



Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening, Nederlandse Zorgautoriteit

BR/REG-24146

Vastgesteld op 27 juni 2023

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b, c, d en e van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven, prestatiebeschrijvingen, een grens en een vereffeningsbedrag als bedoeld in artikel 56b van de Wmg vast te stellen.

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op artikel 59, aanhef en onder a, c en e van de Wmg, heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met brief van 26 april 2018, met kenmerk 1309558-174219-CZ, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven. Deze aanwijzing dateert van 26 april 2018 en heeft als kenmerk 1309558-174219-CZ. Deze aanwijzing is gepubliceerd in de Staatscourant onder nummer 27141.

1 Begripsbepalingen

In deze beleidsregel 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. *beschikbaarheid*: de tijdsperiode waarin (een) behandelaar(s) volgens het rooster geen andere zorg verleent dan de acute psychiatrische hulpverlening en aanwezig/oproepbaar is om acute psychiatrische hulpverlening binnen budget te kunnen verlenen;
- d. *acute psychiatrische hulpverlening*: hulpverlening die deel uitmaakt van de geneeskundige ggz en welke gericht is op personen in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. De zorg wordt geleverd conform de generieke module acute psychiatrie;
- e. *acute psychiatrische hulpverlening binnen budget*: acute psychiatrische hulpverlening als bedoeld in onderdeel d, die tevens is gericht op personen bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is. 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);
- f. *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;
- g. *geneeskundige ggz*: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet;
- h. *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 voor de beschikbaarheid van de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling (inclusief beoordelingsruimte) en beschikbaarheid crisisbedden en opname;
- i. *voorlopig budget*: het door de NZa in (t-1) vastgestelde budget voor jaar (t);
- j. *voorlopige opbrengsten*: de som van het totaal te verwachten gedeclareerde tarieven op basis van de prestaties zoals genoemd in artikel 6 van deze beleidsregel met betrekking tot jaar (t);
- k. *voorlopig overschot/tekort*: het verschil tussen het voorlopig budget en de voorlopige opbrengsten. De NZa stelt dit vast in een beschikking;
- l. *definitief budget*: het door de NZa, na verwerking van de nacalculatie van jaar (t), in (t+1) vastgestelde budget voor jaar (t);
- m. *definitieve opbrengsten*: de som van het totaal aan gedeclareerde tarieven op basis van de prestaties zoals genoemd in artikel 6 van deze beleidsregel met betrekking tot jaar (t);



- n. *definitief overschot/tekort*: het verschil tussen het definitief budget en de definitieve opbrengsten. De NZa stelt dit vast in een beschikking;
- o. *vereffeningsbedrag*: het bedrag als bedoeld in artikel 56b Wmg. Bij een definitief overschot stelt de NZa dit bedrag bij beschikking vast;
- p. *verrekenbedrag*: bij een definitief tekort stelt de NZa dit bedrag bij beschikking vast;
- q. *reprenterende verzekeraar*: de zorgverzekeraar(s) die door de leden van Zorgverzekeraars Nederland is (zijn) aangewezen om namens hen een overeenkomst af te sluiten conform het convenant representatiemodel acute GGZ 2019;
- r. *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;
- s. *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;
- t. *consult acute ggz binnen budget*: overige prestatie zoals opgenomen in de beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (BR/REG-24145 of opvolger) en de Tariefbeschikking Geestelijke Gezondheidszorg en Forensische Zorg (TB/REG-24627-01 of opvolger)
- u. *Wmg*: Wet marktordening gezondheidszorg;
- v. *NZa*: Nederlandse Zorgautoriteit.
- w. *Eénzijdige aanvraag*: er is sprake van een éénzijdige aanvraag als de gebudgetteerde aanbieder en representerend zorgverzekeraar een afwijkend budget Zvw aanvragen of één van de twee partijen geen aanvraag indient.
- x. *Reistijd acute ggz ter dekking van het budget*: De tijd die de zorgverlener, in het kader van een consult acute ggz ter dekking van het budget, werkelijk besteedt aan het reizen naar en van de patiënt die buiten een locatie van de zorgaanbieder acute psychiatrische hulpverlening binnen budget ontvangt.
- y. *Overige financieringsstromen*: alle acute psychiatrische hulpverlening binnen budget die niet valt onder de inhoud van de zorgverzekering vanuit de Zorgverzekeringwet en ook geen jeugdhulp is zoals gedefinieerd in de Jeugdwet.

