

# BELEIDSREGEL BR/CU-5059

## Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

**Kenmerk**  
BR/CU-5059  
11D0036233

Ingevolge artikel 52, aanhef en onder e, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

### 1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders zoals bedoeld in de beleidsregel Overgang curatieve GGZ naar de Zvw en invoering DBC's.

Voor zover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen<sup>1</sup> of werkzaamheden<sup>2</sup> op het terrein van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

### 2. Doel van de beleidsregel

Met deze beleidsregel wordt bepaald binnen welk kader een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1 een tarief in rekening kan brengen voor rente voor deels uitgevoerde maar nog niet gefactureerde DBC-verrichtingen op het gebied van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

### 3. Begripsbepalingen

#### 3.1 Zorgaanbieder

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

#### 3.2 DBC

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

#### 3.3 A-segment, B-Segment

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

#### 3.4 Voorschot

Betalingen door een zorgverzekeraar aan een zorgaanbieder voor

---

<sup>1</sup> Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2°, van de Wmg.

<sup>2</sup> Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

toekomstige declaraties voordat de declaraties voor de desbetreffende prestatie of prestaties definitief zijn vastgesteld en verzonden. Dit betreft het onderhanden werk. De definitieve declaratie, opgesteld conform de Regeling Declaratiebepalingen, vormt de uiteindelijke betalingsverplichting.

**Kenmerk**  
BR/CU-5059  
11D0036233

**Pagina**  
2 van 6

### *3.5 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.

### *3.6 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.

## **4. Voorschotten DBC-declaraties**

1. Een zorgaanbieder kan met een zorgverzekeraar bilateraal afspraken maken over het betalen van voorschotten. De omvang van de voorschotten benaderen het bedrag van het onderhanden werk dat voor verzekerden van de zorgverzekeraar bij de zorgaanbieder in uitvoering is.
2. Aan het betalen van voorschotten dient een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar ten grondslag te liggen.
3. In de in het tweede lid 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. Op basis van de gemiddelde doorlooptijd van 8 maanden wordt de aanvullende rentevergoeding ten hoogste berekend over 4 maanden DBC omzet (inclusief het bedrag van het eventueel overeengekomen verrekenpercentage) 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.

**Kenmerk**  
BR/CU-5059  
11D0036233

**Pagina**  
3 van 6

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. De aldus berekende uitkomst wordt verhoogd met 1 maand.

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 1,5%. Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders, die niet zijn verbonden aan een instelling, bedraagt de rentevergoeding maximaal het een-maands-euribor verhoogd met 2,5%. Hierbij dient te worden uitgegaan van het euribor rentetarief op de 15e van de maand. Bij een afwijkende frequentie geldt het gemiddelde over de meerdere peildata.
6. Als aan eind van een jaar blijkt dat verzekeraars voor een te laag of te hoog bedrag voorschotten hebben verleend, of minder of meer rentekosten voor het onderhanden werk hebben vergoed dan zou mogen worden verwacht op basis van de onderhanden werk positie, dan kan bij de eindafrekening tussen partijen een aanvullende afspraak voor rentevergoeding worden gemaakt.
7. 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.

## **6. Intrekking oude beleidsregel(s)**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ', met kenmerk CU-5038, ingetrokken.

## **7. Overgangsbepaling**

De beleidsregel 'Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ', met kenmerk CU-5038, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

## **8. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2012 en vervalt met ingang van 1 januari 2013.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, aanhef en onder b, van de Wmg zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ'.

Zie toelichting

**Kenmerk**

BR/CU-5059  
11D0036233

**Pagina**

4 van 6

## Toelichting

**Kenmerk**

BR/CU-5059  
11D0036233

**Pagina**

5 van 6

### *Algemeen*

Per 1 januari 2008 is in de geestelijke gezondheidszorg gefaseerd het DBC systeem ingevoerd. De eerste stap per 2008 was dat het DBC systeem voor alle zorgaanbieders werd ingevoerd voor de financiering van de zorg. De budgetbepaling van gebudgetteerde zorgaanbieders bleef in 2008 nog gebaseerd op de voorheen geldende parameters. Deze bepalingen zijn voor 2009 niet gewijzigd, hetgeen dus betekent dat voor gebudgetteerde zorgaanbieders het DBC-systeem alleen betrekking heeft op de financiering van de curatieve GGZ. De budgetbepaling blijft gebaseerd op oude 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 4, eerste lid

De omvang van het voorschot van een verzekeraar moet de omvang van het onderhanden werk, dat bij de zorgaanbieder ten behoeve van verzekerden van de verzekeraar in uitvoering is, benaderen. Dit is nodig omdat de zorgaanbieder in geval de zorgverzekeraar een voorschot verleent, geen rentenota's meer kan sturen voor het onderhanden werk. Als de verzekeraar voor bijv. slechts 60% van het onderhanden werk een voorschot verstrekt, komen onbedoeld de financieringskosten van de resterende 40% ten laste van de zorgaanbieder, die dit niet meer via het in rekening brengen van extra rentekosten kan compenseren.

#### Artikel 5, eerste en tweede lid

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**  
BR/CU-5059  
11D0036233

**Pagina**  
6 van 6

#### Artikel 5, vierde lid

Rente mag worden berekend over het in de beleidsregel aangegeven omzetbedrag (inclusief effect van eventueel overeengekomen verrekenpercentage), 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 op de wijze als aangegeven in de tweede alinea van artikel 4 lid 4. 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, vijfde lid

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 1e halfjaar 2009: € 55.000

Euribor op de 15e van de maanden januari t/m juni: 4%, 4,1%, 4,2%, 4,3%, 4,4% en 4,5%

Opslag op Euribor: 2,5%

Omzetfactor i.v.m. gemiddelde doorlooptijd: 5

Berekening gemiddelde rente:  $(6,5\% + 6,6\% + \dots + 7,0\%) / 6 = 6,75\%$

Berekening gemiddelde maandomzet: € 55.000 / 6 = € 9.167

Berekening rentevergoeding: € 9.167 \* 5 \* 6,75% \* 6 / 12 = € 1.547