

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres:**  
Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**  
649255-124452-CZ

**Bijlage(n)**  
1

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.*

Datum 10 september 2014  
Betreft Voorhangbrief voorgenomen aanwijzing ex art. 8 Wmg inzake de  
afbouw van het transitieregime curatieve geestelijke gezondheidszorg  
(cggz) voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen en de  
inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor een landelijk  
behandel- en expertisecentrum voor gespecialiseerde  
psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen.

Geachte voorzitter,

Deze brief bevat de zakelijke inhoud van de aanwijzing die ik van plan ben op  
grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO) aan de  
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te geven over:

1. de inzet van de instrumenten beschikbaarheidsbijdrage en grens voor de  
afbouw van het transitieregime curatieve geestelijke gezondheidszorg  
(cggz) voor zeer gespecialiseerde gebudgetteerde instellingen, en
2. de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor een landelijk  
kennis- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan  
specifieke doelgroepen.

Overeenkomstig artikel 8 van de WMO ga ik tot het geven van de aanwijzing niet  
eerder over dan nadat dertig dagen zijn verstreken na verzending van deze brief.

### **1. Afbouw van het transitieregime cggz**

Om transitierisico's bij de invoering van prestatiebekostiging te beheersen is in  
2013 voor gebudgetteerde instellingen in de tweedelijns cggz een eenjarig  
transitiemodel vormgegeven. Hiervan heb ik op 21 februari 2012 schriftelijk  
mededeling gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal.<sup>1</sup>

Zoals afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014,<sup>2</sup> gold als  
onderdeel van dit transitieplan in 2013 voor een aantal zeer gespecialiseerde  
instellingen een hogere verrekenfactor, namelijk een verrekenfactor van 95%.<sup>3</sup> Bij  
deze zeer gespecialiseerde instellingen was het verschil tussen de

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

<sup>2</sup> bijlage bij Kamerstuk II 2011/12, 25 424, nr. 183

<sup>3</sup> Aanwijzing inzake invoering prestatiebekostiging geneeskundige geestelijke gezondheids-  
zorg, Stscrt. 2012, 15569

productieafspraken in termen van oude budgetparameters en in termen van dbc's voor 2013 groter dan 15%. Daarnaast voldeden zij aan een aantal specifieke criteria.<sup>4</sup> Dit transitierégime is in 2014 met één jaar verlengd, in afwachting van de uitkomsten van onafhankelijk kostenonderzoek van de NZa, waarbij bezien wordt of er objectieve zorginhoudelijke verklaringen zijn waarom de dbc's en bijbehorende maximumtarieven voor deze instellingen niet toereikend zijn.<sup>5</sup>

**Kenmerk**  
649255-124452-CZ

#### *Uitkomsten van het kostenonderzoek*

Inmiddels is het kostenonderzoek van de NZa afgerond (zie bijlage). De NZa heeft in een gedegen onderzoek bezien of er objectieve zorginhoudelijke verklaringen zijn waarom de dbc's en bijbehorende maximumtarieven voor deze instellingen niet toereikend zouden zijn. Op basis van het kostenonderzoek concludeert de NZa dat er weinig aanleiding is tot aanpassingen in regelgeving of productstructuur.

Aan verreweg het grootste deel van de verschillen ligt volgens de NZa de volgende drie typen oorzaken ten grondslag:

1. Discussie tussen verzekeraar en aanbieder over de productieafspraken. Bijvoorbeeld wanneer aanbieder en verzekeraar het niet eens zijn over de af te spreken prestatie of wanneer de afspraken onvolledig zijn. Het is aan verzekeraar en aanbieder om dit in het lokaal overleg op te lossen. Dit is inherent aan het model van prestatiebekostiging.
2. De mogelijkheden die de huidige regelgeving biedt worden onvoldoende gebruikt. Dit betreft bijvoorbeeld de mogelijkheden van onderlinge dienstverlening en de mogelijkheid voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om in een contract prijzen tot 10% boven het maximumtarief af te spreken (het max-max tarief). Het verschil is op te lossen door wel van deze mogelijkheden gebruik te maken.
3. Systeemwijzigingen. Het gaat hier om gewenste systeemwijzigingen (zoals de gewijzigde bekostiging van groepsbehandeling; zie toelichting in NZa advies). Soms is hiervoor al een specifieke overgangsregeling van toepassing (zoals de overgangsregeling voor kapitaallasten). De NZa constateert bovendien dat geen van deze factoren uniek is voor de onderzochte instellingen. Ze spelen in de hele ggz-sector een rol.

