



## **Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, nr. MC-U- 3072825, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake transitie model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012**

21 juli 2011

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Overwegende dat het wenselijk is de functiegerichte budgettering voor instellingen voor medisch specialistische zorg en de bekostiging op basis van begrotingsfinanciering van audiologische centra te beëindigen en mede met het oog op de macrobudgettaire gevolgen zorgvuldig geleidelijk over te gaan naar een systeem van prestatiebekostiging;

Overwegende dat de invoering van prestatiebekostiging en een stabiele productstructuur essentieel is voor een stelsel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar onderhandelen over kwaliteit, prijs en volume, selectieve contractering door zorgverzekeraars toeneemt en aanbieders daadwerkelijk worden afgerekend op geleverde prestaties;

Overwegende dat met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland en Zorgverzekeraars Nederland mede vanwege de gezamenlijk gevoelde verantwoordelijkheid bij te dragen aan een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg afspraken zijn gemaakt voor de periode 2012–2015, vastgelegd en ondertekend in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015;

Overwegende dat voor de zorgvuldige overgang naar prestatiebekostiging een aantal instrumenten aan de Wet marktordening gezondheidszorg moeten worden toegevoegd en dat de parlementaire behandeling van het daartoe strekkend wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG nog niet is afgerond en het wetsvoorstel nog niet tot wet is verheven en in werking getreden;

Overwegende dat de Tweede Kamer der Staten-Generaal op 28 juni 2011 voornoemd wetsvoorstel met algemene stemmen heeft aanvaard;

Overwegende dat de Eerste Kamer der Staten-Generaal de brieven van de minister over de voornemens een aanwijzing te treffen met betrekking tot de invoering van bedoelde prestatiebekostiging, een beheersmodel voor medisch specialisten en de verdeling in segmenten in afwachting van de behandeling van het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG voor kennisgeving heeft aangenomen;

Overwegende dat de Nederlandse Zorgautoriteit met het oog op een zorgvuldige invoering en in het belang van een goede voorbereiding van de betrokken instellingen en verzekeraars reeds die regels en beleidsregels kan vaststellen waarvoor de basis niet gelegen zal zijn in de aanvullende instrumenten uit vorenbedoeld wetsvoorstel;

Overwegende dat voor de invoering van prestatiebekostiging, naast een stabiele product- en tariefstructuur, ook een zorgvuldig overgangstraject noodzakelijk is voor instellingen met een systeem van functiegerichte budgettering dan wel begrotingsfinanciering;

Overwegende dat de daarvoor door de Nederlandse Zorgautoriteit op te stellen regels en beleidsregels in deze aanwijzing deels hun grondslag in de tekst van de Wet marktordening gezondheidszorg vinden zoals de luidt op het moment waarop deze aanwijzing in werking treedt;

Gelet op de artikelen 7 en 59 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Gezien:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 maart 2010, getiteld 'Zorg die werkt' (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 1);
- de uitvoeringstoets van de Nederlandse Zorgautoriteit van oktober 2009, getiteld 'Van budget naar prestatie' (Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 105);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 februari 2011 betreffende de



invoering van dbc's op weg naar transparantie (DOT's) en de ontwikkelingen in het B-segment (voortgangrapportage; Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 167);

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 maart 2011 betreffende de prestatiebekostiging van ziekenhuizen, getiteld 'Zorg die loont' (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 april 2011 betreffende de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg (ten behoeve van het AO van 6 april) (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 8);
- de brief van de zorgautoriteit inzake beoordeling productstructuur DOT van 12 april 2011, kenmerk 11D0013287, met de daarbij gevoegde bijlage rapport Beoordeling productstructuur DOT van april 2011 ([www.nza.nl](http://www.nza.nl));
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 april 2011 betreffende het voorstel van de NZa inzake uitbreiding B-segment (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 9 met bijlage);
- de brief van de zorgautoriteit van 10 juni 2011, kenmerk 11D0021100, met voorstel na consultatie van relevante partijen de productstructuur bedoeld in de brief van 12 april 2011, kenmerk 11D0013287, aan te passen;
- het Consultatiedocument beoordeling kostendelen tarieven en financiële impact DOT ten behoeve van definitieve besluitvorming NZa van de zorgautoriteit ([www.nza.nl](http://www.nza.nl); juni 2011) en het Eindrapport Impactanalyse DOT ziekenhuiskostendeel van de zorgautoriteit ([www.nza.nl](http://www.nza.nl); juni 2011);
- het consultatiedocument inzake invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg van 25 mei 2011 van de zorgautoriteit ([www.nza.nl](http://www.nza.nl));
- het Bestuurlijke Hoofdlijnenakkoord 2012–2015 inzake beheerste kostenontwikkeling in de ziekenhuiszorg van 4 juli 2011;
- het verantwoordingsdocument inzake invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg van 6 juli 2011 van de zorgautoriteit, waaronder de nota van bevindingen waarbij de zorgautoriteit reageert op inbreng van veldpartijen op het consultatiedocument van 25 mei 2011 ([www.nza.nl](http://www.nza.nl));

