

## **Invoering DBC-bekostiging voor gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ**

Kenmerk  
BR/CU-5073

### **Inleidende bepalingen**

*In de brief van 21 februari 2012, kenmerk TK 2010-11, 25 424, nr. 160, aan de Tweede Kamer heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangegeven dat zij voornemens is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een aanwijzing als bedoeld in artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) te geven met als doel per 1 januari 2013 prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg in te voeren. Na het verstrijken van de voorhangtermijn, heeft de Minister van VWS op 11 juli 2012 de hierboven genoemde aanwijzing aan NZa verstrekt. De voorliggende beleidsregel bevat een uitwerking van die aanwijzing.*

*Voor de overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging stelt de NZa in het jaar 2013 voor iedere gebudgetteerde zorgaanbieder eenmalig een transitie- en verrekenbedrag vast op basis van de productieafspraken 2013. Om het transitie- en verrekenbedrag te kunnen vaststellen, dient de gebudgetteerde zorgaanbieder afspraken te maken met de representerende zorgverzekeraars in zowel Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) als in budgetparameters. Dit geldt ook voor gebudgetteerde zorgaanbieders die over 2012 gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid enkel in DBC's hun productie te verantwoorden.*

*Op basis van het vastgestelde transitiebedrag wordt een verrekenbedrag vastgesteld. Bij een positief verrekenbedrag kent de NZa de betreffende zorgaanbieder dit bedrag door middel van een beschikbaarheidsbijdrage toe. Uitbetaling van het bedrag c.q. de beschikbaarheidsbijdrage geschiedt via het Zorgverzekeringsfonds. Bij een negatief verrekenbedrag geeft de NZa de desbetreffende zorgaanbieder een aanwijzing als bedoeld in artikel 76 Wmg strekkende tot storting van dit bedrag in het Zorgverzekeringsfonds.*

### **Aanhef**

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.

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder d, van de Wmg, stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om een grens vast te stellen op grond van artikel 50, tweede lid, van de Wmg.

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder e, van de Wmg stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid tot het vaststellen van een beschikbaarheidsbijdrage als bedoeld in artikel 56a van de Wmg.

Ingevolge artikel 52 aanhef en onder f, respectievelijk artikel 56a, tweede lid, onder b, van de Wmg worden tarieven en

beschikbaarheidsbijdragen die uit deze beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073

Ingevolge artikel 59, onderdelen b, c en e, van de Wmg heeft de Minister van VWS met brief van 11 juli 2012, kenmerk MC-U-3122393, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg aan de NZa gegeven.

**Pagina**  
2 van 17

## 1 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op tweedelijns<sup>1</sup> curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als bedoeld in artikel 4, onder a van deze beleidsregel, die wordt geleverd door gebudgetteerde zorgaanbieders als bedoeld in artikel 4, onder d.

## 2. Doel van de beleidsregel

Doel van deze beleidsregel is vastlegging van het beleid inzake de overgang van de curatieve GGZ van bekostiging op basis van budgetbekostiging naar DBC-bekostiging. Daartoe legt de NZa in deze beleidsregel vast hoe in 2013 het verrekenbedrag zoals bedoeld in artikel 4, onder o, wordt vastgesteld voor gebudgetteerde zorgaanbieders en de daarbij geldende procedures en termijnen.

## 3. Leeswijzer

Artikel 4 bevat een overzicht van de belangrijkste, in deze beleidsregel gehanteerde begrippen, telkens voorzien van een verklarende omschrijving c.q. definitie. In artikel 5 wordt ingegaan op de productieafspraken die zorgaanbieders en representerende zorgverzekeraars in 2013 maken. Vervolgens is in artikel 6 de procedure rondom de vaststelling en betaling van het verrekenbedrag nader uitgewerkt. In artikel 7 wordt het proces beschreven rondom de aanvullende productieafspraken. Vervolgens wordt in artikel 8 uitgewerkt welke procedure de NZa volgt indien formulieren niet of niet volledig bij de NZa worden ingediend. Tenslotte volgt in artikel 9 een overzicht van de overige, van toepassing zijnde beleidsregels, de intrekking van oude beleidsregels (artikel 10), een overgangsbepaling (artikel 11) en een artikel over de inwerkingtreding en citeertitel van deze beleidsregel (artikel 12).

De manier waarop de nacalculatie over 2013 plaats zal vinden, zal in een separate beleidsregel worden uitgewerkt.

## 4. Begripsbepalingen

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

- a. *curatieve geestelijke gezondheidszorg*: geneeskundige (op genezing gerichte) geestelijke gezondheidszorg;
- b. *geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*: zorg als bedoeld in de Wet van 2 november 2006 tot wijziging van het tijdstip waarop die

---

<sup>1</sup> De term 'tweedelijns' is hier bewust gekozen ter onderscheiding van de eerstelijns psychologische zorg, waarvoor vrije tarieven gelden als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel a, van de Wmg. Op laatstgenoemde categorie zorg is deze beleidsregel derhalve niet van toepassing. Waar in deze beleidsregel wordt gesproken van curatieve GGZ wordt steeds bedoeld op tweedelijns curatieve GGZ.