Uit het onderzoek komen volgens de NZa daarnaast twee andere oorzaken naar voren die nader onderzoek behoeven:

1. Het dbc-tarief voor verblijfsdagen houdt rekening met een bepaalde mate van afwezigheid. Voor een aantal van de onderzochte instellingen is deze verdiscontering van afwezigheid niet toereikend. Toen de NZa in december haar advies uitbracht, was haar verwachting dit te betrekken bij de ontwikkeling van de dbc ggz regelgeving voor 2015. Dat tijdspad is niet haalbaar gebleken. De NZa neemt dit nu mee in de ontwikkeling van de regelgeving voor 2016.
2. De vergoeding die de dbc ggz systematiek via overheadkosten biedt voor de kosten doventolk is niet toereikend voor instellingen met een bovengemiddeld aantal cliënten met een auditieve beperking. De huidige leefurenregeling (gefinancierd vanuit de AWBZ) biedt in 2014 soelaas. De

---

<sup>4</sup> NZa beleidsregel BR/CU-5073

<sup>5</sup> Kamerstuk II 2013/14 25 424, nr. 231

NZa vraagt om aandacht hiervoor bij de uitwerking en besluitvorming over de overheveling van de doventolkzorg naar de Wmo.

**Kenmerk**  
649255-124452-CZ

### *Besluit*

Ik ben de NZa zeer erkentelijk voor het heldere advies. Uit het advies blijkt dat de bekostigingssystematiek van de curatieve ggz ook geschikt is voor de bekostiging van voormalige gebudgetteerde instellingen die zeer gespecialiseerde GGZ leveren. In 2015 wordt een aantal stappen gezet om dit eindperspectief dichterbij te brengen.

1. Het transitiebedrag dient per aanbieder te worden gecorrigeerd naar rato van het aandeel van de zorg dat voor de betreffende zorgaanbieder overgaat naar de Jeugdwet. Het bijzonder transitie-model is namelijk alleen van toepassing op de vanuit de Zvw gefinancierde curatieve ggz. De curatieve ggz voor 18-minners valt vanaf 1 januari 2015 binnen het gemeentelijk domein. De NZa dient het aandeel van zorg dat overgaat naar de Jeugdwet te baseren op de gegevens uit de nacalculatie 2013.
2. Het overgebleven transitiebedrag zal vanaf 2015 stapsgewijs worden afgebouwd. Een stapsgewijze afbouw is van belang om voor deze instellingen een zachte landing in het systeem van prestatiebekostiging te garanderen. Zo hebben de betreffende instellingen voldoende tijd om in hun bedrijfsvoering te anticiperen op de overgang naar prestatiebekostiging. De afbouw dient als volgt te worden vormgegeven: in 2015 wordt het percentage waarmee het transitiebedrag wordt vermenigvuldigd (de verrekenfactor) teruggebracht van 95% naar 70%; in 2016 wordt deze verrekenfactor teruggebracht van 70% naar 30%; in 2017 wordt geen verrekenbedrag meer toegekend. Daarbij geldt dat de transitiebedragen voor 2015 en 2016 worden vastgesteld op basis van het transitiebedrag 2013 plus indexeringen..
3. Op de bij 2 genoemde afbouw zijn twee uitzonderingen<sup>6</sup>:
  - a. De NZa neemt de verdiscontering van afwezigheid mee in de ontwikkeling van de regelgeving voor 2016. In 2015 wordt daarom de afbouw van het transitiebedrag niet toegepast op het deel van het transitiebedrag dat toegeschreven kan worden aan de ontoereikende verdiscontering van afwezigheid.
  - b. Ook de bekostiging van de (doventolk-)zorg door instellingen met een bovengemiddeld aantal cliënten met een auditieve beperking vraagt om nader onderzoek. Het is belangrijk dat hier een toekomstbestendige oplossing voor komt. Ik zal dit nader verkennen. Daarbij betrek ik NZa, Zorginstituut en VNG. Daarom wordt in 2015 de afbouw van het transitiebedrag evenmin toegepast op het deel van het transitiebedrag dat toegeschreven kan worden aan (doventolk-)zorg door instellingen met een bovengemiddeld aantal cliënten met een auditieve beperking.
4. Voor de twee uitgezonderde delen blijft de verrekenfactor in 2015 95%. De NZa dient zich bij het bepalen van de delen te baseren op het in 2013 bij de instellingen uitgevoerde kostenonderzoek.

---

<sup>6</sup> De uitzonderingen zijn niet van toepassing op de correctie van het transitiebedrag vanwege de overheveling van zorg naar de Jeugdwet.

Ik ben voornemens om de NZa bij aanwijzing op te dragen het bijzonder transitie­model zoals hierboven beschreven aan te passen.

Door de stapsgewijze beëindiging van het bijzonder transitie­model wordt de overgang naar prestatiebekostiging in de curatieve ggz in 2017 afgerond. In de gespecialiseerde ggz werk ik zo op zorgvuldige wijze toe naar een gelijk speelveld tussen ggz-aanbieders, waarin niet gestuurd wordt op aanbod, maar op zorgvraag. Zorgverzekeraars krijgen ook voor de zeer gespecialiseerde zorg steeds meer de ruimte – en de verantwoordelijkheid – om hun rol op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid verder vorm te geven.