Na op 14 maart 2011 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6) als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg over de voornemens met betrekking tot de invoering van prestatiebekostiging bij medisch specialistische zorg;

Gelet op het verslag van het Algemeen overleg op 6 april 2011 en een verlengd algemeen overleg op 14 april 2011 met de Tweede Kamer der Staten-Generaal en de stemming over de moties ingediend tijdens het verlengd algemeen overleg op 19 april 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 206, respectievelijk Handelingen II 2010/11, nr. 74, p. 9 en Handelingen II 2010/11, nr. 75, p. 20);

Gelet op korte aantekeningen van de Eerste Kamer der Staten-Generaal van 19 april 2011 kenmerk 42026/WB en van 10 mei 2011 kenmerk 42065/WB;

en

Na op 6 juni 2011 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening over de voornemens met betrekking tot de opbrengstverrekening curatieve GGZ en categorale instellingen (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 210);

Gelet op het Algemeen overleg en een verlengd algemeen overleg op 30 juni 2011 met de Tweede Kamer der Staten-Generaal en de stemming op 30 juni 2011 over de moties ingediend tijdens eerdergenoemd verlengd algemeen overleg (Kamerstukken II, 29 248);

Gelet op de korte aantekeningen van de Eerste Kamer der Staten-Generaal van 28 juni 2011, kenmerk 43120/WB/, inzake de voorhangbrief over het voornemen om de Nederlandse Zorgautoriteit een aanwijzing te geven inzake opbrengstverrekening curatieve GGZ en categorale instellingen (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 208);

Besluit:

## HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

### Artikel 1 definities

In deze aanwijzing wordt verstaan onder:

- a. *minister*: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *wet*: de Wet marktordening gezondheidszorg;



- c. *zorgautoriteit*: de Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de wet;
- d. *zelfstandig behandelcentrum*: instelling voor medisch specialistische zorg waarop niet de budget-systematiek van toepassing is;
- e. *vrij tarief*: tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder a, van de wet;
- f. *maximumtarief*: bedrag als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder c, van de wet dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht;
- g. *Convenant*: afspraken tussen de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de minister, ondertekend op 31 mei 2011;
- h. *Hoofdlijnenakkoord*: het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de minister, ondertekend op 4 juli 2011.

## Artikel 2 opdrachtverlening

De zorgautoriteit stelt ter uitvoering van deze aanwijzing beleidsregels en regels op.

## HOOFDSTUK II TRANSITIEMODEL

### Artikel 3 werkingsfeer

Dit hoofdstuk is van toepassing op zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet welke wordt geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg met uitzondering van categorale instellingen waaronder centra voor long/astma, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra, zelfstandige behandelcentra en instellingen voor medisch specialistische zorg verleend door psychiaters (ggz-instellingen).

### Artikel 4 grens

1. De zorgautoriteit stelt voor instellingen als bedoeld in artikel 3 voor het jaar 2012 en het jaar 2013 ambtshalve een vaste grens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder a, van de wet vast voor de som van de tarieven die met betrekking tot die jaren in rekening worden gebracht of hadden of zullen kunnen worden gebracht voor zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet die in 2011 niet zou hebben behoord tot het vrije segment bij instellingen en in 2011 bekostigd zou zijn op basis van de beleidsregels van de zorgautoriteit met betrekking tot functiegerichte budgettering of delen van die zorg.
2. De grens voor de zorg bedoeld in het eerste lid voor het jaar 2012 bestaat uit de som van:
  - a. de som van de tarieven die met betrekking tot die zorg in het jaar 2012 in rekening zijn gebracht of hadden kunnen worden gebracht met toepassing van de beleidsregels die gelden in het jaar 2012 en
  - b. 95 procent van het transitiebedrag als bedoeld in artikel 5.
3. De grens voor de zorg bedoeld in het eerste lid voor het jaar 2013 bestaat uit de som van:
  - a. de som van de tarieven die met betrekking tot die zorg in het jaar 2013 in rekening zijn gebracht of hadden kunnen worden gebracht met toepassing van de beleidsregels die gelden in het jaar 2013 en
  - b. 70 procent van het transitiebedrag als bedoeld in artikel 5.

