

**Nacalculatie doorloop DBC's 2012, afrekening correcties 2008-2012 en nacalculatie DBC's 2013**

Kenmerk  
BR/CU-5137

Ingevolge artikel 57, eerste lid, onderdeel 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, onderdeel e, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), maakt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in deze beleidsregel gebruik van haar bevoegdheid om een vereffeningbedrag als bedoeld in artikel 56b Wmg vast te stellen.

Ingevolge artikel 59, onderdelen c en e, Wmg heeft de Minister van VWS met brief van 22 september 2011 met kenmerk MC-U-3082225 en de brief van 11 december 2012 kenmerk MC-U-3146470 ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.<sup>1</sup>

**1. Reikwijdte**

Deze beleidsregel is van toepassing op curatieve GGZ<sup>2</sup> als bedoeld in artikel 3 onder a, voor zover die zorg wordt geleverd door gebudgetteerde zorgaanbieders als bedoeld in artikel 3, onder d.

**2. Doel van de beleidsregel**

Het doel van deze beleidsregel is drieledig: vastlegging van de wijze waarop de nacalculatie over de doorloop DBC's 2012 plaatsvindt, vastlegging van de wijze waarop de afrekening correcties oude jaren 2008-2012 plaatsvindt en vastlegging van de wijze waarop de nacalculatie over het jaar 2013 plaatsvindt.

**3. Begripsbepalingen**

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

- a. *curatieve GGZ*: geneeskundige (op genezing gerichte) geestelijke gezondheidszorg;
- b. *gespecialiseerde GGZ*: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis GGZ;
- c. *zorgaanbieder*<sup>3</sup>: de rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig geestelijke gezondheidszorg verleent;

---

<sup>1</sup> Zie ook de brief van het Ministerie van VWS van 9 december 2014 met kenmerk 700455-130989-CZ

<sup>2</sup> Met ingang van 1 januari 2014 is deze beleidsregel van toepassing op de gespecialiseerde GGZ als bedoeld in artikel 3 onder b.

<sup>3</sup> Waar in de artikelen 4 t/m 6 van deze beleidsregel wordt gesproken over 'zorgaanbieder(s)' wordt telkens bedoeld op 'gebudgetteerde zorgaanbieder(s)' als bedoeld in artikel 3, onderdeel d.

- d. *(voorheen) gebudgetteerde zorgaanbieder*: rechtspersoon als bedoeld onder c, voor zover deze met een representerende zorgverzekeraar voor 2013 productieafspraken in zowel budgetparameters als DBC's heeft gemaakt, een en ander op de wijze zoals is vastgelegd in artikel 4 van de beleidsregel 'Invoering DBC-bekostiging voor gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ';
- e. *zorgverzekeraar*: een verzekeraar als bedoeld in artikel 1, onder b, van de Zorgverzekeringswet;
- f. *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 over 2013 heeft gemaakt zoals bedoeld in artikel 4 van beleidsregel 'Invoering DBC-bekostiging voor gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ';
- g. *DBC*: Diagnose Behandeling Combinatie;
- h. *DBC-zorgproduct*: een DBC omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde GGZ-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
- i. *productieafpraak*: afspraak tussen een gebudgetteerde zorgaanbieder en de in zijn regio representerende zorgverzekeraar(s) over de omvang van de in 2013 te openen DBC's, een en ander op de wijze als beschreven in artikel 6.3 van de beleidsregel 'Invoering DBC-bekostiging voor gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ';
- j. *aanvullende productieafpraak*: afspraak over te openen DBC's in het jaar 2013 na het maken van de productieafpraak 2013 zoals beschreven in artikel 8 van beleidsregel 'Invoering DBC-bekostiging voor gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ';
- k. *definitieve productieafpraak*: som van de productieafpraak en de aanvullende productieafpraak;
- l. *realisatie 2013*: bedrag dat gelijk is aan de waarde (in Euro's) van alle DBC's, inclusief normatieve huisvestingscomponent, geopend in 2013 en gedeclareerd vóór, of uiterlijk op 15 maart 2016;
- m. *sluitingsbedrag*: verschil tussen de definitieve productieafpraak en de realisatie 2013;
- n. *vereffeningbedrag*: bedrag als bedoeld in artikel 56b van de Wmg;
- o. *correcties 2008-2012*: bedrag dat volgens de zorgaanbieder gecorrigeerd moet worden op de DBC-omzet over vorige schadelastjaren;
- p. *doorloop DBC's 2012*: DBC's geopend in 2012 en niet gedeclareerd in 2012, maar wel gedeclareerd vóór of uiterlijk op 15 maart 2014;
- q. *realisatie doorloop DBC's 2012*: bedrag dat gelijk is aan de waarde (in Euro's) van alle DBC's geopend in 2012 en niet gedeclareerd in 2012 maar wel gedeclareerd voor of uiterlijk op 15 maart 2014;
- r. *onderhanden werk 2012*: bedrag dat is opgegeven in het Verantwoordingsdocument GGZ DBC omzet 2012 als onderhanden werk per 31 december 2012 en als zodanig door de NZa vastgesteld in de rekenstaat 2012, die opgenomen is als bijlage bij de beschikking die afgegeven is na afwikkeling van de nacalculatie 2012;
- s. *rekenfactor doorloop DBC's 2012*: verhouding tussen de aanvaardbare kosten 2012 en de totale opbrengsten 2012 in DBC's, zoals deze door de NZa zijn vastgesteld in de rekenstaat, die betrekking heeft op 2012, verminderd met 1. Deze rekenstaat is opgenomen in de bijlage van de laatst afgegeven beschikking die afgegeven is na afwikkeling van de nacalculatie 2012;

