



Regeling Informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening

REGELING NR/REG-2107

Vastgesteld op 23 juni 2020

Gelet op artikel 61 en 62 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van informatieverstrekking voor de vaststelling van het budget/een grens.

1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *zorgaanbieder*: natuurlijk persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig acute psychiatrische hulpverlening biedt;
- b. *gebudgetteerde zorgaanbieder*: zorgaanbieder op wie, op grond van een beschikking van de NZa, de budgetsystematiek ten aanzien van de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget van toepassing is;
- c. *acute psychiatrische hulpverlening binnen budget*: hulpverlening die deel uitmaakt van de gespecialiseerde ggz en welke gericht is op personen in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is en de zorg bestaat uit de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling tot maximaal drie kalenderdagen (inclusief beoordelingsruimte) en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal drie kalenderdagen. De zorg wordt geleverd conform de eisen die de generieke module acute psychiatrie stelt aan de organisatie en expertise van het team en de samenwerkingsafspraken (regioplan);
- d. *generieke module acute psychiatrie*: module waarin de inhoud en organisatie van hulpverlening wordt beschreven voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is;
- e. *gespecialiseerde ggz*: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) als omschreven bij krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis-ggz;
- f. *budget*: vaste grens, als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onderdeel a, van de Wmg, van de som van de kosten, als bedoeld in artikel 5.1 van de Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening, voor de beschikbaarheid van de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling (inclusief beoordelingsruimte) en beschikbaarheid crisisbedden en opname;
- g. *voorlopig budget*: het door de NZa in (t-1) vastgestelde budget voor jaar (t);
- h. *voorlopige opbrengsten*: de som van het totaal te verwachten gedeclareerde tarieven op basis van de prestaties zoals genoemd in artikel 6 van de Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening met betrekking tot jaar (t);
- i. *voorlopig opbrengstresultaat*: het verschil tussen het voorlopig budget en de voorlopige opbrengsten. Dit kan een opbrengstoverschot danwel een opbrengsttekort zijn. De NZa stelt dit vast in een beschikking;
- j. *definitief budget*: het door de NZa, na verwerking van de nacalculatie van het jaar (t), in (t+1) vastgestelde budget voor jaar (t);
- k. *definitieve opbrengsten*: de som van het totaal aan gedeclareerde tarieven op basis van de prestaties, zoals genoemd in artikel 6 van de Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening, met betrekking tot jaar (t);
- l. *definitief opbrengstresultaat*: het verschil tussen het definitief budget en de definitieve opbrengsten. Dit kan een opbrengstoverschot (vereffeningsbedrag zoals genoemd onder m) danwel een opbrengsttekort (verrekenbedrag zoals genoemd onder n) zijn. De NZa stelt dit vast in een beschikking;
- m. *vereffeningsbedrag*: het bedrag zoals genoemd in artikel 56b Wmg. Bij een positief opbrengstresultaat (opbrengstoverschot) stelt de NZa dit bedrag bij beschikking vast;
- n. *verrekenbedrag*: bij een negatief opbrengstresultaat (opbrengsttekort) stelt de NZa dit bedrag bij beschikking vast;
- o. *representerende verzekeraar*: de door de leden zorgverzekeraar(s) die door de leden van Zorgverzekeraars Nederland aangewezen zorgverzekeraar of zorgverzekeraars om namens hen een overeenkomst af te sluiten conform het convenant representatiemodel acute GGZ 2019;



- p. *tweezijdige aanvraag*: een gezamenlijk overeengekomen schriftelijke aanvraag door de representerende verzekeraar en de (beoogd) gebudgetteerde zorgaanbieder. De overeenstemming blijkt uit ondertekening door een belissingsbevoegd persoon van de (beoogd) gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende verzekeraar;
- q. *regioplan*: vastgelegde afspraken over de levering van acute psychiatrische hulpverlening door het regionaal overleg van ketenpartners acute psychiatrie conform de generieke module acute psychiatrie, zoals omschreven in het implementatieplan bij de GMAP;
- r. *regio*: een geografisch gebied voor de levering van acute psychiatrische hulpverlening. De indeling van de regio's is vastgelegd in een bijlage van de generieke module acute psychiatrie;
- s. *crisis-dbc binnen budget*: een crisis-dbc binnen budget wordt geopend bij acute psychiatrische hulpverlening binnen budget. De crisis-dbc binnen budget kan enkel worden gedeclareerd door of namens de gebudgetteerde zorgaanbieder op grond van een individuele tariefbeschikking. De crisis-dbc binnen budget vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
- t. *Wmg*: Wet marktordening gezondheidszorg;
- u. *NZa*: Nederlandse Zorgautoriteit.

2. Doel van de regeling

Deze regeling heeft tot doel het stellen van regels over de informatie die gebudgetteerde zorgaanbieders moeten aanleveren ten behoeve van de vaststelling van het budget voor de acute psychiatrische hulpverlening. Deze regels hebben betrekking op de inhoud van de informatie zelf, de wijze waarop deze moet worden aangeleverd en de termijnen waarbinnen dat dient te geschieden.

Deze regeling heeft tot doel het stellen van voorschriften voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget op het gebied van registratie, declaratie, informatie en validatie die gebudgetteerde zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van de prestaties crisis-dbc binnen budget.

3. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget, zoals bedoeld in artikel 1, onder c, voor zover deze wordt geleverd door of namens gebudgetteerde zorgaanbieders, zoals bedoeld in artikel 1, onder b.

4. Te verstrekken informatie aanvraag en vaststellen voorlopig opbrengstresultaat acute psychiatrische hulpverlening

1. Gebudgetteerde zorgaanbieders verstrekken jaarlijks vóór 1 oktober jaar (t-1) een opgave van:
 - het voorlopig budget;
 - de voorlopige opbrengsten;
 - de bevestiging dat een regioplan is overeengekomen;
 - de bevestiging dat concrete schriftelijke afspraken met de representerende verzekeraar zijn gemaakt over de levering van acute psychiatrische hulpverlening;
 - het verwachte aantal patiënten en verblijfsdagen onderverdeeld naar Jeugdwet (jeugdigen 18-) en Zorgverzekeringswet (volwassenen, 18 jaar en ouder).
2. Voor de opgaven bedoeld in het eerste lid moet verplicht gebruik worden gemaakt van het hiertoe bestemde formulier, dat door de NZa beschikbaar wordt gesteld.
3. De opgave in het eerste lid van de zorgaanbieder is compleet, indien deze ten minste het volledig ingevulde digitale formulier bevat inclusief een ondertekeningsdocument dat hoort bij het digitaal ingediende formulier.

5. Te verstrekken informatie aanvraag en vaststellen definitief opbrengstresultaat acute psychiatrische hulpverlening

1. Gebudgetteerde zorgaanbieders verstrekken jaarlijks vóór 1 juli jaar (t+1) ten behoeve van de nacalculatie een opgave van het definitieve budget.
2. Gebudgetteerde zorgaanbieders zijn verplicht om jaarlijks vóór 1 juli jaar (t+1) ten behoeve van het vaststellen van het opbrengstresultaat een opgave te doen van:
 - het definitieve budget,
 - de definitieve opbrengsten;
 - het aantal patiënten en verblijfsdagen onderverdeeld naar Jeugdwet (jeugdigen 18-), Zorgverzekeringswet (volwassenen, 18 jaar en ouder) en overige patiënten (onverzekerden, illegalen, toeristen, etc).
3. Voor de definitieve opgaven bedoeld in het eerste en tweede lid moet gebruik worden gemaakt van het hiertoe bestemde formulier, dat door de NZa beschikbaar wordt gesteld.
4. De definitieve (werkelijke) opgave door de zorgaanbieder is compleet, indien deze ten minste het



volledig ingevulde digitale formulier met de volgende bijlagen bevat:

- een bijbehorend ondertekeningsdocument bij het digitale formulier van de gebudgetteerde zorgaanbieder;
- een ingevulde en ondertekende bestuursverklaring bij het formulier.

Eventuele extra vermeldingen op het ondertekende formulier zijn niet geldig en worden niet meegenomen in de besluitvorming.

6. Wijze van verstrekking

De in artikel 4 en 5 genoemde formulieren zijn beschikbaar gesteld op het digitale aanvragenportaal van de NZa (<https://aanvragen.nza.nl>). Zorgaanbieders dienen de in dit artikel bedoelde formulier in te dienen via dit portaal.