### Artikel 5 transitiebedrag

1. De zorgautoriteit stelt voor de overgang van functiegerichte bekostiging naar prestatiegerichte bekostiging van de instellingen als bedoeld in artikel 3 eenmalig een transitiebedrag vast per instelling.
2. Het transitiebedrag is gebaseerd op:
  - a. de som van de tarieven die met betrekking tot zorg als bedoeld in artikel 4, eerste lid, in het jaar 2012 in rekening zijn gebracht of hadden kunnen worden gebracht met toepassing van de nader door de zorgautoriteit vast te stellen beleidsregels die de situatie van de budgetsystematiek in het jaar 2011 benaderen minus;
  - b. de som van de tarieven die met betrekking tot zorg of delen van die zorg als bedoeld in artikel 4, eerste lid, in het jaar 2012 in rekening zijn gebracht of hadden of zullen kunnen worden gebracht met toepassing van de beleidsregels die gelden in het jaar 2012.
3. Het vastgestelde transitiebedrag geldt voor de gehele transitieperiode, bestaande uit de jaren 2012 en 2013.



#### **Artikel 6 verrekenbedrag**

1. De zorgautoriteit stelt per instelling voor het jaar 2012 en het jaar 2013 een verrekenbedrag vast.
2. Het verrekenbedrag is de resultante van de vermenigvuldiging van het op basis van artikel 5 vastgestelde transitiebedrag met een verrekenfactor.
3. De verrekenfactor voor het jaar 2012 is vastgesteld op 0,95. De verrekenfactor voor het jaar 2013 is vastgesteld op 0,70.

#### **Artikel 7 afwikkeling transitie via opbrengstverrekening en sluittarief**

1. Indien de vaststelling van het verrekenbedrag als bedoeld in artikel 6 door de zorgautoriteit leidt tot negatief bedrag voor de desbetreffende instelling, wordt door de zorgautoriteit met toepassing van artikel 56b van de wet een vereffeningbedrag per relevante zorgverzekeraar vastgesteld naar rato van het marktaandeel van de desbetreffende zorgverzekeraar per instelling.
2. Indien de vaststelling van het verrekenbedrag door de zorgautoriteit leidt tot een positief bedrag voor de desbetreffende instelling wordt door de zorgautoriteit een sluittarief per relevante zorgverzekeraar vastgesteld naar rato van het marktaandeel van de desbetreffende zorgverzekeraar per instelling.

### **HOOFDSTUK III AFWIKKELING FB/BF**

#### **Artikel 8 afwikkeling 2011 via opbrengstverrekening**

1. Voor prestaties die zijn omschreven als diagnose behandeling combinaties en die zijn geopend vóór het jaar 2012, blijven de prestatiebeschrijvingen en tarieven van toepassing zoals die luiden op het moment van openen van de prestatie.
2. Alle in 2011 en daarvoor geopende diagnose behandeling combinaties en het daarop betrekking hebbende functiegericht budget van instellingen, bedoeld in artikel 3, worden afgehandeld met inachtneming van de systematiek die is opgenomen in de Aanwijzing van 19 juni 2009 inzake overdekking ziekenhuiszorg 2007 en verder (Stcrt. 2009, nr. 9643).

#### **Artikel 9 einde DOT-experiment**

1. Met de invoering van de product- en tariefstructuur als bedoeld in de Aanwijzing transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012 van 27 juni 2011 (Stcrt. 2011, nr. 11796) vervalt het experiment als bedoeld in Aanwijzing inzake experiment met de DOT-structuur van 10 december 2010 (Stcrt. 2010, nr. 20441) met ingang van 2012 en wordt met deze aanwijzing en de invoering van die structuur bij eerstgenoemde aanwijzing het experiment als geslaagd en als afgehandeld beschouwd overeenkomstig het bepaalde in artikel 58 van de wet.
2. Gelet op het risico waaraan de aan het experiment deelnemende instelling zich gedurende de looptijd van het experiment en het vorige experiment betreffende volledige bekostiging van revalidatiezorg in combinatie met vrije tarieven vrijwillig heeft onderworpen, is een transitie-model als omschreven in Hoofdstuk II van deze aanwijzing op die instelling niet van toepassing.