**Kenmerk**  
BR/CU-5137

**Pagina**  
2 van 12

- t. *opbrengstverschil*: de realisatie doorloop DBC's 2012 minus het onderhanden werk per 31 december 2012, vermenigvuldigd met de rekenfactor doorloop DBC's 2012.
- u. *Eenmalige verrekening*: het verschil tussen het voor de instelling vastgestelde budget 2012 en de DBC-opbrengst 2012, zoals bepaald conform beleidsregel CU-5054 'Vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten GGZ Zvw'.

**Kenmerk**  
BR/CU-5137

**Pagina**  
3 van 12

#### **4. Nacalculatie doorloop DBC's 2012**

- 4.1 Zowel in de nacalculatie 2012, als beschreven in beleidsregel 'Vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten GGZ Zvw', als in de nacalculatie 2013 als beschreven in artikel 6 van deze beleidsregel worden de doorloop DBC's 2012 niet meegenomen. In deze beleidsregel wordt voor de nacalculatie op de doorloop DBC's 2012 een aparte procedure vastgelegd.
- 4.2 Voor de opgave van de realisatie van doorloop-DBC's wordt gebruik gemaakt van een door de NZa elektronisch beschikbaar gesteld formulier 'Nacalculatie doorloop DBC's GGZ Zvw 2012'.
- 4.3 Vóór 1 juni 2014 ontvangt de NZa van de (voorheen) gebudgetteerde zorgaanbieder een opgave van de realisatie van doorloop DBC's en een controleverklaring over deze realisatie. De accountant geeft een verklaring af voor de gerealiseerde doorloop DBC's en waarmerkt het formulier. Voor een eventuele bijstelling van de rekenfactor hoeft de accountant geen verklaring af te geven.
- 4.4 In de regeling 'Informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders van gespecialiseerde GGZ' staat beschreven wanneer een zorgaanbieder aan haar aanleververplichting heeft voldaan. Indien het in artikel 4.2 genoemde formulier 'Nacalculatie doorloop DBC's GGZ Zvw 2012' niet, niet tijdig of onvolledig wordt ingediend bij de NZa, hanteert de NZa de volgende procedure.
- 4.5 Indien de NZa geen of een onvolledige opgave heeft ontvangen, en bij de NZa geen bijzondere omstandigheden bekend zijn, kan de NZa een handhavingstraject starten met gebruikmaking van de handhavinginstrumenten als genoemd in hoofdstuk 6 van de Wmg. Langs deze weg wordt afgedwongen dat de informatie, die noodzakelijk is voor de berekening van het opbrengstverschil, alsnog door de NZa wordt ontvangen.
- 4.6 De nacalculatie op doorloop DBC's 2012 wordt als volgt berekend:
- de realisatie doorloop DBC's 2012 wordt verminderd met het onderhanden werk per 31 december 2012
  - het resultaat van de rekensom onder a wordt vermenigvuldigd met de rekenfactor doorloop DBC's.
- Resultante van deze berekening betreft het opbrengstverschil.
- 4.7 Door invulling van het in artikel 4.2 genoemde formulier wordt de rekenfactor doorloop DBC's 2012 automatisch berekend. Mocht de rekenfactor doorloop DBC's volgens zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar niet representatief zijn voor de doorloop DBC's 2012, dan kunnen zij er in gezamenlijkheid voor

kiezen om deze rekenfactor in het formulier aan te passen op de daartoe bestemde plaats. Zij dienen in dat geval de indiening van het formulier vergezeld te laten gaan van een nadere (tweezijdig ondertekende) motivering.