- zorg deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Stb. 2006, 630, Artikel III);
- c. *zorgaanbieder*: de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig curatieve geestelijke gezondheidszorg verleent;
  - d. *gebudgetteerde zorgaanbieder*: rechtspersoon als bedoeld onder c, voor zover deze met een representerende zorgverzekeraar voor 2013 en/of eerdere jaren productieafspraken in zowel budgetparameters als DBC's maakt, respectievelijk heeft gemaakt, en welke afspraken resulteren, dan wel hebben geresulteerd, in een door de NZa vast te stellen transitiebedrag (2013), respectievelijk vast te stellen of vastgesteld budget (2012 en eerdere jaren);
  - e. *niet-gebudgetteerde zorgaanbieder*: zorgaanbieder, met uitzondering van zorgaanbieders bedoeld onder d;
  - f. *zorgverzekeraar*: een verzekeraar als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Zorgverzekeringswet;
  - g. *representerende zorgverzekeraar*: zorgverzekeraar, aangewezen op grond van het representatiemodel van Zorgverzekeraars Nederland, die per regio namens meerdere zorgverzekeraars in die regio met gebudgetteerde zorgaanbieders productieafspraken als bedoeld onder k, l en m maakt;
  - h. *DBC (Diagnose Behandeling Combinatie)*: prestatiebeschrijving ten behoeve van de levering van curatieve geestelijke gezondheidszorg die het geheel van activiteiten gedurende het zorgtraject typeert, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt een zorgaanbieder consulteert;
  - i. *NHC (normatieve huisvestingscomponent)*: een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) nieuwbouw en instandhouding;
  - j. *beschikbaarheidsbijdrage*: een bijdrage als bedoeld in artikel 56a Wmg;
  - k. *productieafpraak in budgetparameters*: afspraak tussen een gebudgetteerde zorgaanbieder en zijn representerende zorgverzekeraars over de omvang van de in het kalenderjaar 2013 te leveren curatieve GGZ in termen van budgetparameters, een en ander op de wijze als beschreven in artikel 5.2;
  - l. *productieafpraak in DBC's*: afspraak tussen een gebudgetteerde zorgaanbieder en zijn representerende zorgverzekeraars over de omvang van de in 2013 te openen DBC's, een en ander op de wijze als beschreven in artikel 5.3;
  - m. *aanvullende productieafpraak*: afspraak over te openen DBC's in het jaar 2013 na vaststelling van het verrekenbedrag, een en ander op de wijze als beschreven in artikel 7;
  - n. *transitiebedrag*: productieafpraak in budgetparameters minus productieafpraak in DBC's, waarvan uitgesloten de kapitaallasten en de individuele componenten zoals genoemd in artikel 5.2 tot en met artikel 5.4.;
  - o. *verrekenbedrag*: resultante van de vermenigvuldiging van het transitiebedrag met een verrekenfactor;
  - p. *verrekenfactor*: factor van 0,70 (voor zorgaanbieders die voldoen aan de criteria genoemd onder artikel 6.1.2 geldt een factor van 0,95) waarmee het transitiebedrag wordt vermenigvuldigd teneinde het verrekenbedrag te kunnen vaststellen.

Kenmerk

BR/CU-5073

Pagina

3 van 17

## 5. Productieafspraken

Kenmerk

BR/CU-5073

Pagina

4 van 17

Omdat de Minister van VWS de financiële risico's als gevolg van de overgang naar DBC-bekostiging wenste te beperken is op last van de Minister een transitie-model vastgesteld. Om deze reden zal de NZa voor alle gebudgetteerde zorgaanbieders een transitiebedrag vaststellen op basis van de productieafspraken conform artikel 4 onder k en l. Vervolgens wordt dit bedrag omgerekend in een verrekenbedrag.

Het transitiebedrag wordt vastgesteld door de productieafpraak in budgetparameters te vergelijken met de productieafpraak in DBC's. Hiervoor geldt dat alleen de zorg vergeleken wordt die in beide systematieken voorkomt en die niet reeds vergoed wordt via een beschikbaarheidsbijdrage of via het invoertraject van de NHC's. In artikel 5.2 en 5.3 wordt uitgewerkt hoe deze berekeningen worden gedaan. De onderbouwing van deze berekening vindt u in de toelichting. Het rekenvoorbeeld staat in de bijlage.

### 5.1 Procedure en indieningstermijn productieafsprakenformulier 2013

5.1.1 Om het verrekenbedrag te kunnen vaststellen dient de gebudgetteerde zorgaanbieder afspraken te maken met de representerende zorgverzekeraars over zowel DBC's als budgetparameters, conform de definities van artikel 4.

5.1.2 Ook gebudgetteerde zorgaanbieders die voorheen op basis van de beleidsregel 'Procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten GGZ Zvw' met kenmerk BR/CU-5077 hebben gekozen voor de mogelijkheid om hun productie enkel in DBC's te verantwoorden, dienen zowel een productieafpraak in budgetparameters als een productieafpraak in DBC's in.

5.1.3 Voor de opgave van de productieafspraken wordt gebruik gemaakt van een door de NZa elektronisch beschikbaar gesteld formulier 'Productieafspraken curatieve GGZ 2013', via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

5.1.4 De gebudgetteerde zorgaanbieders en representerende zorgverzekeraar maken vóór 1 januari 2013 aan de NZa bekend welke productieafspraken zij zi

jn overeengekomen. Uit deze productieafspraken volgt het transitiebedrag. Indien indiening voor deze termijn niet mogelijk is, betreft de uiterlijke termijn van indiening 1 maart 2013.

### 5.2 Productieafpraak in budgetparameters

5.2.1 De productieafpraak in budgetparameters betreft het geheel van afspraken binnen de huidige budgetbekostiging: intramurale zorg<sup>2</sup>, extramurale zorg<sup>3</sup>, individuele componenten<sup>4</sup>, de kortingsmaatregel GGZ 2010<sup>5</sup>, de kortingsmaatregel GGZ 2012 en kapitaallasten<sup>6</sup>. Niet alle posten worden meegenomen bij de vaststelling van het transitiebedrag.

5.2.2 De productieafspraken over intramurale zorg en extramurale zorg betreft de zorg die in het kalenderjaar 2013 wordt geleverd.

---

<sup>2</sup> Presentatieregels 10, 15, 20 en 25 van de rekenstaat

<sup>3</sup> Presentatieregels 30 van de rekenstaat

<sup>4</sup> Presentatieregels 40 van de rekenstaat

<sup>5</sup> Presentatieregels 45 van de rekenstaat

<sup>6</sup> Presentatieregels 60 en 70 van de rekenstaat

5.2.3. De kapitaallasten voor verblijf conform de eerste rekenstaat 2013 worden niet meegenomen in de vaststelling van het transitiebedrag. Dit bedrag wordt geschoond voor:

- Inventaris conform regel 70 van de rekenstaat;
- Rente op inventaris. Deze wordt berekend als 22,5% van de post 'inventaris' zoals hierboven genoemd;
- Het forfait 'aandeel behandeling tijdens verblijf'. Het forfait wordt berekend als 5% van de kapitaallasten voor verblijf minus de inventaris en de rente op inventaris.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073  
**Pagina**  
5 van 17

Als er sprake is van een post 'tijdelijke kapitaallasten' onder de presentatieregel 'overige componenten' wordt deze eveneens niet meegenomen in de vaststelling van het transitiebedrag.