2 Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget.

3 Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget, zoals bedoeld in artikel 1, onder e.

4 Procedure voor vaststelling van het budget Zvw en tekort/overschot Zvw

De procedure bestaat uit:

- het indienen van een aanvraag voor het vaststellen van een voorlopig budget Zvw en voorlopig tekort/overschot Zvw voor jaar (t) in het jaar (t-1);
- de vaststelling van dit voorlopige tekort/overschot door de NZa (voorcalculatie, uiterlijk 1 januari van het jaar t);
- het indienen van de aanvraag voor het vaststellen van een definitief budget en een definitief tekort/overschot voor het jaar (t) in het jaar (t+1);
- het vaststellen van het definitieve tekort/overschot (nacalculatie, in het najaar van het jaar t+1) door de NZa;
- het vaststellen van het verreken- of vereffeningsbedrag.

De stappen worden hieronder verder uitgewerkt.

4.1 Het vaststellen van het voorlopig budget Zvw en voorlopig tekort/overschot Zvw

4.1.1 Indienings- en afhandelingstermijnen

Uiterlijk 1 augustus van jaar (t-1) stelt de NZa het aanvraagformulier beschikbaar.

Vóór 1 oktober van jaar (t-1) kunnen de gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar het aanvraagformulier digitaal ondertekend indienen met het verzoek om het voorlopig tekort/overschot Zvw vast te stellen.



De NZa geeft bij goedkeuring uiterlijk 1 januari jaar (t) een beschikking af met het voorlopig tekort/overschot Zvw jaar (t).

4.1.2 Voorwaarden waar de aanvraag aan moet voldoen

De NZa neemt een aanvraag in behandeling als:

- per vastgestelde regio, zoals vastgelegd in een bijlage bij de generieke module, één gebudgetteerde zorgaanbieder door de representerende zorgverzekeraar is geselecteerd;
- de aanvraag is ingediend via het aanvragenportaal;
- het door de NZa beschikbaar gestelde formulier is gebruikt;
- de gebudgetteerde aanbieder en representerende zorgverzekeraar hetzelfde voorlopige budget Zvw aanvragen en tot hetzelfde voorlopige tekort/overschot Zvw komen ("tweezijdige" aanvraag);
- de aanvraag, met hetzelfde voorlopige budget Zvw en hetzelfde voorlopige tekort/overschot Zvw, een ondertekende bestuursverklaring van zowel de gebudgetteerde aanbieder als de representerende verzekeraar bevat;
- is bevestigd dat er een regioplan overeengekomen is;
- is bevestigd dat concrete schriftelijke afspraken met de representerende verzekeraar zijn gemaakt over de levering van acute psychiatrische hulpverlening.

Zie voor de verplichting tot aanlevering van het voorlopig budget en de voorlopige opbrengsten de regeling 'Informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening'.

4.1.3 Behandeling van de aanvraag

4.1.3.1 Aanvraag die aan de vereisten voldoet

Als de aanvraag aan de bovenstaande vereisten voldoet, toetst de NZa of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel.

De NZa kan ambtshalve het voorlopig tekort/overschot lager of hoger vaststellen.

4.1.3.2 Geen of een incomplete aanvraag

4.1.3.2.1 Geen aanvraag

Als er vóór 1 oktober van het jaar (t-1) geen aanvraag is ingediend, schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen vier weken een aanvraag in te dienen.

Als na het verlopen van de vier wekentermijn opnieuw geen aanvraag is ingediend, is er geen sprake van een aanvraag en stelt de NZa dus geen voorlopig budget en voorlopig tekort/overschot vast voor de regio.

4.1.3.2.2 Incomplete aanvraag

Als er vóór 1 oktober van jaar (t-1) een aanvraag is ingediend die niet aan de vereisten voldoet zoals opgenomen in 4.1.2, dan neemt de NZa de aanvraag niet in behandeling. De NZa schrijft de gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen vier weken een volledige en juiste aanvraag in te dienen.

Als er na het verlopen van de vier wekentermijn geen (nieuwe) aanvraag is ingediend, is er geen sprake van een aanvraag en stelt de NZa dus geen voorlopig budget en geen voorlopig tekort/overschot vast voor de regio.