**Kenmerk**  
BR/CU-5137  
**Pagina**  
4 van 12

- 4.8 Voor zorgaanbieders en representerende zorgverzekeraars die over 2012 hebben aangegeven de gerealiseerde productie in DBC's te willen verantwoorden, hanteert de NZa niet de rekenfactor doorloop DBC's als genoemd in artikel 3, onderdeel s om het opbrengstverschil te berekenen, maar de omrekenfactor verminderd met 1. Dit is de omrekenfactor die gebruikt is bij de afhandeling van de nacalculatie 2012.<sup>4</sup> Ook hier kunnen zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar de NZa (tweezijdig) gemotiveerd verzoeken om met een andere omrekenfactor te rekenen.
- 4.9 Voor zowel artikel 4.7 als 4.8 geldt dat, bij het ontbreken van overeenstemming over het aanpassen van de rekenfactor of omrekenfactor, de op dat moment geldende rekenfactor of omrekenfactor leidend is.
- 4.10 De NZa legt het opbrengstverschil per zorgaanbieder vast in een beschikking.
- 4.11 De NZa verdeelt het opbrengstverschil zoals vermeld in artikel 4.10 over de zorgverzekeraars. Daarnaast verdeelt de NZa ook de eenmalige verrekening 2012 over de zorgverzekeraars. De NZa geeft vervolgens beschikkingen af waarin is vastgesteld wat welk bedrag per zorgverzekeraar en aanbieder verrekend dient te worden.
- 4.12 De basis voor de verdeling van het opbrengstverschil en de eenmalige verrekening zijn de voorlopige marktaandeelen 2012 van zorgverzekeraars zoals zijn berekend door Zorginstituut Nederland.<sup>5</sup> Deze beschikkingen bevatten een voorbehoud.
- 4.13 De NZa zal naar aanleiding van het voorbehoud vermeldt in artikel 4.12 nieuwe beschikkingen afgeven over de verdeling van het opbrengstverschil en de eenmalige verrekening indien het voorbehoud vervalt.

## **5. Opgave correcties 2008-2012**

Er is een mogelijkheid om correcties 2008-2012 te verrekenen.

- 5.1 Zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om aan te geven welk bedrag gecorrigeerd moet worden over resp. 2008-2011 en 2012. De NZa vraagt deze uit in het door de NZa elektronisch beschikbaar gestelde formulier 'opgave correcties 2008-2012', te vinden op de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl). Indiening is niet verplicht.
- 5.2 Indien de zorgaanbieder gebruik wil maken van de mogelijkheid onder 5.1, dan dient het formulier vóór 1 oktober 2015 door de

<sup>4</sup> Zie voor een toelichting over de omrekenfactor de circulaire van 28 september 2011 met als kenmerk CI/11/37c.

<sup>5</sup> Zie voor de verdere toelichting van deze berekeningswijze 'Verantwoordingsdocument Opbrengstverrekening Fase 2-GGZ'.

NZa te zijn ontvangen. Bij de correcties 2008-2012 dient een toelichting te worden gegeven.

**Kenmerk**  
BR/CU-5137

**Pagina**  
5 van 12

- 5.3 Elk opgegeven bedrag kan zowel positief als negatief zijn. Correcties mogen uitsluitend betrekking hebben op de DBC-omzet. Ingevulde bedragen moeten worden toegelicht. Ook moet de accountant van de zorgaanbieder een rapport van feitelijke bevindingen afgeven conform het sjabloon en de eisen uit het accountantsprotocol correcties 2008-2012.
- 5.4 De hoogte van het bedrag correcties over 2008-2011 bevestigt de NZa in een brief. Het bedrag correcties 2012 per zorgaanbieder legt de NZa vast in een beschikking.
- 5.5 De NZa verdeelt het bedrag correcties zoals vermeld in artikel 5.4 over de zorgverzekeraars. De NZa brengt individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders vervolgens op de hoogte van het bedrag correcties 2008-2011 middels een brief en het bedrag correcties 2012 middels een beschikking. Dit gebeurt voor alle zorgaanbieders, ook voor degenen waarvoor geen opgave correcties is ingediend.
- 5.6 De basis voor de verdeling van het bedrag correcties zoals genoemd in artikel 5.4 zijn de marktaandelen 2012 van zorgverzekeraars zoals ze worden berekend door Zorginstituut Nederland.

