



Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 juli 2012, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg, inzake invoering prestatiebekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Na op 21 februari 2012 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 160) als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

Gelet op het verslag van een schriftelijk overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 175) van 16 april 2012;

Gelet op het voortgezet schriftelijk overleg en het voortgezet algemeen overleg van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 26 april 2012 (Handelingen II 2011/2012, nr. 82, item 8 en item 32);

Gelet op het handelingen van de Eerste Kamer der Staten-Generaal van 6 maart 2012 (Handelingen I 2011/12, nr. 21);

Besluit:

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 definities

In deze aanwijzing wordt verstaan onder:

- a. *minister*: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *wet*: Wet marktordening gezondheidszorg;
- c. *zorgautoriteit*: 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. *bestuurlijk akkoord*: Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013–2014 (Bijlage bij Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 183);
- g. *dbc*: diagnose behandeling combinatie;
- h. *gebudgetteerde instelling*: instelling voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg waarvoor de zorgautoriteit de aanvaardbare kosten op basis van AWBZ-parameters heeft vastgesteld;
- i. *gespecialiseerde instelling*: zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instelling als omschreven in afspraak xiv van het bestuurlijk akkoord;
- j. *zorg*: zorg als bedoeld in artikel 2.

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 50, eerste lid, aanhef en onder a, van de wet.

Artikel 3 uitvoering van de aanwijzing

Ter uitvoering van deze aanwijzing stelt de zorgautoriteit tijdig vóór 1 januari 2013 regels en beleidsregels vast.



HOOFDSTUK II PRESTATIEBEKOSTIGING

Artikel 4 tarieven en prestaties

1. De zorgautoriteit stelt met ingang van 1 januari 2013 voor zorg maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder c, van de wet vast, waarbij zij de maximumtarieven voor het geval van een overeenkomst tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar 10% hoger vaststelt dan zonder dergelijke overeenkomst.
2. De zorgautoriteit stelt met ingang van 1 januari 2013 voor dbc's van 18.000 minuten en langer hogere tarieven vast dan die gelden voor dbc's met dezelfde diagnose van 12.000 tot en met 17.999 minuten.

Artikel 5 overgang geopende dbc's

Voor prestaties die zijn omschreven als diagnose behandeling combinaties en die zijn geopend vóór aanvang van het jaar 2013 blijven de prestatiebeschrijvingen en tarieven van toepassing zoals die luiden op het moment van openen van de dbc.

HOOFDSTUK III TRANSITIEMODEL

Artikel 6 grens

1. De zorgautoriteit stelt voor gebudgetteerde instellingen voor 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 voor zorg.
2. De vaste instellingsgrens voor het jaar 2013 bestaat uit de som van:
 - a. de som van de dbc-tarieven die met betrekking tot zorg voor het jaar 2013 zijn overeengekomen tussen de gebudgetteerde instelling en zorgverzekeraar(s) met toepassing van de beleidsregels die gelden in het jaar 2013 en
 - b. het verrekenbedrag.

Artikel 7 transitiebedrag

1. De zorgautoriteit stelt voor de overgang van budgettering naar prestatiebekostiging eenmalig een transitiebedrag vast per gebudgetteerde instelling op basis van de productieafspraken 2013 die vóór 1 januari 2013 bij de zorgautoriteit zijn ingediend dan wel op een nader door de zorgautoriteit te bepalen tijdstip.
2. Het transitiebedrag is gebaseerd op:
 - a. de som van de tarieven die met betrekking tot zorg voor het jaar 2013 zijn overeengekomen tussen de gebudgetteerde instelling en zorgverzekeraars met toepassing van de door de zorgautoriteit in 2012 gehanteerde beleidsregels ter vaststelling van de aanvaardbare kosten met uitzondering van de budgetcomponent voor kapitaallasten en met uitzondering van de individuele componenten waarvoor de zorgautoriteit aan de gebudgetteerde instelling op grond van artikel 11 een beschikbaarheidsbijdrage voor 2013 toekent, minus;
 - b. de som van de dbc-tarieven die met betrekking tot die zorg voor het jaar 2013 zijn overeengekomen tussen gebudgetteerde instelling en zorgverzekeraars met toepassing van de beleidsregels die gelden in het jaar 2013.

