

Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening

BR/REG-25140

Vastgesteld 9 juli 2024

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 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 artikel 1d, die 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 aan te verwachten gedeclareerde tarieven op basis van de prestaties zoals genoemd in artikel 6 van deze beleidsregel met betrekking tot jaar (t);
- k. *voorlopig tekort/overschot*: 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 tekort/overschot*: 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. *representerende verzekeraar*: de zorgverzekeraars(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 implementatieplangenerieke module acute psychiatrie;
- s. *regio*: een geografisch gebied voor de levering van acute psychiatrische hulpverlening. De indeling van de regio's is vastgelegd in een bijlage bij de generieke module acute psychiatrie;
- t. *consult acute ggz ter dekking van het budget*: overige prestatie zoals opgenomen in de beleidsregel 'Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg' (BR/REG-25107 of opvolger) en de 'Tariefbeschikking Geestelijke Gezondheidszorg en Forensische Zorg' (TB/REG-25608-01 of opvolger)
- u. *Wmg*: Wet marktordening gezondheidszorg;
- v. *NZa*: Nederlandse Zorgautoriteit;
- w. *éénzijdige aanvraag*: er is sprake van een éénzijdige aanvraag als de gebudgetteerde aanbieder en representerende 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 Zorgverzekeringswet 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);
- het vaststellen van het voorlopig budget Zvw en het voorlopige tekort/overschot Zvw voor jaar (t) door de NZa (voorcalculatie, uiterlijk 1 januari van het jaar (t));
- het indienen van een aanvraag voor het vaststellen van een definitief budget Zvw en een definitief tekort/overschot Zvw voor het jaar (t) in het jaar (t+1);
- het vaststellen van het definitieve tekort/overschot Zvw voor jaar (t) door de NZa (nacalculatie, in het najaar van het jaar (t+1));
- het vaststellen van het verreken- of vereffeningsbedrag voor het jaar (t) door de NZa

De stappen worden hieronder verder uitgewerkt.

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

4.1.1 Indienings- en afhandelingstermijnen

Uiterlijk 2 maanden voor indieningsdatum stelt de NZa het aanvraagformulier voor het voorlopig budget en de voorlopige opbrengsten 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 budget met het voorlopig tekort/overschot Zvw vast te stellen.

Indien daar aanleiding voor is, kan de NZa de termijn voor het indienen van een aanvraag als bedoeld



in artikel 4.1.1 uitstellen. Uitstel van de indieningstermijn wordt schriftelijk of op de website van de NZa bekendgemaakt.

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

4.1.2 Voorwaarden waaraan de aanvraag moet voldoen

De NZa neemt een aanvraag in behandeling als:

- per vastgestelde regio, zoals vastgelegd in een bijlage bij de generieke module acute psychiatrie, één gebudgetteerde zorgaanbieder door de representerende zorgverzekeraar is geselecteerd;
- de aanvraag is ingediend via het NZa aanvragenportaal;
- het door de NZa beschikbaar gestelde formulier is gebruikt;
- de gebudgetteerde aanbieder en representerende zorgverzekeraar hetzelfde voorlopig budget Zvw aanvragen en tot hetzelfde voorlopig tekort/overschot Zvw komen ("tweezijdige" aanvraag);
- de aanvraag, met hetzelfde voorlopig budget Zvw en hetzelfde voorlopig 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' (NR/REG-2224 of opvolger).

4.1.3 Behandeling van de aanvraag

4.1.3.1 Aanvraag die aan de vereisten voldoet

Als de aanvraag aan de vereisten in artikel 4.1.2 voldoet, toetst de NZa of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel.

De NZa kan het voorlopig tekort/overschot ambtshalve 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 jaar (t-1) geen aanvraag is ingediend, dan schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen 4 weken een aanvraag in te dienen. Als na het verlopen van de 4 wekentermijn opnieuw geen aanvraag is ingediend, is er geen sprake van een aanvraag en stelt de NZa dus geen voorlopig budget Zvw en voorlopig tekort/overschot Zvw 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 artikel 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 4 weken een volledige en juiste aanvraag in te dienen.

Als er na het verlopen van de 4 wekentermijn geen (nieuwe) aanvraag is ingediend, is er geen sprake van een aanvraag en stelt de NZa dus geen voorlopig budget Zvw en geen voorlopig tekort/overschot Zvw vast voor de regio.

