

BELEIDSREGEL CI -1055

Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ

Kenmerk
CI-1055

1. Algemeen

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw en wordt geleverd door zorgaanbieders die zich richten op verzekerden met een psychiatrische aandoening.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2008. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20 lid 2 sub b WMG wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 1 januari 2008, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de uitgifte van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot 1 januari 2008.
- c. De Beleidsregels voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ met nummers CA-175 en CA-200 komen te vervallen.
- d. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ'.

2. Begripsbepalingen

2.1 Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in onderdeel 1 van deze beleidsregel.

2.2 DBC

Diagnose behandeling combinatie: het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert.

2.3 A-segment, B-Segment

Indien sprake is van prijsregulering voor bepaalde DBC productgroepertarieven dan worden deze productgroepen aangeduid als vallend onder het A-segment. Indien geen sprake is van prijsregulering voor bepaalde DBC productgroepertarieven dan worden deze productgroepen aangeduid als vallend onder het B-segment.

2.4 Voorschot

Betalingen door één of meer zorgverzekeraars aan een zorgaanbieder voor toekomstige declaraties voordat de declaraties voor de desbetreffende prestatie of prestaties definitief zijn vastgesteld en verzonden. De definitieve declaratie, opgesteld conform de Regeling Declaratiebepalingen, vormt de uiteindelijke betalingsverplichting.

2.5 Aanvullende rentevergoeding

De vergoeding voor rentekosten die een zorgaanbieder mag vragen aan een zorgverzekeraar indien deze, ondanks een daartoe strekkend verzoek van de zorgaanbieder, geen voorschotten betaalt aan de zorgaanbieder. Deze vergoeding wordt aangemerkt als maximumtarief.

2.6 Onderhanden werk

Dit is het voortschrijdend totaal van de waarde van geleverde zorg met betrekking tot DBC's vanaf de startdatum tot de einddatum. Zodra een DBC is afgesloten maakt het geen deel meer uit van het onderhanden werk.

Kenmerk

CI-1055

Pagina

2 van 4

3. Doel

Het doel van deze beleidsregel is het stellen van een kader waarbinnen dient te worden gehandeld bij het in rekening brengen van rente voor deels uitgevoerde maar nog niet gefactureerde DBC-verrichtingen.

4. Voorschotten DBC-declaraties

1. De in onderdeel 2.1 bedoelde zorgaanbieders kunnen met de zorgverzekeraars bilateraal afspraken maken over het betalen van voorschotten voor het onderhanden werk van toekomstige DBC-declaraties.
2. Aan het betalen van voorschotten dient een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar ten grondslag te liggen.
3. In de in 2 bedoelde overeenkomst dienen afspraken te zijn opgenomen over de volgende punten:
 - Omvang en frequentie van de voorschotbetalingen;
 - Periode waarvoor een voorschot wordt betaald;
 - Het desgevraagd door de zorgaanbieder verstrekken van indicatieve gegevens over productie en onderhanden werk.

5. Rentevergoeding

1. Indien de zorgverzekeraar weigert om op verzoek van de zorgaanbieder voorschotten te betalen, mag de zorgaanbieder een aanvullende rentevergoeding vragen aan de desbetreffende zorgverzekeraar. De zorgaanbieder is gehouden om, indien de zorgverzekeraar desgevraagd aanbiedt om voorschotten te betalen, dit te accepteren.
2. In afwijking van het eerste lid hoeven zelfstandig gevestigde zorgaanbieders niet eerst de zorgverzekeraar om een voorschot te verzoeken alvorens een rentenota aan de verzekeraar te kunnen indienen. Als een zorgverzekeraar echter aangeeft de zorgaanbieder een voorschot te willen verlenen, dient de zorgaanbieder hiermee akkoord te gaan.
3. De aanvullende rentevergoeding mag niet in rekening worden gebracht aan individuele patiënten en niet verzekerde patiënten.
- 4.1 Op basis van de gemiddelde doorlooptijd van 8 maanden wordt de aanvullende rentevergoeding ten hoogste berekend over 4 maanden DBC omzet bij de desbetreffende zorgverzekeraar. Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders, die niet zijn verbonden aan een instelling, bedraagt de gemiddelde doorlooptijd van DBC's 10 maanden. In verband daarmee wordt de aanvullende rentevergoeding berekend over ten hoogste 5 maanden DBC omzet.

4.2 Er kunnen zich situaties voordoen waarin de gemiddelde doorlooptijd van DBC's substantieel afwijkt van het landelijk gemiddelde. Indien een zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar kan aantonen dat de gemiddelde doorlooptijd in zijn geval meer dan 20% langer is dan het landelijk gemiddelde, mag de zorgaanbieder de aanvullende rentevergoeding baseren op de DBC omzet over het aantal maanden van de gemiddelde doorlooptijd gedeeld door 2. Hetzelfde geldt voor zorgverzekeraars in geval kan worden aangetoond dat de gemiddelde doorlooptijd bij een zorgaanbieder meer dan 20% korter is dan het landelijk gemiddelde. Voor het bepalen van de gemiddelde doorlooptijd wordt uitgegaan van de tijd tussen de eerste en laatste activiteit of verrichting

5. Zorginstellingen mogen de factuur voor de rentevergoeding maandelijks in rekening brengen. Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders is de frequentie eenmaal per halfjaar. In overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan een afwijkende frequentie worden overeengekomen. De rentevergoeding voor zorginstellingen bedraagt maximaal het een- maands-euribor verhoogd met 0,6%. Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders, die niet zijn verbonden aan een instelling, bedraagt de rentevergoeding maximaal het een-maands-euribor verhoogd met 2,0%. Hierbij dient te worden uitgegaan van het Euribor rentetarief op de 15^e van de maand. Bij een afwijkende frequentie geldt het gemiddelde over de meerdere peildata.