4.1.3.3 Aanvragen ingediend binnen de 4 weken termijn

4.1.3.3.1 Tweezijdige aanvraag

Als er vóór het verlopen van de vier weken termijn een aanvraag is ingediend die voldoet aan de vereisten zoals opgenomen in 4.1.2, dan neemt de NZa deze aanvraag in behandeling. De NZa toetst of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel. De NZa kan ambtshalve het voorlopig tekort/overschot lager of hoger vaststellen;



4.1.3.3.2 Eenzijdige aanvraag

Als er vóór het verlopen van de vier wekentermijn sprake is van éézijdige aanvraag, dan kan de NZa deze in behandeling nemen. Bij een éézijdige aanvraag is vereist:

- dat de aanvraag is ingediend via het aanvragenportaal;
- dat het door de NZa beschikbaar gestelde formulier is gebruikt;
- dat de aanvrager(s) een voorlopige budget Zvw en een voorlopige tekort/overschot Zvw heeft/hebben opgegeven;
- dat de aanvraag een ondertekende bestuursverklaring van de aanvrager bevat;
- dat er een regioplan overeengekomen is;
- dat is bevestigd dat concrete schriftelijke afspraken met de representerende verzekeraar zijn gemaakt over de levering van acute psychiatrische hulpverlening.

De NZa neemt de aanvragen in behandeling als er per regio sprake is van twee éézijdige aanvragen. Dan hebben zowel de gebudgetteerde zorgaanbieder als de representerende zorgverzekeraar een éézijdige aanvraag gedaan die voldoet aan de vereisten van een éézijdige aanvraag. De NZa zal in dat geval beide partijen vragen een onderbouwing en een motivering te geven van hun aanvraag. Bij de motivering moeten partijen aangeven waarom de aanvraag redelijkerwijs tot een kostendekkende vergoeding voor de acute ggz in de betreffende regio leidt.

De NZa neemt de aanvraag in behandeling als er sprake is van een éézijdige aanvraag door alleen de gebudgetteerde zorgaanbieder. De NZa toetst of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel.

De NZa kan ambtshalve het voorlopig tekort/overschot lager of hoger vaststellen.

De NZa neemt de aanvraag niet in behandeling als er sprake is van een éézijdige aanvraag door alleen de representerende zorgverzekeraar.

4.1.4 Berekening voorlopig Budget Zvw en voorlopig tekort/overschot Zvw

Op basis van de onderstaande formule wordt het voorlopig budget Zvw voor het jaar (t) vastgesteld:

*Voorlopig budget Zvw = voorlopig budget kosten triage + ((voorlopig budget kosten beoordeling, kosten behandeling, bedden, materiele kosten en ambulante kapitaallasten) * voorlopig aandeel omzet Zvw in totale omzet Zvw en overige financieringsstromen)*

De voorlopige omzet Zvw en overige financieringsstromen wordt bepaald door het aantal verwachte consulten en verblijfsdagen te vermenigvuldigen met de vaste tarieven zoals deze door de NZa zijn vastgesteld voor de acute psychiatrische hulpverlening voor de Zvw als bedoeld in artikel 6.

Op basis van de onderstaande formule wordt het voorlopig tekort/overschot Zvw voor jaar (t) vastgesteld.

Voorlopig tekort/overschot Zvw = Voorlopig budget Zvw – voorlopige opbrengsten (Zvw)

4.2 Het vaststellen van het definitieve budget Zvw en het definitief tekort/overschot Zvw

4.2.1 Indienings- en afhandelingstermijnen

Uiterlijk 1 april van jaar (t+1) stelt de NZa het aanvraagformulier voor het definitieve budget en de definitieve opbrengsten beschikbaar.

Vóór 1 juli van jaar (t+1) kunnen de gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar het aanvraagformulier digitaal ondertekend indienen.

De NZa geeft bij goedkeuring uiterlijk oktober (t+1) een beschikking af met het definitieve budget, het definitief tekort/overschot en het definitieve vereffeningsbedrag/verrekenbedrag jaar (t).