## **6. Nacalculatie 2013**

Vanwege de overgang op DBC-bekostiging wijzigt de nacalculatie die over het jaar 2013 plaatsvindt ten opzichte van eerdere jaren.

- 6.1 Over het jaar 2013 legt een (voorheen) gebudgetteerde zorgaanbieder alleen nog verantwoording in DBC's af. Deze verantwoording vraagt de NZa op via het formulier 'Nacalculatie DBC's GGZ Zvw 2013'. Hierin wordt de productieafspraken en de realisatie over in 2013 geopende DBC's opgevraagd. De accountant geeft een verklaring af voor de gerealiseerde DBC's 2013 en waarmerkt het formulier. De zorgverzekeraar tekent alleen voor de productieafspraken.
- 6.2 Voor de opgave van de nacalculatie 2013 wordt gebruik gemaakt van een door de NZa elektronisch beschikbaar gesteld formulier 'Nacalculatie DBC's GGZ Zvw 2013', te vinden op de website [www.nza.nl](http://www.nza.nl).
- 6.3 Vóór 1 juni 2016 ontvangt de NZa van de (voorheen) gebudgetteerde zorgaanbieder een opgave van de realisatie in 2013 en een gezamenlijke opgave van de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar van de definitieve productieafspraken over 2013.
- 6.4 Uitgangspunt voor de nacalculatie 2013 is de definitieve productieafspraken. De definitieve productieafspraken wordt verminderd met de realisatie 2013 van de betreffende zorgaanbieder als bedoeld in artikel 3, onderdeel I. Uitkomst van deze berekening is het sluitingsbedrag.

- 6.5 In de regeling 'Informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders van gespecialiseerde GGZ' staat beschreven wanneer een zorgaanbieder aan haar aanleververplichting heeft voldaan. Indien het in artikel 6.2 genoemde formulier 'Nacalculatie DBC's GGZ Zvw 2013' niet, niet tijdig of onvolledig wordt ingediend bij de NZa, hanteert de NZa de volgende procedure.
- 6.6 Indien de NZa geen of een onvolledige opgave heeft ontvangen, en bij de NZa geen bijzondere omstandigheden bekend zijn, kan 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 berekening van het sluitingsbedrag, alsnog door de NZa wordt ontvangen. Bij ontvangst van de informatie is vervolgens artikel 6.7 van toepassing.
- 6.7 Bij opgave van de definitieve productieafspraken 2013 zoals opgenomen in het formulier 'Nacalculatie DBC's GGZ Zvw 2013' geldt aanvullend de volgende procedure bij eenzijdige opgave van de definitieve productieafspraken door de zorgaanbieder (artikel 6.8) en bij niet overeenstemmende opgave van de definitieve productieafspraken door zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar (artikel 6.9).
- 6.8 Bij eenzijdige opgave verzoekt de NZa na het verstrijken van de uiterlijke indieningstermijn de representerende zorgverzekeraar om alsnog binnen vier weken tot overeenstemming te komen en eventueel bereikte overeenstemming door het indienen van het tweezijdig ondertekende formulier 'Nacalculatie DBC's GGZ Zvw 2013' bij de NZa kenbaar te maken. Indien zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar binnen deze vier weken geen overeenstemming bereiken, kan de representerende zorgverzekeraar tevens binnen deze vier weken een eenzijdige aanvraag bij de NZa indienen. In dat geval is procedure 6.9 van toepassing. Zodra de termijn van vier weken is verstreken, en de NZa geen reactie van de representerende zorgverzekeraar heeft ontvangen – in de vorm van een tweezijdige aanvraag dan wel in de vorm van een eenzijdige aanvraag-, gaat de NZa uit van de eenzijdige opgave van de zorgaanbieder.
- 6.9 Indien de opgave van de definitieve productieafspraken over 2013 van de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar middels het formulier 'Nacalculatie DBC's GGZ Zvw 2013' niet overeenstemmen, is de opgave van de representerende zorgverzekeraars leidend.
- 6.10 Er is sprake van een negatief sluitingsbedrag wanneer de realisatie 2013 in DBC's hoger is dan de definitieve productieafspraken.
- 6.11 Er is sprake van een positief sluitingsbedrag wanneer de realisatie 2013 in DBC's lager is dan de definitieve productieafspraken. In geval van een positief sluitingsbedrag is de realisatie binnen de productieafspraken gebleven en vindt er geen verdere verrekening plaats. Het bedrag wordt in deze situatie op € 0 vastgesteld.
- 6.12 De hoogte van het sluitingsbedrag legt de NZa per zorgaanbieder vast in een beschikking.