5.2.4 Voor de individuele en overige budgetcomponenten, met uitzondering van afschrijvingskosten dubieuze debiteuren<sup>7</sup>, geldt dat ten hoogste het bedrag dat in 2012 (inclusief index) met de representerende zorgverzekeraars is afgesproken, bij instemming door de representerende zorgverzekeraars, ingezet kan blijven worden voor de desbetreffende component.

De budgetcomponent Dienstverlening en de budgetcomponent Dwang en Drang komen per 2013 te vervallen. Hierover kunnen geen afspraken meer worden gemaakt.

Conform de aanwijzing zoals bedoeld in de inleidende bepalingen worden de volgende componenten niet meegenomen bij de vaststelling van het transitiebedrag:

- bestendig beleid, indien de zorgaanbieder hiervoor een beschikbaarheidsbijdrage ontvangt;
- bijzonderheid organisatie, indien de zorgaanbieder hier een beschikbaarheidsbijdrage voor ontvangt;
- oorlogsslachtoffers, indien de zorgaanbieder hier een beschikbaarheidsbijdrage voor ontvangt;
- vluchtelingen/ asielzoekers, indien de zorgaanbieder hier een beschikbaarheidsbijdrage voor ontvangt;

De volgende componenten worden wel meegenomen bij de vaststelling van het transitiebedrag:

- bestendig beleid, indien de zorgaanbieder hiervoor geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangt;
- bijzonderheid organisatie, indien de zorgaanbieder hiervoor geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangt;
- oorlogsslachtoffers, indien de zorgaanbieder hiervoor geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangt;
- vluchtelingen/asielzoekers, indien de zorgaanbieder hiervoor geen beschikbaarheidsbijdrage ontvangt;
- doventoeslag;
- intensieve crisisverslavingszorg;
- orthopsychiatrie;
- snelle detoxificatie;
- SGLVG-bedden;
- duurzaam verblijf verslaafden;
- lichamenlijk gehandicapten;
- dubieuze debiteuren

<sup>7</sup> Zie beleidsregel 'Afschrijvingskosten dubieuze debiteuren curatieve GGZ' met kenmerk BR/CU-5066.

5.2.5. De tariefmaatregel curatieve GGZ 2010 (zie beleidsregel BR/CU-5067) en de tarief- en budgetmaatregel 2012 (zie beleidsregel BR/CU-5071) werken door in de productieafspraken.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073

**Pagina**  
6 van 17

5.2.6. Bij de vaststelling van het transitiebedrag wordt het budget verlaagd met een component urinecontroles Methadon, aangezien deze niet voorkomt in de DBC-bekostiging. Deze verlaging wordt gebaseerd op de afspraak die gemaakt is voor prestatie F127 methadonverstrekking. Per deelnemer per jaar wordt een bedrag van € 52,75 in mindering gebracht.

5.2.7. Bij de vaststelling van het transitiebedrag wordt het budget verhoogd met de afspraak die gemaakt is voor de overige deelprestatie electroconvulsietherapie (ECT). Voor ECT geldt dat deze prestaties per 2013 als DBC-deelprestatie kunnen worden gedeclareerd, maar dat voor de bekostiging van ECT in de budgetsystematiek geen afzonderlijke parameter bestaat. Om deze reden worden de afspraak voor de DBC-deelprestatie ECT opgeteld bij de productieafspraken in budgetparameters.

5.2.8. Resultaat van de berekening onder 5.2.1. t/m 5.2.7. is het bedrag in budgetparameters dat meegenomen wordt in de berekening van het transitiebedrag.

### *5.3 Productieafpraak in DBC's*

5.3.1 De productieafpraak in DBC's betreft het geheel van afspraken voor DBC's behandeling (ambulant en verblijf), afspraken voor deelprestaties verblijf en afspraken voor deelprestaties overig.

5.3.2. Voor de deelprestaties verblijf geldt dat de tarieven voor deze prestaties worden verhoogd met een NHC. Zie hiervoor de beleidsregel 'Tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) in de curatieve GGZ' met kenmerk BR/CU-5065. Het deel van de afspraak dat met NHC samenhangt wordt niet meegenomen in de vaststelling van het transitiebedrag.

5.3.3 Het is in 2013 niet meer mogelijk om een verrekenpercentage<sup>8</sup> te hanteren zoals dit voorheen tussen gebudgetteerde zorgaanbieder en verzekeraars kon worden afgesproken. Voor DBC's geopend vóór 1 januari 2013 geldt het voor de zorgaanbieder vastgestelde verrekenpercentage zoals voortvloeit uit het beleid zoals vastgesteld in beleidsregel 'Vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten GGZ Zvw' met kenmerk BR/CU-5054.

5.3.4 Voor de productieafspraken in DBC's die voor het jaar 2013 dienen te worden gemaakt, geldt dat voor alle aanbieders van tweedelijns curatieve GGZ, en dus ook voor gebudgetteerde zorgaanbieders, sprake is van maximumtarieven, als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de Wmg, met een ondergrens van € 0,-. In aanvulling hierop geldt dat, enkel na overeenstemming met de representerende zorgverzekeraar, met ingang van 1 januari 2013 aan zorgaanbieders<sup>9</sup> die gelet op hun zorgzwaarte niet uitkomen met het maximumtarief een uitzonderingsmogelijkheid wordt geboden om tot een maximum van 10% boven het geldende maximumtarief prijsafspraken te maken. In dit verband wordt ook wel gesproken van een max-max tarief.

<sup>8</sup> Het verrekenpercentage betreft een ex ante afgesproken individuele procentuele opslag op het DBC-tarief waarmee aansluiting werd bereikt tussen enerzijds het verwachte budget en anderzijds de verwachte DBC-omzet.

<sup>9</sup> Hier wordt dus op zowel gebudgetteerde als niet-gebudgetteerde zorgaanbieders bedoeld.

