



Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 30 augustus 2011, MC-U-3078388, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake tarief- en budgetkorting curatieve geestelijke gezondheidszorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Na op 10 juni 2011 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 118) als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Gelet op het algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal op 30 juni 2011;

Gelet op het verslag van een schriftelijk overleg van de Eerste Kamer der Staten-Generaal van 4 juli 2011 (Kamerstukken I 2010/11, 29 689, E);

Besluit:

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. *AWBZ*: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- e. *geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*: zorg als bedoeld in de wet van 2 november 2006 tot wijziging van het tijdstip waarop die zorg deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Stb. 2006, 630, artikel III);
- f. *instellingsbudget*: door de zorgautoriteit jaarlijks per instelling voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vastgestelde aanvaardbare kosten op basis van AWBZ-parameters;
- g. *dbc*: diagnose behandeling combinatie.

Artikel 2 werkingssfeer

Deze aanwijzing is van toepassing op de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Van deze aanwijzing is uitgezonderd zorg waarvoor vrije tarieven gelden als bedoeld in artikel 57, vierde lid, onder c, van de wet.

Artikel 3 uitvoering van de aanwijzing

Ter uitvoering van deze aanwijzing stelt de zorgautoriteit regels en beleidsregels vast.

Artikel 4 tarief- en budgetkorting

Voor zorg als bedoeld in artikel 2 geldt per 1 januari 2012 een taakstelling van structureel € 222 miljoen (prijsspeil 2011). De zorgautoriteit voert deze taakstelling uit door een generieke afslag op de dbc-tarieven in combinatie met een korting op de instellingsbudgetten.

Artikel 5 inwerkingtreding

Deze aanwijzing treedt terstond in werking en wordt met toelichting in de Staatscourant geplaatst.

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



TOELICHTING

Algemeen

De algemene financieel-economische situatie en de hoogte van de collectieve uitgaven nopen tot een beheerste kostenontwikkeling in de gezondheidszorg en een meer doelmatig gebruik van de beschikbare middelen. In het voorjaar van 2011 is een overschrijding geconstateerd bij de curatieve geestelijke gezondheidszorg (hierna: cGGZ) van € 255 miljoen. Daarnaast bedraagt de bijdrage van de cGGZ aan de oplossing van de totale budgettaire kader zorg problematiek (hierna: BKZ) € 139 miljoen. Tot slot bevat de VWS-begroting 2011 en het Regeer- en Gedoogakkoord voor het jaar 2012 maatregelen met een opbrengst van € 180 miljoen.

Het totaal aan maatregelen voor 2012 in de cGGZ komt daarmee uit op € 574 miljoen. Eén van deze maatregelen betreft een tarief- en budgetkorting. Deze aanwijzing strekt ertoe per 1 januari 2012 voor de tweedelijns cGGZ een structurele taakstelling te realiseren van € 222 miljoen. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: zorgautoriteit) dient daartoe een tarief- en budgetkorting per 2012 in de tweedelijns cGGZ uit te voeren.

Toelichting van de overschrijding in de cGGZ

De overschrijding bij de cGGZ is gebaseerd op voorlopige realisatiecijfers. Op basis van de maart 2011 gegevens van de zorgautoriteit, het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) en Vektis bedraagt de structurele overschrijding € 255 miljoen. Bij de vaststelling van deze overschrijding zijn de toegestane uitgaven (de beschikbare budgettaire ruimte) geconfronteerd met de voorlopige gereali-seerde uitgaven (stand maart).

Tabel 1 – Overschrijding cGGZ (in miljoenen euro) op basis van voorlopige realisatiecijfers

1) Toegestane uitgaven 2010	3672,6
2) Voorlopige realisatie 2009/2010	3927,3
Overschrijding cGGZ (2) – (1)	254,7

Voor de vaststelling van de overschrijding is gebruik gemaakt van de meest recente gegevens. Voor gegevens van Vektis en CVZ (tweedelijns cGGZ) betreft dit voorlopige realisatiecijfers 2009, voor gegevens van CVZ (eerstelijns psychologische zorg) en de zorgautoriteit voorlopige realisatiecijfers 2010 en voor de toegestane uitgaven 2010. Doordat aan de toegestane uitgaven 2010 is getoetst¹, moet in formele zin gesproken worden over een overschrijding 2010. Actualisatie van de gegevens met betrekking tot 2009 en 2010 kan nog tot een aangepast uitgavenbeeld leiden.