4.2.2 Vaststelling definitief budget Zvw

Voor de aanvraag van het vaststellen van het definitief budget Zvw zijn er verschillende situaties te onderscheiden. Deze situaties zijn:

- Er wordt voor 1 juli (jaar t+1) geen aanvraag ingediend (4.2.2.1)
- De gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar vragen de NZa het



- definitieve budget Zvw vast te stellen ter hoogte van het voorlopige budget Zvw. (4.2.2.2);
- De gebudgetteerde zorgaanbieder en/of de representerende zorgverzekeraar vraagt/vragen de NZa het definitieve budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopige budget Zvw. (4.2.2.3);

4.2.2.1 Voor 1 juli (t+1) is er geen aanvraag ingediend

Als er vóór 1 juli van jaar (t+1) geen aanvraag is ingediend dan schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen vier weken een aanvraag in te dienen.

Als er na het verlopen van de vier wekentermijn opnieuw geen aanvraag is ingediend, gaat de NZa vanwege het ontbreken van informatie over tot ambtshalve vaststelling van het tekort/overschot. Daarmee gaat de NZa ook over tot ambtshalve vaststelling van het definitieve vereffenings- dan wel verrekenbedrag voor de betreffende gebudgetteerde zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De NZa stelt het definitieve tekort dan wel overschot vast op de hoogte van het voorlopige tekort dan wel overschot, tenzij uit nadere informatie blijkt dat een ander tekort dan wel overschot als meer gerechtvaardigd wordt beoordeeld door de NZa. De NZa stelt op basis van het ambtshalve vastgestelde tekort dan wel overschot ook het definitieve vereffenings- dan wel verrekenbedrag vast. De NZa volgt hiervoor de berekening zoals staat in paragraaf 4.3.

Als er na het verlopen van de vier wekentermijn geen volledige en juiste aanvraag is ingediend en er is geen sprake geweest van een voorlopige vaststelling, dan stelt de NZa geen definitief budget en definitief tekort/overschot vast. Daarmee stelt de NZa ook geen vereffeningsbedrag of verrekenbedrag vast.

Als er binnen het verlopen van de vier wekentermijn alsnog een (juiste en volledige) aanvraag wordt ingediend, handelt de NZa aanvraag/aanvragen af volgens subparagrafen 4.2.2.2 en 4.2.2.3.

4.2.2.2 Definitief budget Zvw = voorlopig budget Zvw

De gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar vragen de NZa het definitieve budget Zvw vast te stellen ter hoogte van het voorlopige budget Zvw.

De NZa neemt deze aanvraag in behandeling als:

- de aanvraag is ingediend via het aanvragenportaal;
- het door de NZa beschikbaar gestelde formulier is gebruikt;
- De aanvraag een ondertekende bestuursverklaring van zowel de gebudgetteerde zorgaanbieder als de representerende zorgverzekeraar bevat waarin zij verklaren het definitieve budget Zvw te willen vaststellen ter hoogte van het voorlopige budget Zvw.
- het aantal bij zorgverzekeraars (Zvw) gedeclareerde consulten en verblijfsdagen acute ggz en reistijd acute ggz binnen budget is opgegeven;
- de aanvraag een verklaring van de gebudgetteerde zorgaanbieder bevat over de volledigheid en juistheid van de bij zorgverzekeraars gedeclareerde aantallen consulten en verblijfsdagen acute ggz.

Aanvraag die aan de vereisten voldoet

Als de aanvraag aan de bovenstaande vereisten voldoet, toetst de NZa of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel.

De NZa kan ambtshalve het definitief tekort/overschot lager of hoger vaststellen.

Aanvraag die niet aan de vereisten voldoet

Als de aanvraag niet aan de bovenstaande vereisten voldoet, schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen vier weken de aanvraag juist en volledig in te dienen.

Als binnen vier weken de aanvraag wordt ingediend volgens de bovenstaande vereisten neemt de NZa de aanvraag in behandeling. De NZa toetst of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel. De NZa kan ambtshalve het definitief tekort/overschot lager of hoger vaststellen.

4.2.2.3 Definitief budget Zvw ≠ voorlopig budget Zvw

De gebudgetteerde zorgaanbieder en/of de representerende zorgverzekeraar vraagt/vragen de NZa het



definitieve budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopige budget Zvw.

