

Addendum bij een Betaalovereenkomst CB GGZ (uitsluitend voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders)

De ondergetekenden:

- (1) [DE ZORGAANBIEDER] (de **Zorgaanbieder**);
- (2) Alle rechtspersonen uit de hiernavolgende lijst die met de Zorgaanbieder ten behoeve van de continuïteitsbijdrage een betaalovereenkomst continuïteitsbijdrage GGZ zullen sluiten en voor wie namens hen – conform een rechtsgeldige mandaatregeling – Zorgverzekeraars Nederland dit Addendum zal ondertekenen en hierna in enkelvoud aan te duiden als: de **Zorgverzekeraar**;

ASR Nederland N.V.
Coöperatie Eno U.A.
Coöperatie Menzis U.a.
Coöperatie VGZ UA
CZ groep
DSW Zorgverzekeraar
OMW Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a.
ONVZ
Zilveren Kruis

De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder worden hierna gezamenlijk **Partijen** en ieder afzonderlijk **Partij** genoemd.

Overwegende dat:

- Het kabinet op 23 maart 2020 (aanvullende) maatregelen heeft getroffen ter bestrijding van het coronavirus, waaronder de tot en met 19 mei 2020 geldende maatregel dat het uitoefenen van alle vormen van contactberoepen werd verboden voor zover er geen 1,5 meter afstand tot de klant gehouden kon worden. Voor de behandeling van (para)medische beroepen gold slechts een uitzondering mits daar een individuele medische indicatie voor bestond en de beoefenaar alle hygiënevereisten kon naleven (gezamenlijk aan te duiden als: de **Maatregel**);
- Ten gevolge van de Maatregel en de nasleep daarvan zorgaanbieders continuïteitsproblemen en financiële onzekerheid kunnen ervaren, bijvoorbeeld omdat zij onverwachts minder zorg konden verlenen;
- Zorgverzekeraars zich bereid hebben verklaard de zorgaanbieders binnen de geestelijke gezondheidszorg (**GGZ**) die zorg zonder verblijf leveren, een omzet hebben van minder dan EUR 10 miljoen¹ (met of zonder zorgovereenkomst) en hier behoefte aan hebben – en die zorg verlenen die op dit moment valt onder de basisverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering (voorwaarden 2019 respectievelijk 2020)² – met terugwerkende kracht vanaf 1 april 2019³ tot en met 30

¹ Meer specifiek betreft het alle prestaties en DBC's die door zorgaanbieders van generalistische basis GGZ (gbGGZ) en gespecialiseerde GGZ (gGGZ) geleverd worden.

² Zorg die (normaliter) geheel of gedeeltelijk in het buitenland wordt geleverd is uitgesloten.

juni 2020 per kwartaal een continuïteitsbijdrage te verstrekken ter waarborging van de cashflow welke ingezet kan worden ter dekking van vaste, doorlopende kosten, zoals loonkosten, kosten voor vastgoed en overige vaste lasten, dit alles met als doel om de continuïteit van zorg ten behoeve van de samenleving als geheel te waarborgen (een **Continuïteitsbijdrage**). Variabele kosten (zoals het gebruik van materialen) zijn uitgesloten van deze regeling. Hetzelfde geldt voor kosten voor leegstand die het gevolg is van beschikbaar houden van capaciteit voor coronapatiënten. Deze laatste kosten worden betrokken bij de prestatiebeschrijving voor meerkosten, waar dit Addendum uitdrukkelijk geen betrekking op heeft. Met de Continuïteitsbijdrage wordt compensatie beoogd en uitdrukkelijk niet de vergoeding van meerproductie;

- De Zorgaanbieder zich maximaal zal inspannen om – wanneer dat redelijkerwijs mogelijk is – eventueel ontstane wachtlijsten voor ‘reguliere’ zorg weg te werken. De Zorgaanbieder is zich ervan bewust dat de totale vergoeding van deze zogenoemde ‘inhaalzorg’ lager ligt dan gebruikelijk voor deze zorgprestaties, en dat de Continuïteitsbijdrage en de lagere vergoeding voor de ‘inhaalzorg’ onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, omdat alleen via die weg de zorginfrastructuur kan worden behouden, zonder dat de totale zorgkosten (anders dan de coronagerelateerde medische kosten) onaanvaardbaar hoog oplopen;
- De Zorgaanbieder heeft zich er goed rekenschap van gegeven dat hij met het aangaan van dit Addendum kiest voor de koppeling van de Continuïteitsbijdrage en de daaraan onlosmakelijk verbonden lagere vergoeding voor de ‘inhaalzorg’. De Zorgaanbieder onderschrijft dat hij daarmee niet kiest voor het alternatief van deze koppeling in de vorm van een beroep op de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor werkbehoud (NOW);
- De Zorgverzekeraar niet aansprakelijk is voor de continuïteit van de betreffende Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar met de betaling van de Continuïteitsbijdrage geen inschatting beoogt te geven van de financiële positie van de Zorgaanbieder, laat staan dat derden daaraan enig gewicht kunnen toekennen;
- De Zorgaanbieder een verzoek tot het verstrekken van een Continuïteitsbijdrage heeft ingediend via VECOZO bij de Zorgverzekeraar en de Zorgverzekeraar bereid is deze Continuïteitsbijdrage aan de Zorgaanbieder te verstrekken;
- De Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder ten behoeve van de Continuïteitsbijdrage een betaalovereenkomst continuïteitsbijdrage GGZ (**Betaalovereenkomst CB GGZ**) zullen sluiten, welke onlosmakelijk verbonden is met dit Addendum (zoals hierna gedefinieerd). De Continuïteitsbijdrage wordt uitsluitend verstrekt op basis van de Betaalovereenkomst CB GGZ;
- De Betaalovereenkomst CB GGZ een tijdelijke overeenkomst voor 2020 betreft waaraan de Zorgaanbieder geen rechten kan ontleen voor 2021. Partijen zijn zich ervan bewust dat sprake is van een noodsituatie als gevolg van het coronavirus en de genomen maatregelen van het kabinet (waaronder de Maatregel). Partijen onderschrijven dat zij met het aangaan van dit Addendum en de Betaalovereenkomst CB GGZ naar de toekomst toe geen verandering beogen aan te brengen in de niet-gecontracteerde status van de Zorgaanbieder evenals de status van eventueel tussen Partijen lopende geschillen, procedures, controles, et cetera.

³ Doordat DBC's geopend in april 2019 door kunnen lopen tot en met maart 2020 en de prijs van de DBC afhangt van het aantal geleverde behandelminuten, kan door de coronacrisis (welke begon in maart 2020) de omzet van DBC's met een openingsdatum in april 2019 afnemen.

Zodra dit Addendum (en de Betaalovereenkomst CB GGZ) eindigen vallen Partijen terug op de rechtsverhouding van voor het sluiten van dit Addendum (en de Betaalovereenkomst CB GGZ). De Betaalovereenkomst CB GGZ is uitdrukkelijk geen zorgovereenkomst en heeft niet als rechtsgevolg dat de Zorgaanbieder tijdelijk een gecontracteerde zorgaanbieder wordt (die zorg in natura levert). De Zorgaanbieder blijft dus een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, waarvoor het (verlaagde) tarief geldt dat op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (**Zvw**) door de Zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden is vastgesteld. De vergoeding van de geleverde zorg kan nooit meer bedragen dan het gemiddeld gecontracteerd tarief;

- De Zorgaanbieder zich ervan bewust is dat de Zorgverzekeraar bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders een 'afslag' hanteert op het gedeclareerde tarief en dat voor de hoogte van de Continuïteitsbijdrage wordt uitgegaan van het vergoede deel van de declaraties uit 2018, hetgeen betekent dat in de berekening van de Continuïteitsbijdrage reeds rekening wordt gehouden met deze 'afslag' op het tarief bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders;
- Zorgverzekeraars Nederland op 28 mei 2020 aan de besturen van GGZ Nederland, MeerGGZ, LVVP, NVvP, NIP, P3NL en V&VN een brief heeft gestuurd over de hoofdlijnen van de continuïteitsbijdrage-regeling GGZ met kenmerk B-20-5315 (de **ZN-brief**) (**Bijlage 1**);
- De NZa op 1 mei 2020 een Beleidsregel continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus (BR/REG-20157 Versie 1) heeft gepubliceerd;
- Partijen de voorwaarden voor het verstrekken van de Continuïteitsbijdrage zoals uiteengezet in de ZN-brief vast willen leggen in dit addendum (**Addendum**) bij de Betaalovereenkomst CB GGZ, waarbij de Zorgverzekeraar verklaart dat dit het enige bestaande basisformat is van het Addendum;
- De Zorgverzekeraar in een mandaat Zorgverzekeraars Nederland heeft gemandateerd dit Addendum namens de Zorgverzekeraar te ondertekenen (het **Mandaat**).