### **HOOFDSTUK IV CATEGORALE INSTELLINGEN**

#### **Artikel 10 werkingsfeer**

1. Dit hoofdstuk is van toepassing op zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet welke wordt geleverd door de categorale instellingen voor medisch specialistische zorg waaronder centra voor long/astma, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra en voor audiologische centra, verder in dit hoofdstuk te noemen categorale instellingen.
2. In deze aanwijzing wordt onder categorale instelling mede begrepen de medisch specialisten die in of ten behoeve van die instelling werkzaam zijn.

#### **Artikel 11 opbrengstverschil**

1. De zorgautoriteit stelt voor 2008 en daarna voor ieder volgend jaar, mede op basis van door die categorale instellingen verstrekte gegevens, per instelling ambtshalve vast, het verschil tussen het



budget en de daadwerkelijke opbrengst die is toe te rekenen aan de in dat jaar geleverde productie, verder te noemen het opbrengstverschil. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing op het verschil tussen de door de zorgautoriteit vastgestelde begroting van audiologische centra en bedoelde opbrengst.

2. De zorgautoriteit stelt ambtshalve ter verrekening van het opbrengstverschil per categorale instelling per jaar een bedrag vast.

#### **Artikel 12 opschorting 2008–2011**

De zorgautoriteit schort de toepassing op van de verrekening van opbrengstverschillen, zoals die verrekening in beleidsregels van de zorgautoriteit is vormgegeven op het moment van inwerkingtreding van onderhavige aanwijzing, voor zover de verrekening van het bedrag als bedoeld in het vorige artikel daadwerkelijk plaats vindt.

#### **Artikel 13 toerekening opbrengstverschil**

1. De zorgautoriteit stelt voor 2008 en daarna voor ieder volgend jaar, mede op basis van door het College voor zorgverzekeringen, verder te noemen het CVZ, verstrekte gegevens, per categorale instelling ambtshalve vast, welk deel van het opbrengstverschil, zoals genoemd in artikel 11, eerste lid, is toe te rekenen aan te onderscheiden individuele, in het desbetreffende jaar werkzame:
  - a. zorgverzekeraars als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en
  - b. andere particuliere verzekeraars, zijnde financiële ondernemingen die ingevolge de Wet op het financieel toezicht in Nederland het bedrijf van verzekeraar uitoefenen.
2. De zorgautoriteit vermeldt de in het vorige lid bedoelde toerekening naar verzekeraars in een brief waarmee zij het bedrag, bedoeld in artikel 11, tweede lid, aan de desbetreffende categorale instelling bekend maakt.
3. De zorgautoriteit vermeldt de in het eerste lid bedoelde toerekening voor de onderscheiden individuele verzekeraar in een brief waarmee zij het bedrag, bedoeld in artikel 11, tweede lid, aan deze bekend maakt.

#### **Artikel 14 opbrengstverrekening 2012 en volgende**

Met ingang van 2012 vindt met inachtneming van artikel 8 de opbrengstverrekening plaats op grond van artikel 56b van de wet.

#### **Artikel 15 audiologische centra**

1. De artikelen 4 tot en met 7 juncto 22 zijn van overeenkomstige toepassing op zelfstandige audiologische centra met dien verstande dat:
  - a. voor deze instellingen een door de zorgautoriteit goedgekeurd en zo nodig aangepast overgangsmodel ontwikkeld door de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra en Zorgverzekeraars Nederland kan worden gehanteerd;
  - b. de transitietermijn drie jaren bedraagt te rekenen vanaf 1 januari 2012;
  - c. de verrekenfactoren voor 2012 en 2013 0,95 bedragen en voor 2014 0,70;
  - d. voor prestaties door audiologische centra vrije tarieven gelden.
2. Het door de zorgautoriteit goed te keuren overgangsmodel als bedoeld in het eerste lid, aanhef en onder a, moet voldoen aan de volgende kenmerken:
  - a. onderhandeling in audiologische producten onder een vorm van begrotingsbesteding en toetsende beleidsregel;
  - b. herijking van producten;
  - c. overstap naar het eindmodel zonder vangnet als op hoofdlijnen omschreven in de Aanwijzing transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012 (Stcrt. 2011, nr. 1796) en de daaraan voorafgaande brief aan beide Kamers der Staten-Generaal, getiteld 'Zorg die loont' (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6).

#### **Artikel 16 dialysecentra**

De artikelen 4 tot en met 7 juncto 22 zijn van overeenkomstige toepassing op zelfstandige dialysecentra met dien verstande dat voor prestaties door dialysecentra vrije tarieven gelden.