1. De gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar vragen de NZa het definitieve budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopige budget Zvw. Beide partijen vragen hetzelfde definitieve budget Zvw aan ("tweezijdig").
2. De gebudgetteerde zorgaanbieder en/of de representerende zorgverzekeraar vraagt de NZa het definitieve budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopige budget Zvw. Beide partijen vragen een verschillend definitief budget Zvw aan ("éenzijdig").

4.2.2.3.1 Tweezijdig

De NZa neemt deze aanvraag in behandeling als:

- de aanvraag is ingediend via het aanvragenportaal;
- het door de NZa beschikbaar gestelde formulier is gebruikt;
- De aanvraag een ondertekende bestuursverklaring van zowel de gebudgetteerde zorgaanbieder als de representerende zorgverzekeraar bevat waarin zij verklaren hetzelfde definitieve budget Zvw te willen vaststellen;
- het aantal bij zorgverzekeraars (Zvw) gedeclareerde consulten en verblijfsdagen acute ggz is opgegeven;
- de aanvraag een verklaring van de gebudgetteerde zorgaanbieder bevat over de volledigheid en juistheid van de bij zorgverzekeraars gedeclareerde aantallen consulten en verblijfsdagen acute ggz.

Aanvraag die aan de vereisten voldoet

Als de aanvraag aan de bovenstaande vereisten voldoet, toetst de NZa of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel.

De NZa kan ambtshalve het definitief tekort/overschot lager of hoger vaststellen.

Aanvraag die niet aan de vereisten voldoet

Als de aanvraag niet aan de bovenstaande vereisten voldoet, schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen vier weken de aanvraag juist en volledig in te dienen.

Als binnen vier weken de aanvraag wordt ingediend volgens de bovenstaande vereisten neemt de NZa de aanvraag in behandeling. De NZa toetst of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel. De NZa kan ambtshalve het definitief tekort/overschot lager of hoger vaststellen.

4.2.2.3.2 Eenzijdig

De gebudgetteerde zorgaanbieder en/of de representerende zorgverzekeraar vraagt de NZa het definitieve budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopige budget Zvw. Beide partijen vragen een van elkaar verschillend definitief budget Zvw aan ("éenzijdig").

Als de gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar een van elkaar verschillend definitief budget aanvragen, schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen vier weken tot overeenstemming te komen.

Als de gebudgetteerde aanbieder en representerend zorgverzekeraar binnen de vier weken termijn een nieuwe juiste en volledige aanvraag doen, conform 4.2.2.2 of 4.2.2.2.1 dan handelt de NZa de aanvragen als daar beschreven af.

Als er vóór het verlopen van de vier wekentermijn sprake is van éézijdige aanvraag, dan kan de NZa deze in behandeling nemen. Bij een éézijdige aanvraag is vereist:

- dat de aanvraag is ingediend via het aanvragenportaal;
- dat het door de NZa beschikbaar gestelde formulier is gebruikt;
- dat de aanvrager(s) een definitief budget Zvw en een definitief tekort/overschot Zvw heeft/hebben aangevraagd;
- dat de aanvraag een ondertekende bestuursverklaring van de aanvrager bevat;
- dat een verklaring van de gebudgetteerde aanbieder is bijgevoegd over de volledigheid en juistheid van de gedeclareerde aantallen consulten en verblijfsdagen acute ggz binnen budget.

De NZa neemt de aanvraag in behandeling als er sprake is van twee éézijdige aanvragen. Dan hebben zowel de gebudgetteerde zorgaanbieder als de representerende zorgverzekeraar een éézijdige aanvraag gedaan die voldoet aan de vereisten van een éézijdige aanvraag. De NZa zal in



dat geval het aangevraagde definitieve budget Zvw als volgt berekenen:

*Definitief budget Zvw = definitief budget kosten triage + ((definitief budget kosten beoordeling, kosten behandeling, bedden, materiele kosten en ambulante kapitaallasten) * definitief aandeel omzet Zvw in totale omzet Zvw en overige financieringsstromen)*

De NZa zal in dat geval beide partijen vragen een onderbouwing en een motivering te geven van hun aanvraag. Bij de motivering moeten partijen aangeven waarom de aanvraag redelijkerwijs tot een kostendekkende vergoeding voor de acute ggz in de betreffende regio leidt.

