

Aan de besturen van

- Gebudgetteerde GGZ-instellingen
- GGZ Nederland
- ZN
- NVZ
- NFU

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
JWES/mpan/GGZ

**Telefoonnummer**  
030 296 82 80

**E-mailadres**  
jweijers@nza.nl

**Kenmerk**  
CI/11/37c  
11D0035486

**Onderwerp**  
Vereenvoudiging verantwoording in de curatieve GGZ

**Datum**  
28 september 2011

Geachte heer, mevrouw,

Via deze circulaire informeert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) u over het vaststellen van de volgende beleidsregels:

- Overgang curatieve GGZ naar de Zvw en invoering DBC's (BR CU-5052);
- Procedurevaststelling en verrekening aanvaardbare kosten (BR CU-5053);
- Vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten GGZ Zvw (BR CU-5054);

en de volgende nadere regel:

- Informatieverstrekking vaststelling budgetten GGZ Zvw (NR CU-512).

Deze beleidsregels en nadere regel treden in werking op 1 januari 2012.

### **Algemeen**

Er zijn op dit moment twee verschillende bekostigingswijzen voor curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ). Alle aanbieders van cGGZ registreren en declareren Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Daarnaast registreren de van oudsher gebudgetteerde instellingen ook budgetparameters, die tevens leidend zijn in de bekostiging. De minister heeft de NZa per brief laten weten voornemens te zijn prestatiebekostiging in te voeren in de curatieve GGZ per 2013.

De NZa heeft eerdere verzoeken van partijen ontvangen om afgerekend te worden op DBC's. De NZa heeft deze afgewezen. De NZa heeft vervolgens wel in de circulaire beleidsregels curatieve GGZ (CI/10/29c) kenbaar gemaakt dat zij in het geval er per 2012 geen prestatiebekostiging is, na zal gaan welke wettelijke mogelijkheden er zijn voor honorering van initiatieven van individuele instellingen om per 1

januari 2012 toch de stap naar afrekening op basis van DBC's te maken. De voorliggende beleidsregels en nadere regel zijn de uitwerking van het in de circulaire uitgesproken voornemen.

**Kenmerk**  
CI/11/37c  
11D0035486

**Pagina**  
2 van 5

### **Doel van beleidsregelwijziging**

De NZa staat met deze beleidsregelwijziging toe dat instellingen zich verantwoorden op basis van de werkelijke productie in DBC's in plaats van budgetparameters, mits zij hierover overeenstemming hebben bereikt met de betreffende verzekeraar. Indien deze overeenstemming er niet is, geldt de verplichting voor de instelling zich te verantwoorden op basis van de werkelijke productie in budgetparameters.

Indien instellingen zich verantwoorden op basis van de werkelijke productie in DBC's hoeven de budgetparameters niet langer geregistreerd te worden. Met deze vereenvoudiging van de verantwoording beoogt de NZa dat instellingen niet langer een dubbele administratie moeten voeren.

Daarnaast beoogt de NZa met deze beleidsregelwijziging de mindset bij een instelling volledig op DBC's te krijgen. De instelling maakt niet langer alleen afspraken in DBC's, maar wordt ook afgerekend op DBC's.

### **Kapitaallasten**

Bij het verantwoorden op basis van de werkelijke productie in budgetparameters worden de kapitaallasten vergoed via een vast na te calculeren bedrag. Bij het verantwoorden op basis van de werkelijke productie in DBC's worden de kapitaallasten vergoed via de kapitaallastenslag op iedere DBC. Het kiezen voor vereenvoudiging van de verantwoording kan leiden tot een stijging of daling van de kapitaallastenslag.

### **Toelichting op werkwijze verantwoording in DBC's**

De werkwijze is in te delen in drie fases

#### *Fase 1: budgetafspraken*

De zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar(s) maken eind 2011 afspraken voor 2012. Zij doen dit zowel in budgetparameters als in DBC's. Deze afspraken leiden tot een totaalbedrag in budgetparameters en een totaalbedrag in DBC's.

De zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar(s) stellen vervolgens de verhouding tussen het totaalbedrag in budgetparameters en het totaalbedrag in DBC's vast. Deze verhouding noemen we de omrekenfactor en is van belang voor de uiteindelijke afrekening.

