

## BELEIDSREGEL BR/CU-5062

### Tarief- en budgetmaatregel DBC's van 18.000 minuten en langer

Kenmerk  
11D0046302  
BR/CU-5062

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.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft met brief van 1 december 2011, kenmerk MC-U-3093051 ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

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 tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) die wordt geleverd door gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde zorgaanbieders als bedoeld in de beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's'. Deze beleidsregel is niet van toepassing op geestelijke gezondheidszorg waarvoor vrije tarieven gelden als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de Wmg<sup>1</sup>.

#### 2 Doel van de beleidsregel

In deze beleidsregel wordt het beleid vastgelegd dat wordt gehanteerd bij de uitvoering van de verlaging van de tarieven voor de DBC's van 18.000 minuten en langer, als bedoeld in de hierboven genoemde aanwijzing. De aanwijzing draagt de NZa op met ingang van 1 januari 2012 de tarieven van de DBC's van 18.000 minuten en langer te verlagen tot het tarief van de DBC met dezelfde diagnose in de tijdklasse van 12.000 tot en met 17.999 minuten. De instellingsbudgetten worden in lijn met deze maatregel verlaagd.

#### 3 Begripsbepalingen

##### 3.1 *Zorgaanbieder*

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

##### 3.2 *DBC*

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

##### 3.3 *Instellingsbudget*

Door de Zorgautoriteit jaarlijks per instelling voor curatieve GGZ

---

<sup>1</sup> Concreet houdt dit in dat de eerstelijns psychologische zorg buiten de reikwijdte van deze beleidsregel valt c.q. dat de maatregel niet van toepassing is op (de aanbieders van) eerstelijns psychologische zorg.

vastgestelde aanvaardbare kosten op basis van AWBZ parameters.

**Kenmerk**

11D0046302

BR/CU-5062

**Pagina**

2 van 4

### 3.4 *Tarief*

Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder.

### 3.5 *Realisatiecijfer*

Alle in een jaar geopende DBC's die conform de systematiek van de Zorgverzekeringswet worden toegerekend aan dat jaar.

## **4 Verlaging tarieven voor DBC's langer dan 18.000 minuten**

De verlaging van de tarieven voor DBC's langer dan 18.000 minuten tot het tarief van de DBC met dezelfde diagnose van 12.000 tot en met 17.999 minuten wordt toegepast op alle prestatiebeschrijvingen voor behandeling die zijn ontleend aan de geldende DBC-productstructuur. Deze productstructuur en bijbehorende tarieven zijn vastgelegd in de beleidsregel DBC-tarifering behandeling en verblijf in de curatieve geestelijke gezondheidszorg, kenmerk BR/CU-5047, alsmede de tariefbeschikking DBC GGZ, kenmerk TB/CU-5047-01.

## **5 Verlaging van de instellingsbudgetten**

- 5.1 De verlaging van de instellingsbudgetten als gevolg van de voorliggende maatregel wordt vorm gegeven door toepassing van een procentuele verlaging van het instellingsbudget. Dit percentage wordt afzonderlijk per instelling bepaald en door de instelling zelf berekend.
- 5.2 Het percentage wordt als volgt berekend, waarbij tijdens iedere stap uitgegaan dient te worden van de realisatiecijfers en DBC-tarieven van het jaar 2010:
  1. Vermenigvuldig het totaal aantal DBC's gerealiseerd in de productgroepen vanaf 18.000 minuten met het bijbehorende tarief voor behandeling;
  2. Vermenigvuldig het aantal DBC's, gebruikt in stap 1, met het DBC-tarief van de productgroep 12.000 tot en met 17.999 minuten;
  3. Trek de uitkomst van de berekening onder stap 2 af van de uitkomst van de berekening onder stap 1 (uitkomst 1 minus uitkomst 2);
  4. Deel de uitkomst van de berekening onder stap 3 door de realisatiecijfers (totale DBC-omzet inclusief verblijf) van de instelling. De uitkomst van deze deling vormt het percentage.
- 5.3 Het percentage dat voortvloeit uit de berekening in artikel 5.2 is gemaximeerd tot 2%.
- 5.4 De verlaging van de instellingsbudgetten bedraagt de toepassing van de uitkomst van de berekening, genoemd in artikel 5.2, op het budget 2012 vóór productieafspraken (rekenstaat 2012, inclusief voorlopige indexering 2012), peildatum 15 november 2011, met aftrek van de tariefmaatregel GGZ Zvw 2010 (BR/CU-5019) en de kapitaallasten voor verblijf.
- 5.5 In het door de zorgaanbieder en zorgverzekeraar in te vullen, te ondertekenen en bij de NZa in te dienen budgetformulier, zal een regel worden toegevoegd waarin het percentage, bedoeld in artikel 5.2, dient te worden ingevuld. Het bedrag, zoals bedoeld in artikel

5.4, waarmee het instellingsbudget wordt verlaagd, wordt zichtbaar op het budgetformulier.