Enkele eenzijdige aanvraag

De NZa neemt de aanvraag in behandeling als er sprake is van een éézijdige aanvraag door alleen de gebudgetteerde aanbieder of de representerende zorgverzekeraar. De NZa toetst of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel. De NZa kan ambtshalve het definitieve budget Zvw en het definitieve tekort/overschot Zvw lager of hoger vaststellen. De NZa zal in dat geval de partij die éézijdige aanvraag heeft ingediend, vragen een onderbouwing en een motivering te geven van hun aanvraag. Bij de motivering moet de partij aangeven waarom de aanvraag redelijkerwijs tot een kostendekkende vergoeding voor de acute ggz in de betreffende regio leidt.

4.2.2.4 Meerdere soorten aanvragen

Als zich binnen de indieningstermijn meerdere van bovenstaande situaties voordoen, zal de NZa de laatst ingediende aanvraag in behandeling nemen.

Daarnaast geldt dat ingediende aanvragen na de indieningstermijn niet in behandeling worden genomen als de NZa eerder al een aanvraag heeft ontvangen binnen de gestelde indieningstermijn.

4.2.3 Berekening definitief tekort/overschot Zvw

Ten behoeve van de opbrengstverrekening stelt de NZa gelijktijdig met de vaststelling van het definitief budget Zvw jaar (t) in najaar (t+1) het definitieve tekort/overschot Zvw jaar (t) vast.

Dit definitief tekort/overschot is gelijk aan definitieve budget Zvw jaar (t) minus de definitieve opbrengsten jaar Zvw (t) Het definitieve tekort/overschot wordt als volgt berekend:

*Definitief tekort/overschot Zvw =
Definitief budget Zvw- definitieve opbrengsten (Zvw)*

4.3 Vereffenings- en verrekenbedrag

4.3.1 Vereffeningsbedrag

In september jaar (t+1) berekent de NZa het definitief terug te vorderen bedrag per zorgverzekeraar naar rato van hun landelijke marktaandeel van de verzekerdenpopulatie van jaar t.

4.3.2 Verrekenbedrag

In september jaar (t+1) berekent de NZa het definitief in rekening te brengen bedrag per zorgverzekeraar naar rato van hun landelijke marktaandeel van de verzekerdenpopulatie van jaar t.

De NZa legt het definitieve vereffenings- dan wel verrekenbedrag vast in een beschikking. Op basis van de beschikking met het vereffeningsbedrag kan de zorgverzekeraar het door de NZa berekende definitieve overschot in rekening brengen bij de betreffende gebudgetteerde zorgaanbieder. Op basis van de beschikking met het verrekenbedrag kan de gebudgetteerde zorgaanbieder het door de NZa berekende (resterende) tekort in rekening brengen bij de betreffende zorgverzekeraar.

5 Budgetparameters

5.1 Budgetparameters

De waarde die voor een parameter moet worden afgesproken is gelijk aan de in deze beleidsregel per budgetparameter genoemde waarde.



In het door de NZa beschikbaar gestelde formulier vullen de gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar het volgende in:

- Het aantal fte dat de functie triage uitvoert voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget (art. 1.e);
- het aantal fte direct zorgverlenend personeel dat de functies beoordeling en behandeling uitvoert¹ voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget (art. 1.e) inclusief de 'overige financieringsstromen' maar exclusief de Jeugdwet.
- Het bedrag aan onregelmatigheidstoelage/toelage crisisdienst conform CAO per onderdeel triage en beoordeling;
- het aantal bedden per jaar in voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget (art. 1.e) inclusief de 'overige financieringsstromen' maar exclusief de Jeugdwet.
- het aantal auto's dat beschikbaar is voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget (art. 1.e) inclusief de 'overige financieringsstromen' maar exclusief de Jeugdwet;
- Het aantal triage teams, beoordelingsteams en beoordelingslocaties voor de berekening van de ambulante kapitaallasten.

De budgethouder en representerend zorgverzekeraar leveren dus ook gegevens aan voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget voor patiënten die vallen onder de categorie 'overige financieringsstromen'. Omdat de NZa een (voorlopig en definitief) budget Zvw vaststelt, worden de kosten volgend uit het budget via een verdeelsleutel toegerekend aan de Zvw en aan de overige financieringsstromen.