Komen het volgende overeen

Artikel 1 Voorwaarden ontvangst Continuïteitsbijdrage

- 1.1. De Zorgaanbieder heeft uitsluitend recht op een door de Zorgverzekeraar te verstrekken Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder aan de volgende voorwaarden voldoet en gedurende de looptijd van dit Addendum blijft voldoen:
 - a. De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar sluiten een Betaalovereenkomst CB GGZ;
 - b. De Zorgaanbieder levert generalistische basis GGZ (gbGGZ) en/of gespecialiseerde GGZ (gGGZ) zonder verblijf die valt onder de basisverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering (voorwaarden 2019 respectievelijk 2020) en heeft een jaaromzet van minder dan EUR 10 miljoen in 2019;
 - c. De Zorgaanbieder heeft in januari, februari en maart 2020 zorgprestaties geleverd tegen een vergoeding in totaal gelijk aan ten minste 5% over die drie maanden van de bij de Zorgverzekeraar bekende – door de Zorgaanbieder bij

- verzekerden van de Zorgverzekeraar in rekening gebrachte – zorgkosten op jaarbasis;
- d. De Zorgaanbieder is de afgelopen drie jaar niet om kwalitatieve redenen uitgesloten van een zorgovereenkomst met de Zorgverzekeraar;
 - e. De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar hebben – naast de Betaalovereenkomst CB GGZ en dit Addendum – geen andere overeenkomst gesloten overeenkomend met het doel en de strekking van dit Addendum;
 - f. De Zorgaanbieder lijdt als gevolg van de Maatregel omzetverlies;
 - g. De Zorgaanbieder doet geen beroep op de rijksregelingen (waaronder de Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor werkbehoud (**NOW**)) die zijn ingesteld naar aanleiding van het coronavirus, met uitzondering van het deel omzetsdaling dat mogelijk resteert na aftrek van de vergoeding die de Zorgaanbieder ontvangt op basis van dit Addendum. Het gebruik maken van fiscale regelingen is toegestaan;
 - h. De Zorgaanbieder heeft via VECOZO aangegeven gebruik te willen maken van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage;
 - i. De Zorgaanbieder borgt dat zoveel als in redelijkheid van hem verlangd kan worden de reguliere zorg geleverd blijft worden met aandacht voor doelmatigheid en gepast gebruik overeenkomstig de bepalingen van de Betaalovereenkomst CB GGZ;
 - j. De Zorgaanbieder stelt zich in de periode van vraaguitval in zijn reguliere werk, waar nodig beschikbaar voor het bieden van noodzakelijke zorg in deze moeilijke tijd, zowel door personele inzet als door middel van faciliteiten en hulpmiddelen. Indien de Zorgaanbieder tijdens de coronacrisis minder zorg kan leveren dan verwacht is de Zorgaanbieder bereid extra inspanningen te doen om inhaalzorg te leveren en de wachtlijsten niet onnodig te laten oplopen;
 - k. De Zorgaanbieder registreert onverminderd alle prestaties voor de geleverde en te leveren zorg correct en volledig en declareert conform de declaratieafspraken in de Betaalovereenkomst CB GGZ. De verplichting om volledig en correct te registreren geldt eveneens voor alle door een Zorgaanbieder eventueel te maken kosten c.q. te leveren prestaties die vallen onder de reikwijdte van de NZa-prestatiebeschrijving 'meerkosten';
 - l. De Zorgaanbieder spant zich maximaal in om zowel op de korte als op de langere termijn zijn bestaande capaciteit in stand te houden, zowel voor wat betreft personeel als middelen in de meest ruime zin van het woord. Dit betekent ten aanzien van personeel dat de Zorgaanbieder in zijn rol als werkgever géén ontslag op grond van bedrijfseconomische redenen zal aanvragen voor zijn werknemers gedurende de periode waarin de Zorgaanbieder de Continuïteitsbijdrage ontvangt. Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020 en geldt tot en met de dag van de laatste betaling van de voorlopige Continuïteitsbijdrage (naar verwachting 31 oktober 2021). De Zorgverzekeraar kan nakoming van deze verplichting gedurende deze periode via dit Addendum ook afdwingen;
 - m. De Zorgaanbieder brengt geen wijzigingen aan in zijn juridische structuur, de structuur van de groep waartoe de Zorgaanbieder behoort (bijvoorbeeld door het oprichten van een nieuwe vennootschap) of de rechtsverhoudingen met een aandeelhouder, bestuurder of een aan hen gelieerde derde. Het voorgaande

geldt eveneens voor wijzigingen die (nadelige) gevolgen kunnen hebben voor de rechtpositie of verhaalspositie van zijn werknemers en voor de reikwijdte van dit Addendum en in het bijzonder de naleving van het vorige artikellid (sub l). Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020 en geldt tot en met de dag van de laatste betaling van de voorlopige Continuïteitsbijdrage (naar verwachting 31 oktober 2021). De Zorgverzekeraar kan nakoming van deze verplichting gedurende deze periode via dit Addendum ook afdwingen;

- n. De Zorgaanbieder die structureel gebruik maakt van onderaannemers voor de verlening van zorg dient deze onderaannemers uit te betalen met de ontvangen Continuïteitsbijdrage gedurende de periode waarin de Zorgaanbieder de Continuïteitsbijdrage ontvangt, tenzij de Zorgaanbieder aantoont dat dit niet van hem geveerd kan worden om de continuïteit van de Zorgaanbieder zelf te kunnen waarborgen. Deze voorwaarde geldt met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2020 en geldt tot en met de dag van de laatste betaling van de voorlopige Continuïteitsbijdrage (naar verwachting 31 oktober 2021). De Zorgverzekeraar kan nakoming van deze verplichting gedurende deze periode via dit Addendum ook afdwingen;
 - o. De Zorgaanbieder maakt geen misbruik respectievelijk oneigenlijk gebruik van de (regeling omtrent) Continuïteitsbijdrage, voorkomt dubbele betalingen (waaronder tevens financieringen uit andere publieke geldstromen dan de Zvw worden verstaan), wendt de Continuïteitsbijdrage uitsluitend aan in het kader van de continuïteit van zorg en komt niet in een financieel betere positie te verkeren dan voorzien zonder coronacrisis en handelt derhalve uitsluitend in de geest van de regeling zoals uiteengezet in dit Addendum;
 - p. De Zorgaanbieder gaat onverwijld met de Zorgverzekeraar in gesprek indien de Zorgaanbieder in een situatie dreigt te raken waarin hij met het betalen van zijn schulden niet zal kunnen voortgaan ondanks de ontvangst van de Continuïteitsbijdrage; en
 - q. De Zorgaanbieder verklaart zich door ondertekening van dit Addendum op voorhand bereid om op verzoek van de Zorgverzekeraar mee te werken aan de benoeming van een stille bewindvoerder⁴ door de bevoegde rechtbank indien de Zorgaanbieder in een situatie dreigt te raken waarin hij met het betalen van zijn schulden niet zal kunnen voortgaan ondanks de ontvangst van de Continuïteitsbijdrage.
- 1.2. De Zorgverzekeraar is gerechtigd de Zorgaanbieder uit te sluiten van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage en tevens dit Addendum te ontbinden in de zin van artikel 5.4 van dit Addendum indien:
- a. de Zorgaanbieder geregistreerd is in het intern verwijzingsregister (IVR), extern verwijzingsregister (EVR) dan wel enig ander frauderegister;
 - b. de Zorgaanbieder de afgelopen acht jaar door een (tucht)rechter is veroordeeld wegens handelen in strijd met de geldende tuchtnormen, het in rekening

⁴ De inschakeling van de stille bewindvoerder heeft als doel om de schade bij klanten, werknemers en schuldeisers als gevolg van een eventueel faillissement zoveel mogelijk te beperken. Hij laat zich door de ondernemer informeren over wat hem te wachten staat in het geval van een faillissement. Verder kan de stille bewindvoerder antwoord geven op vragen van de ondernemer. Deze vragen kunnen bijvoorbeeld gaan over de mogelijkheden van een doorstart (na faillissement). De stille bewindvoerder heeft geen formele taken of bevoegdheden. De gedachte is dat de stille bewindvoerder, als hij eenmaal bij het faillissement tot curator is benoemd, met deze voorbereide doorstart sneller kan instemmen. De rechter-commissaris (die als stille rechter-commissaris ook al van de doorstart kennis heeft genomen) kan de doorstart sneller goedkeuren.

- brengen van een onrechtmatig tarief of het aangaan van een transactie in dat kader;
- c. de Zorgaanbieder vanwege meldingen van mogelijke onregelmatigheden of (statistisch) opvallende afwijkingen in zijn declaratiepatroon is of was geselecteerd voor een materiele of formele controle of fraudeonderzoek;
 - d. er opvallende resultaten zijn geconstateerd bij uitgevoerde formele en/of materiele controles en/of fraudeonderzoeken die duiden op ondoelmatige, onrechtmatige of frauduleuze verlening dan wel declaratie van zorg;
 - e. er meldingen bij bijvoorbeeld toezichthouders of de Zorgverzekeraar (of andere zorgverzekeraars) zijn dat de Zorgaanbieder ondoelmatige zorg heeft geleverd of in strijd met wet- en regelgeving heeft gehandeld;
 - f. de Zorgaanbieder in de afgelopen drie jaar tot op heden een juridische procedure en/of procedure bij het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI) heeft gehad dan wel dat deze lopend is met betrekking tot zorgcontractering en/of de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg;
 - g. de Zorgaanbieder niet in het Ultimate Beneficial Owner-register (UBO-register) is ingeschreven; en/of
 - h. om andere dan bovengenoemde redenen, dit ter beoordeling van de Zorgverzekeraar.