7. Gebrekkige aanlevering

1. Van een gebrekkige aanlevering is sprake indien de in artikel 4 en 5 bedoelde informatie onjuist, onvolledig, niet, of niet tijdig wordt aangeleverd.
2. Van een onjuiste of onvolledige aanlevering is sprake, indien de in artikel 4 en 5 bedoelde informatie weliswaar binnen de geldende indieningstermijnen is ontvangen, maar niet heeft plaatsgevonden overeenkomstig de eisen die hieraan zijn gesteld in deze regeling, de vigerende Beleidsregel budgetbesteding acute psychiatrische hulpverlening, of in de toepasselijke formulieren. Bij een onjuiste of onvolledige aanlevering stelt de NZa de zorgaanbieder en de representerende verzekeraar ten minste eenmaal in de gelegenheid – kosteloos en zonder verdere gevolgen – alsnog binnen vier weken een aanvraag in te dienen, dan wel de informatie aan te vullen of te corrigeren.
3. Van geen of niet tijdige aanlevering is sprake, indien na het verstrijken van de geldende indieningstermijnen geen, of alsnog een aanlevering van de in artikel 4 en 5 genoemde informatie is ontvangen. Bij de beoordeling of sprake is van een niet tijdige aanlevering, is niet relevant of de informatie onjuist, onvolledig of compleet is. Voor deze gevallen wordt verwezen naar de vigerende Beleidsregel budgetbesteding acute psychiatrische hulpverlening.

8. Verplichtingen prestaties crisis-dbc binnen budget

1. Voor de registratie van de prestaties crisis-dbc binnen budget gelden de volgende verplichtingen:

Openen

- De crisis-dbc binnen budget mag alleen geopend worden door of namens een gebudgetteerde zorgaanbieder.
- Een patiënt kan per zorgaanbieder maximaal 3 openstaande zorgtrajecten hebben. Daarnaast is het mogelijk om een vierde parallel zorgtraject te openen, wanneer dit acute psychiatrische hulpverlening betreft.
- Er mag per patiënt per zorgaanbieder maar één crisis-dbc binnen budget tegelijk openstaan.
- Er mogen geen crisis-dbc's binnen budget of crisis-dbc's buiten budget voor dezelfde patiënt binnen dezelfde zorgaanbieder parallel lopen.

Typeren

1. In het geval van acute psychiatrische hulp dient de zorgaanbieder het zorgtype 303 acute psychiatrische hulpverlening binnen budget te typeren. Zie bijlage 1 in de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg: Zorgtypen.

Registeren

2. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel mogen op de dbc crisisactiviteiten registreren. Zie bijlage 3 in de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg: Dbc-beroepentabel.
3. Het is niet verplicht om bij een crisis-dbc binnen budget een diagnose te registreren.
4. Er mogen alleen activiteiten geregistreerd worden op een crisis-dbc binnen budget die in verband staan met acute psychiatrische hulpverlening binnen budget. Dit zijn activiteiten met activiteitcodes act_6.1-act_6.7 en act_7.1-act_7.7. Zie bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen in de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.
act_6.1: Crisiscontact binnen kantooruren
act_6.2: Crisiscontact buiten kantooruren
act_6.4: Intake en screening crisisinterventie



- act_6.5: Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie
 - act_6.6: Farmacotherapie crisisinterventie
 - act_6.7: Steunend en structurerend crisiscontact
 - act_7.1: Zorgcoördinatie
 - act_7.2: No show
 - act_7.3: Interne patiëntbespreking (MDO)
 - act_7.4: Extern overleg met derden (buiten de instelling)
 - act_7.5: Verslaglegging algemeen (b.v. Ontslagbrief, correspondentie)
 - act_7.6: Activiteiten ivm juridische procedures (Wvggz)
 - act_7.7: Regelen tolken
5. De deelprestaties voor verblijf mogen geregistreerd worden bij de crisis-dbc binnen budget. Andere deelprestaties en overige zorgproducten mogen niet geregistreerd worden.
 6. Er moet op een crisis-dbc binnen budget altijd directe tijd worden geregistreerd.
 7. Een verblijfsdag met overnachting mag alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de patiënt 'ontslagen' wordt – en dus niet 's nachts in de kliniek verblijft – geldt niet als verblijfsdag. De kapitaallasten bij verblijf (nhc) zijn integraal onderdeel van de deelprestaties verblijf.
 8. Directe tijd van een regiebehandelaar is bij een crisis-dbc binnen budget zonder verblijf niet vereist. Directe tijd van een regiebehandelaar is bij een crisis-dbc binnen budget met verblijf wel vereist.
 9. Als er sprake is van parallelle zorgtrajecten naast de crisis-dbc binnen budget, moet de behandelaar de geboden zorg registreren op de dbc waarop deze betrekking heeft.