Artikel 8 verrekenbedrag

1. De zorgautoriteit stelt per gebudgetteerde instelling voor het jaar 2013 een verrekenbedrag vast.
2. Het verrekenbedrag is de resultante van de vermenigvuldiging van het op basis van artikel 7 vastgestelde transitiebedrag met een verrekenfactor.
3. De verrekenfactor voor het jaar 2013 is vastgesteld op 0,7, met dien verstande dat de verrekenfactor voor gespecialiseerde instellingen is vastgesteld op 0,95.

Artikel 9 afwikkeling transitie via beschikbaarheidsbijdrage en afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds

1. In geval de vaststelling van het verrekenbedrag als bedoeld in artikel 8 door de zorgautoriteit leidt



tot een positief bedrag voor de desbetreffende instelling kent de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage toe.

2. Indien de vaststelling van het verrekenbedrag als bedoeld in artikel 8 door de zorgautoriteit leidt tot een negatief bedrag voor de desbetreffende instelling geeft de zorgautoriteit de desbetreffende instelling een aanwijzing dit bedrag af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

HOOFDSTUK IV BESCHIKBAARHEIDBIJDRAGE

Artikel 10 beschikbaarheidsbijdrage transitie

1. Voor zorg die is aangewezen in onderdeel B, nummer 12, van de bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, kent de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage toe in de vorm van compensatie voor diensten van algemeen economisch belang.
2. De zorgautoriteit belast met het beschikbaar hebben van de in het eerste lid genoemde vorm van zorg alleen instellingen die recht hebben op een positief verrekenbedrag als bedoeld in artikel 9, eerste lid.
3. De zorgautoriteit voorziet erin dat haar beleidsregel vordert dat zij de beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve vaststelt overeenkomstig het bepaalde in de artikelen 6 tot en met 9.
4. De verlening van de beschikbaarheidsbijdrage geschiedt op aanvraag van een zorgaanbieder. De zorgautoriteit voorziet daarbij in de verlening van voorschotten vanaf het moment van de aanvraag, met dien verstande dat de bevoorschotting is gemaximeerd op 15% van het budget 2012.

Artikel 11 beschikbaarheidsbijdrage gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen en zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers

1. Voor zorg die is aangewezen in onderdeel B, nummers 10 en 11, van de bijlage behorende bij de artikelen 2 en 4 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, kent de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage toe in de vorm van compensatie voor diensten van algemeen economisch belang.
2. De zorgautoriteit wijst uitsluitend zorgaanbieders aan die belast zijn met het beschikbaar hebben van deze vorm van zorg die in 2012 voor de betreffende vorm van zorg bekostigd werden op grond van de individuele budgetcomponenten oorlogsslachtoffers, vluchtelingen/asielzoekers, bestendig beleid of bijzonderheid organisatie die door de zorgautoriteit werden vastgesteld.
3. De zorgautoriteit berekent de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage 2013 overeenkomstig de berekeningswijze en de parameters die van toepassing zijn in 2012.
4. De zorgautoriteit voorziet erin dat haar beleidsregel vordert dat het verlenen en het vaststellen van de beschikbaarheidsbijdrage ambtshalve geschiedt. Bij de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage voorziet de zorgautoriteit in de verlening van maandelijkse voorschotten.

Van deze aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing in de Staatscourant.

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



TOELICHTING

Algemeen

In de brief van 10 juni 2011 (Voornemens curatieve ggz, Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 118) is aangekondigd dat de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (cggz) in 2013 overgaat op prestatiebekostiging. De Nederlandse Zorgautoriteit (verder: zorgautoriteit) heeft daartoe een implementatieplan voor invoering van prestatiebekostiging d.d. 30 november 2011 opgesteld. Vervolgens is op 21 februari 2012 een voorhangbrief inzake invoering prestatiebekostiging tweedelijns cggz¹ naar het parlement gestuurd. In het overleg met de Tweede Kamer van 26 april 2012 over de invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns cggz², in de voorhangbrief en ook in de schriftelijke beantwoording van de vragen van de Tweede Kamer³ is aangegeven dat een voorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging de totstandkoming van een bestuurlijk akkoord is, met daarin ook afspraken over de volume-ontwikkeling in de cggz. Bij brief van 20 juni 2012 is dit Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 aan het parlement gezonden (Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 183).