De NZa neemt hierbij aan dat de zorg te leveren op basis van afspraken in budgetparameters vergelijkbaar is met de zorg te leveren op basis van afspraken in DBC's. Idealiter zou het totaalbedrag in budgetparameters gelijk moeten zijn aan het totaalbedrag in DBC's. In dat geval is de omrekenfactor gelijk aan 1.

Indien zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar(s) overeengekomen zijn om via deze werkwijze te werken dan verstrekken zij de volgende informatie aan de NZa in een budgetformulier:

- De budgetafpraak in budgetparameters;

- De afspraak in DBC's;
- De omrekenfactor;
- Toezegging van zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar(s) op het handelen volgens deze werkwijze.

**Kenmerk**  
CI/11/37c  
11D0035486

**Pagina**  
3 van 5

### Fase 2: zorg leveren

Zodra de afspraken zijn gemaakt en het kalenderjaar begint, gaat de zorgaanbieder zorg leveren en deze in rekening brengen bij de verzekeraar via DBC's. De NZa stelt niet langer verplicht dat een zorgaanbieder daarnaast ook de gerealiseerde budgetparameters registreert. De gerealiseerde budgetparameters zijn namelijk niet langer van invloed op de inkomsten van een zorgaanbieder. In fase 3 wordt dit verder toegelicht.

Conform de huidige praktijk monitort de zorgverzekeraar de geleverde zorg. De NZa legt hierbij als enige restrictie op dat als partijen besluiten dat de budgetafspraken moet worden aangepast, dit er niet toe kan leiden dat de omrekenfactor wordt aangepast. Aanpassingen in de budgetafspraken worden opgegeven in het mutatieformulier.

### Fase 3: nacalculatie

Aan het eind van het boekjaar stellen de zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar(s) een nacalculatie op. In de huidige situatie ontvangt de zorgaanbieder uiteindelijk het bedrag dat is vastgesteld op basis van de budgetparameters. Bij deze werkwijze leidt de realisatie in DBC's (inclusief onderhanden werkpositie) in combinatie met de omrekenfactor zoals vooraf afgesproken tot het uiteindelijke bedrag dat een zorgaanbieder ontvangt.

De accountant stelt vast dat het bedrag op het nacalculatieformulier een logisch gevolg is van de gerealiseerde DBC's gecorrigeerd voor de omrekenfactor zoals afgesproken.

De NZa hanteert als uitgangspunt dat de representerende verzekeraar(s) op eenzelfde manier omgaan met overproductie als in de huidige situatie. Dit kan betekenen dat een zorgaanbieder die voor een hoger totaalbedrag dan afgesproken DBC's in rekening brengt, de overschrijding terug moet betalen aan de zorgverzekeraars.

De zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar(s) die op deze wijze werken, verstrekken de volgende informatie aan de NZa in het nacalculatieformulier:

- De realisatie in DBC's (inclusief onderhanden werkpositie);
- De omrekenfactor;
- De berekende budgetrealisatie (bedrag op nacalculatieformulier);
- Een accountantsverklaring waarin de accountant verklaart dat het bedrag op het nacalculatieformulier een logisch gevolg is van de gerealiseerde DBC's gecorrigeerd voor de verhouding zoals afgesproken.

De NZa verwerkt vervolgens het nacalculatieformulier. De berekende budgetrealisatie is het uiteindelijke bedrag dat een zorgaanbieder binnen krijgt. De hoogte van dit bedrag is afhankelijk van de realisatie in DBC's. Het verschil tussen de realisatie in DBC's en de berekende budgetrealisatie is het bedrag dat in de opbrengstverrekening komt. Dit

is het bedrag dat zorgaanbieder en zorgverzekeraars met elkaar verrekenen.

**Kenmerk**  
CI/11/37c  
11D0035486

### **Voorbeeld**

Aanbieder A en representerende zorgverzekeraar Z zijn overeengekomen om op basis van de nieuwe werkwijze afspraken te maken voor 2012. Zij spreken af dat A in totaal voor €10.000.000 DBC's zal gaan produceren. Wanneer zij deze productie vertalen naar budgetparameters dan komen zij tot een bedrag van €10.200.000. Zij spreken op basis hiervan een omrekenfactor af van 1,02 en zij geven bij de NZa beiden te kennen dat zij op de nieuwe wijze gaan werken.