Opbouw BKZ

De voor cGGZ toegestane uitgaven beschikbare middelen² zijn onderdeel van het BKZ. Het BKZ is de financiële ruimte die het kabinet aan het begin van een kabinetsperiode aanvaardbaar acht voor de zorg. Het BKZ functioneert daarbij als een plafond. Conform begrotingsregels dienen overschrijdingen van het BKZ zo veel mogelijk binnen het BKZ te worden opgevangen. Binnen het BKZ is een bepaalde groei van de uitgaven toegestaan. Het kabinet bepaalt aan het begin van de kabinetsperiode welke groei toegestaan is en in financiële zin welke 'groeiruimte' beschikbaar wordt gesteld. Ook die groeiruumte is feitelijk gemaximeerd. Uit deze groeiruumte dienen o.a. demografische ontwikkelingen, innovatie en andere (volume- en prijs) ontwikkelingen te worden betaald. In de afgelopen kabinetsperiode werd het BKZ jaarlijks aangepast door middel van de prijs nationale bestedingen. Ook in de huidige kabinetsperiode is dit het uitgangspunt.

Het BKZ is onderverdeeld in onderliggende sectoren (bijvoorbeeld de cGGZ). Deze sectoren worden ook wel kaders genoemd. Voor de sectoren geldt feitelijk hetzelfde als voor het totale BKZ, namelijk dat dit de door het kabinet aanvaardbaar geachte budgettaire ruimte is voor een bepaalde sector. Deze budgettaire ruimte per sector wordt jaarlijks opgehoogd in verband met de nominale ontwikkeling (inflatie en loonontwikkeling) en (volume)groeiruimte. Deze groeiruumte wordt op basis van een zo goed mogelijke raming over de verschillende sectoren waaronder de cGGZ verdeeld. Daarnaast kunnen afspraken binnen het kabinet over extra uitgaven (intensivering) of afspraken over minder uitgaven (ombuiging/bezuiniging/taakstelling) leiden tot aanpassing van het kader. Ook kan op basis van bijvoorbeeld realisatiecijfers worden besloten het kader neerwaarts of omhoog bij te stellen. Hierbij blijft een rol spelen of en in welke mate een bijstelling door het kabinet aanvaardbaar wordt

¹ Toetsing aan toegestane uitgaven 2009 resulteert in een overschrijding van vergelijkbare orde van grootte. Er is gekozen om zo goed mogelijk in de actualiteit te werken door ook gegevens 2010 van de zorgautoriteit en CVZ (eerstelijns) te gebruiken.

² Onder de toegestane uitgaven cGGZ vallen ook de uitgaven van dyslexie.



geacht. Er is dus feitelijk geen sprake van een van onderop opgebouwd financieel kader. Het kader is een raming van aan een sector toe te rekenen middelen waarop in de tijd gemuteerd wordt.

De cGGZ sector wordt vervolgens weer onderverdeeld in deelsectoren, te weten instellingen en vrijgevestigde psychotherapeuten en psychiaters (verder: vrijgevestigden). De onderverdeling in deze deelsectoren is van een andere orde dan de sectorindeling. Het kabinet wil dat er binnen de cGGZ-sector vrijheid is om verschillen in omzetgroei van verschillende aanbieders (en daarmee verschillende deelsectoren) mogelijk te maken, mits het cGGZ-kader niet wordt overschreden. De toetsing aan de voor de cGGZ toegestane uitgaven vindt dus plaats op het totaalniveau van de cGGZ en niet op deelsectorniveau³.

Ter indicatie is de overschrijding van € 254,7 miljoen als volgt over de deelsectoren te lokaliseren: instellingen (gebudgetteerd en niet-gebudgetteerd) € 92,1 miljoen, vrijgevestigden € 162,6 miljoen (waarvan € 150,2 miljoen in de tweede en € 12,4 miljoen in de eerste lijn).

In de begroting van VWS 2011 (p. 49) is de tabel premie-uitgaven van beleidsartikel 42 opgenomen. Eén van de posten is de sector cGGZ. Voor 2010 wordt het bedrag van € 3642,4 miljoen genoemd (exclusief dyslexie). In dit bedrag is ook de reeds eerdere (bij Jaarverslag 2009 geconstateerde) overschrijding over 2009 opgenomen. In tabel 2 staat de aansluiting met de in de begroting 2011 opgenomen toegestane uitgaven en de gehanteerde toegestane uitgaven in tabel 1.