Budgetparameters personeel

Post	Type	Waarde Fysiek aanwezig (prijspeil 2024) vast	Waarde (prijspeil 2024) vast	Waarde Fysiek aanwezig (prijspeil 2024) vast	Waarde beschikbaar/bereikbaar (prijspeil 2024) vast
		Excl. Ort/toelage (A)	ORT in budgetwaarde (B)	Incl. ORT/toelage (A+B)	15% van (A)
Arts (waaronder Agio/ Agnio)	Per fte	€ 159.690,37	€ 5.248,77	€ 164.939,14	€ 23.953,56
Ggz verpleegkundig specialist	Per fte	€ 161.659,40	€ 3.131,24	€ 164.790,64	€ 24.248,91
Gz-psycholoog	Per fte	€ 185.110,60	€ 807,78	€ 185.918,38	€ 27.766,59
Psychiater	Per fte	€ 276.951,49	€ 6.585,53	€ 283.537,01	€ 41.542,72
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	Per fte	€ 163.977,15	€ 6.843,81	€ 170.820,96	€ 24.596,57
Verpleegkundige (art.3)	Per fte	€ 137.874,98	€ 4.274,71	€ 142.149,69	€ 20.681,25
Arts verslavingszorg	Per fte	€ 210.265,24	€ 0,00	€ 210.265,24	€ 31.539,79
Psychotherapeut	Per fte	€ 167.366,05	€ 0,00	€ 167.366,05	€ 25.104,91
Sociaal Pedagogisch Hulpverlener	Per fte	€ 107.008,79	€ 4.283,00	€ 111.291,79	€ 16.051,32
Sociaal geriatier	Per fte	€ 203.940,18	€ 9.854,24	€ 213.794,42	€ 30.591,03
GGZ-agoog	Per fte	€ 142.748,71	€ 1.314,00	€ 144.062,72	€ 21.412,31
Maatschappelijk werkende	Per fte	€ 127.065,96	€ 4.885,67	€ 131.951,63	€ 19.059,89
Psycholoog (geen verdere specialisatie)	Per fte	€ 162.926,92	€ 1.591,44	€ 164.518,36	€ 24.439,04
GGZ-vaktherapeut	Per fte	€ 134.337,98	€ 4,36	€ 134.342,34	€ 20.150,70
Onregelmatigheidstoelage (ORT) en toelage crisisdienst triage en beoordeling		Conform CAO GGZ			

Voor triage en beoordeling gelden de budgetparameters excl. historische ORT en toelage waarden. Voor triage en beoordeling kan de ORT/toelage crisisdienst conform CAO GGZ afgesproken worden. De waarde fysiek aanwezig incl. ORT/toelage zijn van toepassing op behandeling. De waarden voor beschikbaar/bereikbaar zijn alleen van toepassing op de psychiater (beoordeling en behandeling) en al het behandelend personeel.

¹ Het aantal fte direct zorgverlenend personeel kan ook het personeel omvatten dat *begeleiding* uitvoert. Indien begeleiding in de eerste drie dagen acute ggz te kwalificeren is als begeleiding die onder de Zvw valt conform de duiding van het Zorginstituut (geneeskundig doel, opgenomen in behandelplan) dan wordt het personeel dat deze begeleiding uitvoert als fte opgevoerd in het budgetformulier. Dit personeel kan dan tevens de consulten acute ggz binnen budget declareren. Hierbij wel de kanttekening dat de begeleiding dan moet worden uitgevoerd door een beroep dat op de beroepenlijst staat.



Budgetparameters overig

	Post	Type	Waarde (prijspeil 2024) vast
Bedden	Verblijfscategorie D	Per jaar, per bed	€ 111.924,50
	Verblijfscategorie E	Per jaar, per bed	€ 150.690,76
	Verblijfscategorie F	Per jaar, per bed	€ 188.230,03
	Verblijfscategorie G	Per jaar, per bed	€ 266.104,54
	Verblijfscategorie H (HIC)	Per jaar, per bed	€ 206.022,49
Materiële kosten	Auto (lease)	Per auto, per jaar	€ 10.332,11
Ambulante kapitaallasten	Ambulante kapitaallasten triage	Aantal teams	€ 2.350,33
	Ambulante kapitaallasten beoordeling	Aantal locaties	€ 14.310,06
	Ambulante kapitaallasten behandeling	Aantal kamers	€ 11.996,46
	Vrije marge	Maximum	+ of - 5%

Vrije marge

De vrije marge kan gebruikt worden voor innovatie, markttoeslag, kwaliteit, investeringen, onregelmatigheidstoeslag of andere posten die niet zijn vervat in de andere parameters. Het percentage is een maximumpercentage.

