

BELEIDSREGEL CA-169

Extramurale zorg

Kenmerk
CA-169

1. Algemeen

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en wordt geleverd door zorgaanbieders die zijn toegelaten voor de functies persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling of prenatale zorg als omschreven in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2007 en werkt terug tot die datum indien de mededeling in de Staatscourant dat de beleidsregel bij de NZa ter inzage ligt na deze datum plaatsvindt.
- c. De termijn waarvoor het in onderdeel 10 van deze beleidsregel bepaalde geldt, loopt tot 1 januari 2009.
- d. De onderstaande bedragen zijn gebaseerd op loonkostenniveau ultimo 2006 en prijspeil 2006 verhoogd met de voorschotpercentages 2007 en de incidentele inhaal 2006.

De Beleidsregel extramurale zorg met nummer CA-92 eindigt op 31 december 2006. De Beleidsregel overgangsregeling kapitaalslasten extramurale zorgverlening met nummer CA-109 eindigt op 31 december 2006.

- e. De Beleidsregel extramurale zorg met nummer CA-119 komt te vervallen.
- f. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel extramurale zorg'.

2. Extramurale zorg

2.1. De aanvaardbare kosten voor de extramurale zorg zijn de resultanten van het maken van volume- en prijsafspraken over de prestaties uit onderdeel 5 tot en met 8 van deze beleidsregel. Als voorwaarde geldt dat de prestaties dienen ter invulling van de functie(s) waarvoor de zorgaanbieder is toegelaten.

In het Besluit Zorgaanspraken worden de volgende functies beschreven:

- | | |
|-------------|-------------------------------|
| artikel 4: | Persoonlijke verzorging |
| artikel 5: | Verpleging |
| artikel 6: | Ondersteunende begeleiding |
| artikel 7: | Activerende begeleiding |
| artikel 8: | Behandeling |
| artikel 11: | Uitleen van verpleegartikelen |
| artikel 16: | Prenatale zorg |

2.2 De op basis van deze beleidsregel overeengekomen tarieven dienen ieder te worden beschouwd als een vast tarief. Het maximale bedrag dat voor een prestatie kan worden afgesproken is gelijk aan de in deze beleidsregel genoemde bedragen. De bedragen zijn per persoon, per eenheid. Alle bedragen in deze beleidsregel zijn exclusief de vervoerskosten van de cliënt (voor de vervoerskosten van de cliënt wordt verwezen naar onderdeel 7).

Daar waar paramedische zorg onderdeel is van de zorgprestatie, is deze zorg in het bedrag van de prestatie verdisconteerd.

2.3 Alle bedragen in deze beleidsregel zijn in euro's en inclusief een normatieve kapitaalslastencomponent. Op de kapitaalslasten voor de extramurale zorgprestaties vindt geen nacalculatie plaats anders dan hetgeen onder Artikel 4 van deze beleidsregel is opgenomen. Voor zorgaanbieders waar tot 2007 sprake was van nacalculatie van kapitaalslasten vindt invoering van de normatieve huisvestingskosten als onderdeel van de extramurale tarieven budgetneutraal plaats. Het hieruit voortvloeiende verschil in budget tussen de normatieve kapitaalslasten behorende bij de extramurale prestaties 2006 en de werkelijke budgetvergoedingen 2006 wordt eenmalig vastgesteld op basis van het afgesproken volume ultimo 2006. Dit verschil zal in een meerjarig herallocatietraject betrokken worden op het moment dat de normatieve huisvestingscomponenten voor de intramurale zorg worden ingevoerd.

2.4 De volume- en prijsafspraken voor de extramurale zorgprestaties dient uiterlijk 1 maart van jaar t bij de NZa te worden ingediend.

3. Definities prestaties en doelgroepen

3.1 Voor de prestatiebeschrijvingen van de prestaties en doelgroepen wordt verwezen naar de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg.

3.2 De productieafspraken wordt in beginsel gemaakt tegen het basisbedrag. Afhankelijk van de doelgroep waaraan de af te spreken zorg zal worden geleverd kan daar bovenop een module beschikbaarheid of module cliëntkenmerk worden afgesproken. De doelgroep is afgeleid van de grondslagen voor toegang tot AWBZ-zorg: somatische aandoening of beperking (SOM), psychogeriatrische (PG) of psychiatrische (PSY) aandoening of beperking, lichamelijke handicap (LG), verstandelijke handicap (VG), zintuiglijke handicap (ZG), psychische stoornis (of ernstige psychosociale problematiek) (PSY). De aard van de aandoening zoals die in het indicatiebesluit is vastgelegd, is leidend.

