaren is grote vooruitgang geboekt met de modernisering van de AWBZ. In 2003 is gestart met de "voorkant" van het systeem. De aanspraken en toelatingen zijn AWBZ-breed omschreven in functies, de indicatiestelling vindt AWBZ-breed in functies en klassen plaats en het is AWBZ-breed mogelijk voor alle functies met uitzondering van behandeling en verblijf een pgb te krijgen. Vanaf 1 april 2003 zijn de eerste stappen gezet om ook de bekostiging AWBZ-breed op te zetten. Met invoering van de beleidsregel extramuraal zorg is de extramuraal zorg AWBZ-breed gedefinieerd en is een belangrijke stap voorwaarts gezet in het ontschotten en introduceren van meer concurrentievrijheid tussen aanbieders. De transparantie van de geleverde producten is toegenomen. Er zijn meer keuzemogelijkheden voor de cliënten ontstaan. Door de AWBZ-brede extramuraal zorgproducten te groeperen binnen de functies is een betere aansluiting gemaakt met de aanspraken en indicatiestelling.

Invoering van het "boter bij de vis"- principe in de bekostiging heeft sterk bijgedragen aan een daling van de wachtlijsten. Tevens hebben echter ook de uitgaven in de AWBZ een forse groei doorgemaakt. In dit kader was het noodzakelijk voor het jaar 2004 de mogelijkheden om aanvullende productieafspraken te maken te beperken. Daarnaast zijn maatregelen getroffen om via protocollering de indicatiestelling verder te verbeteren. De functiegerichte bekostiging zie ik als een instrument om te komen tot een doelmatige zorginkoop. De vervolgstappen in het invoeringsproces dienen een bijdrage te leveren aan het evenwicht tussen flexibiliteit, doelmatigheid en een beheerste uitgavenontwikkeling.

In een geheel gemoderniseerde AWBZ is er sprake van AWBZ-brede tarieven. Ik heb de wens om dat te doen door gebruik te maken van een onderhandelbaar basistarief en de mogelijkheid van onderhandelbare toeslagen. Met name voor de intramurale zorg is de overstap van het huidige systeem van bekostiging naar de AWBZ-brede zorgzwaartefinanciering een forse en ingewikkelde verandering. Om die reden kies ik voor een zorgvuldig overgangstraject. Wat zijn de risico's van deze verandering en – nog veel belangrijker – welke oplossingen ziet u?

Parallel aan dit traject zullen stapsgewijs de onderhandelingsmogelijkheden van zorgkantoren en aanbieders over prijs, volume en kwaliteit toenemen. Het neerzetten van een adequate sturing in de AWBZ is een apart traject waarvoor ik op dit moment de zorgkantoren instrumenteer.

2. Werking van het functiegerichte systeem

Ik stel mij de werking van het systeem als volgt voor. Allereerst ontvangt de zorgvrager een indicatiebesluit in termen van functie, klassen en grondslag. Het RIO meldt de indicatie (vastgelegd in het AZR in termen van functies, klassen en grondslag) aan het zorgkantoor. De cliënt meldt zich, eventueel na bemiddeling van het zorgkantoor, bij een aanbieder van zijn keuze. De aanbieder en de cliënt maken afspraken over welke zorg precies geleverd zal worden en leggen de afspraken vast in een zorgplan. De bandbreedte van de klasse begrenst de ruimte waarbinnen aanbieder en cliënt een zorgplan kunnen afspreken. Wanneer cliënt en aanbieder afspraken hebben gemaakt over te leveren zorg meldt de aanbieder - wederom vastgelegd in AZR - een "melding aanvang zorg" in termen van functies en klassen aan het zorgkantoor. Het gaat hierbij dus niet om het exacte aantal uren binnen een klasse zoals vastgelegd in het zorgplan maar om de afgesproken zorg uitgedrukt in functies en klassen. Het zorgkantoor controleert steekproefsgewijs of het zorgplan past binnen de gestelde indicatie. Daarnaast voert het zorgkantoor steekproefsgewijs controles uit of de afgesproken zorg ook daadwerkelijk geleverd wordt.

Voor verdere detaillering over de werking van het functiegerichte bekostigingssysteem verwijs ik u naar de bijlage.

3. Invoeringstraject functiegerichte bekostiging extramurale zorg per 1 januari 2005

Voor de enkelvoudige extramurale zorg is - mede dankzij de inspanningen van het CTG - met ingang van 1 januari 2004 een forse stap gezet waarbij de sectorgebonden producten zijn omgezet naar AWBZ-brede producten die zijn gegroepeerd binnen de functies. De AWBZ-brede producten zijn één op één gekoppeld aan de functies. Voor de thuiszorg is het in 2004 nog mogelijk te registreren en declareren op deskundigheidsniveau. Per 1 januari 2005 zal deze registratie op deskundigheidsniveau plaatsmaken voor een registratie en declaratie op basis van de geïndiceerde zorg.