**Kenmerk**  
649255-124452-CZ

## **2. Landelijk kennis- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen**

Op 25 mei 2012 heb ik door middel van een voorhangbrief schriftelijk aangekondigd de NZa een aanwijzing te geven over de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen.<sup>7</sup> Met de zorgaanbieder aan wie de NZa deze beschikbaarheidsbijdrage in 2013 heeft verleend, Stichting Centrum '45, is in 2012 en 2013 verkend op welke wijze de zorg, zoals beschreven in de genoemde voorhangbrief, ook in de toekomst geborgd kan blijven. Vervolgens heeft VWS de NZa verzocht om een kostenonderzoek uit te voeren bij Stichting Centrum '45. Het onderzoek was in vraagstelling, opzet en doorlooptijd gelijk aan de onderzoeken die de NZa uitvoerde in het kader van het transitie­model cggz (zie hierboven).

Naar aanleiding van het kostenonderzoek heeft de NZa op 5 december 2013 geadviseerd de beschikbaarheidsbijdrage van Centrum '45 per 2015 te verlagen. De NZa heeft laten weten dat, als VWS de activiteiten ten behoeve van de landelijke kennisfunctie voor gespecialiseerde psychotraumazorg wil behouden, VWS dat kan doen in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage. De activiteiten waaruit de landelijke kennisfunctie bestaat, zijn niet toe te rekenen naar zorgproducten, of in rekening te brengen door middel van tarieven. De NZa adviseert zoals gezegd om de beschikbaarheidsbijdrage te verlagen, voor zover deze op dit moment wordt ingezet voor reguliere zorgkosten. Deze zorgkosten dienen door Centrum '45 in rekening gebracht te worden door middel van de dbc's ggz, inclusief het max-max tarief. Tot slot verzoekt de NZa VWS om over te gaan tot afbakening van de kennisfunctie, zodat zij in 2015 een aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage voor de landelijke kennisfunctie kan beoordelen.

### *Besluit*

Conform het advies van de NZa ben ik voornemens de NZa te verzoeken het instrument beschikbaarheidsbijdrage in te zetten voor een landelijk kennis- en expertisecentrum voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doelgroepen, en deze te verlenen aan één zorgaanbieder voor de activiteiten ten behoeve van de landelijke kennisfunctie. Deze beschikbaarheidsbijdrage mag niet ingezet te worden voor reguliere zorgkosten, en zal dan ook lager zijn dan de beschikbaarheidsbijdrage in 2014. De NZa dient de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor 2015 zo vast te stellen dat deze afdoende is om in 2015 en daaropvolgende jaren de activiteiten ten behoeve van de landelijke kennisfunctie te behouden. Ik zal de NZa tijdig een nadere afbakening van de landelijke kennisfunctie doen toekomen.

---

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2011/12, 32 393, nr. 18; aanwijzing inzake invoering prestatiebekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, Stscrt. 2012, 15569.

## **Monitoring**

In het systeem zijn voldoende waarborgen aanwezig om de overgang naar prestatiebekostiging ook bij de zeer gespecialiseerde ggz instellingen goed te laten verlopen. Toch is bij de afbouw van het bijzonder transitie­model en de bijstelling van de beschikbaarheidsbijdrage voor gespecialiseerde psychotraumazorg aan specifieke doel­groepen enige behoedzaamheid geboden, aangezien het hier zeer gespecialiseerde zorg betreft. Voorkomen moet worden dat verzekerden onvoldoende gebruik kunnen maken van zorg waar ze aanspraak op hebben en die nodig is voor hun zeer specifieke zorgvraag. Het is daarom van belang dat alle betrokken partijen hun verantwoordelijkheid nemen.

**Kenmerk**  
649255-124452-CZ

Zorgverzekeraars Nederland is onlangs geweest op de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars in deze. Ik zal bovendien de NZa verzoeken om de overgang naar prestatiebekostiging van de zeer gespecialiseerde ggz-instellingen nauwlettend te monitoren, indien nodig aanvullende maatregelen te nemen, en mij op de hoogte te houden van de ontwikkelingen. Daarbij vraag ik de NZa ook aandacht voor de toepassing van max-max-tarieven en van onderlinge dienstverlening.

Het toezichtinstrumentarium van de NZa in relatie tot naleving van de zorgplicht door verzekeraars biedt indien noodzakelijk voldoende waarborgen. Zo kan de NZa een aanwijzing of een last onder dwangsom opleggen aan een verzekeraar die niet aan zijn zorgplicht voldoet.

## **Ten slotte**

Ik hoop u met deze voorhangbrief voldoende te hebben geïnformeerd over de inzet van de instrumenten beschikbaarheidsbijdrage en grens voor de afbouw van het transitie­model cggz en de inzet van het instrument beschikbaarheidsbijdrage in de WMG in het kader van de cggz.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers