

**TARIEFBESCHIKKING RENTEVERGOEDING
OPBRENGSTVERREKENING GGZ**



**Nederlandse
Zorgautoriteit**

Nummer TB/CU-5039-01	Datum ingang 1 januari 2011	Datum beschikking 16 december 2010	Datum verzending 17 december 2010
vlgnr. 1	Geldig tot 31 december 2011	Behandeld door directie Zorgmarkten Cure	

De Nederlandse Zorgautoriteit

heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg

gelet op:
artikel 35 en artikel 52, vijfde lid, van de Wmg

en op basis van de beleidsregel:
Rentevergoeding opbrengstverrekening GGZ, kenmerk BR/CU-5039,

ambtshalve besloten:
dat rechtsgeldig

door:
gebudgetteerde instellingen als bedoeld in de Beleidsregel 'Overgang curatieve GGZ naar Zvw en invoering DBC's' die curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) leveren;

aan:
alle zorgverzekeraars

in rekening mag worden gebracht:
Het hieronder genoemde tarief en de bijbehorende prestatiebeschrijving:

Een vergoeding voor rente overeenkomstig de wijze en onder de voorwaarden zoals beschreven in de Beleidsregel Rentevergoeding opbrengstverrekening GGZ voor (het geheel van) de geleverde zorg waarop de jaarlijkse opbrengstverrekening betrekking heeft.

Overige bepalingen

1. Voor gebudgetteerde instellingen wordt per kalenderjaar het budget op basis van de nacalculatie vergeleken met de gerealiseerde omzet in DBC's. Met inachtneming van het gestelde in 2 tot en met 6 kunnen gebudgetteerde instellingen rente, verband houdend met de eenmalige opbrengstverrekening, in rekening brengen bij die zorgverzekeraars waaraan zij gedurende een kalenderjaar DBC's hebben gedeclareerd.
2. Gebudgetteerde instellingen kunnen in het kader van de eenmalige opbrengstverrekening slechts aanspraak maken op een aanvullende rentevergoeding bedoeld in 1, indien:
 - a) de hoogte van de DBC-omzet lager is dan het voor deze instelling vastgestelde budget, en
 - b) genoemde verzekeraars geen voorschot over het onderhanden werk hebben verstrekt als bedoeld in de Beleidsregel 'Voorschotten en rentevergoeding onderhanden DBC's GGZ'.
3. De mogelijkheid voor gebudgetteerde instellingen om rente in het kader van de eenmalige opbrengstverrekening bij een zorgverzekeraar in rekening te brengen, geldt vanaf de opbrengstverrekening die betrekking heeft op het (budget)jaar 2008.

4. De opbrengsten van de rentevergoeding als bedoeld onder 1 worden aangemerkt als aanvullende inkomsten. Deze inkomsten dienen derhalve niet ter dekking van het budget.
5. Wijze van vergoeding van rente bij de eenmalige opbrengstverrekening:
 - a. Over het jaar waarop de opbrengstverrekening betrekking heeft (jaar t) is de periode waarover de rente wordt vergoed $6/12^e$. Voor jaar t+1 telt elke maand of verstreken periode van een maand voor $1/12^e$ mee tot ten hoogste 8 maanden of zoveel (maanden) eerder als de tariefbeschikking bij de opbrengstverrekening in werking treedt.
 - b. De rentevergoeding wordt naar rato van de omzet per verzekeraar berekend.
 - c. Over de opbrengstverrekening wordt rente vergoed na aftrek van een drempel. Deze drempel bedraagt 5% van de DBC-omzet over jaar t; derhalve inclusief de opbrengstverrekening en de onderhandenwerkposities per balansdata.
 - d. Het rentepercentage bedraagt het jaargemiddelde van het gemiddelde één-maands-euribor, verhoogd met 1,5%.
6. Voor de rentevergoeding bij de opbrengstverrekening over het jaar 2008 geldt, in afwijking van het bepaalde onder 5, sub a, het volgende:
Over het jaar waarop de opbrengstverrekening betrekking heeft (jaar t = 2008), is de periode waarover de rente wordt vergoed $6/12^e$. Voor jaar t+1 (2009) telt elke maand of verstreken periode van een maand voor $1/12^e$ mee tot ten hoogste 5 maanden, of zoveel (maanden) eerder als de tariefbeschikking in werking is getreden.
7. De aanvullende rentevergoeding mag niet in rekening worden gebracht aan individuele patiënten en/of niet verzekerde patiënten.
8. De individueel (per instelling afzonderlijk) afgegeven tariefbeschikkingen blijven als gevolg van de voorliggende tariefbeschikking ongewijzigd van kracht voor de duur waarvoor deze zijn afgegeven.

Intrekking oude tariefbeschikking

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beschikking wordt de tariefbeschikking van 8 februari 2010, met nummer 450-10-05, ingetrokken.

Overgangsbepaling

De tariefbeschikking van 8 februari 2010, met nummer 450-10-05, blijft van toepassing op aangelegenheden die hun grondslag vinden in, dan wel voortvloeien uit die beschikking en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beschikking gold.

Inwerkingtreding

Deze tariefbeschikking treedt in werking op 1 januari 2011.

Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2010, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2011.

Bezwaar en beroep

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), juncto artikel 7:1, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een bezwaarschrift, per post dan wel per fax (dus niet via e-mail), indienen bij de Nederlandse Zorgautoriteit, Unit Bezwaar, beroep en boetes, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht.

Het bezwaar dient conform artikel 6:5, eerste lid, Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten:

- naam en adres van de indiener;
- een omschrijving van het besluit waartegen het bezwaar zich richt, en
- de gronden van het bezwaar.

Het verdient aanbeveling om een afschrift van het bestreden besluit bij te voegen.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.S. Mulder
directeur Zorgmarkten Cure