Voor de extramurale zorg wil ik met ingang van 1 januari 2005 de overstap maken naar een systeem dat bestaat uit een sober basistarief met de aanvullende mogelijkheid van toeslagen. Een zogenaamd modulair opgebouwd functietarief. Gaarne vraag ik u de ontwikkeling hiervan ter hand te nemen en bij uw werkzaamheden rekening te houden met de resultaten van het KPMG-onderzoek. In dit licht vraag ik uw visie op de te hanteren normstellingen in het basistarief en daarvan afgeleid uw opvattingen over de vraag welke categorieën van kosten in aanmerking komen voor onderbrenging in opslagmodulen. Tevens verneem ik graag uw visie omtrent de hoogte van een normatief niveau van overhead. Uiteraard dient te worden voorkomen dat instellingen alleen als gevolg van de overstap naar

een modulaire tariefbekostiging in de problemen komen. In dat kader verzoek ik u aan te geven of en op welke wijze rekening gehouden moet worden met een herallocatietraject. De invoering van de functiegerichte bekostiging voor extramurale zorg geldt dus ook voor de dagbehandelingprestaties. Een cliënt die OB of AB in dagdelen krijgt, ontvangt daarin doorgaans ook in enige mate persoonlijke verzorging, activerende begeleiding en wellicht nog andere functies. Het is mijns inziens niet nodig en niet zinvol om de activiteiten die tijdens de dagbehandelingprestaties plaatsvinden in detail uit te splitsen en te registreren naar de geleverde functies. Om pragmatische redenen stel ik me voor dat in de bekostiging alle uren geleverde zorg te behandelen als uren OB of AB in dagdelen. Dit betekent concreet dat ik me voorstel dat er behalve een tarief voor de functies OB en AB in uren tevens een tarief komt voor de functies OB en AB in dagdelen.

4. Voorbereiding invoering functiegerichte bekostiging intramurale zorg per 1 januari 2006

Ik stel mij voor dat zorgaanbieders en zorgkantoren voor zowel extra- als intramurale zorg prijs- en volumeafspraken maken aan de hand van functies en klassen. De invoering van de functiegerichte bekostiging voor de intramurale zorg is echter complexer omdat aanbieders en zorgkantoren nog niet gewend zijn om bij intramurale zorg te denken in termen van functies. Bovendien beschikt het merendeel van de intramurale cliënten nog niet over een functiegerichte indicatie.

Vanaf eind 2003 tot heden zijn intensieve voorbereidingen getroffen zodat ook voor de intramurale AWBZ-zorg de overgang op zorgvuldige wijze kan worden gemaakt. In principe is mijn streven er op gericht om met ingang van 1 januari 2006 ook voor de intramurale zorg de overstap naar de functies te maken (exclusief kapitaallasten). Dat betekent dat 2005 een overgangsjaar is. Instellingen zullen in 2005 nog op de oude manier bekostigd worden en kunnen het jaar 2005 gebruiken om de huidige zorg die ze leveren te registreren in termen van functies en de interne bedrijfsvoering hierop aan te passen. Omdat partijen hebben aangegeven moeite te hebben om direct de vertaalslag naar de functies te maken is vanaf eind 2003 - in nauw overleg met het veld - gewerkt aan de ontwikkeling van de zogenaamde AWBZ-brede intramurale zorgarrangementen (IZA's). Ook uw organisatie heeft hieraan een constructieve bijdrage geleverd. Of met ingang van 2006 inderdaad direct de overstap naar een intramurale bekostiging op basis van functie kan worden gemaakt of dat daarvoor eerst een tussenstap op basis van te bekostigen IZA's nodig is, zal in het najaar van 2005 op basis van de in dat jaar opgedane ervaringen moeten blijken.

Wat betreft het vervolg stel ik mij het volgende voor. Instellingen dienen op korte termijn hun zittende cliënten in te delen naar cliëntprofielen (de systematiek is beschikbaar in het najaar van 2004, zie ook bijlage). Doordat uit de cliëntprofielen de IZA's zijn te herleiden is vervolgens uit te rekenen hoeveel eenheden zorg de instelling per functie en klasse geacht wordt te leveren. Voor het bepalen van de prijscomponenten kan het onderzoek van KPMG behulpzaam zijn. Vanzelfsprekend zult u daarbij rekening houden met de geclusterde setting en de groepsgrootte waarin de zorg geleverd wordt. Op basis van de prijs- en volumecomponent kan zowel sectoraal als macro een rondrekening worden doorgevoerd en kan voor iedere instelling een eerste inschatting worden gemaakt van de omzet op basis van de functiegerichte bekostiging.