- 6.13 De NZa verdeelt zowel het sluitingsbedrag over de zorgverzekeraars.
- 6.14 De NZa deelt de zorgaanbieder en de zorgverzekeraars door middel van een beschikking mede wat het sluitingsbedrag is per zorgverzekeraar. Uitgangspunt voor de verdeling zijn de marktaandelen 2013 zoals zijn berekend door Zorginstituut Nederland op basis van de opgave van zorgverzekeraars ten behoeve van de opbrengstverrekening.<sup>6</sup>

## **7. Intrekking oude beleidsregel**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Nacalculatie doorloop DBC's 2012 en nacalculatie 2013', met kenmerk BR/CU-5123, ingetrokken.

## **8. Overgangsbepaling**

De beleidsregel 'Nacalculatie doorloop DBC's 2012', met kenmerk BR/CU-5123, 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.

## **9. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 december 2014.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: 'Beleidsregel Nacalculatie doorloop DBC's 2012, afrekening correcties 2008-2012 en nacalculatie DBC's 2013'.

---

<sup>6</sup> Zie voor de verdere toelichting van deze berekeningswijze 'Verantwoordingsdocument Opbrengstverrekening Fase 2-GGZ'

**Toelichting**Kenmerk  
BR/CU-5137Pagina  
8 van 12*Algemeen*

Per 1 januari 2013 is prestatiebekostiging in de curatieve GGZ ingevoerd. Omdat in 2013 nog eenmaal met een representatiemodel wordt gewerkt, waarbij een vertegenwoordigende zorgverzekeraar namens alle zorgverzekeraars productieafspraken maakt met de zorgaanbieders in de betreffende regio, verzorgt de NZa over 2013 nog een nacalculatie. Over 2014 en verder dienen individuele zorgverzekeraars productieafspraken met zorgaanbieders te maken en vervult de NZa geen rol meer in de nacalculatie.

Het afrekenen van de periode tot en met 2013 bestaat uit drie delen. Eerst vindt er een nacalculatie plaats op doorloop-DBC's 2012 (artikel 4). Vervolgens krijgen partijen de mogelijkheid om correcties op DBC's uit de budgetperiode (2008-2012) te verrekenen (artikel 5). Tenslotte vindt een nacalculatie plaats over het schadelastjaar 2013 (artikel 6).

*Artikelsgewijs***Artikel 1**

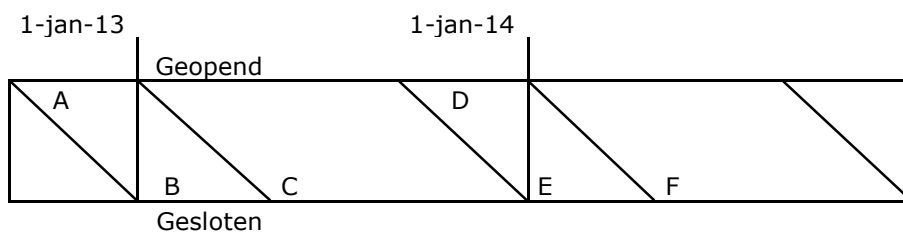
De beleidsregel is van toepassing op gebudgetteerde zorgaanbieders van curatieve GGZ als gedefinieerd in artikel 3 van deze beleidsregel.

**Artikel 2**

Dat de NZa de nacalculatie verzorgt hangt samen met het bestaan van het representatiemodel in 2013. Zorgaanbieders maken met representerende zorgverzekeraars (aanvullende) productieafspraken.

**Artikel 4**

Bij de nacalculatie 2012 en de nacalculatie 2013 worden de DBC's die zijn geopend in 2012 en niet gedeclareerd in 2012 maar wel vóór of uiterlijk op 15 maart 2014 (vak B) niet meegenomen. Over deze zorg hebben zorgaanbieders en representerende zorgverzekeraars een productieafpraak (veelal in budgetparameters) over 2012 gemaakt. Het onderhanden werk 2012 (vak A) wordt bepaald in het Verantwoordingdocument DBC GGZ omzet 2012 van de zorgaanbieder.