4.1.3.3 Aanvragen ingediend binnen de 4 wekentermijn

4.1.3.3.1 Tweezijdige aanvraag

Als er vóór het verlopen van de 4 wekentermijn een aanvraag is ingediend die voldoet aan de vereisten zoals opgenomen in artikel 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 het voorlopig tekort/overschot ambtshalve lager of hoger vaststellen.

4.1.3.3.2 Eénzijdige aanvraag

Als er vóór het verlopen van de 4 wekentermijn sprake is van (één) éénzijdige aanvra(a)g(en), dan kan de NZa deze in behandeling nemen. Bij een eenzijdige aanvraag is vereist dat:

- de aanvraag is ingediend via het NZa aanvragenportaal;
- het door de NZa beschikbaar gestelde formulier is gebruikt;
- de aanvrager(s) een voorlopig budget Zvw en een voorlopig tekort/overschot Zvw heeft/hebben aangevraagd;
- de aanvraag een ondertekende bestuursverklaring van de aanvrager 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.

Twee éénzijdige aanvragen

De NZa neemt de aanvragen in behandeling als er per regio sprake is van twee éénzijdige aanvragen. Dan hebben zowel de gebudgetteerde zorgaanbieder als de representerende zorgverzekeraar een éénzijdige aanvraag gedaan die voldoet aan de vereisten van een éénzijdige aanvraag. De NZa zal in dat geval beide partijen vragen om 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.

Eén eenzijdige aanvraag

De NZa neemt de aanvraag in behandeling als er sprake is van een éénzijdige 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 het voorlopig tekort/overschot Zvw ambtshalve lager of hoger vaststellen.

De NZa neemt de aanvraag niet in behandeling als er sprake is van een éénzijdige 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, materiële kosten en ambulante kapitaallasten, en de vrije marge) * voorlopig aandeel omzet Zvw in totale voorlopige omzet Zvw en overige financieringsstromen)*

De voorlopige omzet Zvw en de voorlopige omzet overige financieringsstromen worden bepaald door het aantal verwachte consulten, verblijfsdagen en toeslagen reistijd acute ggz ter dekking van het budget 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 definitief 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 met het verzoek om het definitief tekort/overschot Zvw vast te stellen.

Indien daar aanleiding voor is, kan de NZa de termijn voor het indienen van een aanvraag als bedoeld in artikel 4.2.1 uitstellen. Uitstel van de indieningstermijn wordt schriftelijk of op de website van de NZa bekendgemaakt.

De NZa geeft bij goedkeuring uiterlijk 31 oktober van jaar (t+1) een beschikking af met het definitief budget Zvw, het definitief tekort/overschot Zvw 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 van jaar (t+1) geen aanvraag ingediend (4.2.2.1);
- De gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar vragen de NZa het definitief budget Zvw vast te stellen ter hoogte van het voorlopig budget Zvw (4.2.2.2);
- De gebudgetteerde zorgaanbieder en/of de representerende zorgverzekeraar vraagt/vragen de NZa het van jaar definitief budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopig budget Zvw (4.2.2.3).

4.2.2.1 Voor 1 juli van jaar (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 4 weken een aanvraag in te dienen.

Als er na het verlopen van de 4 wekentermijn opnieuw geen aanvraag is ingediend, gaat de NZa vanwege het ontbreken van informatie over tot ambtshalve vaststelling van het definitief tekort/overschot Zvw. Daarmee gaat de NZa ook over tot ambtshalve vaststelling van het definitieve vereffenings- dan wel verrekenbedrag voor de betreffende gebudgetteerde zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar.

De NZa stelt het definitief tekort dan wel overschot vast op de hoogte van het voorlopig 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 definitief tekort dan wel overschot ook het definitieve vereffenings- dan wel verrekenbedrag vast. De NZa volgt hiervoor de berekening zoals staat in artikel 4.3.

Als er na het verlopen van de 4 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 vereffenings- of verrekenbedrag vast.

Als er vóór het verlopen van de 4 wekentermijn alsnog een (volledige en juiste) aanvraag wordt ingediend, handelt de NZa de aanvraag/aanvragen af volgens de artikelen 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 definitief budget Zvw vast te stellen ter hoogte van het voorlopig budget Zvw.

De NZa neemt deze aanvraag in behandeling als:

- de aanvraag is ingediend via het NZa 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 definitief budget Zvw te willen vaststellen ter hoogte van het voorlopig budget Zvw;
- het aantal bij zorgverzekeraars (Zvw) gedeclareerde consulten en verblijfsdagen acute ggz en toeslagen reistijd acute ggz ter dekking van het 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 ter dekking van het budget en toeslagen reistijd acute ggz ter dekking van het budget.