6. Voor zover sprake is van een gebudgetteerde zorgaanbieder, worden de opbrengsten van de aanvullende rentevergoeding aangemerkt als aanvullende inkomsten; deze dienen daarom niet ter dekking van het budget. Teneinde de met de renteheffing gemoeide kosten te kunnen monitoren dient de zorgaanbieder de rentebaten jaarlijks, bij de nacalculatie, op te geven aan de NZa.

TOELICHTING

Algemeen

Per 1 januari 2008 wordt in de geestelijke gezondheidszorg gefaseerd het DBC systeem ingevoerd. De eerste stap per 2008 is dat het DBC systeem voor alle zorgaanbieders wordt ingevoerd voor de financiering van de zorg. De budgetbepaling van gebudgetteerde zorgaanbieders blijft in 2008 nog gebaseerd op de voorheen geldende parameters. DBC's worden in rekening gebracht nadat de behandeling is beëindigd en de DBC kan worden gesloten. Bij voortdurende behandeling wordt een DBC na een periode van 365 dagen gesloten, waarna een vervolg DBC kan worden geopend.

Gedurende de periode dat een DBC onderhanden is ontvangen zorgaanbieders geen betaling voor de geleverde zorg, waardoor de inkomsten op een later tijdstip worden gerealiseerd dan voorheen. Dit heeft gevolgen voor de liquiditeitspositie van zorgaanbieders. Deze beleidsregel schept het kader waarbinnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken kunnen maken over het verlenen van voorschotten die aansluiten bij het onderhanden werk. Als een afspraak niet tot stand komt mogen zorgaanbieders een aanvullende rentevergoeding, ter dekking van kosten die voortvloeien uit het aantrekken van financiering voor het onderhanden werk, aan zorgverzekeraars in rekening brengen. De beleidsregel is van toepassing op alle zorg als omschreven bij of krachtens de Zvw voor zover betrekking op verzekerden met een psychiatrische aandoening.

*Artikelsgewijs**Artikel 5 lid 1 en 2*

Uitgangspunt is dat de inspanningen er op dienen te zijn gericht dat zorgverzekeraars aan zorgaanbieders een voorschot verlenen. Indien zorgverzekeraars aangeven hiertoe niet te willen overgaan, is het de zorgaanbieder toegestaan een aanvullende rentevergoeding in rekening te brengen. Zelfstandig gevestigde zorgaanbieders, zoals psychiaters en psychotherapeuten, voldoen over het algemeen niet aan de door de zorgverzekeraars gestelde voorwaarden aan om in aanmerking te komen voor een voorschot. In de beleidsregel is daarom ter voorkoming van onnodige administratieve belasting bepaald dat deze zorgaanbieders direct een rentenota mogen versturen aan de zorgverzekeraars. Als zorgverzekeraars te kennen geven toch een voorschot te willen verlenen, dient dit aanbod door de zelfstandig gevestigde zorgaanbieders te worden aanvaard. Aangezien de rentevergoeding van zelfstandig gevestigde zorgaanbieders per halfjaar wordt vergoed, verdient het aanbeveling dat deze zorgaanbieders de verzekeraars ervan in kennis stellen dat zij opteren voor rentevergoeding.

Kenmerk
CI-1055Pagina
4 van 4*Artikel 5 lid 4*

Rente mag worden berekend over het in de beleidsregel aangegeven omzetbedrag, dat is gebaseerd op de gemiddelde doorlooptijden van DBC's. In de geestelijke gezondheidszorg komen zorgaanbieders voor die zijn gespecialiseerd in een bepaald segment van de zorg en zich hiertoe ook beperken. Daardoor is het mogelijk dat in dat geval de gemiddelde doorlooptijd van DBC's afwijkt van het landelijk gemiddelde. De bedoeling van de beleidsregel is dat de rentevergoeding in redelijke mate aansluit bij de kosten die werkelijk moeten worden gemaakt. Dit uitgangspunt houdt in dat, als de doorlooptijd in belangrijke mate langer of korter is dan het landelijke gemiddelde, de rentevergoeding wordt aangepast aan de werkelijke doorlooptijd. Teneinde de afwijkingen te beperken tot uitzonderingsgevallen is bepaald dat de afwijking meer moet bedragen dan 20%. Zorgaanbieders moeten een langere doorlooptijd aantonen. Hierbij kunnen de door de zorgaanbieder aan het DIS geleverde gegevens en het door de Vereniging HEAD en GGZ Nederland ontwikkelde model ondersteuning bieden.

Artikel 5 lid 5

De hoogte van de rente die in rekening mag worden gebracht is gekoppeld aan het een-maands-euribor. Dit tarief wordt verhoogd met een gedifferentieerde opslag. De opslag voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders is hoger dan de opslag voor zorginstellingen. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat zorginstellingen tegen aantrekkelijker voorwaarden toegang hebben tot de kapitaalmarkt dan de zelfstandig gevestigde zorgaanbieders.

Voorbeeld renteberekening zelfstandig gevestigde zorgaanbieder

Stel:

Omzet 1^e halfjaar 2008: € 55.000Euribor op de 15^e van de maanden januari t/m juni: 4%, 4,1%, 4,2%, 4,3%, 4,4% en 4,5%

Opslag op Euribor: 2%

Omzetfactor ivm gemiddelde doorlooptijd: 5

Berekening gemiddelde rente: $(6\% + 6,1\% + \dots + 6,5\%) / 6 = 6,25\%$ Berekening gemiddelde maandomzet: $\text{€ } 55.000 / 6 = \text{€ } 9.167$ Berekening rentevergoeding: $\text{€ } 9.167 * 5 * 6,25\% * 6 / 12 = \text{€ } 1.432$