Vanzelfsprekend kunnen ook prijsafspraken worden gemaakt onder het maximumtarief met, zoals reeds opgemerkt, een ondergrens van € 0,-<sup>10</sup>. Aldus is sprake van zogenaamde asymmetrische bandbreedtetarieven.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073  
**Pagina**  
7 van 17

Tarieven mogen in rekening worden gebracht vanaf 1 januari 2013. Gebruikmaking van het max-max tarief is uitsluitend mogelijk, indien daarover overeenstemming<sup>11</sup> bestaat tussen de representerende zorgverzekeraars en zorgaanbieder die tot uitdrukking komt in een overeenkomst tussen beiden. Voor de NHC's gelden geen bandbreedtetarieven.

5.3.5. De tarief- en budgetmaatregel 2012 (zie beleidsregel BR/CU-5071) werkt door in de productieafspraken.

#### 5.4 Vaststellen transitiebedrag

5.4.1 De NZa stelt het transitiebedrag vast door de productieafpraak 2013 in budgetparameters, zoals uitgewerkt in artikel 5.2, te verminderen met de productieafpraak 2013 in DBC's, zoals uitgewerkt in artikel 5.3.

### 6. Procedure vaststelling en betaling verrekenbedrag 2013

In de onderstaande twee artikelen wordt de procedure en vaststelling van het verrekenbedrag en de procedure rondom de betaling van het verrekenbedrag uitgewerkt.

#### 6.1 Procedure en vaststelling verrekenbedrag

6.1.1 De NZa stelt voor elke gebudgetteerde zorgaanbieder eenmalig voor het jaar 2013 een verrekenbedrag vast door het transitiebedrag te vermenigvuldigen met de verrekenfactor 0,70, behalve voor gebudgetteerde zorgaanbieders die voldoen aan de criteria genoemd onder artikel 6.1.2.

6.1.2 De NZa hanteert op schriftelijk verzoek van de zorgaanbieder een verrekenfactor van 0,95 voor gebudgetteerde zorgaanbieders die voldoen aan alle volgende criteria:

1. niet-geïntegreerde zorgaanbieders<sup>12</sup>;
2. die zich *uitsluitend* toeleggen op de zorg aan een specifieke cliënten doelgroep, dat wil zeggen een cliënten doelgroep met een specifieke aandoening en/of<sup>13</sup> specifieke problematiek<sup>14</sup>;
3. die hun zorg niet in een (somatische) ziekenhuissetting leveren;
4. die een bovenregionale functie en/of een specifieke kennisfunctie (en dus een grotendeels bovenregionale cliëntenpopulatie) hebben;

<sup>10</sup> De overeengekomen aantal verblijfsdagen bevatten per verblijfs categorie een vast tarief voor de bijbehorende NHC. De ondergrens van € 0-, geldt niet voor het integrale verblijfstarief, aangezien hier sprake is van minimaal de vaste NHC-vergoeding, naast het component voor zorg waar wel een bandbreedte voor geldt.

<sup>11</sup> Op basis van het representatiemodel

<sup>12</sup> Onder een niet-geïntegreerde zorgaanbieder wordt verstaan: een zorgaanbieder waar (uitsluitend) curatieve GGZ wordt geleverd voor de behandeling van een bepaalde ziekte of ziektegroep of aan personen met een specifieke problematiek of aan personen in een bepaalde leeftijdsklasse.

<sup>13</sup> Het hoeft niet per se te gaan om een cliëntengroep met een bepaalde aandoening, maar het kan ook gaan om (a) de behandeling van cliënten met aandoeningen die samenhangen met een specifieke problematiek, zoals geweld in afhankelijkheidsrelaties en/of (b) de behandeling van cliënten met specifieke problematiek die vraagt om specifieke deskundigheid bij de behandeling van psychiatrische aandoeningen, zoals doofheid.

<sup>14</sup> Dit betekent bijvoorbeeld dat het enkele feit dat een zorgaanbieder zich op kinderen en jeugd richt niet voldoende is om een beroep kunnen doen op het afwijkende transitierégime.

5. waarbij de overgang naar bekostiging op basis van DBC's bijzondere transitierisico's met zich mee kan brengen voor de continuïteit van zorg voor de betreffende cliëntengroepen. Het ministerie van VWS heeft in de aanwijzing met kenmerk MC-U-3122397 bepaald dat dit het geval is indien de afspraken voor 2013 in termen van budgetparameters ten minste 15% hoger liggen dan de afspraken in termen van DBC's.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073  
**Pagina**  
8 van 17

## *6.2 Procedure afwikkeling verrekenbedrag*

### *Verwerking in rekenstaat en beschikking*

6.2.1 De productieafspraken in budgetparameters en de productieafspraken in DBC's, met het transitiebedrag en het verrekenbedrag als resultante hiervan, zullen door de NZa worden vastgelegd in een rekenstaat 2013 en een individuele beschikking.

6.2.2 De hierboven genoemde rekenstaat is de laatste rekenstaat die de NZa over 2013 (en verdere jaren) afgeeft. Na vaststelling van het verrekenbedrag zal de rekenstaat niet meer worden gewijzigd.

### *Positief verrekenbedrag*

6.2.3 Indien het verrekenbedrag positief is, stelt de NZa hiervoor ambtshalve per zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage vast.

6.2.4 Nadat de NZa een beschikking heeft afgegeven, gaat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) op grond van artikel 56a Wmg over tot betaling van de beschikbaarheidsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

6.2.5 De betaling van de beschikbaarheidsbijdrage geschiedt in maandelijkse termijnen gedurende het jaar 2013 vanaf het moment van vaststelling van het verrekenbedrag door de NZa tot 31 december 2013.

### *Negatief verrekenbedrag*

6.2.6 Indien het verrekenbedrag negatief is, geeft de NZa op grond van artikel 76 Wmg een aanwijzing aan de zorgaanbieder die verplicht tot storting van het verrekenbedrag in het Zorgverzekeringsfonds.

6.2.7 De betaling van het verrekenbedrag door de zorgaanbieder geschiedt in maandelijkse termijnen gedurende het jaar 2013 vanaf het moment van vaststelling van het verrekenbedrag door de NZa tot 31 december 2013.