### **Artikel 17 radiotherapeutische centra**

De artikelen 4 tot en met 7 juncto 22 zijn van overeenkomstige toepassing op zelfstandige radiotherapeutische centra met dien verstande dat voor prestaties door radiotherapeutische centra vrije tarieven gelden.

### **Artikel 18 revalidatie centra**

De artikelen 4 tot en met 7 juncto 22 zijn van overeenkomstige toepassing op zelfstandige revalidatiecentra met dien verstande dat:

- a. de transitietermijn drie jaren bedraagt te rekenen vanaf 1 januari 2012;
- b. achtereenvolgens over het jaar 2012 als het jaar 2013 een transitiebedrag wordt bepaald;
- c. de verrekenfactoren voor 2012 en 2013 0,95 bedragen en voor 2014 0,70;
- d. voor prestaties door revalidatiecentra maximumtarieven gelden.

### **Artikel 19**

De zorgautoriteit doet onderzoek naar de omvang van de immateriële vaste activa bij zelfstandige instellingen voor dialyse, radiotherapie en revalidatie en bericht de minister voor 1 september 2011.

## **HOOFDSTUK V BESTUURLIJK HOOFDLIJNENAKKOORD 2012-2015**

### **Artikel 20 macrobudgettaire overschrijdingen**

In afwijking van de Aanwijzing inzake de overschrijding ziekenhuiskader 2009 ten aanzien van algemene en categorale ziekenhuizen inclusief long/astmacentra, academische ziekenhuizen, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra van 25 november 2010 (Stcrt. 2010, nr. 19323) waarbij een structurele korting van € 314 miljoen (prijsspeil 2009) is opgelegd, wordt ter uitvoering van het Hoofdlijnenakkoord de voor overschrijdingen 2009 opgelegde structurele korting alleen in 2011 eenmalig beperkt tot € 233 miljoen.

### **Artikel 21 vervolmaking productstructuur**

In aanvulling op opdrachten in de aanwijzing transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012 van 27 juni 2011 en ter uitvoering van het Hoofdlijnenakkoord dient de zorgautoriteit, met medebetrokkenheid van DBC-Onderhoud, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, bij de vervolmaking van de productstructuur rekening te houden met het volgende:

- a. de productstructuur en tarieven moeten op een aantal onderdelen worden verbeterd;
- b. het vaste segment moet goed worden gedefinieerd en bekostigd;
- c. er moet sprake zijn van een goede systematiek voor de bekostiging van zorgzwaarte en uitzonderingen die qua zorgzwaarte en kosten ver buiten het gemiddelde liggen;
- d. het wordt mogelijk gemaakt nieuw ontwikkelde en innovatieve producten te declareren ten behoeve van de stimulering van de creativiteit en innovatiekracht, met inachtneming van een stringent pakketbeheer.

## **HOOFDSTUK VI OVERGANGS- EN SLOTARTIKELEN**

### **Artikel 22 afwikkeling transitie via beschikbaarheidsbijdrage**

Het bepaalde in artikel 7 is niet van toepassing indien en voor zover bij of krachtens algemene maatregel van bestuur de toepassing van artikel 56a van de wet voor de afwikkeling van het transitie-model is toegestaan, daartoe op grond van artikel 59, aanhef en onder e, van de wet een aanwijzing aan de zorgautoriteit is gegeven en de zorgautoriteit op grond van die aanwijzing met betrekking tot die afwikkeling beleidsregels heeft vastgesteld.

### **Artikel 23 citeertitel**

Deze aanwijzing wordt aangehaald als: Aanwijzing transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012

### **Artikel 24 inwerkingtreding**

1. Met uitzondering van de artikelen 3 tot en met 7, 9, 14 tot en met 18 en 22 treedt deze aanwijzing terstond in werking.
2. De artikelen genoemd in het eerste lid, met uitzondering van artikel 22, treden in werking nadat het



---

bij koninklijk besluit op 25 mei 2010 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangeboden voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging tot wet is verheven en in werking is getreden.

3. Artikel 22 van deze aanwijzing treedt in werking nadat het bij koninklijk besluit op 25 mei 2010 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangeboden voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging tot wet is verheven en in werking is getreden, indien en voor zover bij of krachtens algemene maatregel van bestuur de toepassing van artikel 56a van de wet voor de afwikkeling van het transitie-model is toegestaan en daartoe op grond van artikel 59, aanhef en onder e, van de wet een aanwijzing aan de zorgautoriteit is gegeven.

#### **Artikel 25 publicatie**

Deze aanwijzing wordt met de toelichting in de Staatscourant geplaatst.