De invoering van prestatiebekostiging in de tweedelijns cggz is nodig om samenhangende en doelmatige zorg rondom de patiënt te organiseren. Anders dan de huidige aanbodgerichte budgetsystematiek is prestatiebekostiging namelijk persoonsgebonden. Dit levert voor de zorgaanbieder prikkels op om behandeluitkomsten transparanter te maken en stimuleert de totstandkoming van zorgpaden. De prikkels om gepaste, kwalitatief goede zorg te leveren, nemen hierdoor toe. Dit is ook goed vanuit het streven om mensen die vanwege psychische klachten uitvallen op hun werk, zo snel mogelijk terug te leiden naar de arbeidsmarkt.

Op dit moment verkeert de ggz-sector ergens tussen een aanbodgeruleerd en een vraaggestuurd systeem. In feite wordt zo het slechtste van twee werelden gecombineerd. De gebudgetteerde instellingen worden nog steeds bekostigd via de budgetsystematiek op basis van awbz-parameters, terwijl ze sinds 2008 tegelijkertijd declareren op basis van diagnose behandelingcombinaties (dbc's), de zogenaamde dubbele administratie. Voor een relatief klein deel (niet- gebudgetteerde instellingen en vrijevestigde zorgaanbieders) is sprake van volledige prestatiebekostiging. Dit ongelijke speelveld wordt nog vergroot doordat de eerste groep aanbieders onderhandelt met de per regio aangewezen representerende zorgverzekeraar, terwijl de tweede groep aanbieders met de individuele verzekeraars onderhandelt, zoals beoogd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit hybride systeem zorgt niet alleen voor een ongelijk speelveld voor aanbieders en zorgverzekeraars, maar is ook ontransparant en leidt bovendien tot extra administratieve lasten voor de gebudgetteerde instellingen.

Met het oog op een kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke tweedelijns cggz is een gelijk speelveld noodzakelijk met optimale ruimte voor dynamiek, waarin het leveren van goede patiënt-vriendelijke zorg loont. Per 2013 wordt daarom de registratie van awbz-parameters afgeschaft, waardoor de dubbele administratie komt te vervallen en er sectorbreed prestatiebekostiging wordt ingevoerd. Alle zorgaanbieders worden dan bekostigd op basis van dbc's.

Productstructuur en tarieven

Een belangrijke voorwaarde voor de overstap naar prestatiebekostiging per 2013 is dat de dbc ggz productstructuur voldoende stabiel is. Zowel de zorgautoriteit als veldpartijen hebben aangegeven de productstructuur voldoende stabiel te achten mits enkele beperkte aanpassingen worden doorgevoerd. Deze aanpassingen worden meegenomen in de doorontwikkelagenda van DBC Onderhoud, zodat de productstructuur in 2013 toegerust is op invoering van prestatiebekostiging.

Op advies van de zorgautoriteit wordt ook een stap gezet in de liberalisering van de tarieven, omdat de ggz-sector zich goed ontwikkelt op de belangrijkste parameters.⁴ Daarom worden asymmetrische bandbreedtetarieven ingevoerd, in de vorm van een max-max tarief van +10% ten opzichte van het zogenaamde 'standaardmaximum'.⁵ Binnen deze bandbreedte kunnen zorgaanbieders prijsafspraken maken, wat enerzijds het realiseren van meer doelmatigheid faciliteert, en anderzijds zorgaanbieders met een patiëntendoelgroep die zo zwaar is dat het standaardmaximum niet voldoet, de mogelijkheid biedt om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan over een hogere vergoeding. Overigens betekent dit niet alleen een opwaartse druk op de prijzen omdat de bandbreedte ook ruimte geeft aan verzekeraars

¹ Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 160.

² Handelingen 2011-2012, nr. 82, item 32, datum vergadering: 26 april 2012.

³ Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 175.

⁴ Zoals mate van transparantie, voldoende competitieve aanbieders, en risicodragendheid van zorgverzekeraars.