Vanaf 2006 (of zoveel later als nodig) zullen de tarieven aan de functies worden gekoppeld; aldus ontstaat een bekostiging per instelling die is gebaseerd op functiegerichte bekostiging.

Bij de uitwerking van de tariefstructuur dient gelet te worden op de aansluiting van de tarieven intra- en extramuraal. Indien cliënten niet passen in één van de cliëntprofielen dient de zorgaanbieder per cliënt te registreren welke bijzondere cliëntenkenmerken aan de orde zijn en welke 'oude' producten worden geleverd op basis van welke CTG-beleidsregels.

De omzetting van de huidige bekostiging naar de functiegerichte bekostiging dient ook bij de intramurale zorg zorgvuldig te gebeuren om te voorkomen dat er ten onrechte financiële mutaties optreden bij instellingen. Daarom dienen de door instellingen verstrekte data o.a. aan de hand van formatie en roostergegevens te worden gecontroleerd op daadwerkelijk beschikbare tijd. Op basis van verstrekte en op formatie en roostering gecontroleerde gegevens verzoek ik u voorbereidingen te treffen voor een passend herallocatietraject.

Ik verzoek u mij te adviseren over de tussenstap die in 2005 gemaakt dient te worden om de omzetting per 1 januari 2006 zorgvuldig te laten verlopen. Daarbij vraag ik u tevens een tijdpad uit te werken en de invulling van noodzakelijke randvoorwaarden te benoemen. Het overgangsjaar moet dusdanig worden opgezet dat instellingen voldoende tijd hebben zich hierop voor te bereiden. Ik verzoek u de uitvoering daarvan ter hand te nemen.

5. Monitoring en onderhoud

Het is in ieders belang dat de overgang naar de functiegerichte bekostiging zorgvuldig verloopt. Ook dient de omzetting budgettair neutraal te zijn. Ik verzoek u daarom een monitoring op te zetten waaruit informatie ontleend kan worden over de vraag of de nieuwe bekostigingssystematiek voldoet aan de eisen zoals ik die heb geformuleerd in mijn brief van augustus 2003. Bij de monitoring denk ik onder andere aan de wijze waarop partijen gebruik maken van de mogelijkheden om opslagen af te spreken.

Wanneer de uiteindelijke tariefstructuur eenmaal "staat", moet deze vanzelfsprekend ook worden onderhouden. Dat betekent regelmatige actualisatie als gevolg van nieuwe ontwikkelingen, indexeringen, etc. Ik verzoek u het onderhoud aan de tariefstructuur ter hand te nemen en de daartoe noodzakelijke gegevensverzamelingen op te bouwen.

6. Tot slot

Zoals u weet is het mijn streven om de gehele extramurale GGZ en het eerste jaar van de intramurale GGZ met ingang van 2006 onder de nieuwe zorgverzekeringswet te brengen. Over de gevolgen hiervan voor de bekostigingsregels heeft u onlangs een uitvoeringstoets uitgebracht. Ik verzoek u bij de uitwerking van bovenstaand traject met uw bevindingen rekening te houden en geen stappen te zetten die belemmerend zijn voor de overheveling.

Voor het jaar 2004 heb ik in het kader van een beheerste volumeontwikkeling een maatregel getroffen die het maken van aanvullende productieafspraken aan banden legt. Op dit moment heb ik geen volledige zekerheid van de werking van het functiegerichte bekostigingssysteem in het jaar 2005, niet in de laatste plaats omdat 2005 nog niet iedereen over een functiegerichte indicatie zal beschikken. Tegen die achtergrond beraad ik mij op additionele maatregelen om de imperfecties in 2005 te kunnen compenseren.

Ik realiseer mij dat het uitwerken van mijn vragen in deze uitvoeringstoets en het zorgvuldig invoeren van de functiegerichte bekostiging een majeure operatie is. Ik heb er echter alle vertrouwen in dat u dit tot een goed einde weet te brengen. Met belangstelling zie ik uw

eerste voorstellen voor medio augustus tegemoet. Ik heb begrepen dat het uw streven is de beleidsregels in oktober door het bestuur te hebben vastgesteld.

Een afschrift van deze brief heb ik gestuurd aan het College voor zorgverzekeringen, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen en het College toezicht zorgverzekeringen en de betrokken koepels. Ik vertrouw er op dat u waar dat van belang is uw voorstellen afstemt met de genoemde colleges. Het College toezicht zorgverzekeringen heeft een toezichtstoets uitgebracht over de voornemens voor de modernisering van de AWBZ waarbij met name gekeken is naar de functiegerichte bekostiging. Met de opmerkingen van het College toezicht zorgverzekeringen is rekening gehouden in deze brief. Daarnaast zal ik de reactie op de toezichtstoets - zoals die verzonden zal worden aan het College toezicht zorgverzekeringen - separaat aan u toezenden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Maatschappelijke Zorg,

drs. M.P. van Gastel