## **7. Aanvullende productieafspraken 2013**

De productieafpraak in DBC's dient primair om het transitiebedrag en het verrekenbedrag vast te stellen. Het is voor partijen mogelijk om hun productieafpraak gedurende 2013 te wijzigen. De relatie van deze aanvullende productieafspraken met de nacalculatie 2013 zal in een separate beleidsregel worden uitgewerkt.

7.1 Het is mogelijk om na vaststelling van het verrekenbedrag aanvullende productieafspraken over het jaar 2013 te maken. Aanleiding voor deze afspraken kan zowel een reguliere aanpassing, een capaciteitsmutatie als een overheveling van middelen conform de beleidsregel 'Overheveling GGZ Budget AWBZ-Zvw' met kenmerk AL/BR-0009 zijn'.



7.2 Aanvullende productieafspraken hoeven niet bij de NZa te worden ingediend. Het is de verantwoordelijkheid van de representerende zorgverzekeraars en de aanbieder om deze bij te houden. De NZa zal eventuele ingediende aanvullende productieafspraken derhalve niet verwerken in een rekenstaat.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073  
**Pagina**  
9 van 17

7.3 Aanvullende productieafspraken hebben geen invloed op het vastgestelde transitiebedrag en verrekenbedrag.

7.4 In verband met het vervallen van het representatiemodel per 1 januari 2014 kunnen representerende zorgverzekeraars en de zorgaanbieder tot uiterlijk 31 december 2013 aanvullende productieafspraken maken.

## **8. Verplichte informatieverstrekking**

8.1 In de regeling 'Informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ' staat beschreven wanneer een zorgaanbieder aan haar aanleververplichting heeft voldaan. Indien het in deze beleidsregel genoemde productieafsprakenformulier niet, niet tijdig of onvolledig door zowel zorgaanbieder als representerende zorgverzekeraar(s) bij de NZa worden ingediend, hanteert de NZa de volgende procedure.

### *8.1.1 Eenzijdige opgave door zorgaanbieder*

Bij eenzijdige opgave verzoekt de NZa na het verstrijken van de uiterlijke indieningstermijn de representerende zorgverzekeraars om alsnog binnen vier weken tot overeenstemming te komen en eventueel bereikte overeenstemming door middel van een tweezijdige aanvraag te bevestigen. Indien zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars binnen deze vier weken geen overeenstemming bereiken, kunnen de representerende zorgverzekeraars tevens binnen deze vier weken een eenzijdige aanvraag bij de NZa indienen. In dat geval is de in artikel 8.1.2 beschreven procedure van toepassing. Zodra de termijn van vier weken is verstreken, en de NZa geen reactie van de representerende zorgverzekeraars heeft ontvangen – in de vorm van een tweezijdige aanvraag dan wel in de vorm van een eenzijdig ingediende aanvraag-, zal de NZa uitgaan van de eenzijdige opgave.

### *8.1.2 Niet overeenstemmende opgaven*

Voor het productieafsprakenformulier geldt dat indien de aanvragen van zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars niet overeenstemmen, de NZa zal uitgaan van het productieafsprakenformulier met de laagst ingediende totale productieafpraak in DBC's en de daarbij behorende budgetafspraken.

### *8.1.3 Geen of onvolledige opgave*

Indien de NZa geen of een onvolledige opgave van het productieafsprakenformulier heeft ontvangen, verzoekt de NZa, overeenkomstig artikel 4:5, eerste lid, onderdeel c, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), de zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraars om alsnog binnen vier weken een (volledige) opgave in te dienen. Wanneer na het verstrijken van deze vier weken door geen van beide partijen een (volledige) opgave is ingediend en er bij de NZa geen bijzondere omstandigheden bekend zijn, zal de NZa een handhavingstraject starten met gebruikmaking van de handhavingsinstrumenten als genoemd in hoofdstuk 6 van de Wmg. Langs deze weg wordt afgedwongen dat de informatie, die noodzakelijk

is voor de vaststelling van het verrekenbedrag, alsnog door de NZa wordt ontvangen.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073

**Pagina**  
10 van 17

## **9. Samenhang met andere beleidsregels (kapstokbepaling)**

De vaststelling van het transitiebedrag en het verrekenbedrag, op de wijze zoals in deze beleidsregel is beschreven, vindt plaats in samenhang met diverse andere beleidsregels. Sommige van die beleidsregels zijn - evenals de voorliggende beleidsregel - nieuw en treden met ingang van 1 januari 2013 in werking. Andere betreffen reeds in 2012 bestaande beleidsregels, waarvan de werking c.q. geldigheid in 2013 wordt gecontinueerd. Beleidsregels die nog geen kenmerk hebben zijn nog niet vastgesteld.

### *Nieuwe (per 1 januari 2013) beleidsregels:*

- beleidsregel 'Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) in de curatieve GGZ', met kenmerk BR/CU-5064;
- beleidsregel 'Tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) in de curatieve GGZ', met kenmerk BR/CU-5065;
- beleidsregel 'Beschikbaarheidsbijdrage curatieve zorgfuncties 2013'<sup>15</sup>;
- beleidsregel 'Macrobeheersingsinstrument curatieve GGZ' (onder voorbehoud);
- beleidsregel 'Nacalculatie 2013 curatieve GGZ' (onder voorbehoud).

### *Bestaande beleidsregels en nadere regels die hun werking/geldigheid in 2013 behouden:*

- beleidsregel 'Intramurale curatieve GGZ: loon- en materiële kosten', met kenmerk BR/CU-5070;
- beleidsregel 'Extramurale zorg curatieve GGZ', met kenmerk BR/CU-5069;
- beleidsregel 'Afschrijvingskosten dubieuze debiteuren curatieve GGZ', met kenmerk BR/CU-5066;
- beleidsregel 'Tariefmaatregel curatieve GGZ2010', met kenmerk BR/CU-5067;
- beleidsregel 'Tarief- en budgetmaatregel tweedelijns curatieve GGZ 2012', met kenmerk BR/CU-5071;
- beleidsregel 'Overige producten curatieve GGZ', met kenmerk BR/CU-5074;
- beleidsregel 'Overheveling GGZ budget AWBZ-Zvw', met kenmerk AL/BR-0009;
- beleidsregel 'Toetsingskader productstructuur DBC en DBBC systematiek', met kenmerk BR/CU-5075.
- beleidsregel 'Definities budgetsystematiek curatieve GGZ', met kenmerk BR/CU-5040;
- nadere regel 'Regeling publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ', met kenmerk GG/NR-100.106;
- nadere regel 'Regeling verplichte aanlevering minimale dataset curatieve GGZ', met kenmerk NR/CU-526

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

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel worden de navolgende beleidsregels ingetrokken:

- beleidsregel 'Dwang en drang in de GGZ', met kenmerk BR/CU-5058;
- beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's' met kenmerk BR/CU-5052;

<sup>15</sup> Deze beleidsregel is uitsluitend van toepassing op de beschikbaarheidsbijdrage van enkele specifieke individuele componenten zoals genoemd in artikel 5.2.4.