⁵ Ook bij een 0%-tarief bestaat recht op NHC-vergoeding bij verblijf.



om voor de (veel) minder zware zorg (veel) lagere tarieven af te spreken. De verwachting is dat de zorgverzekeraars als uitgangspunt bij de onderhandelingen ruim onder het maximumtarief zullen gaan zitten. Dit is al gebruikelijk in het deel van de sector dat in 2008 is overgegaan op prestatiebekostiging. Bovendien is de verwachting dat zorgverzekeraars zeer terughoudend zullen zijn in het afspreken van prijzen boven het huidige (maximum)tarief.

Transitiemodel

In verband met de noodzaak van een behoedzame overgang wordt een transitie-model ingevoerd voor de huidige gebudgetteerde instellingen, waarbij het verschil tussen wat zij onder het nieuwe systeem voor hun zorg krijgen en wat zij onder het oude systeem voor die zorg zouden hebben gekregen, tot op zekere hoogte nog wordt gedempt. Abrupte veranderingen in opbrengsten alleen als gevolg van de overstap van budgettering naar prestatiebekostiging (systeemrisico's) moeten voorkomen worden. In haar implementatieplan heeft de zorgautoriteit gesteld dat er geen transitie-maatregelen nodig zijn om systeemrisico's voor de instellingen als gevolg van de overgang te voorkomen, omdat de sector zich al vier jaar heeft kunnen voorbereiden op een overstap naar prestatiebekostiging. Echter, omdat 2012 vanwege de genomen maatregelen⁶ een zwaar jaar is voor de sector, waardoor de buffers van instellingen mogelijk worden aangesproken, wordt de kans dat er instellingen zijn die de systeemrisico's niet op eigen kracht kunnen opvangen groter. Daarom is extra voorzichtigheid geboden bij het doorvoeren van systeemwijzigingen die mogelijk op microniveau een te abrupt financieel effect kunnen hebben. Daarnaast is de sector nog in ontwikkeling ten aanzien van verbetering van inzicht in behandeluitkomsten (ROM) en zorgvraagzwaarte en ten aanzien van de ontwikkeling van zorgpaden. Om deze redenen wordt een licht transitie-model ingesteld, dat in het jaar 2013 extra zekerheid geeft aan instellingen. Dit transitie-model is ook van toepassing op gebudgetteerde instellingen die gebruik maken van de door de zorgautoriteit geboden mogelijkheid tot vereenvoudigde verantwoording in de cggz⁷. Ook daar vindt via een verhoudingsgetal vaststelling van de aanvaardbare kosten plaats op basis van AWBZ-parameters.

Zoals overeengekomen in het bestuurlijk akkoord zal voor een aantal zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen een afwijkende verrekenfactor gelden. Bij de instellingen waarbij die afwijkende verrekenfactor wordt toegepast, zal onafhankelijk kostenonderzoek plaatsvinden, waarbij objectieve zorginhoudelijke verklaringen waarom de dbc-systematiek en de huidige tarieven voor deze instellingen niet toereikend zijn, kunnen leiden tot aanpassing van die tarieven, van de dbc-productstructuur of tot een beschikbaarheidsbijdrage. Bij dat onderzoek zal ook objectieve informatie over de zwaarte van de zorgvraag van de patiënten worden betrokken. Partijen zijn overeengekomen een uiterste inspanning te plegen om in het jaar 2013 tot het benodigde inzicht te komen zodat benodigde aanpassingen tijdig kunnen worden doorgevoerd. Indien een dergelijke aanpassing niet tijdig beschikbaar is, kan het transitieregime voor deze instellingen worden verlengd met een jaar.

Beschikbaarheidsbijdrage

In verband met de overgang naar prestatiebekostiging is in het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG bepaald dat de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage kan geven ten behoeve van:

- a. de levering van gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen en
- b. zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers.

De in dit kader relevante voorhangbrief Beschikbaarheidsbijdrage curatieve geestelijke gezondheidszorg⁸ is op 25 mei 2012 aan het parlement gezonden.