Tabel 2 – Aansluiting toegestane uitgaven cGGZ (in miljoenen euro's)

	2010
Stand ontwerpbegroting 2011 cGGZ	3642,4
Dyslexie	30,2
Toegestane uitgaven zoals opgenomen in tabel 1	3672,6

Vaststellen voorlopige realisatie en bronverantwoording

Voor het vaststellen van de voorlopige realisatie is van belang dat de tweedelijns cGGZ is te onderscheiden in drie categorieën van aanbieders:

- Gebudgetteerde instellingen (de zorgautoriteit stelt op basis van budgetafspraken tussen verzekeraars en aanbieders het budget vast, deze budgetafspraken worden op basis van AWBZ-parameters bepaald; de instelling wordt op basis van geleverde diagnose behandeling combinaties (hierna: dbc's) gefinancierd, maar uiteindelijk afgerekend op het budget);
- Niet-gebudgetteerde instellingen. Deze instellingen worden volledig bekostigd op basis van dbc's en kennen geen door de zorgautoriteit vastgesteld budget;
- Vrijgevestigden. Ook deze aanbieders worden volledig bekostigd op basis van dbc's en kennen geen door de zorgautoriteit vastgesteld budget.

Om de kostenontwikkeling te volgen wordt gebruik gemaakt van verschillende cijferbronnen, te weten zorgautoriteit, CVZ en Vektis. De berekening van de overschrijding geschiedt aan de hand van voorlopige realisatiecijfers van de cGGZ-uitgaven van de zorgautoriteit, CVZ en Vektis enerzijds en de toegestane uitgaven binnen het BKZ anderzijds. Door de eerste drie bronnen (de gerealiseerde kosten) te confronteren met de beschikbare middelen wordt de overschrijding berekend.

Voor de gebudgetteerde instellingen worden de budgetgegevens die de zorgautoriteit periodiek aan VWS rapporteert gebruikt.

Voor het volgen van de kostenontwikkeling tweedelijns cGGZ van zogenaamde 'niet-gebudgetteerde sectoren', zoals niet-gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders in de cGGZ, is gebruik gemaakt van Vektis-gegevens, na confrontatie met de beschikbare gegevens van het CVZ⁴.

De CVZ-rapportage geeft een splitsing van cGGZ-zorg naar instellingen (gebudgetteerd en niet-

³ Voor de overschrijding 2008 is een andere benadering gekozen. Daar is de overschrijding 2008 op het niveau van de deelsector 'instellingen' bepaald omdat er door de introductie van dbc's geen betrouwbare cijfers voor de andere deelsectoren beschikbaar waren.

Vindplaats overschrijding 2008: aanwijzing van de Minister van VWS van 22 juli 2009 inzake tarieven geneeskundige ggz (Staatscourant 2009 nr. 11485).

⁴ Zorgverzekeraars zijn verplicht ieder kwartaal gegevens te verschaffen aan het CVZ over de schadelast als gevolg van in rekening gebrachte dbc's. De schadelast betreft de door de verzekeraars daadwerkelijk betaalde schade en de te verwachten schade en is daarom de schade die het best aansluit bij het schadebegrip van het BKZ. Zorgverzekeraars zijn verplicht jaarlijks de schadelast per zorgaanbieder aan het CVZ te melden. Op basis van deze gegevens rapporteert het CVZ periodiek aan het ministerie van VWS over de kostenontwikkeling.



gebudgetteerd tezamen), eerstelijns psychologische zorg en overige vrijgevestigden. Net als bij voorgaande gegevensleveringen bleek het niet mogelijk om met enkel de CVZ-gegevens eenduidige conclusies te trekken ten aanzien van de totale verwachte cGGZ-uitgaven. Dit omdat de cijfers voor de tweedelijns cGGZ geen betrouwbare uitsplitsing geven van de niet-gebudgetteerde instellingen, gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigden, aangezien verzekeraars die uitsplitsing niet juist bij het CVZ aanleveren. Daarnaast geldt dat bij de gebudgetteerde instellingen pas enige tijd na afloop van een begrotingsjaar voldoende inzicht is in de omvang van de zogeheten onder- dan wel overfinanciering: budgetten worden vastgesteld op basis van AWBZ-parameters en financiering vindt plaats op basis van gedeclareerde dbc's. Overfinanciering (er is meer gedeclareerd dan het vastgestelde budget) leidt dan tot een te hoge opgave van de schadelast en daarmee tot te hoge CVZ-gegevens. Om de voorlopige gerealiseerde uitgaven te kunnen bepalen moeten de CVZ-gegevens hiervoor worden gecorrigeerd. De zorgautoriteit stelt de overfinanciering vast aan de hand van gerealiseerde productie en toegestaan budget. Op dit moment beschikt VWS over een stabiel beeld met betrekking tot de omvang van de overfinanciering in 2009.