**Pagina**  
4 van 5

#### Situatie 1

Aanbieder A registreert enkel DBC's en komt in 2012 tot een realisatie in DBC's (inclusief onderhanden werkpositie) van €9.500.000. Hieruit volgt een budgetrealisatie van ( $€9.500.000 \times 1,02 =$ ) €9.690.000. De accountant verklaart dat de werkwijze correct is.

De NZa verwerkt het bedrag van €9.690.000 in het nacalculatieformulier. Aanbieder A ontvangt via de opbrengstverrekening nog ( $€9.690.000 - €9.500.000 =$ ) €190.000 van zorgverzekeraar Z.

#### Situatie 2

Aanbieder A registreert enkel DBC's en komt in 2012 tot een realisatie in DBC's (inclusief onderhanden werkpositie) van €10.400.000. Hieruit volgt een budgetrealisatie van ( $€10.400.000 \times 1,02 =$ ) €10.608.000. De accountant verklaart dat de werkwijze correct is.

In het begin van het jaar hebben A en Z echter een bedrag van €10.200.000 afgesproken. De overschrijding van de afspraak wordt niet vergoed door de verzekeraar. Op het nacalculatieformulier geven partijen aan dat zij een bedrag van €10.200.000 als budgetrealisatie opgeven. Hierbij lichten zij toe dat er sprake is van een overschrijding.

De NZa verwerkt het bedrag van €10.200.000 in het nacalculatieformulier. Aanbieder A betaalt via de opbrengstverrekening nog ( $€10.400.000 - €10.200.000 =$ ) €200.000 aan zorgverzekeraar Z.

### **Aandachtspunten voor instellingen**

Instellingen kunnen overeenstemming bereiken met de verzekeraar dat verantwoording plaats vindt op basis van de werkelijke productie in DBC's. De NZa beoogt met deze beleidsregelwijziging dat instellingen hierdoor minder administratieve lasten hebben en de mindset op DBC's kunnen richten. Er zijn echter ook een aantal aandachtspunten voor instellingen. De NZa maakt deze aandachtspunten kenbaar in de bijlage van haar beleidsregel. Het doel hiervan is om ervoor te zorgen dat instellingen en verzekeraars hiermee rekening houden bij het maken van afspraken:

- Afrekening vindt plaats op basis van de realisatie in DBC's in combinatie met de omrekenfactor. Indien er minder DBC's in rekening worden gebracht zijn er lagere inkomsten.
- In principe zullen de inkomsten van een aanbieder nooit hoger zijn dan het vooraf afgesproken budget, tenzij de verzekeraar overproductie vergoedt.

- Bij het verantwoorden op basis van de werkelijke productie in budgetparameters worden de kapitaallasten vergoed via een vast na te calculeren bedrag. Bij het verantwoorden op basis van de werkelijke productie in DBC's worden de kapitaallasten vergoed via de kapitaallastenopslag op iedere DBC. Het kiezen voor vereenvoudiging van de verantwoording kan leiden tot een stijging of daling van de kapitaallastenvergoeding.
- In de werkwijze worden de budgetafspraken vergeleken met de gefactureerde DBC's gecorrigeerd voor de onderhanden werkpositie. Deze twee bedragen kennen géén identieke grondslag, maar zijn voor de NZa de best mogelijke vergelijking die er gemaakt kan worden.
- Bij de verantwoording moet er een correctie worden gedaan voor de posten ECT en Methadon. Deze correctie vindt op eenzelfde wijze plaats als in het huidige verantwoordingsdocument DBC GGZ.
- Het verantwoordingsdocument DBC GGZ maakt onderdeel uit van het nacalculatieformulier en dient dus ook door beide partijen ondertekend te worden.

**Kenmerk**  
CI/11/37c  
11D0035486

**Pagina**  
5 van 5

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit

drs. M.S. Mulder  
directeur Zorgmarkten Cure