Artikel 2 Vaststelling omvang Continuïteitsbijdrage en betaling

- 2.1. De hoogte van de (voorlopige) Continuïteitsbijdrage is gebaseerd op de dekking van vaste, doorlopende kosten en wordt vastgesteld conform het Beleidsdocument (**Bijlage 2** bij dit Addendum). Het Beleidsdocument maakt integraal onderdeel uit van dit Addendum. Voor een rekenvoorbeeld wordt verwezen naar bijlage 2 bij het Beleidsdocument.
- 2.2. Zoals blijkt uit het Beleidsdocument, omvat de Continuïteitsbijdrage-regeling de volgende fasen:
 - (i) de voorlopige Continuïteitsbijdrage: de voorlopige Continuïteitsbijdrage wordt per kwartaal berekend en uitgekeerd. De uitbetaling van de voorlopige Continuïteitsbijdrage vindt voor het eerst plaats in de maand juli 2020, daarna in oktober 2020, januari 2021, april 2021, juli 2021 en voor het laatst in oktober 2021; en
 - (ii) de definitieve vaststelling van de Continuïteitsbijdrage: naar verwachting medio 2021 wordt de definitieve Continuïteitsbijdrage voor 2019 vastgesteld en medio 2022 voor 2020. Er wordt tussen Partijen afgerekend op basis van het verschil tussen de voorlopige Continuïteitsbijdrage en de definitieve Continuïteitsbijdrage.
- 2.3. De Zorgaanbieder komt uitsluitend in aanmerking voor een (voorlopige) Continuïteitsbijdrage indien en voor zover de Zorgaanbieder gedurende de periode waarin de Zorgaanbieder de voorlopige Continuïteitsbijdrage ontvangt blijft voldoen aan de voorwaarden van dit Addendum (waaronder de voorwaarden genoemd in artikel 1.1). De Zorgverzekeraar heeft recht op volledige terugbetaling van de (voorlopige) Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder op enig moment niet (meer) voldoet aan een of meer voorwaarde(n) voor verstrekking van de

Continuïteitsbijdrage zoals bepaald in dit Addendum en/of enige op grond van dit Addendum op de Zorgaanbieder rustende verplichting.

- 2.4. De Zorgverzekeraar betaalt de Continuïteitsbijdrage op het bankrekeningnummer zoals door de Zorgaanbieder opgegeven via VECOZO. Dit betekent dat ook betaling kan plaatsvinden via een regulier door de Zorgaanbieder ingeschakelde tussenpersoon. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor in plaats daarvan gebruik te maken van een bij hem bekend bankrekeningnummer van de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder staat er voor in dat de Zorgverzekeraar bevrijdend kan betalen op het in VECOZO opgegeven of bij de Zorgverzekeraar bekende bankrekeningnummer.

Definitieve Continuïteitsbijdrage

- 2.5. De definitieve Continuïteitsbijdrage wordt in de loop van 2021 voor 2019 en in de loop van 2022 voor 2020 door de Zorgverzekeraar (althans Vektis namens de Zorgverzekeraar) vastgesteld op basis van de volgende informatie:
- a) De omzet die de Zorgaanbieder normaal gesproken gemiddeld per maand had mogen verwachten in 2019 zonder coronacrisis (de **Normomzet 2019**) respectievelijk de omzet die de Zorgaanbieder normaal gesproken gemiddeld per maand had mogen verwachten in 2020 zonder coronacrisis (de **Normomzet 2020**);
 - b) De gerealiseerde omzet in de maanden in 2019 waarin dit Addendum van kracht is (april 2019 tot en met december 2019) (de Gerealiseerde Omzet 2019) respectievelijk de gerealiseerde omzet in de maanden in 2020 waarin dit Addendum van kracht is (januari 2020 tot en met juni 2020) (de Gerealiseerde Omzet 2020). Onder gerealiseerde omzet wordt verstaan de door de Zorgaanbieder gedeclareerde DBC's of zorgprestaties waarbij de openingsdatum bepalend is om vast te stellen of deze binnen de hiervoor genoemde periodes valt;
 - c) Het vergoedingspercentage voor de gedeerde omzet (het Vergoedingspercentage CB). Dit percentage is voor de GGZ vastgesteld op basis van expertise van adviesbureau Gupta (zie bijlage 1 bij het Beleidsdocument (Bijlage 2 bij dit Addendum));
 - d) De gerealiseerde omzet in de zes maanden na de laatste maand waarin dit Addendum van kracht is (te weten in de periode juli tot en met december 2020) (de **Gerealiseerde Omzet Na Beëindiging**); en
 - e) Het vergoedingspercentage voor de inhaalzorg: indien de Zorgaanbieder inhaalzorg levert (omzet in de periode juli tot en met december 2020 boven de Normomzet 2020 wordt geacht inhaalzorg te zijn behoudens tegenbewijs van de Zorgaanbieder waaruit onomstotelijk blijkt dat de overschrijding van de Normomzet 2020 op geen enkele wijze gerelateerd is aan coronagerelateerde omstandigheden, hierna: **Inhaalzorg**⁵) geldt daarvoor een aangepaste vergoeding (het **Vergoedingspercentage Inhaalzorg**). Dit percentage is voor de GGZ vastgesteld op basis van expertise van adviesbureau Gupta (zie bijlage 1 bij het Beleidsdocument (Bijlage 2 bij dit Addendum)). Het Vergoedingspercentage

⁵ Ter illustratie: stel de Normomzet 2020 is in de maanden juli tot en met december 2020 EUR 100 per maand. De Normomzet 2020 voor deze periode van zes maanden is dan EUR 600. Als de Zorgaanbieder over deze periode EUR 700 in totaal aan zorg declareert, wordt EUR 100 hiervan als Inhaalzorg gezien.

Inhaalzorg geldt gedurende de zes maanden na de laatste maand waarin dit Addendum van kracht is.

2.6. Bij de bepaling van de definitieve Continuïteitsbijdrage worden de volgende stappen gevolgd:

Stap 0:

2.6.1. Vektis beschikt voor iedere zorgaanbieder over alle declaraties van alle zorgverzekeraars. De Normomzet 2019 wordt berekend door de jaarmomzet van de verzekerde zorg van de Zorgaanbieder over 2018 te delen door 12 en vervolgens op te hogen met de zorgkosteninflatie 2018-2019. De zorgkosteninflatie is voor 2018-2019 vastgesteld op 5,4%. De Normomzet 2020 wordt vervolgens berekend door de Normomzet 2019 op te hogen met de zorgkosteninflatie 2019-2020 die is vastgesteld op 4,0%.

Stap 1:

2.6.2. De Zorgverzekeraar (althans Vektis namens de Zorgverzekeraar) stelt vervolgens de definitieve Continuïteitsbijdrage vast voor de omzetsderving in de periode waarover de Continuïteitsbijdrage wordt ontvangen. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt naar de jaren 2019 en 2020. Omdat deze periode waarover een Continuïteitsbijdrage wordt ontvangen loopt van 1 april 2019 tot en met 30 juni 2020 – tenzij tot een verlenging op grond van artikel 5.3 wordt besloten – geldt het volgende:

- De periode voor 2019 loopt van 1 april 2019 tot en met 31 december 2019. Voor 2019 is de **CB Omzetsderving 2019** gelijk aan: $Vergoedingspercentage\ CB \times (9 \times Normomzet\ 2019 - Gerealiseerde\ Omzet\ 2019)$. Vektis stelt dit bedrag per AGB vast en verdeelt de bedragen over de zorgverzekeraars op basis van de marktaandelen 2018 gecorrigeerd voor de verzekerdenmutatie 2018-2019.
- De periode voor 2020 loopt van 1 januari 2020 tot en met 30 juni 2020 of zoveel langer indien tot verlenging op grond van artikel 5.3 wordt besloten. Voor 2020 is de **CB Omzetsderving 2020** gelijk aan: $Vergoedingspercentage\ CB \times (6 \times Normomzet\ 2020 - Gerealiseerde\ Omzet\ 2020)$. Vektis stelt dit bedrag per AGB vast en verdeelt de bedragen over de zorgverzekeraars op basis van de marktaandelen 2019 gecorrigeerd voor de verzekerdenmutatie 2018-2020.

2.6.3. Indien de bruto Continuïteitsbijdrage ($Vergoedingspercentage\ CB \times Normomzet\ 2020 \times$ marktaandeel Zorgverzekeraar) voor de Zorgverzekeraar op concernniveau lager is dan EUR 50 op maandbasis, dan wordt de definitieve Continuïteitsbijdrage voor alle zorgverzekeraars die tot hetzelfde concern behoren op EUR 0 gesteld. Indien de Zorgaanbieder geen definitieve Continuïteitsbijdrage ontvangt van de Zorgverzekeraar vindt geen Inhaalcorrectie plaats zoals bedoeld in artikel 2.6.4 en verder van dit Addendum.

Stap 2:

2.6.4. De Zorgverzekeraar (althans Vektis namens de Zorgverzekeraar) stelt vervolgens de correctie vast in verband met Inhaalzorg na de laatste maand waarin dit Addendum van kracht is (de **Inhaalcorrectie**). Voor de zes maanden na de laatste maand waarin dit Addendum van kracht is, geldt de volgende formule: $(100\% - Vergoedingspercentage\ Inhaalzorg) \times (Gerealiseerde\ Omzet\ Na\ Beëindiging - (6 \times Normomzet\ 2020))$. De uitkomst van deze formules kan voor een bepaalde maand niet negatief zijn en niet groter zijn dan de CB Omzetsderving 2020 van artikel 2.6.2 van dit Addendum.

Stap 3:

- 2.6.5. De definitieve Continuïteitsbijdrage is voor 2019 gelijk aan de CB Omzetsderving 2019 en de definitieve Continuïteitsbijdrage 2020 gelijk aan CB Omzetsderving 2020 *minus* de Inhaalcorrectie (voor beide jaren de **Definitieve Continuïteitsbijdrage**). Per AGB wordt de Definitieve Continuïteitsbijdrage op basis van de marktaandelen 2018 plus een correctie voor de verzekerdenmutatie 2018 – 2020 over de zorgverzekeraars verdeeld.
- 2.7. Indien niet tot een definitieve vaststelling van de Continuïteitsbijdrage conform artikel 2.5 tot en met 2.6 wordt gekomen heeft de Zorgverzekeraar het recht om de voorlopige Continuïteitsbijdrage te verrekenen met door de Zorgaanbieder ingediende en in te dienen zorgdeclaraties, of met andere vorderingen van de Zorgverzekeraar jegens de Zorgaanbieder.
- 2.8. Indien door een verlenging van dit Addendum, de periode van zes maanden waarin Inhaalzorg wordt geleverd doorloopt in verzekeringsjaar 2021, dan blijven de in dit Addendum gemaakte afspraken over de vergoeding van Inhaalzorg onverkort gelden tussen partijen en automatisch (zonder nadere onderhandelingen en indien van toepassing) onderdeel van een voor 2021 en 2022 eventueel tussen Partijen te sluiten zorgovereenkomst.