Door de overgang van kalenderjaar op schadelastjaar wordt de productie in vak B niet meegenomen in de nacalculatie 2012 of in de nacalculatie 2013. Het is op voorhand niet duidelijk hoe groot vak B is. Duidelijk is wel dat het om een substantieel deel van de omzet gaat vanwege de (mogelijk) lange doorlooptijd van de DBC's in de curatieve GGZ. Omdat vak B niet meeloopt in de nacalculaties over 2012 en 2013, komt er voor de nacalculatie van deze doorloop DBC's een aparte berekening.

De NZa berekent de nacalculatie op de doorloop DBC's 2012 (vak B) op basis van het ingediende formulier 'Nacalculatie doorloop DBC's GGZ Zwv 2012'. De zorgaanbieder levert de informatie over de realisatie van DBC's geopend in 2012 en niet gedeclareerd in 2012 maar wel vóór, of uiterlijk op 15 maart 2014 (vak A + B). De realisatie over vak A + B



wordt verminderd met het onderhanden werk per 31 december 2012 (vak A). Op deze wijze blijft de realisatie in DBC's van vak B over.

**Kenmerk**  
BR/CU-5137

Over de realisatie in DBC's over vak B vindt vervolgens nacalculatie plaats. Daartoe wordt de realisatie van vak B vermenigvuldigd met een rekenfactor doorloop DBC's 2012.<sup>7</sup> Deze rekenfactor is de verhouding tussen de aanvaardbare kosten 2012 en de totale opbrengsten 2012 in DBC's, verminderd met 1. De aanvaardbare kosten 2012 en de totale opbrengsten 2012 in DBC's zijn door de NZa vastgelegd in de rekenstaat die betrekking heeft op 2012. Deze rekenstaat is opgenomen in de laatst afgegeven beschikking, die afgegeven is na afhandeling van de nacalculatie 2012.

**Pagina**  
9 van 12

Schematisch wordt de berekening van het opbrengstverschil weergegeven in de volgende formule:

$$\text{(realisatie AB - OHW 31-12-2012)} * \text{(rekenfactor)}$$

In onderstaande voorbeelden ziet de berekening er als volgt uit:

		voorbeeld 1	voorbeeld 2
1	OHW 31-12-2012 (A)	600.000	600.000
2	Aanvaardbare kosten 2012	5.000.000	4.500.000
3	Totale opbrengsten 2012 <sup>8</sup>	4.500.000	5.000.000
4	Realisatie DBC's geopend in 2012 en gesloten/gedeclareerd in 2013 (AB)	1.500.000	1.500.000

De realisatie vak A + B is in dit voorbeeld regel 4; in beide voorbeelden is dit 1.500.000.

Het OHW 31-12-2012 (vak A) is in beide voorbeelden 600.000 (regel 1).

De rekenfactor wordt bepaald door de aanvaardbare kosten 2012 (regel 2) te delen door de totale opbrengsten 2012 (regel 3), en die te verminderen met 1. In voorbeeld 1 is dit:  $5.000.000/4.500.000 - 1 = 0,11$ . In voorbeeld 2 is dit  $4.500.000/5.000.000 - 1 = - 0,10$ .

Toepassing van de formule voor de doorloop DBC's leidt tot het volgende opbrengstverschil voor voorbeeld 1:

$$\text{(1.500.000 - 600.000)} * \text{((5.000.000/4.500.000) - 1)} \\ = 100.000$$

Toepassing van de formule leidt tot het volgende opbrengstverschil voor voorbeeld 2:

<sup>7</sup> Voor zorgaanbieders die hebben aangegeven de gerealiseerde productie 2012 in DBC's te willen verantwoorden, hanteert de NZa niet de rekenfactor zoals genoemd in artikel 3 onder s, maar de omrekenfactor verminderd met 1 om het opbrengstverschil te berekenen. Deze omrekenfactor is afgesproken bij de productieafspraken 2012 tussen de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraars (zie circulaire CI/11/37c).

<sup>8</sup> Inclusief een eventueel verrekenpercentage.

$$(1.500.000 - 600.000) * ((4.500.000/5.000.000) - 1) = - 90.000$$

Kenmerk  
BR/CU-5137  
Pagina  
10 van 12

Door het invullen van het formulier 'Nacalculatie doorloop DBC's GGZ Zvw 2012' wordt automatisch de rekenfactor doorloop DBC's 2012 berekend. Wanneer de zorgaanbieder met de desbetreffende zorgverzekeraar tot overeenstemming komt dat de rekenfactor niet representatief is, dan kunnen zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar de NZa (tweezijdig) gemotiveerd verzoeken om met een andere rekenfactor te rekenen. Zij dienen in dat geval de indiening van het formulier 'Nacalculatie doorloop DBC's GGZ Zvw' 2012 vergezeld te laten gaan van een nadere (tweezijdig ondertekende) motivering.