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 het definitief tekort/overschot Zvw ambtshalve lager of hoger vaststellen.

Aanvraag die niet aan de vereisten voldoet

Als de aanvraag niet aan de bovenstaande vereisten voldoet, dan schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen 4 weken de aanvraag volledig en juist in te dienen.

Als de aanvraag binnen 4 weken wordt ingediend volgens de bovenstaande vereisten, dan 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 het definitief tekort/overschot Zvw ambtshalve 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 definitief budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopig budget Zvw. Er kunnen zich dan 2 situaties voordoen:

1. De gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar vragen de NZa het definitief budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopig budget Zvw. Beide partijen vragen hetzelfde definitief budget Zvw aan ("Tweezijdige aanvraag").
2. De gebudgetteerde zorgaanbieder en/of de representerende zorgverzekeraar vraagt de NZa het definitief budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopig budget Zvw. Beide partijen vragen een verschillend definitief budget Zvw aan ("Eénzijdige aanvra(a)g(en)").

4.2.2.3.1 Tweezijdige aanvraag

De gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar vragen de NZa het definitief budget Zvw vast te stellen op een ander bedrag dan het voorlopig budget Zvw. Beide partijen vragen hetzelfde definitief budget Zvw aan ("Tweezijdige aanvraag").

De NZa neemt deze aanvraag in behandeling als:

- de aanvraag is ingediend via het NZa 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 definitief budget Zvw te willen vaststellen;
- het aantal bij zorgverzekeraars (Zvw) gedeclareerde consulten en verblijfsdagen acute ggz en toeslagen reistijd acute ggz ter dekking van het 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 ter dekking van het budget en toeslagen reistijd acute ggz ter dekking van het budget.

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 het definitief tekort/overschot Zvw ambtshalve lager of hoger vaststellen.

Aanvraag die niet aan de vereisten voldoet

Als de aanvraag niet aan de bovenstaande vereisten voldoet, dan schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen 4 weken de aanvraag volledig en juist in te dienen.

Als de aanvraag binnen 4 weken wordt ingediend volgens de bovenstaande vereisten, dan 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 het definitief tekort/overschot Zvw ambtshalve lager of hoger vaststellen.

4.2.2.3.2 Eénzijdige aanvra(a)g(en)

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

Als de gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar een van elkaar verschil-

lend definitief budget Zvw aanvragen, dan schrijft de NZa de gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende zorgverzekeraar aan om alsnog binnen 4 weken tot overeenstemming te komen.

Als de gebudgetteerde aanbieder en de representerend zorgverzekeraar binnen de 4 wekentermijn een nieuwe volledige en juiste tweezijdige aanvraag doen dan handelt de NZa de aanvragen als daar beschreven af.

Als er vóór het verlopen van de 4 wekentermijn sprake is van (een) éézijdige aanvra(a)g(en), dan kan de NZa deze in behandeling nemen. Bij een éézijdige aanvraag is vereist dat:

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

Twee éézijdige aanvragen

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 beide partijen vragen om 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.

Eén éézijdige 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 zal in dat geval de partij die de éézijdige aanvraag heeft ingediend, vragen om 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.

De NZa toetst of de aanvraag in overeenstemming is met de (reken)regels in de beleidsregel. De NZa kan het definitief budget Zvw en het definitieve tekort/overschot Zvw ambtshalve lager of hoger vaststellen.

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.

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, materiële kosten en ambulante kapitaallasten) * definitief aandeel omzet Zvw in totale definitieve omzet Zvw en overige financieringsstromen)*

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) uiterlijk 31 oktober van jaar (t+1) het definitief tekort/overschot Zvw jaar (t) vast.

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

Definitief tekort/overschot Zvw =

Definitief budget Zvw – definitieve opbrengsten Zvw

4.3 Vereffenings- en verrekenbedrag

4.3.1 Vereffeningsbedrag

In september van 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 van 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 (artikel 1.e);
- het aantal fte direct zorgverlenend personeel dat de functies beoordeling en behandeling uitvoert¹ voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget (artikel 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 voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget (artikel 1.e) inclusief de 'overige financieringsstromen', maar exclusief de Jeugdwet.
- het aantal auto's dat beschikbaar is voor de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget (artikel 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 gebudgetteerde zorgaanbieder en de representerende 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 2025) vast	Waarde (prijspeil 2025) vast	Waarde Fysiek aanwezig (prijspeil 2025) vast	Waarde beschikbaar/bereikbaar (prijspeil 2025) vast
		Excl. ORT/toelage (A)	ORT in budgetwaarde (B)	Incl. ORT/toelage (A+B)	15% van (A)
Arts (waaronder Agio/ Agnio)	Per fte	€ 167.368,93	€ 5.501,16	€ 172.870,09	€ 25.105,34
Ggz verpleegkundig specialist	Per fte	€ 169.432,64	€ 3.281,81	€ 172.714,45	€ 25.414,90

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.