Onderbouwing budgetwaarden

De budgetwaarden voor personeel en verblijf volgen uit het kostprijsonderzoek ggz en fz 2020. De onderbouwing van de budgetwaarden is opgenomen in bijlage 1 bij deze beleidsregel.

5.2 Indexatie

De budgetparameters worden jaarlijks geïndexeerd. Voor de methode van indexatie verwijzen wij naar de Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

De indexatie voor de materiële kosten auto(lease) gebeurt tegen 100% materiële index.

6 Prestaties

Voor de acute psychiatrische hulpverlening ter dekking van het budget worden de volgende prestaties gehanteerd:

- Consult Acute ggz ter dekking van het budget. De consulten zijn gedifferentieerd naar het beroep van de zorgverlener (conform art. 2.2. van de beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg) en tijdsindeling (conform 2.3 van de beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg)
- Toeslag Reistijd acute ggz ter dekking van het budget tot 25 minuten;
- Toeslag Reistijd acute ggz ter dekking van het budget vanaf 25 minuten;
- Verblijfsdag D Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblijfsdag E Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblijfsdag F Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblijfsdag G Acute ggz ter dekking van het budget
- Verblijfsdag H Acute ggz ter dekking van het budget

Het tarief voor de (deel)prestaties is een vast tarief.

De prestaties kennen een vast tarief. Het vaste tarief voor de consulten is gelijk aan het maximumtarief van dezelfde beroepen en tijdsranges voor de setting 'outreaching' en 'diagnostiek'. Het vaste tarief voor reistijd acute ggz is gelijk aan het maximumtarief van de toeslag reistijd ggz. Het vaste tarief voor de verblijfsdagen is gelijk aan het maximumtarief van dezelfde verblijfs categorie (zonder beveiligingsniveau).



7 Slotbepalingen

7.1 Intrekken oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening wordt de Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening, met kenmerk BR/REG-23138, ingetrokken.

7.2 Toepasselijkheid voorgaande beleidsregel

De beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening, met kenmerk BR/REG-23138, genoemd in artikel 7.1, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregels gold.

7.3 Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2024.

Indien de Staatscourant waarin de beleidsregel ingevolge artikel 5, aanhef en onder e, van de Bekendmakingswet, wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2023, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de beleidsregel wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 1 januari 2024.

De beleidsregel ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

7.4 Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening.



TOELICHTING

Algemeen

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

Voor de financiering van de budgetsystematiek voor de acute psychiatrische hulpverlening conform de generieke module, zijn er 'Overige prestaties Acute ggz ter dekking van het budget' beschikbaar. Deze prestaties hebben een vast tarief. Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget, wordt gedeclareerd via de 'normale' prestaties voor consulten en verblijf. Deze hebben een maximumtarief en mogen in het geval van acute psychiatrische hulpverlening waarvoor geen budget is vastgesteld, worden gedeclareerd.

Zie voor meer informatie over de budgetsystematiek deze Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening en de Regeling informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening. De regels met betrekking tot de 'consulten acute ggz' staan in de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

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

Berekening voorlopig budget Zvw

De berekening van het voorlopig opbrengstresultaat Zvw is als volgt:

A	Kosten triage ¹		€
B	Voorlopig budget kosten beoordeling en behandeling Zvw		=C*D
C	-->Verdeelsleutel voorlopig aandeel Zvw ²	%	
D	Voorlopig budget kosten beoordeling en behandeling ³	€	
E	Totaal voorlopig budget Zvw		=A+B (€)
F	Totaal voorlopige opbrengsten Zvw		€
G	Aanvraag voorlopig opbrengstresultaat Zvw		= E-F (€)

¹ Dit zijn de kosten voor triage en ambulante kapitaallasten. Zie hiervoor de tabel in paragraaf 5.

² De verdeelsleutel wordt als volgt berekend: Opbrengsten Zvw / totale opbrengsten.

³ Dit zijn alle kosten uit het budget minus de kosten voor triage.