Als de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar niet tot overeenstemming kunnen komen over aanpassing van de rekenfactor, beslist de NZa dat de rekenfactor, zoals bedoeld in deze beleidsregel, in beginsel van toepassing is.

Voor wat betreft de opgave van de realisatie van de doorloop DBC's 2012 geeft de accountant een controleverklaring af op juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen.

Het totale opbrengstverschil wordt vastgelegd in een beschikking. De verdeling van het opbrengstverschil over zorgverzekeraars vindt plaats op basis van de voorlopige marktaandelen 2012 van zorgverzekeraars, als bepaald door Zorginstituut Nederland. Een beschrijving van deze methodiek is te vinden in het Verantwoordingsdocument Opbrengstverrekening GGZ – Fase 1 en Fase 2. De NZa brengt de individuele zorgverzekeraar en zorgaanbieder door middel van een beschikking op de hoogte van het opbrengstverschil. Deze beschikking bevat een voorbehoud omdat de marktaandelen nog voorlopig zijn. Zorgaanbieder en zorgverzekeraars kunnen in onderling overleg overgaan tot verrekening van dit opbrengstverschil. De NZa zal nieuwe beschikkingen afgeven zodra het voorbehoud op de marktaandelen vervalt.

### **Artikel 5**

Daarnaast bieden we de mogelijkheid om correcties 2008-2012 op te geven. Dit betreft correcties op de DBC's die gedurende de budgettering zijn verantwoord. De beleidsregel schrijft niet voor welk soort correcties wel en niet zijn toegestaan, dit wordt overgelaten aan partijen. In de praktijk zullen dit vooral materiële controles zijn over de schadelastjaren 2008-2012. De zorgverzekeraar zal zich inspannen om deze controles zoveel mogelijk voor 1 mei 2015 af te ronden, zodat de uitkomsten hiervan mee kunnen in de nacalculatie. Correcties kunnen zowel negatief als positief zijn.

Op verzoek van veldpartijen is de beleidsregel aangepast. In de oorspronkelijke beleidsregel waren zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen verantwoordelijk voor de opgave. Dit is nu gewijzigd: de zorgverzekeraar tekent niet mee, de NZa vertrouwt in plaats daarvan op een rapport van feitelijke bevindingen van de accountant.

De accountant controleert de aansluiting van het opgegeven bedrag met administratie van de zorgaanbieder. Uitgangspunt is dat de onderliggende correcties en (her)facturaties niet zijn meegenomen in een

eerdere nacalculatie. Zie hiervoor het accountantsprotocol en het convenant tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland.

**Kenmerk**  
BR/CU-5137

Daarnaast is de indieningstermijn gewijzigd. Waar partijen eerst om uitstel van 1 juni 2015 naar 1 juli 2015 hebben gevraagd, was nu het verzoek hier 1 oktober 2015 van te maken. Formulieren of verklaringen die na deze datum binnenkomen, worden niet in behandeling genomen.

**Pagina**  
11 van 12

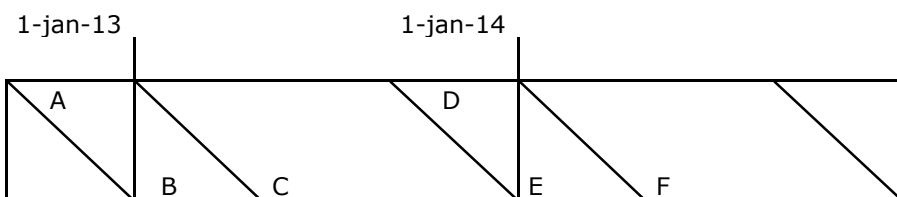
De NZa brengt de individuele zorgverzekeraar en aanbieder door middel van een brief op de hoogte van de uitkomst van de correcties 2008-2011 en middels een beschikking over 2012. Deze bedragen kunnen partijen onderling verrekenen. Het kan hier zowel om positieve (zorgaanbieder ontvangt geld) als negatieve (zorgaanbieder moet geld betalen) bedragen gaan.