Voorlopige Continuïteitsbijdrage

- 2.9. De Zorgverzekeraar bepaalt de voorlopige Continuïteitsbijdrage mede aan de hand van de volgende door Vektis aangeleverde informatie:
- a) De gemiddelde omzet per maand in 2018 met een indexatie⁶ (**Voorlopige Normomzet**); en
 - b) Vergoedingspercentage CB (zie artikel 2.5 onder c).
- 2.10. Bij de bepaling van de voorlopige Continuïteitsbijdrage worden de volgende stappen gevolgd:
- Stap 1:
- 2.10.1. De Zorgverzekeraar bepaalt de bruto voorlopige Continuïteitsbijdrage aan de hand van de Voorlopige Normomzet vermenigvuldigd met het Vergoedingspercentage CB (**Bruto Voorlopige Continuïteitsbijdrage**).
- 2.10.2. Indien de Bruto Voorlopige Continuïteitsbijdrage voor de Zorgverzekeraar op concernniveau lager is dan EUR 50 op maandbasis, dan wordt de voorlopige Continuïteitsbijdrage voor alle zorgverzekeraars die tot hetzelfde concern behoren op EUR 0 gesteld.
- Stap 2:
- 2.10.3. De Zorgverzekeraar corrigeert vervolgens de Voorlopige Normomzet (omgezet naar een kwartaalbedrag) ieder kwartaal met de uitbetaalde declaraties over 2019, 2020 en 2021 (**Correctie Declaraties**).
- De voorlopige Continuïteitsbijdrage is gelijk aan de volgende formule: $(3 \times \text{Voorlopige Normomzet} - \text{Correctie Declaraties}) \times \text{Vergoedingspercentage CB}$ (de **Voorlopige Continuïteitsbijdrage**).
 - Voor de eerste uitbetaling van de Voorlopige Continuïteitsbijdrage in juli 2020 wordt gekeken naar de maanden maart tot en met juni (een periode van vier maanden) en is de formule dus als volgt: $(4 \times \text{Voorlopige Normomzet} - \text{Correctie$

⁶ Deze is gelijk aan de zorgkosteninflatie 2018 – 2020 zoals ook gehanteerd bij de definitieve vaststelling van de Continuïteitsbijdrage.

Declaraties in de maanden maart tot en met juni 2020) x Vergoedingspercentage CB.

- De uitkomst van deze formules kan voor een bepaald kwartaal niet negatief zijn.

Eindafrekening

- 2.11. De Voorlopige Continuïteitsbijdrage wordt volledig verantwoord onder het jaar 2019. Bij de eindafrekening van de Continuïteitsbijdrage over 2019 (medio 2021) wordt een eventueel surplus van de Voorlopige Continuïteitsbijdrage – er is dan meer uitgekeerd aan Voorlopige Continuïteitsbijdrage dan waar de Zorgaanbieder op basis van de definitieve vaststelling van de Continuïteitsbijdrage 2019 recht op had – overgeboekt van 2019 naar 2020. Bij de eindafrekening van de Continuïteitsbijdrage over 2020 (medio 2022) wordt het dan resterende bedrag aan Voorlopige Continuïteitsbijdrage gecorrigeerd zodat dit aansluit op de definitieve vaststelling van de Continuïteitsbijdrage over 2020. De laatste, definitieve financiële afrekening tussen Partijen vindt dus pas plaats medio 2022.
- 2.12. Bij de eindafrekening van de Continuïteitsbijdrage over 2020 (medio 2022) wordt de totaal ontvangen Voorlopige Continuïteitsbijdrage vergeleken met de Definitieve Continuïteitsbijdrage over de jaren 2019 en 2020. Indien de Definitieve Continuïteitsbijdrage hoger is dan de Voorlopige Continuïteitsbijdrage heeft de Zorgaanbieder recht op nabetaling van het verschil, terwijl de Zorgverzekeraar recht heeft op terugbetaling van het verschil indien de Definitieve Continuïteitsbijdrage lager is dan de Voorlopige Continuïteitsbijdrage. Het door de Zorgverzekeraar teveel betaalde is een direct opeisbare vordering van de Zorgverzekeraar op de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar heeft het recht om het verschil tussen de Voorlopige en Definitieve Continuïteitsbijdrage (tussentijds) te verrekenen met door de Zorgaanbieder ingediende en in te dienen zorgdeclaraties en/of (toekomstige) vorderingen van alle zorgverzekeraars die tot de groep van de Zorgverzekeraar behoren, waaronder (indien van toepassing) vorderingen uit hoofde van een controle, vorderingen uit hoofde van een eerdere overschrijding van het overeengekomen omzetplafond en prestaties onder de titel 'meerkosten'. Het voorgaande verrekeningsmechanisme is eveneens van toepassing op de afrekening ingevolge artikel 2.11 van dit Addendum.

Artikel 3 Verrekening

- 3.1 De Zorgaanbieder zal declaraties met openingsdatum conform geldende wet- en regelgeving in verzekeringsjaar 2020, vanaf maart 2020 gedurende het verdere kalenderjaar 2020 (met uitzondering van een eventuele eigen bijdrage) rechtstreeks (of via een servicebureau) indienen bij de Zorgverzekeraar voor zover deze nog niet zijn ingediend bij verzekeren of via een servicebureau. Gedurende deze periode is het de Zorgaanbieder alleen toegestaan declaraties naar een verzekerde te sturen voor geleverde, maar op basis van de polisvoorwaarden niet-vergoede zorg. Dit tenzij de Zorgverzekeraar anders bepaalt.
- 3.2 De Zorgverzekeraar heeft recht op volledige terugbetaling van de Continuïteitsbijdrage indien de Zorgaanbieder op enig moment niet (meer) voldoet aan een of meer voorwaarde(n) voor verstrekking van de Continuïteitsbijdrage zoals bepaald in dit Addendum en/of enige op grond van dit Addendum op de Zorgaanbieder rustende verplichting. Deze vordering is direct opeisbaar zodra door de

Zorgverzekeraar wordt vastgesteld dat de Zorgaanbieder niet voldoet aan een of meer gestelde voorwaarde(n). De Zorgverzekeraar heeft het recht om de onverschuldigd betaalde Continuïteitsbijdrage te verrekenen met door de Zorgaanbieder ingediende en in te dienen zorgdeclaraties en/of (toekomstige) vorderingen van alle zorgverzekeraars die tot de groep van de Zorgverzekeraar behoren, waaronder (indien van toepassing) vorderingen uit hoofde van een controle en prestaties onder de titel 'meerkosten'.

- 3.3 Partijen breiden het op grond van de wet bestaand verrekeningsrecht en het verrekeningsrecht op grond van dit Addendum uit naar de (toekomstige, herlevende) rechtsrelatie die de Zorgaanbieder onderhoudt met verzekerden van de Zorgverzekeraar, waarmee Partijen derhalve afspreken dat verzekerden van de Zorgverzekeraar zorgdeclaraties van de Zorgaanbieder onbetaald mogen laten, waarbij Partijen op voorhand overeenkomen dat daarmee vorderingen van de Zorgverzekeraar op de Zorgaanbieder door verrekening worden ingelost tot Partijen over en weer niets meer te vorderen hebben.

Artikel 4 Informatieverstrekking en -uitwisseling

- 4.1 De Zorgaanbieder geeft op verzoek van de Zorgverzekeraar – binnen een redelijk termijn – zodanige inzage in haar (financiële) positie dat de Zorgverzekeraar kan vaststellen of voldaan is aan alle voorwaarden voor de verstrekking van de Continuïteitsbijdrage zoals vastgelegd in dit Addendum.
- 4.2 Partijen zijn over en weer gehouden die informatie te verstrekken die voor de andere Partij noodzakelijk is voor een correcte uitvoering van dit Addendum.
- 4.3 De Zorgaanbieder is verplicht de Zorgverzekeraar te informeren zodra zich een omstandigheid voordoet die een wijziging, opzegging of opschorting in de zin van artikel 5.4 van dit Addendum door de Zorgverzekeraar kan rechtvaardigen.
- 4.4 De Zorgaanbieder stemt door ondertekening van dit Addendum in met de uitwisseling van informatie tussen zorgverzekeraars onderling en tussen Zorgverzekeraars en overheidsinstanties voor zover dat noodzakelijk is om de voorwaarden van dit Addendum te kunnen beoordelen, meer specifiek in het kader van het voorkomen en bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik van de (regeling omtrent de) Continuïteitsbijdrage en de samenloop met rijksregelingen.

Artikel 5 Duur en einde Addendum

- 5.1 Dit Addendum is aangegaan onder de opschortende voorwaarde dat de Betaalovereenkomst CB GGZ door Partijen wordt ondertekend.
- 5.2 Dit Addendum is aangegaan voor bepaalde duur, te weten voor de periode dat de Zorgaanbieder dbc's of ander zorgproducten declareert die conform de geldende wet- en regelgeving een openingsdatum kennen die ligt in verzekeringsjaar 2020. Dit Addendum eindigt vervolgens van rechtswege, tenzij tot een verlenging op grond van het derde lid van dit artikel wordt besloten. Sommige wederzijdse rechten en verplichtingen die in dit Addendum zijn vastgelegd hebben naar hun aard betrekking op de periode voor of na de looptijd van dit Addendum en die rechten en verplichtingen blijven gedurende die afwijkende periode onverkort van kracht.
- 5.3 De brancheorganisatie ZN kan in een branchebeslissing besluiten dit Addendum te verlengen. Bij gebreke van een dergelijke branchebeslissing is de (individuele)

Zorgverzekeraar gerechtigd – maar niet verplicht – een verlenging van dit Addendum aan te bieden.