- beleidsregel 'Procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten', met kenmerk BR/CU-5077;
- beleidsregel 'Vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten GGZ Zwv' met kenmerk BR/CU-5054;
- beleidsregel 'Tarief- en budgetmaatregel DBC's van 18.000 minuten en langer' met kenmerk BR/CU-5062;
- beleidsregel 'Rentevergoeding opbrengstverrekening' met kenmerk BR/CU-5060;
- beleidsregel 'Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ' met kenmerk BR/CU-5059;
- beleidsregel 'Tarifiering onderlinge dienstverlening GGZ Zwv' met kenmerk BR/CU-5028.
- beleidsregel 'DBC tarifiering behandeling en verblijf in de curatieve GGZ' met kenmerk BR/CU-5047.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073  
**Pagina**  
11 van 17

### **11. Overgangsbepaling**

De beleidsregels genoemd in artikel 10 blijven van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

### **12. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2013 en vervalt met ingang van 1 januari 2014.

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

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel invoering DBC-bekostiging voor gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ'.

## Toelichting

Kenmerk

BR/CU-5073

Pagina

12 van 17

### *Algemeen*

Het Ministerie van VWS heeft de NZa een aanwijzing gegeven met als doel per 1 januari 2013 prestatiebekostiging in de tweedelijns curatieve GGZ in te voeren.

De verwijzing in artikel 6 van de aanwijzing naar artikel 50, tweede lid, Wmg, is noodzakelijk om de vaststelling van het transitiebedrag en verrekenbedrag, te voorzien van de vereiste (wettelijke) juridische basis. Artikel 6 van de aanwijzing vormt daarmee een juridische kapstok om het transitiemodel voor de curatieve GGZ niet alleen in praktische maar ook in juridische zin verantwoord te kunnen invoeren.

Binnen prestatiebekostiging worden zorgaanbieders bekostigd op basis van DBC-realisatie. Een zorgaanbieder haalt zijn inkomsten in 2013 uit DBC's, maar om de overgang verantwoord en behoedzaam te laten verlopen, heeft de minister de NZa gevraagd om een licht transitiemodel voor de huidige gebudgetteerde zorgaanbieders vorm te geven. Het transitiemodel voor de cGGZ is een eenjarig model voor het jaar 2013. Alle gebudgetteerde zorgaanbieders vallen onder dit transitiemodel. Dit betekent dat gebudgetteerde zorgaanbieders in 2013 nog één keer productieafspraken in budgetparameters én DBC's maken. Deze worden gebruikt ter vaststelling van het verrekenbedrag. Het verrekenbedrag is het bedrag dat een zorgaanbieder ontvangt of moet afstaan om financiële risico's als gevolg van de overgang naar DBC bekostiging te beperken.

Deze beleidsregel moet worden gezien in samenhang met diverse andere beleidsregels. Deze staan beschreven in artikel 9 van deze beleidsregel.

Meer informatie rondom de overgang van budgetbekostiging naar DBC-bekostiging is beschikbaar in het 'Verantwoordingsdocument Prestatiebekostiging in de curatieve GGZ' en te raadplegen via de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

### *Artikelsgewijs*

#### **Artikel 1**

Het transitiemodel voor de invoering van prestatiebekostiging in de curatieve GGZ is van toepassing op gebudgetteerde aanbieders van curatieve GGZ als gedefinieerd onder artikel 4 van deze beleidsregel. Gebudgetteerde zorgaanbieders die in 2012 van de mogelijkheid gebruik hebben gemaakt om enkel in DBC's hun productie te verantwoorden, vallen eveneens onder het transitiemodel. Deze aanbieders dienen voor het jaar 2013 productieafspraken in budgetparameters en in DBC's te maken.

Niet-gebudgetteerde aanbieders van curatieve GGZ die geen deel uitmaken van een gebudgetteerde zorgaanbieder, worden sinds 1 januari 2008 reeds volledig op basis van gedeclareerde DBC's bekostigd en vallen dus niet onder de werkingssfeer van deze beleidsregel.

#### **Artikel 4**

##### *artikel 4 d. gebudgetteerde zorgaanbieder:*

De rechtspersoon die de activiteiten van een gebudgetteerde zorgaanbieder geheel of gedeeltelijk overneemt via een rechtsopvolging onder algemene of bijzondere titel (zoals bijv. bij overname, fusie of splitsing), wordt eveneens aangemerkt als gebudgetteerde zorgaanbieder. Voor een nadere toelichting zie ook de circulaire met kenmerk CI/12/76c.

*artikel 4 e. niet-gebudgetteerde zorgaanbieder:*

Tot deze categorie zorgaanbieders behoren de vrijgevestigde zorgaanbieders van curatieve GGZ en de sinds 1 januari 2008 actieve, nieuwe toetreders (nieuw opgerichte zorgaanbieders) die zich toeleggen op de levering van curatieve GGZ.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073  
**Pagina**  
13 van 17

*artikel 4 i. NHC (normatieve huisvestingscomponent):*

De NHC-vergoeding is een productiegebonden normatieve vergoeding voor (vervangende) nieuwbouw en instandhouding. Deze vergoeding bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om de volgende kosten te dekken over de gehele levenscyclus van een nieuwbouwvoorziening:

- rente
- afschrijvingen
- instandhoudingskosten

In de NHC is geen vergoeding opgenomen voor investeringen in medische en overige inventarissen en in computerapparatuur en -programmatuur.