Aangezien in de tweede helft van 2010 duidelijk werd dat het CVZ op korte termijn geen goede uitsplitsing naar categorieën cGGZ-zorgaanbieders zou kunnen leveren, heeft VWS Vektis gevraagd onderzoek te doen naar de omvang van de geleverde cGGZ door niet-gebudgetteerde instellingen en vrijgevestigde zorgaanbieders. Vektis beschikt over een uitgebreider databestand dan het CVZ waardoor het voor Vektis mogelijk is de gewenste uitsplitsing te maken. Zorgverzekeraars leveren echter wel op *vrijwillige* basis data aan bij Vektis, waardoor het Vektis bestand niet geheel gevuld is. De Vektis-gegevens zijn gebaseerd op een omvangrijk deel van de bij verzekeraars gedeclareerde dbc's (83% in 2009). Deze gegevens zijn, conform gebruikelijke systematiek, aan de hand van de CVZ-staten opgehoogd naar het totaal van de cGGZ-zorg. Deze gegevens bleken goed op elkaar aan te sluiten aangezien het gevonden verschil circa 1% van de totale tweedelijns cGGZ uitgaven betrof. Gezien deze goede aansluiting heeft VWS deze Vektis-gegevens gebruikt om de overschrijding vast te stellen.

In tabel 3 staan de gehanteerde voorlopige realisatiecijfers opgenomen.

Tabel 3 – Voorlopige realisatie 2009 / 2010 (in miljoenen euro's)

Gebudgetteerde instellingen (bron: zorgautoriteit)	3.474,9
Niet-gebudgetteerde instellingen (bron: Vektis)	98,5
Vrijgevestigden tweede lijn (bron: Vektis)	243,3
Eerstelijns psychologische zorg (bron: CVZ)	110,5
Totaal voorlopige realisatie zoals opgenomen in tabel 1¹	3.927,3

¹ Door afronding verschilt de optelling met € 0,1 miljoen van het gepresenteerde totaal.

Gebruikte maartcijfers en actualisatie

De zorgautoriteit, het CVZ en Vektis hebben zoals eerder aangegeven rond maart 2011 aan het ministerie van VWS gegevens verschaft over de verwachte cGGZ-uitgaven. Als gevolg van actualisatie van de gegevens kan de omvang van de overschrijding nog wijziging ondergaan. Hierbij zal VWS het meest actuele cijferbeeld betrekken.

In juni 2011 heeft VWS geactualiseerde cijfers ontvangen. Een quick scan van deze cijfers heeft opgeleverd dat het verschil tussen de cijfers van CVZ, zorgautoriteit en Vektis groter werd. In afwachting van de cijfers van oktober 2011 heeft VWS dit verschil niet nader geanalyseerd. Het ligt voor de hand om een mogelijke nodige nadere analyse op basis van oktobercijfers uit te voeren aangezien deze een nog completer beeld laten zien.

Keuze voor tarief- en budgetmaatregel tweedelijns cGGZ

Gelet op de inzet van het kabinet op versterking van de eerste lijn en de nodige maatregelen die ook in de eerste lijn voor 2012 worden genomen, wordt de eerstelijns psychologische zorg bij de tarief- en budgetmaatregel buiten beschouwing gelaten.

Met deze aanwijzing krijgt de zorgautoriteit de opdracht om de dbc-tarieven, die gelden voor alle aanbieders van tweedelijns cGGZ, generiek te korten. Vooruitlopend op mogelijke invoering prestatie-bekostiging is het niet gewenst dat er onderscheid in dbc-tarieven gaat ontstaan afhankelijk van de vraag welke aanbieder deze zorg levert. Om te bewerkstelligen dat de korting ook bij de gebudgetteerde instellingen neerslaat krijgt de zorgautoriteit de opdracht tegelijkertijd ook de instellingsbudgetten te korten. Hoe deze maatregel technisch wordt uitgewerkt is aan de zorgautoriteit. De zorgautori-



teit kan in overleg met betrokken veldpartijen de meest geschikte methode kiezen.

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