**Kenmerk**

11D0046302

BR/CU-5062

5.6 De (representerende) zorgverzekeraar en zorgaanbieder passen bovenstaande rekenregels verplicht toe.

**Pagina**

3 van 4

5.7 De budgetmaatregel bedoeld in dit artikel kan worden gerealiseerd via een prijs- of een volumeverlaging, dan wel via een combinatie van een prijs- en volumeverlaging.

5.8 Gebudgetteerde instellingen die in overleg met de zorgverzekeraar vanaf 1 januari 2012 ervoor kiezen hun gerealiseerde productie te verantwoorden in DBC's in plaats van budgetparameters (beleidsregel BR/CU-5052), worden niet gevrijwaard van de onderhavige maatregel. Voor hen geldt dezelfde verlaging van de budgetten als wanneer zij hun gerealiseerde productie blijven verantwoorden in budgetparameters.

## **6. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2012. 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: Tarief- en budgetmaatregel DBC's van 18.000 minuten en langer.

**Kenmerk**

11D0046302

BR/CU-5062

**Pagina**

4 van 4

**Toelichting**

De aanwijzing van de Minister van VWS heeft als titel 'maatregel 18.000 plus DBC's'. Het doel van de aanwijzing is het verlagen van de tarieven voor de DBC's van 18.000 minuten en langer. De tarieven van de DBC's van 18.000 minuten en langer worden tot het tarief van de DBC met dezelfde diagnose in de tijdklasse van 12.000 tot en met 17.999 minuten verlaagd. In lijn hiermee worden ook de instellingsbudgetten verlaagd.

De aanwijzing is alleen van invloed op de tweedelijns GGZ. De eerstelijns psychologische zorg valt buiten deze beleidsregel aangezien zij geen DBC's declareren.

Het verlagen van de instellingsbudgetten wordt vorm gegeven door toepassing van een procentuele verlaging van het instellingsbudget. Dit percentage wordt afzonderlijk per instelling bepaald en door de instelling zelf berekend. Hiervoor zijn rekenregels in deze beleidsregel opgenomen. Het percentage wordt door zorgverzekeraar en instelling ingevuld op het budgetformulier. Na invullen van de rekenstaat Zvw 2012 en het percentage wordt het bedrag waarmee het budget verlaagt dient te worden zichtbaar. Het percentage is gemaximeerd op 2%.

Voor de berekening gebruiken de instellingen de geopende DBC's in het jaar 2010. Hiermee wordt de systematiek van de Zorgverzekeringswet gevolgd, hetgeen inhoudt dat de DBC toegerekend wordt aan het jaar van opening. Dit wijkt af van het verantwoordingsdocument DBC GGZ omzet waarbij de afgesloten DBC's in een kalenderjaar leidend zijn. De Zvw systematiek wordt gevolgd omdat dit aansluit bij de product- en tariefstructuur voor 2010. Alle door de instelling in het kalenderjaar 2010 geopende DBC's (d.w.z. ongeacht of deze DBC's gefactureerd zijn) tellen mee voor de bepaling c.q. berekening van de realisatiecijfers 2010.

Het bedrag waarmee het budget verlaagt wordt, wordt berekend door het totaal Zvw budget vóór productieafspraken 2012, na aftrek van de tariefmaatregel 2010 (beleidsregel CU-5019) en kapitaallasten van verblijf te vermenigvuldigen met het berekende percentage. De partijen kunnen tijdens de onderhandelingen besluiten de verlaging over prijs, over volume, dan wel over een combinatie van prijs en volume te redresseren.

De reden waarom de kapitaallasten voor verblijf en de tariefmaatregel 2010 worden afgezonderd in de berekening, is dat deze twee factoren niet onderhandelbaar zijn.

Wanneer zorgaanbieders en zorgverzekeraars de productieafspraken, op basis van budgetparameters, indienen bij de NZa dient door deze partijen duidelijk op de budgetformulieren vermeld te worden hoe de verlaging van het budget wordt terugbetaald.