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



## TOELICHTING

### Algemeen

Op 28 juni jongstleden stemde de Tweede Kamer der Staten-Generaal met algemene stemmen in met het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG (Kamerstukken I 2010/11, 32 393, A). De inwerkingtreding van dat wetsvoorstel is onder andere noodzakelijk voor de realisatie van de prestatiebekostiging van algemene, academische en categorale ziekenhuizen.

Op 4 juli heb ik het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 gesloten met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland en Zorgverzekeraars Nederland inzake een gezamenlijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg.

Op 6 juli bracht de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, het Verantwoordingsdocument inzake de consultatie van het veld over de invoering van bedoelde prestatiebekostiging uit.

Deze drie gebeurtenissen leiden ertoe dat ik thans een aanwijzing kan geven met het oog op de implementatie van prestatiebekostiging in 2012. Een en ander onder het voorbehoud dat ook de Eerste Kamer der Staten-Generaal het wetsvoorstel zal aanvaarden. Ik kom daar bij de toelichting over de inwerkingtreding van de artikelen nog op terug.

### Voorgeschiedenis

In oktober 2009 heeft de zorgautoriteit aan mijn voorganger een uitvoeringstoets uitgebracht waarin de uitvoerbaarheid is geschetst om over te gaan van een systeem van functiegerichte budgettering of begrotingsfinanciering naar een systeem van prestatiebekostiging. De zorgautoriteit heeft het project 'DBC's op weg naar transparantie' gestart teneinde tot een beperkt aantal onderscheiden prestatiebeschrijvingen te komen.

Verder heeft de zorgautoriteit voorstellen gedaan over de uitvoerbaarheid van een transitie-model. De overgang van budget- naar prestatiebekostiging brengt financiële en uitvoeringsrisico's met zich mee, zowel voor individuele ziekenhuizen en verzekeraars als voor de overheid. Om die risico's beheersbaar te maken is een zorgvuldige en soepele overgang nodig. Die overgangsmaatregelen moeten enerzijds voldoende zekerheid bieden. Tegelijkertijd is het essentieel dat ook in de transitieperiode sprake is van dynamiek in het stelsel, waardoor ook in de overgangperiode zorginstellingen die het goed doen door kunnen groeien en zorginstellingen die patiënten verliezen kunnen krimpen. De overgangperiode wordt beperkt tot twee jaren, met uitzondering van audiologische centra en revalidatiecentra die een driejarige periode kennen. Ik kom daar bij de artikelsgewijze toelichting op terug.

De voorstellen en de intentie de zorgautoriteit opdracht te geven deze voorstellen in regels en beleidsregels om te zetten heb ik bij de voorhangbrief van 14 maart 2011, getiteld 'Zorg die loont', aan het parlement voorgelegd (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6). De Tweede Kamer heeft in een Algemeen overleg en een Verlengd algemeen overleg van 6 respectievelijk 14 april 2011 besproken. De Eerste Kamer heeft de bespreking van de voorstellen geplaatst in het kader van de (toekomstige) behandeling van het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG (AIBWMG). Dat wetsvoorstel bevat instrumenten om een zorgvuldige overgang naar prestatiebekostiging te kunnen bewerkstelligen. De Tweede Kamer heeft het wetsvoorstel met algemene stemmen aangenomen (Kamerstukken II 2010/11, 32 393, A). In het vervolg op die voorhang is de zorgautoriteit op 27 juni 2011 al een aanwijzing gegeven inzake prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012 (Stcr. 2011, nr. 11796).

De voorliggende aanwijzing bevat ook opdrachten aan de zorgautoriteit waarbij van die instrumenten gebruik moet worden gemaakt. Deze aanwijzing stoelt derhalve deels op de tekst van de WMG zoals die op het moment van het geven van deze aanwijzing luidt en op de tekst van de WMG zoals die komt te luiden indien het wetsvoorstel tot wet is verheven en in werking is getreden. Verwacht wordt dat de Eerste Kamer het wetsvoorstel op een zodanig tijdstip zal behandelen dat het wetsvoorstel op 1 januari 2012 in werking kan treden.

Deze aanwijzing bevat kort gezegd de opdracht aan de zorgautoriteit om de door haar aangedragen voorstellen voor prestatiebeschrijvingen om te zetten in passende regels en beleidsregels en met behulp van het instrument begrenzing (56a WMG) een transitie-model vast te stellen en de te verlaten bekostiging af te wikkelen zowel voor algemene en academische ziekenhuizen als ook voor categorale instellingen. Voor die laatste instellingen wordt ook de opbrengstverrekening zoals die voor die instellingen is aangekondigd in de voorhangbrief inzake opbrengstverrekening van 6 juni 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 32 393, nr. 210) in deze aanwijzing meegenomen. Omdat opbrengstverschillen bij audiologische centra na de overgang naar prestatiebekostiging niet meer op de klassieke wijze kan worden verrekend, wordt in deze aanwijzing ook de opbrengstverrekening voor die centra geregeld.