Post	Type	Waarde Fysiek aanwezig (prijspeil 2025) vast	Waarde (prijspeil 2025) vast	Waarde Fysiek aanwezig (prijspeil 2025) vast	Waarde beschikbaar/bereikbaar (prijspeil 2025) vast
		Excl. ORT/toelage (A)	ORT in budgetwaarde (B)	Incl. ORT/toelage (A+B)	15% van (A)
Gz-psycholoog	Per fte	€ 194.011,48	€ 846,62	€ 194.858,09	€ 29.101,72
Psychiater	Per fte	€ 290.268,44	€ 6.902,19	€ 297.170,63	€ 43.540,27
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige	Per fte	€ 171.861,84	€ 7.172,88	€ 179.034,73	€ 25.779,28
Verpleegkundige (art.3)	Per fte	€ 144.504,57	€ 4.480,25	€ 148.984,83	€ 21.675,69
Arts verslavingszorg	Per fte	€ 220.375,65	€ 0,00	€ 220.375,65	€ 33.056,35
Psychotherapeut	Per fte	€ 175.413,69	€ 0,00	€ 175.413,69	€ 26.312,05
Sociaal Pedagogisch Hulpverlener	Per fte	€ 112.154,21	€ 4.488,95	€ 116.643,16	€ 16.823,13
Sociaal geriater	Per fte	€ 213.746,45	€ 10.328,08	€ 224.074,53	€ 32.061,97
GGZ-agoog	Per fte	€ 149.612,66	€ 1.377,19	€ 150.989,84	€ 22.441,90
Maatschappelijk werkende	Per fte	€ 133.175,81	€ 5.120,59	€ 138.296,40	€ 19.976,37
Psycholoog (geen verdere specialisatie)	Per fte	€ 170.761,11	€ 1.667,96	€ 172.429,07	€ 25.614,17
GGZ-vaktherapeut	Per fte	€ 140.797,50	€ 4,57	€ 140.802,07	€ 21.119,62
Onregelmatigheidstoelage (ORT) en toelage crisisdienst triage en beoordeling		Conform CAO GGZ			

Voor triage en beoordeling gelden de budgetparameters excl. historische ORT en toelagewaarden. 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.

Budgetparameters overig

	Post	Type	Waarde (prijspeil 2025) vast
Bedden	Verblijfs categorie D	Per jaar, per bed	€ 116.995,08
	Verblijfs categorie E	Per jaar, per bed	€ 157.607,82
	Verblijfs categorie F	Per jaar, per bed	€ 196.959,21
	Verblijfs categorie G	Per jaar, per bed	€ 278.534,55
	Verblijfs categorie H (HIC)	Per jaar, per bed	€ 215.516,78
Materiële kosten	Auto (lease)	Per auto, per jaar	€ 10.580,70
Ambulante kapitaallasten	Ambulante kapitaallasten triage	Aantal teams	€ 2.409,08
	Ambulante kapitaallasten beoordeling	Aantal locaties	€ 14.667,81
	Ambulante kapitaallasten behandeling	Aantal kamers	€ 12.296,37
	Vrije marge	Maximum	+ of – 5%

Vrije marge

De vrije marge kan gebruikt worden voor innovatie, markttoeslag, kwaliteit, investeringen, onregelmatigheidstoelage 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 artikel 2.2 van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg') en tijdsindeling (conform artikel 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 tijdsran- ges voor de setting 'outreaching' en 'diagnostiek'.

Het vaste tarief voor reistijd acute ggz is gelijk aan het maximumtarief van de toeslag reistijd acute 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-24146, ingetrokken.

7.2 Toepasselijkheid voorgaande beleidsregel

De Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening, met kenmerk BR/REG-24146, 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 2025.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onderdeel e, van de Bekendmakingswet, zal deze beleidsregel in de Staatscourant worden geplaatst.

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 informatieverstreking 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 tekort/overschot 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 tekort/overschot 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.