Het is niet mogelijk om na indiening van de correcties oude jaren 2008-2012 nog wijzigingen door te geven die het bedrag correcties 2008-2012 beïnvloeden, ook niet als de zorgverzekeraar na indiening controles uitvoert over 2008-2012. Als de zorgverzekeraar zijn controles niet tijdig heeft afgerond, betekent dit niet dat hij ze niet meer hoeft te doen. De NZa heeft immers eisen aan zorgverzekeraars gesteld over de uitvoering van formele en materiële controles voor de kosten die ingebracht worden in de verevening. Het is aan partijen om waar nodig een private oplossing te kiezen.

### **Artikel 6**

In 2013 hoeven gebudgetteerde zorgaanbieders niet meer te registreren in budgetparameters. Nacalculatie op basis van budgetparameters is afgeschaft. Over het jaar 2013 wordt nagecalculeerd op de DBC's geopend in 2013. In onderstaand schema is weergegeven dat alle geopende DBC's in 2013 onder vak C, D en E vallen. De nacalculatie 2013 heeft betrekking op die periode.

De DBC's geopend in 2012 en niet gedeclareerd in 2012 blijven bij de nacalculatie op schadelastjaar 2013 buiten beschouwing (vakken A en B). De wijze waarop de nacalculatie over dit deel plaatsvindt, is beschreven in artikel 4 van deze beleidsregel.



Schema 1: In vak A en B vallen de DBC's die zijn geopend in 2012 en gedeclareerd na 2012. Vak C gaat over DBC's die zijn geopend en gedeclareerd in 2013. Vak D en E omvatten de DBC's die in 2013 zijn geopend, en gedeclareerd na 2013.

Uitgangspunt bij de nacalculatie 2013 is de definitieve productieafspraken. De definitieve productieafspraken omvat:

- 1) De productieafspraken die eind 2012/begin 2013 tussen zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar(s) zijn overeengekomen;

- 2) De aanvullende productieafspraken die zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar(s) voor 31 december 2013 maken.

**Kenmerk**  
BR/CU-5137

**Pagina**  
12 van 12

Per zorgaanbieder wordt de definitieve productieafpraak vergeleken met de realisatie 2013. De realisatie betreft de vergoeding voor geopende DBC's in 2013 inclusief normatieve huisvestigingscomponenten als vergoeding voor de kapitaallasten. Het tijdstip van 1 juni 2016 is gekozen zodat de effecten van materiële controles voor een groot deel worden meegenomen.

Voor de nacalculatie 2013 wordt gebruik gemaakt van het formulier 'Nacalculatie DBC's GGZ Zvw 2013'. Dit formulier bestaat uit twee onderdelen:

- 1) Opgave van de definitieve productieafpraak 2013: dit is de som van de productieafpraak en de aanvullende productieafspraken;
- 2) Opgave van de realisatie in DBC's in 2013.

Voor het formulier 'Nacalculatie DBC GGZ Zvw 2013' geldt dat de representerende zorgverzekeraar, die over het jaar 2013 de 1<sup>e</sup> representerende zorgverzekeraar was voor een zorgaanbieder, enkel medeondertekent voor de definitieve productieafpraak. Indien de zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar niet tot overstemming over de definitieve productieafpraak komen, geldt de procedure zoals beschreven in artikel 6.9.

Voor wat betreft de opgave van de realisatie 2013 geeft de accountant een controleverklaring af op juistheid van de verstrekte gegevens en inlichtingen.

Wanneer het saldo van afspraak en realisatie positief is, is er sprake van onderproductie. Wanneer dit saldo negatief is, is er sprake van overproductie. Alleen overproductie leidt tot een financieel gevolg. Dit noemen we het sluitingsbedrag.

Het totale bedrag wordt vastgelegd in een beschikking. De NZa brengt ook de individuele zorgverzekeraar door middel van een beschikking op de hoogte van de uitkomst. Deze bedragen kunnen partijen onderling verrekenen. Dit bedrag kan zowel positief (zorgaanbieder ontvangt geld) als negatief (zorgaanbieder moet geld betalen) zijn.

Het is niet mogelijk om na indiening van de nacalculatie 2013 nog wijzigingen door te geven die het opbrengstverschil beïnvloeden. Als de zorgverzekeraar zijn controles niet tijdig heeft afgerond, betekent dit niet dat hij ze niet meer hoeft te doen. De NZa heeft eisen aan zorgverzekeraars gesteld over de uitvoering van formele en materiële controles voor de kosten die ingebracht worden in de verevening. Over schadelastjaar 2014 en verder zal de NZa geen nacalculatie meer verzorgen.