- 5.4 De Zorgverzekeraar kan dit Addendum eenzijdig tussentijds met onmiddellijke ingang geheel of gedeeltelijk wijzigen, opzeggen of opschorten indien de maatregelen van het kabinet ter bestrijding van het coronavirus hiertoe op enig moment aanleiding geven of indien het sluiten en uitvoeren van addenda als de onderhavige financieel een disproportionele impact heeft op de Zorgverzekeraar, of anderszins niet van de Zorgverzekeraar gevergd kan worden.
- 5.5 De Zorgverzekeraar is gerechtigd dit Addendum te ontbinden, als gevolg waarvan de Continuïteitsbijdrage in zijn geheel onverschuldigd is betaald en door de Zorgverzekeraar kan worden verrekend dan wel teruggevorderd, zonder dat de Zorgverzekeraar op enigerlei wijze aansprakelijk is jegens de Zorgaanbieder, indien:
- a. sprake is van een toerekenbare tekortkoming van de Zorgaanbieder in de nakoming van een verplichting voortvloeiend uit dit Addendum (waaronder het niet (meer) voldoen aan de voorwaarden van artikel 1.1 van dit Addendum); en/of
 - b. naar het oordeel van de Zorgverzekeraar een reëel risico bestaat dat de Zorgaanbieder surseance van betaling aanvraagt of dat het faillissement van de Zorgaanbieder wordt aangevraagd.
- 5.6 Het rechtsgevolg van ontbinding van dit Addendum is dat ten aanzien van de Continuïteitsbijdrage in zijn geheel een direct opeisbare ongedaanmakingsverplichting ontstaat, wat inhoudt dat de gehele Continuïteitsbijdrage door de Zorgverzekeraar kan worden verrekend dan wel teruggevorderd, zonder dat de Zorgverzekeraar op enigerlei wijze aansprakelijk is jegens de Zorgaanbieder.
- 5.7 Dit Addendum eindigt tussentijds van rechtswege, zonder dat schriftelijke opzegging is vereist indien de Betaalovereenkomst CB GGZ eindigt overeenkomstig de bepalingen van de Betaalovereenkomst CB GGZ. Het Addendum wordt dan geacht te zijn beëindigd per datum van beëindiging van de Betaalovereenkomst CB GGZ.
- 5.8 Verplichtingen welke naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van dit Addendum voort te duren blijven na beëindiging van dit Addendum bestaan.

Artikel 6 Uitsluiting overdraagbaarheid

- 6.1 Vorderingsrechten uit hoofde van dit Addendum kunnen door de Zorgaanbieder niet aan andere rechtspersonen of natuurlijke personen worden overgedragen. Met dit verbod is tussen Partijen goederenrechtelijke werking beoogd in de zin van artikel 3:83 lid 2 BW.

Artikel 7 Bevoegdheid ondertekenaar

- 7.1 De Zorgaanbieder verklaart dat ondertekening heeft plaatsgevonden door een daartoe bevoegd persoon.
- 7.2. De Zorgaanbieder verklaart in het Ultimate Beneficial Owner-register (UBO-register) te zijn ingeschreven en verstrekt op het eerste verzoek van de Zorgverzekeraar een bewijs van inschrijving.

Artikel 8 Overige bepalingen

- 8.1 In geval van strijdigheid van bepalingen in de Betaalovereenkomst CB GGZ met bepalingen in dit Addendum prevaleert het bepaalde in dit Addendum.

- 8.2 In geval van strijdigheid van bepalingen in dit Addendum met bepalingen in een andere tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar gesloten administratieve (betaal)overeenkomst prevaleert het bepaalde in dit Addendum.
- 8.3 De artikelen van de Betaalovereenkomst CB GGZ zijn (voor zover relevant) *mutatis mutandis* van toepassing op dit Addendum.
- 8.4 Dit Addendum wordt beheerst door Nederlands recht.
- 8.5 De Zorgaanbieder verklaart in het aanvraagformulier *Continuïteitsbijdrage GGZ* kennis te hebben genomen van de inhoud van dit Addendum en deze te aanvaarden.

Restant van de pagina opzettelijk blanco gelaten

BIJLAGE 1

Brief ZN 28 mei 2020 (kenmerk B-20-5315)

Aan de besturen van	Per e-mail:
GGZ Nederland	jgeel@ggz nederland.nl
MeerGGZ	m.deheer@mentaalbeter.nl
LVVP	h.kamsma@ziggo.nl
NVvP	e.prinsen@nvvp.net
NIP	bestuur@psynip.nl
P3NL	marc.verbraak@p3nl.nl
V&VN	g.heyne@venvn.nl

Onderwerp	Continuïteitsbijdrage-regeling GGZ
Datum	28 mei 2020
Ons kenmerk	B-20-5315

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 8911
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte dames en heren,

Vanaf medio mei kunnen de meeste zorgaanbieders een aanvraag indienen voor de continuïteitsbijdrage-regeling van zorgverzekeraars¹. Zoals we u eerder berichtten vereiste een passende regeling voor de ggz-sector iets meer tijd. De opzet van de algemene regeling is namelijk gebaseerd op een declaratiepatroon van consulten of vergelijkbare kortdurende prestaties. Dit zou voor ggz-aanbieders niet passend zijn. Voor de ggz is daarom gewerkt aan een aangepaste regeling voor de continuïteitsbijdrage, die rekening houdt met de trajectbekostiging in de ggz.

Wij zijn blij u te kunnen berichten dat deze regeling inmiddels gereed is. Wel moeten nog voorbereidingen getroffen worden voor de uitvoering. Dat betekent in de praktijk dat zorgaanbieders in de ggz die zorg leveren zonder verblijf en met een jaaromzet van minder dan € 10 miljoen² zo spoedig mogelijk een aanvraag voor een continuïteitsbijdrage kunnen indienen en daarna (mits toegekend) de bijdrage ontvangen. Zoals u weet wordt voor zorgaanbieders met een jaaromzet hoger dan € 10 miljoen en zorgaanbieders die zorg met verblijf leveren een specifieke regeling getroffen en staat voor hen de mogelijkheid open waar nodig een vooruitbetaling aan te vragen. Aan deze specifieke regeling wordt nog gewerkt.

De hoofdlijnen van de generieke continuïteitsbijdrage-regeling voor de ggz:

Vergoedingen

¹ Eucare heeft een eigen regeling en neemt niet deel in de gezamenlijke regeling van de zorgverzekeraars.

² Omzet gebaseerd op AGB-code op ondernemersniveau op basis van declaraties die bij Vektis zijn binnengekomen voor het jaar 2018.

Zorgaanbieders ontvangen de continuïteitsbijdrage voor het deel van de omzet dat daalt door de coronacrisis. De bijdrage is gebaseerd op de normale omzet die zorgverzekeraars zouden vergoeden uit de basisverzekering en aanvullende verzekeringen en ligt voor de zorgaanbieders in de ggz is dat 85%.

Zorgaanbieders die na de crisis weer hun normale (volledige) omzet hebben, krijgen deze volledig vergoed conform de afspraken die ze daarover hebben gemaakt met de zorgverzekeraars. Zorgaanbieders die niet in staat zijn gemiste omzet in te halen, hebben over het hele jaar door de regeling toch een bijna volledige omzet.

Zorgverzekeraars verwachten wel dat zorgverleners waar mogelijk inhaalzorg gaan leveren. Alleen zo is er voldoende capaciteit om de wachtlijsten niet onnodig te laten oplopen. Op het moment dat zorgaanbieders de niet-verleende zorg gaan inhalen bovenop de reguliere zorg, geldt daarvoor een aangepaste vergoeding (voor ggz: 45%). Dat is ook logisch omdat anders dubbel betaald zou worden voor zorg en de zorgkosten (en dus de zorgpremies) verder zouden stijgen.

De openingsdatum van de DBC³ is bepalend voor de looptijd van de continuïteitsbijdrage-regeling en de uiteindelijke afrekening van de continuïteitsbijdrage

- De regeling voor de ggz loopt van 1 april 2019 t/m 30 juni 2020. Dat deze regeling voor de ggz al start op 1 april 2019 komt doordat DBC's die zijn geopend in april 2019 kunnen doorlopen tot en met maart 2020. Omdat de prijs van de DBC afhangt van het aantal geleverde behandelminuten kan door de coronacrisis (welke begon in maart 2020) de omzet van DBC's met een openingsdatum vanaf 1 april 2019 afnemen.
- Doordat de looptijd van de regeling twee kalenderjaren bestrijkt en zorgverzekeraars doorgaans per jaar een andere inkoopafpraak / contract met de zorgaanbieders overeenkomen, wordt de continuïteitsbijdrage gesplitst naar 2019 en 2020. Door de lange looptijd van DBC's (maximaal 12 maanden) vindt de eindafrekening over 2019 plaats medio 2021; de eindafrekening over 2020 zal plaatsvinden medio 2022.
- Na de eindafrekening van de continuïteitsbijdrage zal elke zorgverzekeraar zijn eigen met de zorgaanbieder overeengekomen inkoopafpraak naleven. Hierbij wordt de toegekende continuïteitsbijdrage gezien als een reguliere declaratie en loopt daardoor gewoon mee bij de gemaakte inkoopafspraken.

De sluitingsdatum van de DBC is de basis voor het vaststellen van de voorlopige continuïteitsbijdrage

- De voorlopige continuïteitsbijdrage wordt niet maandelijks maar 1x per kwartaal (achteraf) betaald vanaf juli 2020 tot en met oktober 2021.
- De voorlopige continuïteitsbijdrage wordt gebaseerd op het verschil tussen het verwachte bedrag aan te betalen facturen en het werkelijke bedrag aan betaalde facturen in de afgelopen drie⁴ maanden. De

³ We spreken in deze brief over DBC's, maar de continuïteitsbijdrage-regeling betreft zowel de generieke basis ggz als de gespecialiseerde ggz en compenseert dus zowel vraaguitval van DBC's als van gb ggz producten.

