

Aan de besturen van:  
- alle zorgverzekeraars;  
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
  
T 0900 7707070  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
Directie Zorgmarkten Cure

**Telefoonnummer**  
0900 - 770 70 70

**E-mailadres**  
vragencure@nza.nl

**Kenmerk**  
CI/12/76C  
12D0020628

**Onderwerp**  
Opting out in de curatieve GGZ

**Datum**  
13 juni 2012

Geachte heer, mevrouw,

### *Inleiding*

Sinds de overheveling per 1 januari 2008 van de curatieve GGZ van de AWBZ naar de Zvw geldt als NZa-beleid dat gebudgetteerde aanbieders, die over de door hen te leveren geneeskundige geestelijke gezondheidszorg binnen het representatiemodel productieafspraken maken met zorgverzekeraars, geacht worden gezamenlijk de overstap te maken naar prestatiebekostiging (DBC-bekostiging). Het is niet de bedoeling dat zij de budgetsystematiek, inclusief het bijbehorende representatiemodel, tussentijds verlaten. Een en ander is vastgelegd in de beleidsregel "Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's" (BR/CU-5052).

Van met name zorgverzekeraars heeft de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) vragen ontvangen over deze beleidsregel en het fenomeen 'opting out'. Met opting out wordt in dit verband bedoeld op acties, in uiteenlopende varianten, van gebudgetteerde zorgaanbieders die gericht zijn op het verplaatsen van een deel van de zorgproductie naar een andere, niet gebudgetteerde (dochter)onderneming, oftewel het onttrekken van gebudgetteerde zorgproductie aan de budgetsystematiek.

De aan de NZa voorgelegde praktijkvoorbeelden vertonen inhoudelijk grote overlap. Als al sprake is van verschillen, gaat het vrijwel steeds om variaties op hetzelfde thema. Om die reden heeft de NZa ervoor gekozen middels een circulaire een toelichting op haar beleid met betrekking tot opting out te geven en aldus op de aan haar voorgelegde casusposities te reageren. Daarmee ziet de NZa bewust af van een individuele behandeling c.q. beoordeling van de aan haar voorgelegde casusposities.

De voorliggende circulaire heeft een informatief karakter en moet, zoals reeds opgemerkt, worden beschouwd als een toelichting op NZa-beleid. Deze circulaire is dus geen besluit in de zin van artikel 1:3 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), waartegen dus ook geen mogelijkheid van bezwaar en/of beroep open staat.

**Kenmerk**  
CI/12/76C  
12D0020628

**Pagina**  
2 van 3

#### *Contracteervrijheid en restitutie*

Vooropgesteld moet worden dat iedere aanbieder van geneeskundige GGZ, ongeacht zijn rechtspersoonlijkheid, indien hij geen contract heeft gesloten met een zorgverzekeraar, zijn kosten in verband met de levering van verzekerde zorg ingevolge de Zvw op basis van het restitutiemodel mag declareren. De verzekerde heeft dan recht op het door zijn/haar zorgverzekeraar vastgestelde restitutietarief en zal een eventueel verschil met het gedeclareerde tarief zelf bij moeten betalen. Dit volgt uit artikel 13 Zvw. Beleidsregels (en dus ook beleidsregel BR/CU-5052) kunnen hier geen afbreuk aan doen.

#### *Opting out*

Doel van de passage over opting out in beleidsregel BR/CU-5052 is te voorkomen dat van oudsher (vóór 1 januari 2008) gebudgetteerde zorg wordt ondergebracht of verplaatst naar een niet gebudgetteerde omgeving c.q. rechtspersoon.

In dit verband worden in de beleidsregel twee situaties onderscheiden:

1. een onderneming c.q. rechtspersoon die deel uitmaakt van een gebudgetteerde zorgaanbieder, en;
2. overname van de activiteiten van een gebudgetteerde zorgaanbieder door een andere rechtspersoon (niet zijnde een niet-gebudgetteerde aanbieder).

De beleidsregel geeft over beide situaties aan, dat de zorg die door de deel uitmakende, respectievelijk overnemende rechtspersoon wordt geleverd, moet worden beschouwd als gebudgetteerde zorg.

In de beleidsregel zijn de begrippen 'deel uitmaken van' en 'overname van activiteiten' niet nader ingevuld (geen specificerende criteria). Het zijn daarmee tamelijk open normen. De NZa verwacht van zorgverzekeraars dat zij in het kader van hun productieafspraken met de van oudsher gebudgetteerde aanbieders zelf tot een verantwoord oordeel komen of - naast die gebudgetteerde zorgaanbieder zelf - sprake is van het bestaan van een rechtspersoon als bedoeld in situatie 1 of 2 die gebudgetteerde zorg levert. De NZa gaat er van uit, dat de zorgverzekeraar de uitkomst van dat oordeel betreft bij de hoogte van de overeen te komen productieafspraken met de van oudsher gebudgetteerde zorgaanbieder en die uitkomst ook vastlegt in het contract dat met die zorgaanbieder wordt gesloten. Concreet betekent het voorgaande dat wanneer de zorgverzekeraar tot het oordeel komt dat sprake is van situatie 1 of 2 en hij met de deel uitmakende, respectievelijk overnemende rechtspersoon geen contract sluit, de hoogte van de productieafspraken met de van oudsher gebudgetteerde zorgaanbieder op een lager niveau worden vastgesteld, afhankelijk van de hoeveelheid gebudgetteerde zorg die in de deel uitmakende, respectievelijk overnemende rechtspersoon is ondergebracht.

Eventuele discussies tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder over de vraag of de zorgproductie, die door een rechtspersoon wordt geleverd, wel of niet tot gebudgetteerde zorg(productie) moet worden gerekend en die niet langs minnelijke weg kunnen worden beslecht, kunnen aan de civiele rechter worden voorgelegd. De NZa speelt daarin verder geen rol.

**Kenmerk**  
CI/12/76C  
12D0020628

**Pagina**  
3 van 3

Hoogachtend,  
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.S. Mulder  
directeur Zorgmarkten Cure