Daarnaast bevat deze aanwijzing nog elementen die voortvloeien uit het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012–2015.

Deze aanwijzing maakt onderdeel uit van een aantal samenhangende aanwijzingen die ertoe strekken de functiegerichte budgettering voor instellingen voor medisch specialistische zorg en de bekostiging op basis van begrotingsfinanciering van audiologische centra te beëindigen en mede met het oog op de macrobudgettaire gevolgen zorgvuldig en geleidelijk over te gaan naar een systeem van prestatiebekostiging. Deze aanwijzingen strekken tot verbetering tot een nog stabielere, vollediger, transparanter en dynamischer declaratiesysteem. Volgende aanwijzingen zullen onder andere betrekking hebben op de transitie van functiegericht budget naar prestatiebekostiging, de mogelijke toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage aan zorgaanbieders, en het macrobeheersinstrument. Die aanwijzingen kunnen niet eerder in werking treden dan dat het wetsvoorstel AIBWMG tot wet is verheven en in werking is getreden.

### **Artikelsgewijs**

In Hoofdstuk II wordt het algemene stamien neergelegd voor algemene en academische ziekenhuizen.

#### **Artikel 3**

Beperkt de werkingssfeer tot algemene en academische ziekenhuizen.

#### **Artikel 4**

In dit artikel wordt aan de zorgautoriteit de opdracht gegeven het instrument begrenzing te gebruiken dat nodig is voor de afwikkeling van het transitieproces. Het instrument mag door de zorgautoriteit niet worden gebruikt dan nadat de minister daartoe een aanwijzing heeft gegeven (artikel 59 WMG zoals dat komt te luiden nadat het wetsvoorstel AIBWMG in werking is getreden). Daarbij moet de minister ook aangeven waaruit die grens bestaat. Die grens is voor het transitieproces verschillend omdat de instellingen steeds meer beloofd worden voor hun inzet. Tot de middelen die meetellen voor de grens behoort ook het zogenaamde OHW, onderhanden werk. Dat zijn prestaties die onderdeel uitmaken van een diagnose behandeling combinatie (dbc) maar nog niet in rekening gebracht kunnen worden voordat de dbc is gesloten. Om dat zeker te stellen is in het artikel opgenomen dat het bij de vaststelling van de grens ook moet gaan om de som van tarieven die in rekening zullen worden gebracht. Wellicht ten overvloede zij geschreven dat vanwege de wettelijke formulering dat de grens alleen over tariefopbrengsten (verleden, heden, toekomst) kan worden opgelegd. De grens kan derhalve geen betrekking hebben op beschikbaarheidsbijdragen die een zorginstelling in rekening kan brengen bij het College voor zorgverzekeringen.

#### **Artikel 5**

Op basis van dit artikel moet de zorgautoriteit het transitiebedrag vaststellen.

#### **Artikel 6**

Het door de zorgautoriteit vastgestelde transitiebedrag hoeft niet geheel verrekend te worden. Dat zou immers betekenen dat instellingen voor hun inspanningen niet worden beloofd. Om de kansen van de invoering van prestatiebekostiging langzaam te vergroten en de aanlooprisico's te dempen wordt het transitiebedrag vermenigvuldigd met een factor die steeds meer ruimte geeft aan de instelling.

#### **Artikel 7**

In de voorhangbrief 'Zorg die loont' staat het voornemen de transitie af te wikkelen door middel van het instrument beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56a WMG, zoals dat artikel komt te luiden na inwerkingtreding van het wetsvoorstel AIBWMG. Daartoe moet echter een dragende motivering worden opgenomen in een algemene maatregel van bestuur op grond van voornoemd artikel en dat op grond van dat artikel aan de zorgautoriteit een daartoe strekkende aanwijzing is gegeven. Als dat is gebeurd – zo bepaalt artikel 22 van deze aanwijzing – is onderhavig artikel niet van toepassing. Onderhavig artikel bepaalt dat bij gebreke daaraan de gangbare systematiek van toepassing blijft.