⁴ Voor de eerste betaling van de voorlopige continuïteitsbijdrage in juli wordt gekeken naar de maanden maart t/m juni, dus een periode van 4 maanden.

facturen moeten betrekking hebben op schadejaren 2019 of 2020. Zo wordt de liquiditeit van de aanbieder tot het einde van de regeling op het "normale" peil gehouden.

Aanvragen

De continuïteitsbijdrage-regeling staat open voor zorgaanbieders met en zonder zorgcontract met een zorgverzekeraar. Het aanvragen van een continuïteitsbijdrage loopt via VECOZO; over de precieze startdatum zullen wij u binnenkort informeren. Zorgaanbieders die nog niet zijn aangesloten bij VECOZO en een beroep op de regeling willen doen, wordt geadviseerd zich zo snel mogelijk bij VECOZO in te schrijven. Deze aanmelding kunt u doen via www.vecozo.nl/diensten/aanmelden. Zo wordt bij het aanvragen van de continuïteitsbijdrage extra doorlooptijd voor de aansluiting voorkomen.

Ten slotte

Wij verzoeken u de informatie uit deze brief met uw achterban te delen. Wij begrijpen dat zorgaanbieders uitzien naar deze regeling en na hun aanvraag een snelle eerste betaling van de bijdrage verwachten. Samen met onze collega's van VECOZO en Vektis doen zorgverzekeraars er alles aan om te zorgen voor een spoedige openstelling en afhandeling van alle aanvragen en snelle uitbetaling van de bijdragen.

Met vriendelijk groet,



Mevrouw P.H. van Holst-Wormser
Algemeen Directeur

C.c. VWS, NZa, VNG, DJI, MIND

BIJLAGE 2
BELEIDSDOCUMENT

Regeling continuïteitsbijdrage GGZ

Inleiding

Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk de regeling Continuïteitsbijdrage (hierna: CB regeling) in het leven geroepen. Met deze regeling willen zorgverzekeraars er voor zorgen dat zorgaanbieders in deze moeilijke tijd het hoofd boven water kunnen houden en daarmee zeker stellen dat verzekerden, ook na de coronacrisis, de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben.

Een groot deel van de betrokken zorgaanbieders heeft namelijk de afgelopen weken geen of minder zorg kunnen verlenen. Zij kunnen daardoor ook geen of minder zorgkosten declareren bij de zorgverzekeraars, terwijl hun kosten wel doorlopen. De CB-regeling zorgt voor financiële continuïteit van de zorgaanbieders: voor de doorlopende kosten inclusief praktijkinkomen en resultaat wordt een ruime vergoeding uitgekeerd. Deze hoeft niet te worden terugbetaald. Daarnaast houdt de regeling zoveel mogelijk specifiek rekening met de omzexitval van de desbetreffende zorgaanbieder voor zover dat uitvoeringstechnisch mogelijk is. Hierdoor wordt zo goed mogelijk aangesloten bij de situatie van de zorgaanbieder en wordt de kans op over- en onderfinanciering geminimaliseerd. Het uitgangspunt van de regeling is, dat zorgbieders er financieel niet op achteruitgaan, maar er ook niet beter van worden ten opzichte van de situatie zonder coronacrisis. Zorgverzekeraars verwachten dat de zorgaanbieders die geld krijgen terwijl zij nu beperkt of geen zorg leveren, straks hun verantwoordelijkheid ten opzichte van de premiebetalers nemen en eventuele inhaalzorg leveren voor een lagere vergoeding. De CB wordt verrekend met de inhaalzorg gedurende zes maanden na de laatste maand waarin de CB regeling van kracht is. Voor deze inhaalzorg wordt er gekeken naar de zorgtrajecten die gestart zijn in de periode juli 2020 t/m december 2020. Op die manier houden we samen de zorg betaalbaar.

Hieronder staat in het kort beschreven hoe de CB regeling werkt.

Afbakening

Deze CB-regeling is gericht op de zorgaanbieders binnen de GGZ die zorg zonder verblijf leveren en een omzet hebben van minder dan € 10 miljoen. Meer specifiek betreft het alle prestaties en dbc's die door zorgaanbieders van generalistische basis GGZ (gbGGZ) en gespecialiseerde GGZ (gGGZ) geleverd worden.

De CB-regeling heeft alleen betrekking op de verzekerde zorg op grond van de basis- en aanvullende verzekering (polis 2019 respectievelijk polis 2020). De regeling loopt met terugwerkende kracht van 1 april 2019¹ tot en met 30 juni 2020. Het ZN-bestuur kan afhankelijk van de omstandigheden besluiten de regeling te verlengen.

Een voorwaarde voor toekennen van de continuïteitsbijdrage bij een individuele zorgverzekeraar is dat de zorgaanbieder over de maanden januari tot en met maart 2020 zorgprestaties heeft geleverd, met een minimum van totaal 5% over die drie maanden van de bij de zorgverzekeraar bekende zorgkosten op jaarbasis.

¹ Doordat DBC's geopend in april 2019 door kunnen lopen t/m maart 2020 en de prijs van de DBC afhangt van het aantal geleverde behandelminuten, kan door de coronacrisis (welke begon in maart 2020) de omzet van DBC's met een openingsdatum in april 2019 afnemen.

Fases

De CB regeling kent een aantal fases.

1. Voorlopige CB – De voorlopige bijdrage wordt per kwartaal berekend en uitgekeerd zo lang als de CB regeling van kracht is. Uitbetaling van de CB vindt voor het eerst plaats in de maand juli 2020, daarna in oktober 2020, in januari 2021, april 2021, juli 2021 en voor het laatst in oktober 2021.
2. Definitieve vaststelling CB – Medio 2021 wordt de definitieve CB voor contractjaar 2019 vastgesteld en medio 2022 wordt de definitieve CB voor contractjaar 2020 vastgesteld en wordt er afgerekend op basis van het verschil met de voorlopige CB.

In de volgende paragrafen werken we de verschillende fases uit. Voor de duidelijkheid beginnen we met de definitieve vaststelling van de CB en daarna de voorlopige CB.

Definitieve vaststelling van de CB

Vektis stelt medio 2021 de definitieve CB voor contractjaar 2019 vast en medio 2022 stelt Vektis de definitieve CB voor contractjaar 2020 vast op basis van:

- a. De omzet die de zorgaanbieder normaal gesproken gemiddeld per maand had mogen verwachten in de contractjaren 2019 en 2020 zonder coronapandemie (**normomzet**).
- b. De gerealiseerde omzet in de maanden waarin de CB regeling van kracht is (**gerealiseerde omzet tijdens CB**).
- c. Het vergoedingspercentage voor de gedeerde omzet (**vergoeding CB**). Deze is voor de GGZ vastgesteld op basis van expertise van adviesbureau Gupta (zie bijlage 1).
- d. De gerealiseerde omzet in de 6 maanden na beëindigen van de CB regeling (**gerealiseerde omzet na CB**).
- e. Het vergoedingspercentage voor de inhaalzorg (**vergoeding inhaalzorg**) (zie bijlage 1).

Stap 0 is het voor iedere zorgaanbieder bepalen van de normomzet. Vektis beschikt voor iedere zorgaanbieder over alle declaraties van alle zorgverzekeraars. De normomzet per maand voor contractjaar 2019 wordt vervolgens berekend door de jaaromzet van de verzekerde zorg van de zorgaanbieder over het contractjaar 2018 te delen door 12 en vervolgens op te hogen met de zorgkosteninflatie 2018-2019². Deze zorgkosteninflatie is overgenomen uit het document “EX-20-2411 Landelijke raming kosten Zvw 2017 t.e.m. 2020.XLSX” opgesteld door ZN d.d. 15 mei 2020. Het percentage voor GGZ zoals geraamd per april '20 (5,4%) is toegepast. De normomzet per maand voor contractjaar 2020 wordt vervolgens berekend door de normomzet per maand voor contractjaar 2019 op te hogen met de zorgkosteninflatie 2019-2020 voor GGZ geraamd per april '20 uit het document “EX-20-2411 Landelijke raming kosten Zvw 2017 t.e.m. 2020.XLSX” opgesteld door ZN d.d. 15 mei 2020 (4,0%). Zorgverzekeraars hanteren (en hanteerden) bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders een afslag op het gedeclareerde tarief. Doordat Vektis voor de bepaling van de normomzet uitgaat van het vergoedde deel van de declaraties uit contractjaar 2018 wordt in de berekening van de CB al rekening gehouden met de afslag op het tarief bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Stap 1 in de bepaling van de definitieve CB is het vaststellen van de definitieve continuïteitsbijdrage voor de omzeterderving in de periode waarin de CB regeling van kracht is. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar contractjaren 2019 en 2020. Zoals al vermeld is de CB regeling van kracht in de periode 1 april 2019 t/m 30 juni 2020, zodoende loopt de periode voor contractjaar 2019 van 1 april 2019 t/m 31 december 2019 en loopt de periode voor contractjaar 2020 van 1 januari 2020 t/m 30 juni 2020.

² Een aantal zorgverzekeraars zal bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders het tarief voor het bepalen van de normomzet aanpassen aan het gemiddelde gecontracteerde tarief.

Voor contractjaar 2019 is de **CB omzetsderving** gelijk aan:

vergoeding CB x (9 x normomzet 2019 – gerealiseerde omzet tijdens CB in 2019).