Sluiten

10. Een crisis-dbc binnen budget heeft een maximale duur van 3 kalenderdagen.
 11. De dag na het sluiten van de crisis-dbc binnen budget kan een crisis-dbc buiten budget of een reguliere dbc worden geopend. Er kan geen vervolg crisis dbc binnen budget worden geopend binnen hetzelfde zorgtraject.
 12. Als de zorg niet meer voldoet aan de definitie van acute psychiatrische hulpverlening of als de patiënt stabiel is, dan moet de crisis-dbc binnen budget worden gesloten.
2. De validatiebepalingen dbc's zoals beschreven in artikel 5.2 van de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zijn van toepassing.
 3. De declaratiebepalingen dbc's zoals beschreven in artikel 5.3 van de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zijn van toepassing. Ter verduidelijking van artikel 5.3.4 onderlinge dienstverlening kan de uitvoerende zorgaanbieder een crisis-dbc binnen budget namens de opdrachtgevende zorgaanbieder declareren.
 4. De informatiebepalingen dbc's zoals beschreven in artikel 5.4 van de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zijn van toepassing.

9. Intrekken oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze Regeling informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening wordt de Regeling informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening, met kenmerk NR/REG-2025a, ingetrokken.

De Regeling informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening, met kenmerk NR/REG-2025a, blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

10. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 juli 2020. Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wvng.

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening.

Ondertekening

*Nederlandse Zorgautoriteit,
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur*



TOELICHTING

Algemeen

Op 23 maart 2018 heeft de NZa het advies bekostiging acute psychiatrische zorg¹ gepubliceerd. Op 26 april 2018 heeft VWS ons een aanwijzing (kenmerk 1309558-174219-CZ) gegeven. De aanwijzing sluit aan bij het advies.

Door de invoering van de budgetsystematiek voor de acute psychiatrische hulpverlening conform de generieke module, is er een crisis-dbc binnen budget en crisis-dbc buiten budget ingevoerd. De crisis-dbc binnen budget heeft een vast tarief en kan enkel worden gedeclareerd door of namens de gebudgetteerde zorgaanbieder op grond van een individuele tariefbeschikking. Voor de crisis-dbc's binnen budget is er één zorgtype, 303 (Acute psychiatrische hulpverlening binnen budget). Een crisis-dbc buiten budget heeft een maximumtarief en mag in het geval van acute psychiatrische hulpverlening waarvoor geen budget is vastgesteld, worden gedeclareerd. Bij een crisis-dbc's buiten budget moet 1 van de volgende 3 zorgtypes worden geregistreerd: 304 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – vervolg binnen budget), 305 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – zorgaanbieder geen onderdeel regioplan), 306 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – geen regioplan).

Zie voor meer informatie over de budgetsystematiek de Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening en deze Regeling informatieverstrekking vaststelling budget en bepaling acute psychiatrische hulpverlening. De regels met betrekking tot de crisis-dbc buiten budget staan in de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Voor meer informatie over de budgetsystematiek verwijzen wij naar bovengenoemd advies.

Verdeelsleutels bij voor- en nacalculatie

In de voorcalculatie worden de totale kosten verdeeld tussen acute psychiatrische hulpverlening voor Zvw (18+) en acute psychiatrische hulpverlening voor Jeugdwet (18-) op basis van de voorlopige omzet in deze domeinen. Deze omzet wordt voor deze domeinen bepaald door het verwachte aantal patiënten en verblijfsdagen per prestaties (crisis-dbc's binnen budget) te vermenigvuldigen met de vaste tarieven, zoals deze door de NZa zijn vastgesteld voor de acute psychiatrische hulpverlening voor volwassenen (18+).

Ter bepaling van het voorlopig aantal patiënten en verblijfsdagen gelden de volgende regels:

- bij de telling van het aantal patiënten en/of verblijfsdagen gaat het om het totaal aantal patiënten en/of verblijfsdagen, niet het aantal unieke patiënten. Ter bepaling van het aantal patiënten 18+ wordt het aantal crisis-dbc's binnen budget gebruikt met de openingsdatum van het betreffende kalenderjaar;
- Indien de patiënt tijdens zijn crisis de leeftijd van 18 jaar bereikt, wordt deze patiënt, zowel bij de bepaling van de crisis-dbc's binnen budget als bij de verblijfsdagen, meegeteld bij de groep 18-.

Sinds 2018 zijn er geen jeugd-dbc's meer. Voor jeugdigen wordt voor de ambulante behandeling de Crisis-dbc binnen budget – vanaf 100 tot en met 199 minuten genomen. Voor jeugdigen die klinisch worden opgenomen wordt de Crisis-dbc binnen budget – vanaf 200 tot en met 399 minuten genomen en het aantal dagen voor de deelprestaties voor verblijf (Verblijf crisis binnen budget D tot en met H).