Voor de opbouw en de hoogte van de NHC tarieven wordt verwezen naar de beleidsregel 'Tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) curatieve GGZ', met kenmerk BR/CU-5065.

**Artikel 5**

Gebudgetteerde zorgaanbieders en de representerende zorgverzekeraars<sup>16</sup> dienen voor 1 januari 2013, maar uiterlijk 1 maart 2013 een aanvraag voor vaststelling van het verrekenbedrag in bij de NZa. Zij maken daartoe gebruik van het 'productieafsprakenformulier GGZ Zw 2013'.

De NZa stelt op basis van de ingediende informatie het transitie- en verrekenbedrag vast. Het transitiebedrag wordt vastgesteld door de productieafspraken in budgetparameters te verminderen met de productieafspraken in DBC's, waarbij de kapitaallasten en enkele individuele en overige componenten niet meegenomen worden.

De termen 'budget' respectievelijk 'budget aanvaardbare kosten' zoals deze tot op heden werden gehanteerd in de regelgeving voor de curatieve GGZ worden in deze beleidsregel vervangen door de term productieafpraak. Met de invoering van prestatiebekostiging is niet langer sprake van een budget. Om deze reden wordt van een productieafsprakenformulier gesproken in plaats van het tot dusverre bekende budgetafsprakenformulier.

*Vergelijking productieafspraken in DBC's met productieafspraken in budgetparameters*

Bij het vaststellen van het transitiebedrag en daarmee het verrekenbedrag is van belang dat, naast het uitsluiten van de kapitaallasten voor verblijf, enkel de zorg met elkaar vergeleken wordt die zowel in de budgetsystematiek als in de DBC-productstructuur wordt vergoed. Dit heeft tot gevolg dat er mogelijk moet worden gecorrigeerd aan één van de twee kanten van de vergelijking.

In onderstaande tabel staat per component<sup>17</sup> aangegeven wat er mee gebeurt, evenals hoe dit meeloopt in het transitie-model.

<sup>16</sup> Voor het jaar 2013 dienen zorgverzekeraars collectief te onderhandelen bij de zorginkoop van curatieve GGZ (representatiemodel).

<sup>17</sup> De component 'tijdelijke kapitaallasten' is niet in de tabel opgenomen. Deze component loopt mee in de overgangsregeling voor de kapitaallasten.

IC / overige component	Wat gebeurt er mee?	Transitiemodel
Bestendig beleid	BBB (alleen Sinai Centrum)	Voor Sinai Centrum wordt de IC afgetrokken van budget. Voor de andere zorgaanbieders wordt de IC niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.
Bijzonderheid organisatie	BBB (alleen Sinai Centrum)	Voor Sinai Centrum wordt de IC afgetrokken van budget. Voor de andere zorgaanbieders wordt de IC niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.
Oorlogslachtoffers	BBB (alleen Centrum '45)	Voor Centrum '45 wordt de IC afgetrokken van budget. Voor de andere zorgaanbieders wordt de IC niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.
Vluchtelingen/asielzoekers	BBB (alleen Centrum '45)	Voor Centrum '45 wordt de IC afgetrokken van budget. Voor de andere zorgaanbieders wordt de IC niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.
Doventoeslag	In productstructuur (doventolken gaan bij DBC-bekostiging separaat via de AWBZ-tolken-regeling)	IC wordt niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.
Intensieve crisisverslavingszorg	In productstructuur	IC wordt niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.

Orthopsychiatrie	In productstructuur	IC wordt niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.	<b>Kenmerk</b> BR/CU-5073  <b>Pagina</b> 15 van 17
Snelle detoxificatie	In productstructuur	IC wordt niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.	
SGLVG-bedden	In productstructuur	IC wordt niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.	
Duurzaam verblijf verslaafden	In productstructuur	IC wordt niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.	
Lichamelijk gehandicapten	In productstructuur	IC wordt niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.	
Dubieuze debiteuren	Vervalt per 2014, afspraken maken in prijs DBC (valt onder het risico van de aanbieder)	IC wordt niet afgetrokken van budget, hierover kunnen afspraken worden gemaakt.	
Dienstverlening	Vervalt per 2013, niet patiëntgebonden	nvt	
Dwang en drang	Projectgelden VWS eindigen	nvt	
ECT	Is DBC deelprestatie	ECT totaal bedrag optellen bij budget.	
Urinecontroles Methadon	Niet in productstructuur	Urinecontroles Methadon worden afgetrokken van budget.	

Dienstverlening komt te vervallen bij invoering van prestatiebekostiging. Zorgaanbieders die dienstverleningsactiviteiten willen blijven leveren, zijn vrij om daarover afspraken te maken met de afnemende partij. Zorgaanbieders kunnen de activiteiten declareren bij die afnemende partij. Zorgaanbieders kunnen dus niet-cliëntgebonden dienstverlening blijven leveren. De financieringsstroom wordt echter anders: deze komen niet meer ten laste van de Zvw, maar de activiteiten kunnen gedeclareerd worden bij de afnemende partij op basis van onderlinge afspraken.

De in het verleden opgelegde kortingsmaatregelen lopen door in de productieafspraken 2013. De beleidsregel 'Tariefmaatregel curatieve GGZ Zvw 2010' (kenmerk BR/CU-5067) heeft daarmee effect op de hoogte van het transitiebedrag.

Ook de beleidsregel 'Tarief- en budgetmaatregel curatieve GGZ 2012' (kenmerk BR/CU-5071) werkt nog door. Voor de budgetafspraken 2012

kon de korting uit laatstgenoemde beleidsregel worden bereikt door te onderhandelen over een prijs- of volumeverlaging, dan wel een combinatie van beide. Indien, en voor zover het budget 2012 het uitgangspunt vormt voor de productieafspraken 2013, zal een prijs- en/of volumeverlaging die met betrekking tot het budget 2012 is overeengekomen moeten zijn verdisconteerd in de hoogte c.q. omvang van de productieafspraken voor het jaar 2013.