Vektis stelt dit bedrag per AGB vast en verdeelt deze over de zorgverzekeraars op basis van de marktaandelen 2018 gecorrigeerd voor de verzekerdenmutatie 2018-2019³.

Voor contractjaar 2020 is de **CB omzetsderving** gelijk aan:

vergoeding CB x (6 x normomzet 2020 – gerealiseerde omzet tijdens CB in 2020).

Vektis stelt dit bedrag per AGB vast en verdeelt deze over de zorgverzekeraars op basis van de marktaandelen 2018 gecorrigeerd voor de verzekerdenmutatie 2018-2020.

Als de **bruto CB** voor een zorgverzekeraar op concernniveau (*vergoeding CB x normomzet 2020 x marktaandeel zorgverzekeraar*) lager is dan € 50 op maandbasis, dan wordt de definitieve CB voor alle zorgverzekeraars die tot hetzelfde concern behoren op € 0 gesteld. Hiertoe is besloten om de regeling uitvoerbaar te houden. De zorgaanbieder die hierdoor geen continuïteitsbijdrage ontvangt van een zorgverzekeraar hoeft de inhaalzorg uit stap 2 niet te verrekenen met deze zorgverzekeraar.

Stap 2 is het vaststellen van het bedrag waarmee de definitieve CB voor omzetsderving (uit stap 1) wordt verrekend voor de geleverde inhaalzorg⁴. Dit bedrag wordt bepaald aan de hand van de volgende formule:

(100% - vergoeding inhaalzorg) x (gerealiseerde omzet na CB – 6 x normomzet 2020)

Hierbij gelden twee regels:

- De formule kan niet leiden tot een negatieve uitkomst.
- Het bedrag kan niet groter zijn dan de definitieve CB voor de omzetsderving over 2020 uit stap 1.

Stap 3 is het vaststellen van de definitieve CB door de bedragen uit de stappen 1 en 2 van elkaar af te trekken. Het bedrag van de inhaalzorg uit stap 2 wordt verrekend met de definitieve CB voor de omzetsderving over contractjaar 2020⁵. Per AGB wordt de definitieve CB op basis van de marktaandelen 2018 plus een correctie voor de verzekerdenmutatie⁶ over de zorgverzekeraars verdeeld.

Ter info: Indien van toepassing gelden na de eindafrekening van de CB (medio 2021 en medio 2022) onverkort de inkoopafspraken tussen de (individuele) zorgverzekeraar en de zorgaanbieder en wordt de toegekende CB aangemerkt als reguliere declaratie. Bij de berekening van inkoopafspraken op cliëntniveau (zoals maximale gemiddelde prijs per unieke cliënt of gemaximeerde gemiddelde prijs per minuut) wordt de CB niet meegenomen, omdat er geen productie tegenover staat.

³ Alhoewel de wijze van het vaststellen van de marktaandelen en het corrigeren voor de verzekerdenmutatie niet perfect is, hebben diverse deskundigen (binnen verzekeraars, ZN en Vektis) vastgesteld dat deze werkwijze op dit moment het meest geschikt is.

⁴ Inhaalzorg wordt gedefinieerd als alle gedeclareerde zorg in de 6 maanden na de CB periode die boven de normomzet voor die 6 maanden uitkomt. Ter illustratie: stel de normomzet is 100 per maand. De normomzet voor de periode van 6 maanden is dan 600. Als de zorgaanbieder over deze periode 700 aan zorg declareert, dan wordt 100 hiervan als inhaalzorg gezien. Van deze 100 aan inhaalzorg wordt een deel (*100% - vergoedingspercentage inhaalzorg*) in mindering gebracht op definitieve CB voor omzetsderving.

⁵ Er wordt aangenomen dat binnen de GGZ in beperkte mate inhaalzorg geleverd kan worden en daar waar die al geleverd wordt deze volledig betrekking heeft op contractjaar 2020. Het deels verrekenen van de inhaalzorg op contractjaar 2019 wordt om die reden niet gedaan.

⁶ Voor de definitieve CB over contractjaar 2019 wordt de verzekerdenmutatie 2018-2019 gehanteerd, voor de definitieve CB over contractjaar 2020 wordt de verzekerdenmutatie 2018-2020 gehanteerd.

Voorlopige CB

Bij de uitbetaling van de voorlopige CB is nog niet duidelijk hoe groot de omzetzijning exact is, wel kan er bij de zorgaanbieder een afname zijn in de te factureren omzet⁷. Deze afname zal naar verwachting in het begin beperkt zijn, maar kan aan het eind van 2020 of aan het begin van 2021 oplopen. De cumulatieve afname in de gefactureerde omzet vormt een goede indicatie van de totale omzetzijning zoals deze bij de definitieve vaststelling van de CB bepaald wordt. De voorlopige CB wordt zodoende gebaseerd op het verschil tussen het verwachte bedrag aan te declareren facturen en het werkelijke bedrag aan gedeclareerde facturen in de afgelopen 3 maanden⁸. De startdatum van de gedeclareerde facturen dient in 2019, 2020 of 2021 te liggen. Eventuele nagekomen declaraties over 2018 (welke nog sporadisch voorkomen) moeten dus niet meegenomen worden bij de bepaling van de voorlopige CB.

Voor de bepaling van de voorlopige CB levert Vektis van iedere zorgaanbieder de volgende informatie op aan de zorgverzekeraars:

- a. De gemiddelde omzet per maand in 2018 met een indexatie⁹ (**voorlopige normomzet**)
- b. Het vergoedingspercentage voor de gedeelde omzet (**vergoeding CB**). Deze is voor de GGZ vastgesteld op basis van expertise van adviesbureau Gupta. De vergoeding CB is gelijk aan de in paragraaf "Definitieve vaststelling van de CB" genoemde vergoeding CB.

De voorlopige normomzet wordt door Vektis per zorgaanbieder bepaald en vervolgens verdeeld over zorgverzekeraars op basis van de marktaandelen 2018 gecorrigeerd voor de verkerdenmutatie 2018-2020.

Net als bij de definitieve CB ontvangt een zorgaanbieder ook in deze fase geen continuïteitsbijdrage van de zorgverzekeraar met het oog op de uitvoering als de **bruto voorlopige CB** (*vergoeding CB x voorlopige normomzet*) lager is dan € 50 per maand. De drempel wordt hierbij net als bij de definitieve vaststelling toegepast op concernniveau voor de zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraar corrigeert ieder kwartaal de normomzet met de uitbetaalde declaraties over 2019, 2020 en 2021. De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met de vergoeding CB. Dit resulteert in de **voorlopige CB**. In formulevorm wordt het:

vergoeding CB x (3 x voorlopige normomzet – uitbetaalde declaraties afgelopen 3 maanden)

Voor de eerste uitbetaling van de voorlopige CB in juli 2020 is de formule als volgt:

vergoeding CB x (4 x voorlopige normomzet – uitbetaalde declaraties in de maanden maart t/m juni 2020)

Hierbij geldt dat de formules niet kunnen leiden tot een negatieve uitkomst.

Dit bedrag kan van maand tot maand variëren, afhankelijk van de declaraties die de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar heeft ingediend.

⁷ Bij GGZ aanbieders is het door de lange behandeltrajecten, welke pas aan het einde van het behandeltraject gefactureerd mogen worden of uiterlijk na 12 maanden, heel gebruikelijk dat de gefactureerde omzet in enige maand betrekking heeft op trajecten die in verschillende jaren zijn gestart. We doen de veronderstelling dat zorgtrajecten gelijkmatig over een jaar worden opgestart (gegroepeerd in kwartalen). Gegeven deze veronderstelling zorgt dit ervoor dat ook de facturatie gelijkmatig over een jaar plaatsvindt, wel met een vertraging van de gemiddelde behandeluur plus een paar weken voor administratieve afhandeling. Het niveau van de facturatie (per kwartaal) is bij een continu en stabiele productie over de jaren bij benadering gelijk aan het niveau van de omzet (per kwartaal). Waarbij de omzet wordt beschouwd vanuit de startdatum van de behandeltrajecten.

⁸ Voor de eerste betaling van de voorlopige CB in juli 2020 wordt gekeken naar de afgelopen 4 maanden (maart-juni) in plaats van de afgelopen 3 maanden.

⁹ Deze is gelijk aan de zorgkosteninflatie 2018-2020 zoals ook gehanteerd wordt bij de definitieve vaststelling van de CB.

De voorlopige CB wordt volledig verantwoord onder het contractjaar 2020. Bij de eindafrekening van de CB over contractjaar 2019 (medio 2021) wordt het bedrag van de definitieve vaststelling CB 2019 overgeboekt van de voorlopige CB naar de CB 2019. Bij de eindafrekening van de CB over contractjaar 2020 (medio 2022) wordt het dan resterende bedrag aan voorlopige CB gecorrigeerd zodat het aansluit op de definitief vastgestelde CB over contractjaar 2020.

Eindafrekening

Bij de eindafrekening van de CB, medio 2022, wordt de totaal ontvangen voorlopige CB vergeleken met de definitief vastgestelde CB over de contractjaren 2019 en 2020. Indien de definitief vastgestelde CB hoger is dan de voorlopige CB heeft de zorgaanbieder het recht op nabetaling van het verschil, terwijl de zorgverzekeraar het recht heeft op terugbetaling van het verschil indien de definitief vastgestelde CB lager is dan de voorlopige CB.

Ter info: Indien van toepassing gelden na de eindafrekening van de CB (medio 2021 en medio 2022) onverkort de inkoopafspraken tussen de (individuele) zorgverzekeraar en de zorgaanbieder en wordt de toegekende CB aangemerkt als reguliere declaratie. Bij de berekening van inkoopafspraken op cliëntniveau (zoals maximale gemiddelde prijs per unieke cliënt of gemaximeerde gemiddelde prijs per minuut) wordt de CB niet meegenomen, omdat er geen productie tegenover staat.