Bij gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen gaat het om derdelijns zorg aan oorlogsslachtoffers, vluchtelingen en asielzoekers. Deze zorg wordt nu geleverd door een zorgaanbieder die eveneens de landelijke kennis-, onderzoeks- en opleidingsfunctie voor cggz aan getraumatiseerden als gevolg van (systematisch) geweld of misbruik met als bijzondere doelgroepen oorlogsslachtoffers, veteranen, vluchtelingen, asielzoekers en personeel van de politie uitvoert. Het gaat om de specifieke kennis- en last resort functie van Centrum '45.

Zorg aan Joodse oorlogsslachtoffers betreft specifieke zorg die samenhangt met het verwerken van de gevolgen van de Tweede Wereldoorlog. Hierbij geldt de voorwaarde dat de zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die specifiek is toegerust voor zorgverlening aan deze doelgroep. Vanwege het psychotrauma dat bepaalde doelgroepen is aangedaan in oorlogssituaties zoals de Tweede Wereldoorlog, is het noodzakelijk zeker te stellen dat deze voorzieningen in stand blijven. Het gaat daarbij specifiek om activiteiten die nu worden geleverd door het Sinaï Centrum.

⁶ Kamerstukken II 2010/11, 25 424, nr. 118.

⁷ Circulaire CI/11/37c (www.nza.nl).

⁸ Kamerstukken II 2011/12, 32 393, nrs. 18 en 23.



Artikelsgewijs

Artikel 4

Per 2013 worden asymmetrische bandbreedtetarieven ingevoerd, in de vorm van een zogenaamd max-max tarief. Bij een max-max tarief is er een standaardmaximum en een hoger maximum. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen onderling afspreken gebruik te maken van het hogere maximum wanneer zij het erover eens zijn dat in het betreffende geval het standaardmaximum tekort schiet. Dit betekent dat alleen gebruik gemaakt kan worden van het hogere maximum wanneer er sprake is van een contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dit maakt voor zorgverzekeraars het belonen van kwaliteit en doelmatigheid mogelijk.

Conform het bestuurlijk akkoord wordt de 'maatregel 18.000 plus dbc's' per 2013 op een andere wijze vormgegeven. De tarieven voor dbc's van 18.000 minuten en langer worden weer naar het oorspronkelijk in 2011 beoogde niveau bijgesteld, echter zonder het budgettair kader op te hogen. Reden voor de wijziging is dat de bij de 'maatregel 18.000 plus dbc's' ingevoerde hardheidsclausule bij invoering prestatiebekostiging vervalt. Overigens werkt eerdergenoemde hardheidsclausule in 2013 nog door via het transitie-model. Bij de gebudgetteerde instellingen via de verrekfactor van 0,7. Voor de zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen is de doorwerking nog groter door de verrekfactor van 0,95.

Artikel 6

In dit artikel wordt aan de zorgautoriteit de opdracht gegeven het instrument begrenzing te gebruiken dat nodig is voor de afwikkeling van het transitie-model. Gedurende het jaar 2013 kunnen gebudgetteerde instelling en zorgverzekeraar(s) nog aanvullende productieafspraken maken. Ook deze aanvullend overeengekomen productie valt onder onderdeel a van het tweede lid.

Artikel 7

Op basis van dit artikel moet de zorgautoriteit het transitiebedrag vaststellen. Het ggz-transitie-model is een eenjarig model, waarbij geen noodzaak bestaat tot het blijven registreren van awbz-parameters. Uiterlijk 1 januari 2013⁹ maken representerende verzekeraars éénmalig dubbele productieafspraken voor 2013 met de huidige gebudgetteerde instellingen, namelijk in termen van awbz-parameters en in termen van dbc's. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar dienen bij de zorgautoriteit de gemaakte productieafspraken in termen van awbz-parameters en in termen van dbc's in. In het transitie-model wordt enkel de zorg met elkaar vergeleken die zowel in de budgetsystematiek als in de dbc-productstructuur wordt vergoed. Dit heeft tot gevolg dat bij de gebudgetteerde instellingen aan wie de zorgautoriteit in 2013 een beschikbaarheidsbijdrage toekent, gecorrigeerd wordt voor de individuele budgetcomponenten bestendig beleid, bijzonderheid organisatie, oorlogsslachtoffers en vluchtelingen/asielzoekers. Eveneens zal worden gecorrigeerd voor de kapitaallasten.