**Kenmerk**  
BR/CU-5073  
**Pagina**  
16 van 17

De beleidsregel 'Tarief- en budgetmaatregel DBC's van 18.000 minuten en langer' (BR/CU-5062) is met ingang van 1 januari 2013 komen te vervallen. In de toelichting bij artikel 4 van de aanwijzing d.d. 11 juli 2012 inzake invoering prestatiebekostiging geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (MC-U-3122397) heeft de Minister van VWS aangegeven dat de wijziging van het tarief voor DBC's van 18.000 minuten en langer naar het oorspronkelijk in 2011 beoogde niveau (en daarmee het vervallen van de maatregel) niet gepaard gaat met een ophoging van het macro budgettaire kader.

Het is van belang dat de kapitaallasten voor verblijf niet worden meegenomen in de berekening van het transitiebedrag. Voor kapitaallasten voor verblijf geldt een separaat overgangstraject dat tot 2018 duurt. De beleidsregels 'Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) curatieve GGZ' (BR/CU-5064) en 'Tarieven normatieve huisvestingscomponent (NHC) curatieve GGZ' (BR/CU-5065) beschrijven de overgangsperiode voor kapitaallasten.

In de bijlage bij deze beleidsregel kunt u een rekenvoorbeeld vinden van de posten die worden meegenomen bij de berekening van het transitiebedrag. In het rekenvoorbeeld staat het forfait 'aandeel behandeling tijdens verblijf'. Het forfait 'aandeel behandeling tijdens verblijf' wordt afgetrokken van de kapitaallasten tijdens verblijf in budgetparameters om dubbele bekostiging te voorkomen. In de nacalculeerbare kapitaallasten zijn de investeringen opgenomen die verband houden met de kapitaallasten van de behandelaren. Deze kapitaallasten dienen te worden bekostigd uit de productstructuur voor behandeling. Op basis van in het verleden verleende vergunningen en bekostigingsparameters is een schatting gemaakt van het forfait gebaseerd op de oppervlakte norm per bed en de aan behandelaar toe te rekenen ruimte.

#### *Verrekenpercentage*

Tot en met 2012 was het voor zorgaanbieders en representerende zorgverzekeraar(s) mogelijk om voor te openen DBC's een verrekenpercentage af te spreken. Dit verrekenpercentage was bedoeld om de financiering via DBC's aan te laten sluiten bij de bekostiging via de budgetsystematiek. Omdat vanaf 2013 wordt gefinancierd én bekostigd op basis van DBC's, verliest (het afspreken van) een verrekenpercentage zijn betekenis. Voor reeds in 2012 (of eerder) geopende DBC's geldt echter dat het destijds afgesproken verrekenpercentage ook in 2013 door blijft lopen.

#### *Bandbreedte DBC tarieven*

Per 2013 gelden asymmetrische bandbreedtetarieven voor DBC's. De integrale tarieven voor verblijf vormen hierop geen uitzondering. Echter, de NHC's, die een vergoeding voor kapitaallasten (rente en afschrijvingskosten) omvatten en die onderdeel uitmaken van het integrale DBC-tarief, zijn vaste tarieven voor gebudgetteerde zorgaanbieders en maximumtarieven voor niet-gebudgetteerde zorgaanbieders. De tariefbeschikking van 2013 beschrijft de te hanteren tarieven voor het jaar 2013.



*Budget ten behoeve van vaststelling transitiebedrag*

De tarieven voor de budgetparameters verblijf zijn evenals eerdere jaren vaste tarieven. Voor budgetparameters extramuraal gelden maximumtarieven. Voor meer informatie over het maken van afspraken in DBC's kunt u de tariefbeschikking curatieve GGZ 2013 met kenmerk TB/CU-5062-01 raadplegen.

Kenmerk

BR/CU-5073

Pagina

17 van 17

**Artikel 6***Procedure en vaststelling verrekenbedrag*

De NZa stelt het verrekenbedrag vast op basis van het transitiebedrag. De verrekenfactor bedraagt 0,7 van het transitiebedrag. Voor gespecialiseerde zorgaanbieders die aan de criteria zoals vastgesteld in artikel 6.1.2 voldoen, hanteert de NZa een verrekenfactor van 0,95. In het bestuurlijk akkoord worden genoemd: De Viersprong, Sinai Centrum, Centrum '45, Fier Fryslân, GGMD voor Doven en Slechthorenden, het Dr. Leo Kannerhuis en het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI).

Het verrekenbedrag is positief als de DBC-afspraken lager zijn dan de afspraken in budgetparameters; het bedrag is negatief als de DBC-afspraken hoger zijn dan de afspraken in budgetparameters.

**Artikel 10***Intrekking oude beleidsregels*

De volgende beleidsregels vervallen per 1-1-2013:

- Dwang en drang in de GGZ (BR/CU-5058): Het Ministerie van VWS heeft besloten dat er per 2013 geen projectgelden meer beschikbaar zijn;
- Overgang curatieve GGZ naar ZVW en invoering DBC's (BR/CU-5052): geïntegreerd in deze beleidsregel;
- Procedure en Indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten (BR/CU-5077): geïntegreerd in deze beleidsregel;
- Vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten GGZ Zvw (BR/CU-5054): geïntegreerd in deze beleidsregel;
- Tarief- en budgetmaatregel DBC's van 18.000 minuten en langer: zie hiervoor de toelichting bij artikel 5;
- Rentevergoeding opbrengstverrekening (BR/CU-5060): per 2013 is er geen opbrengstverrekening meer;
- Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ (BR/CU-5059): deze beleidsregel komt conform het beleid bij de ziekenhuizen te vervallen;
- Tarifiering Onderlinge dienstverlening GGZ Zvw (BR/CU-5028): dit is opgenomen in de tariefbeschikking curatieve GGZ 2013;
- DBC tarifiering behandeling en verblijf in de curatieve GGZ (BR/CU-5047): dit is opgenomen in de tariefbeschikking curatieve GGZ 2013.

**Artikel 12***Inwerkingtreding en citeerregel*

De beleidsregel komt per 2014 te vervallen, aangezien zowel het verrekenbedrag als de aanvullende productieafspraken in 2013 worden vastgesteld.