#### **Artikel 8**

Dit artikel geeft onder andere aan dat de dbc's geopend tot en met 31 december 2011 worden



afgehandeld overeenkomstig de systematiek van opbrengstverrekening zoals die voor de algemene en academische ziekenhuizen over de opbrengstverschillen tussen de tariefopbrengsten en het functiegericht budget gebruikelijk is.

### **Artikel 9**

Na het beëindigen van een experiment op grond van artikel 58 juncto 57 van de wet moet door de zorgautoriteit een evaluatie worden uitgebracht aan de minister met de bevindingen van dat experiment. De minister beslist dan mede op basis van die evaluatie welk vervolg er aan het experiment wordt gegeven. Aangezien het vervolg al vaststaat op grond van de aanwijzing inzake transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012 is een evaluatie overbodig. Het eerste lid verklaart het experiment na invoering van de nieuwe product- en tariefstructuur als afgehandeld. Dat bespaart administratieve lasten. Gelet op de bewuste exploitatierisico's die de deelnemende instelling heeft gelopen tijdens de experimenteefase en een soortgelijk experiment van vijf jaren daarvoor en er ook geen budgetteringssystematiek op de instelling van toepassing was wordt de instelling logischerwijze uitgesloten van het transitie-model.

### **Artikelen 10 tot en met 14**

Deze artikelen regelen de opbrengstverrekening van categorale instellingen zoals aangegeven in de voorhangbrief van 6 juni 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 210) en audiologische centra op basis van voornemens tot overeenkomstige toepassing in de voorhangbrief 'Zorg die loont'. Daarbij wordt de systematiek gehanteerd zoals die voor de verrekening van opbrengstverschillen 2005 tot heden voor algemene en academische ziekenhuizen van toepassing is. In deze aanwijzing zijn ter zake artikelen opgenomen die overeenkomen met de aan de voor de algemene en academische ziekenhuizen geldende opbrengstverrekening. Voor de opbrengstverrekening curatieve ggz-instellingen, de synchronisatie en de versnelling zoals aangekondigd in de voorhangbrief van 6 juni 2010 geef ik een afzonderlijke aanwijzing.

### **Artikelen 15 tot en met 18**

Is in hoofdstuk II het algemene stramien geschetst, in artikel 17 tot en met 20 wordt het algemene stramien zoals hiervoor bedoeld van overeenkomstige toepassing op de specifiek aangegeven categorale instellingen waarbij de uitzonderingen voor die instellingen op de systematiek is aangegeven. Voor audiologische centra en revalidatiecentra wordt de transitieperiode verlengd met een jaar. Voor de audiologische centra vanwege het feit dat deze als begrotingsgefinancierde instellingen geen eigen vermogen konden opbouwen, wat wel nodig is in een situatie van prestatiebekostiging. Voor de revalidatiecentra omdat voor de door hen te verlenen zorg nog geen stabiele product- en tariefstructuur bestaat en derhalve na ontwikkeling daarvan nogmaals een systeemwijziging van toepassing is, wederom gepaard gaande met systeemrisico's. Ik volg hier de zorgautoriteit in haar Verantwoordingsdocument inzake de implementatie van prestatiebekostiging medisch specialistische zorg per 2012.

### **Artikel 19**

Dit artikel geeft de zorgautoriteit opdracht onderzoek te doen en mij te berichten over de immateriële vaste activa, zodat ik de resultaten van dat onderzoek kan betrekken bij het nader overleg over de kapitaallasten.

### **Artikelen 20 en 21**

Met de artikelen 20 en 21 wordt invulling gegeven aan een deel van de inspanningen die ik op mij genomen heb bij het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord.

### **Artikel 22**

Voor toelichting verwijs ik naar de toelichting bij artikel 7 waarbij is aangegeven dat afwikkeling van transitie-model (verrekenbedrag) ook via het instrument beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56a WMG kan, mits daarvoor een dragende motivering kan worden gevonden.

### **Artikel 24**

De inwerkingtreding van deze aanwijzing bestaat uit drie trappen. De eerste trap bestaat uit de inwerkingtreding van de artikelen die hun wettelijke grondslag vinden in de geldende tekst van de wet. De tweede trap bestaat uit de inwerkingtreding van artikelen waarvoor de enkel de inwerkingtreding van het wetsvoorstel AIBWMG, tot wijziging van de wet noodzakelijk is. De derde en laatste trap komt aan de orde bij de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage.



---

Daarvoor is noodzakelijk dat voornoemd wetsvoorstel en de daarop gebaseerde algemene maatregel van bestuur in werking is getreden en daartoe een aanwijzing aan de zorgautoriteit is gegeven. De maatregel en de aanwijzing zijn in voorbereiding.

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