Artikel 8

Het door de zorgautoriteit vastgestelde transitiebedrag hoeft niet geheel verrekend te worden. De zorgautoriteit berekent het verschil tussen oude en nieuwe bekostiging, en bepaalt het verrekbedrag op 70% van dit verschil. Het bedrag kan daarna niet meer gewijzigd worden.¹⁰ Het bedrag is positief als de dbc-afspraken minder opleveren dan de afspraken in budgetparameters zouden opleveren, het bedrag is negatief als de dbc-afspraken meer opleveren dan de afspraken in budgetparameters op zouden leveren.

Voor een aantal zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen geldt een afwijkende verrekfactor van 0,95. Deze instellingen moeten in elk geval aan de volgende vijf criteria voldoen. Het betreft:

1. niet-geïntegreerde instellingen;¹¹
2. die zich *uitsluitend* toeleggen op de zorg aan een specifieke patiëntendoelgroep, dat wil zeggen

⁹ Gebudgetteerde instellingen en verzekeraars leveren een inspanning om per 1 januari productieafspraken in te dienen bij de zorgautoriteit. Mocht dat niet haalbaar blijken, kan de zorgautoriteit in overleg met veldpartijen een latere datum vaststellen, mits vóór 1 maart 2013.

¹⁰ Overigens kunnen net als nu de productieafspraken in termen van dbc's gedurende het jaar in overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar bijgesteld worden. Dit is niet van invloed op het transitiebedrag.

¹¹ Onder een niet-geïntegreerde instelling wordt verstaan: een instelling waar (uitsluitend) cggz wordt geleverd voor de behandeling van een bepaalde ziekte of ziektegroep of aan personen met een specifieke problematiek of aan personen in een bepaalde leeftijdsklasse.



- een patiëntendoelgroep met een specifieke aandoening en/of¹² specifieke problematiek¹³;
3. die hun zorg niet in een (somatische) ziekenhuissetting leveren;
 4. die een bovenregionale functie en/of een specifieke kennisfunctie (en dus een grotendeels bovenregionale patiëntenpopulatie) hebben;
 5. waarbij de overgang naar bekostiging op basis van dbc's bijzondere transitierisico's met zich mee kan brengen voor de continuïteit van zorg voor de betreffende patiëntengroepen. Dit is het geval indien de afspraken voor 2013 in termen van budgetparameters ten minste 15% hoger liggen dan de afspraken in termen van dbc's.

In het kader van het bestuurlijk akkoord is bij de zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen gedacht aan De Viersprong, Sinai Centrum, Centrum '45, Fier Fryslân, GGMD voor Doven en Slechthorenden, het Dr. Leo Kannerhuis en het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI).

Artikel 10

In dit artikel wordt geregeld dat de zorgautoriteit, ten behoeve van de beschikbaarheid van cggz-zorg, bij de transitie van budgettering naar prestatiegerichte bekostiging, instellingen kan belasten met een dienst van algemeen economisch belang. Dit artikel bepaalt verder dat de zorgautoriteit uitsluitend zorgaanbieders die recht hebben op een positief verrekenbedrag zal belasten met een dienst van algemeen economisch belang. De zorgautoriteit zal dit tegelijk doen met de verleningsbeschikking als bedoeld in artikel 10, vierde lid van deze aanwijzing.

Artikel 11

In dit artikel is geregeld dat de zorgautoriteit een beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen aan een zorgaanbieder ten behoeve van het beschikbaar hebben van genoemde vormen van zorg. Het gaat om bovenregionale activiteiten voor een relatief kleine complexe patiëntendoelgroepen waarvoor meerkosten moeten worden gemaakt, waardoor er een reële kans op marktfalen is.

Verder wordt in dit artikel de vorm waarin de beschikbaarheidsbijdrage wordt toegekend en de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage vastgelegd.