BIJLAGE 1

Percentage vergoeding continuïteitsbijdrage en vergoeding inhaalzorg

Voor de aanbieders van GGZ zonder verblijf met een omzet kleiner dan € 10 miljoen per jaar zijn de verschillende percentages als volgt vastgesteld:

- Percentage vergoeding continuïteitsbijdrage = 85%
- Percentage vergoeding inhaalzorg = 45%

Bijlage 2 Rekenvoorbeeld

Zonder corona had een aanbieder van de GGZ onderstaande theoretische behandel en declaratiepatroon kunnen vertonen.

Sessies per maand		Behandelingen in maart t/m juni 2020												60 mbt 2019													
														52 mbt 2020													
														112 totaal													
Behandel maand	Openingsmaand Declaratiemaand	jan-19	feb-19	mrt-19	apr-19	mei-19	jun-19	jul-19	aug-19	sep-19	okt-19	nov-19	dec-19	jan-20	feb-20	mrt-20	apr-20	mei-20	jun-20	jul-20	aug-20	sep-20	okt-20	nov-20	dec-20	jan-21	
maand	maand	dec-19	jan-20	feb-20	mrt-20	apr-20	mei-20	jun-20	jul-20	aug-20	sep-20	okt-20	nov-20	dec-20	jan-21	feb-21	mrt-21	apr-21	mei-21	jun-21	jul-21	aug-21	sep-21	okt-21	nov-21	dec-21	
	jan-19	4																									
	feb-19	4	4																								
	mrt-19	2	4	4																							
	apr-19	2	2	4	4																						
	mei-19	2	2	2	4	4																					
	jun-19	2	2	2	2	4	4																				
	jul-19	2	2	2	2	2	4	4																			
	aug-19	2	2	2	2	2	2	4	4																		
	sep-19	2	2	2	2	2	2	2	4	4																	
	okt-19	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4																
	nov-19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4															
	dec-19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4														
	jan-20		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4													
	feb-20			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4												
	mrt-20				2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4											
	apr-20					2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4										
	mei-20						2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4									
	jun-20							2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4									
	jul-20								2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4								
	aug-20									2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4							
	sep-20										2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4					
	okt-20											2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4				
	nov-20												2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4			
	dec-20													2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4		
	jan-21														2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	
	feb-21															2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	
	mrt-21																2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	apr-21																	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	mei-21																		2	2	2	2	2	2	2	2	
	jun-21																			2	2	2	2	2	2	2	
	jul-21																				2	2	2	2	2	2	
	aug-21																					2	2	2	2	2	
	sep-21																						2	2	2	2	
	okt-21																							2	2	2	
	nov-21																								2	2	
	dec-21																									2	
	Declaratie	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	

In dit voorbeeld wordt er van uit gegaan dat een patiënt de eerste twee maanden 4 sessies heeft bij de zorgaanbieder en de maanden daarna 2.

In de rijen zie je de behandelmaanden vanuit het perspectief van de zorgaanbieder, de maand waarin een behandeling plaats vindt. In de kolommen staat de startdatum van de DBC en ook de declaratiemaand die voor het gemak gelijkgesteld is aan de maand waarin de laatste behandelsessie heeft plaatsgevonden. In de praktijk duurt het vaak nog wat langer voor een GGZ declaratie bij de verzekeraar op de mat valt.

Door de coronacrisis is de zorgaanbieder in de maanden maart-juni 2020 beperkt in staat om patiënten te behandelen. Dit is terug te zien in de oranje gemarkeerde cellen. Van alle sessies in de maand maart 2020 gaat 50% door, in april 0%, in mei 25% en in juni 50%. Tevens worden in maart slechts 50% nieuwe behandeltrajecten gestart, in april worden zelfs helemaal geen nieuwe behandeltrajecten gestart, in mei 25% en in juni 50%.

		Behandelingen in maart t/m juni 2020												18,5 mbt 2019 12,25 mbt 2020		73% minder behandelingen dan normaal					Periode inhaalzorg						
Sessies per maand																					125% 125% 125% 125% 100%						
Behandel maand	Openingsmaand Declaratiemaand	jan-19	feb-19	mrt-19	apr-19	mei-19	jun-19	jul-19	aug-19	sep-19	okt-19	nov-19	dec-19	jan-20	feb-20	mrt-20	apr-20	mei-20	jun-20	jul-20	aug-20	sep-20	okt-20	nov-20	dec-20	jan-21	
jan-19	dec-19	4																									
feb-19	jan-20	4	4																								
mrt-19	feb-20	2	4	4																							
apr-19	mrt-20	2	2	4	4																						
mei-19	apr-20	2	2	2	4	4																					
jun-19	mei-20	2	2	2	2	4	4																				
jul-19	jun-20	2	2	2	2	2	4	4																			
aug-19	jul-20	2	2	2	2	2	2	4	4																		
sep-19	aug-20	2	2	2	2	2	2	2	4	4																	
okt-19	sep-20	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4																
nov-19	okt-20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4															
dec-19	nov-20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4														
jan-20	dec-20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4													
feb-20	jan-21	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4												
50%	mrt-20				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2											
0%	apr-20				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0										
25%	mei-20						0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,25	0	1									
50%	jun-20						1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5	0	0,5	2								
	jul-20								2	2	2	2	2	2	2	1	0	0,5	2	5							
	aug-20									2	2	2	2	2	2	1	0	0,5	1	5	5						
	sep-20										2	2	2	2	2	1	0	0,5	1	2,5	5	5					
	okt-20											2	2	2	2	1	0	0,5	1	2,5	2,5	5	5				
	nov-20												2	2	2	1	0	0,5	1	2,5	2,5	2,5	5	5			
	dec-20													2	2	1	0	0,5	1	2,5	2,5	2,5	2,5	5	4		
	jan-21														2	1	0	0,5	1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	4	4	
	feb-21															1	0	0,5	1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2	4	
	mrt-21																0	0,5	1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2	2	
	apr-21																	0,5	1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2	2	
	mei-21																		1	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2	2	
	jun-21																			2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2	2	
	jul-21																			2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2	2	
	aug-21																				2,5	2,5	2,5	2,5	2	2	
	sep-21																					2,5	2,5	2,5	2	2	
	okt-21																						2,5	2,5	2	2	
	nov-21																							2,5	2	2	
	dec-21																								2	2	
Declaratie		28	28	28	27	25	24	23	23	23	23	23	23	23	22	11	0	7	14	35	35	35	35	35	28	28	
Daling (%)		0%	0%	0%	4%	11%	16%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	23%	62%	100%	77%	50%	-25%	-25%	-25%	-25%	0%	0%	0%	
Daling (abs)		0,0	0,0	0,0	1,0	3,0	4,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	6,5	17,3	28,0	21,5	14,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	0,0	0,0	0,0	
Voorlopige CB																											
Vergoedings % CB																											

In de 6 maanden na beëindigen van de CB regeling is de zorgaanbieder in staat geweest om in de periode juli t/m november 2020 25% extra behandeltrajecten op te starten. Dit zijn behandeltrajecten die niet opgestart konden worden door de coronacrisis. Deze zorg wordt als inhaalzorg beschouwd. Zie de groen gemarkeerde cellen.

In de eerste regel onder de tabel staat hoeveel facturen de zorgaanbieder in betreffende declaratiemaand heeft kunnen indienen. Zo staat er onder kolom 3, 4 en 5 voor respectievelijk de declaratiemaanden dec-19, jan-20 en feb-20 het normale te factureren bedrag van 28. Vanaf kolom 6 loopt dit bedrag langzaam terug totdat dit in de declaratiemaand jun-20 zo'n 20% lager ligt dan het normale bedrag.

In de omkaderde cellen met de pijltjes wordt aangegeven welke bedragen aan 'facturatie-uitval' er terugkomen in de voorlopige CB (per kwartaal).

Aan de hand van dit gestileerde voorbeeld kan vervolgens onderstaande berekening opgesteld worden van de bepaling van de CB.

Vergoedings % inhaalzorg	45%	
Normomzet	28	
<u>Definitieve CB omzetsderving 2019</u>		
Normomzet 9 maanden		252,0
Gerealiseerde omzet apr-19 t/m dec-19		210,5 A
Omzetuitval		41,5
Definitieve CB omzetsderving 2019		35,3
<u>Definitieve CB omzetsderving 2020</u>		
Normomzet 6 maanden		168,0
Gerealiseerde omzet jan-20 t/m jun-20		75,3 B
Omzetuitval		92,8
Definitieve CB omzetsderving 2020		78,8
<u>Geleverde inhaalzorg 2020</u>		
Normomzet 6 maanden		168,0
Gerealiseerde omzet jul-20 t/m dec-20		203,0 C
Inhaalzorg		35,0
Inhaalzorg te verrekenen met CB omzetsderving		19,3
<u>Definitief vastgestelde CB 2019+2020</u>		94,9
Totaal uitgekeerde voorlopige CB		108,2
<u>Eindafrekening CB</u>		
medio 2021		
CB 2019		
Voorlopige CB betaald van jul-20 t/m apr-21		83,9
Definitief vastgestelde CB 2019		35,3
Resterende voorlopige CB na afboeken CB 2019		48,7
medio 2022		
CB 2020		
Voorlopige CB betaald van jul-21 t/m okt-21		24,2
Resterende voorlopige CB bij eindafrekening 2020		72,9
Definitief vastgestelde CB 2020		59,6
Te veel ontvangen voorlopige CB door zorgaanbieder		13,3

De letters A, B en C achter de gerealiseerde omzet uit bovenstaande overzicht verwijzen naar de vlakken met overeenkomstige letter in het schema op de vorige pagina. Door de bedragen in deze vlakken op te tellen verkrijgt men de gerealiseerde omzet.