In de voorcalculatie wordt er vanwege de relatief beperkte omvang in de verdeling van de kosten geen rekening gehouden met de verwachte omzet van de overige patiënten (groep onverzekerden, illegalen, toeristen, etc.). In de nacalculatie wordt deze groep wel betrokken, zodat alle kosten aan het juiste (wettelijke) domein worden toegerekend.

In de nacalculatie worden de totale kosten verdeeld tussen acute psychiatrische hulpverlening voor Zvw (18+), de acute psychiatrische hulpverlening voor Jeugdwet (18-) en de overige patiënten op basis van de definitieve omzet in deze domeinen. Deze definitieve omzet wordt bepaald door het werkelijke aantal patiënten en verblijfsdagen per prestaties (crisis-dbc's binnen budget) te vermenigvuldigen met de vaste tarieven, zoals deze door de NZa voor de acute psychiatrische hulpverlening voor volwassenen (Zvw 18+) zijn vastgesteld.

Ter bepaling van het definitief aantal patiënten en verblijfsdagen gelden de volgende regels:

- bij de telling van het aantal patiënten en/of verblijfsdagen gaat het om het totaal aantal patiënten

¹ https://puc.overheid.nl/doc/PUC_231186_22/1



en/of verblijfsdagen, niet het aantal unieke patiënten. Ter bepaling van het aantal patiënten 18+ wordt het aantal crisis-dbc's binnen budget gebruikt met de openingsdatum van het betreffende kalenderjaar;

- Indien de patiënt tijdens zijn crisis de leeftijd van 18 jaar bereikt, wordt deze patiënt, zowel bij de bepaling van de crisis-dbc's binnen budget als bij de verblijfsdagen, meegeteld bij de groep 18-.

Sinds 2018 zijn er geen jeugd-dbc's meer. Voor jeugdigen wordt voor de ambulante behandeling de Crisis-dbc binnen budget – vanaf 100 tot en met 199 minuten genomen. Voor jeugdigen die klinisch worden opgenomen wordt de Crisis-dbc binnen budget – vanaf 200 tot en met 399 minuten genomen en het aantal dagen voor de deelprestaties voor verblijf (Verblijf crisis binnen budget D tot en met H).

Artikelsgewijs

Artikel 1 onderdeel s.

De privaatrechtelijke volmachtconstructie houdt in dat er 'namens' de gebudgetteerde zorgaanbieder wordt gedeclareerd uit naam van deze gebudgetteerde aanbieder. Dit betekent dat de gebudgetteerde zorgaanbieder afsprekt wat de gevolmachtigde zorgaanbieder namens hem mag doen. Als de gevolmachtigde zorgaanbieder namens de gebudgetteerde zorgaanbieder een rekening stuurt, dan moet de budgethouder geïdentificeerd worden dat namens hem is gedeclareerd. Dit moet uit de declaratie blijken.

Artikel 8 onderdeel typeren

De definitie van zorgtype 303 is:

Dit zorgtype wordt geregistreerd als sprake is van acute psychiatrische hulpverlening, geleverd volgens de generieke module acute psychiatrie.

Dit zorgtype geldt alleen voor zorgaanbieders met een door de NZa vastgesteld budget van acute psychiatrische hulpverlening binnen budget. Voorwaarden zijn dat in een regio een regioplan is vastgesteld en er afspraken over de levering van acute psychiatrische hulpverlening zijn gemaakt en vastgelegd in een tweezijdig ingediende budgetaanvraag.

Overzicht tijdspad

| | Proces | Wie |
|--------------------------------|---|----------------------------------|
| 1 juli (t-1) | Formulier voorcalculatie beschikbaar (voorlopig budget, voorlopige opbrengsten en voorlopig opbrengstresultaat) | NZa |
| 1 oktober (t-1) | Indienen overeengekomen voorlopig budget, voorlopige opbrengsten en voorlopig opbrengstresultaat | Zorgaanbieders/ zorgverzekeraars |
| oktober (t-1) – december (t-1) | Vaststellen voorlopig opbrengstresultaat | NZa |
| 1 april (t+1) | Formulier nacalculatie beschikbaar jaar t (definitief budget, definitieve opbrengsten en definitief opbrengstresultaat) | NZa |
| 1 juli (t+1) | Indienen formulier nacalculatie (definitief budget, definitieve opbrengsten en definitief opbrengstresultaat) | Zorgaanbieders/ zorgverzekeraars |
| Augustus – oktober (t+1) | Vaststellen definitief budget, definitief opbrengstresultaat en definitief vereffeningsbedrag/verrekenbedrag jaar t | NZa |