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

¹² Het hoeft niet per se te gaan om een patiëntengroep met een bepaalde aandoening, maar het kan ook gaan om (a) de behandeling van patiënten met aandoeningen die samenhangen met een specifieke problematiek, zoals geweld in afhankelijkheidsrelaties en/of (b) de behandeling van patiënten met specifieke problematiek die vraagt om specifieke deskundigheid bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen, zoals doofheid.

¹³ Dit betekent bijvoorbeeld dat het enkele feit dat een instelling zich op kinderen en jeugd richt niet voldoende is om een beroep kunnen doen op het afwijkende transitierégime.



TOELICHTING

Aanleiding en doel van deze aanwijzing

Deze aanwijzing aan de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: zorgautoriteit) strekt ertoe het experiment met vrije tarieven in de mondzorg per 1 januari te beëindigen en per die datum de tarieven opnieuw te reguleren. Hiermee kom ik tegemoet aan de op 5 juli 2012 door de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangenomen motie-Kuiken c.s.¹. De Kamer verzoekt in die motie het experiment met vrije tarieven in de mondzorg onmiddellijk stop te zetten en zo spoedig mogelijk vaste tarieven voor de mondzorg in te voeren. De motie geeft daarbij als overwegingen dat de gemiddelde prijzen in de mondzorg tot onaanvaardbare hoogte zijn gestegen en dat het experiment met vrije prijzen in de mondzorg mislukt is.

Achtergrond

Het experiment met vrije tarieven in de mondzorg is gestart op 1 januari 2012. Ik heb tot dat experiment besloten mede op basis van het advies van de zorgautoriteit in haar visiedocument *Bekostigingsstructuur mondzorg* (maart 2009). In mijn desbetreffende aanwijzing aan de zorgautoriteit van 21 juli 2011 heb ik aangegeven dat ik, alvorens een definitief besluit te nemen over vrije prijzen in de mondzorg, eerst bij wijze van proef gedurende drie jaar vrije prijsvorming wil invoeren. Ik heb daarbij ook aangegeven dat ik, indien tijdens deze periode uit de monitor van de zorgautoriteit blijkt dat zich ontoelaatbare effecten voordoen op de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg, waardoor de zorg aan de patiënten in gevaar komt, niet zal schromen de vrije prijsvorming in de mondzorg tussentijds te beëindigen².

Sinds de start van het experiment monitort de zorgautoriteit systematisch en doorlopend de markteffecten op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de mondzorg. Dit heeft geleid tot de *Marktscan Mondzorg* van de zorgautoriteit van juni 2012³. Deze marktscan was het onderwerp van gesprek tijdens het algemeen overleg mondzorg met de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal op 28 juni 2012.

In de marktscan stelde de zorgautoriteit onder meer vast dat de prijzen gemiddeld met 9,6 procent zijn gestegen. De reële tariefstijging is 6,1 procent ten opzichte van de geïndexeerde maximumtarieven⁴. Tevens constateerde zij dat voor bepaalde specifieke behandelingen, consumenten geconfronteerd worden met prijsverhogingen van meer dan 30 procent (bijvoorbeeld wortelkanaalbehandeling). Deze prijsstijgingen vormden aanleiding voor de genoemde motie-Kuiken c.s.

Opdracht aan zorgautoriteit

De motie-Kuiken c.s. vraagt mij het experiment met vrije tarieven onmiddellijk te stoppen en de tarieven zo spoedig mogelijk opnieuw te reguleren. Het ligt voor de hand de beëindiging van het experiment en de invoering van de nieuwe maximumtarieven op dezelfde datum te laten vallen. De eerst mogelijke reële datum is 1 januari 2013. Zowel de zorgautoriteit, als partijen hebben namelijk voldoende tijd nodig wat betreft de vaststelling van de tarieven, respectievelijk de herinrichting van hun administraties.

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

¹ Kamerstukken II 2011/12, 32 620, nr. 68

² Stcrt. 2011, nr. 13947

³ Marktscan Mondzorg, weergave van de markt tot en met maart 2012, Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2012; zie ook bijlage bij Kamerstukken II 2011/12, 32 620, nr. 66.

⁴ De zorgautoriteit zou zonder de invoering van vrije prijsvorming de tarieven per 1 januari 2012 geïndexeerd hebben met 3,31 procent. Deze indexering is niet meegenomen in de vergelijking.