4. Nacalculatie

4.1 Op de volumeafspraken voor de extramurale zorgprestaties wordt volledig nagecalculeerd op basis van de gerealiseerde eenheden per prestatie met de op de tariefbeschikking vermelde tarieven. Zoals in de Beleidsregel aanvaardbare kosten, onderdeel nacalculatie is vermeld, is het niveau van de totale gehonoreerde productieafspraken de bovengrens.

Hiertoe dient de zorgaanbieder de gerealiseerde eenheden in jaar t te registreren en bij de nacalculatie te specificeren in de eenheden per prestatie.

4.2 Indien het totaal van het werkelijke volume vermenigvuldigd met de goedgekeurde tarieven lager is dan het totaal van het afgesproken volume vermenigvuldigd met de goedgekeurde tarieven worden de aanvaardbare kosten jaar t met het berekende verschil verlaagd.

Kenmerk
CA-169

Pagina
3 van 12

4.3 Bij het indienen van de volume- en prijsafspraken jaar t+1 bij de NZa (uiterlijk 1 maart jaar t+1) zal, vooruitlopend op de definitieve nacalculatie, een voorlopige nacalculatie plaatsvinden.

4.4 Bij de prestaties dagactiviteiten kunnen alleen die dagdelen in rekening worden gebracht, waarop de cliënt daadwerkelijk aanwezig is geweest.

4.5 Voor de zorgaanbieders die toegelaten zijn voor de functies PV, OB, AB en behandeling geldt een beperkte nacalculatie voor de prestatie 'dagactiviteit VG kind emb', indien en voorzover:

- het kinderen (in de leeftijd 0 tot 18 jaar) betreft waarvoor 'dagactiviteit VG kind emb' is afgesproken;
- de zorgaanbieder ten behoeve van het zorgkantoor registreert welke deelnemers op deze dagactiviteit zijn aangewezen. Hierbij wordt aangesloten op de definitie ernstig meervoudig beperkingen van de betreffende zorgprestatie (Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg);
- de zorgaanbieder een correcte registratie van aan- en afwezigheid heeft.

De zorgaanbieder die voldoet aan bovenstaande voorwaarden mag bij nacalculatie in beperkte mate de afwezige dagdelen als declarabel opvoeren, dit tot maximaal 10% van de in productieafspraken (van 15 oktober 2007) vastgelegde dagdelen. Het aantal dagdelen per week is afhankelijk van de indicatie van het CIZ.

4.6 Substitutie

Een aanvraag met betrekking tot een verhoging van een eerder door de NZa vastgestelde hoeveelheid (q) per prestatie kan alleen worden gedaan indien daaromtrent een tweezijdig verzoek wordt ingediend.

5. Functies*5.1 Functies te leveren aan een individuele cliënt uitgedrukt in 'uren'*

Omschrijving	Basis	Module beschikbaarheid (B)	Module cliënt-kenmerk (C)	Totaal
Persoonlijke verzorging (PV)				
H126 Persoonlijke verzorging	42,20			42,20
H127 Persoonlijke verzorging extra		3,00		45,20
H120 Persoonlijke verzorging speciaal			20,80	63,00
Verpleging (VP)				
H104 Verpleging	63,00			63,00
H128 Verpleging extra		4,50		67,50
H106 Gespecialiseerde verpleging			5,30	68,30
H114 Verpleging: AIV	63,00			63,00
Ondersteunende begeleiding (OB)				
H121 Begeleiding	45,30			45,30
H129 Begeleiding extra		3,20		48,50
H140 Begeleiding speciaal 1 (nah)			29,80	75,10
H144 Begeleiding speciaal 2 (zg)			30,50	75,80
Activerende begeleiding (AB)				
H130 Activerende thuiszorg	48,20			48,20
H147 Activ. beg. speciaal 1 (j(l)vg)			39,90	88,10
H142 Activ. beg. speciaal 2 (j(l)vg)		13,20	39,90	101,30
H143 Activ. beg. speciaal 3 (zg)			56,40	104,60
Behandeling (BH)				
H328 Behandeling basis som, pg, vg, lg	96,20			96,20
H329 Behandeling gedragswetenschapper	96,20			96,20
H330 Behandeling paramedisch	51,10			51,10
H324 Behandeling basis zg	96,20			96,20
H325 Behandeling basis jlv	96,20			96,20
H326 Behandeling basis sglvg traject	96,20			96,20
H327 Behandeling basis sglvg deeltijd	96,20			96,20

5.2 *Functies Ondersteunende en/of Activerende begeleiding uitgedrukt in 'dagdelen'*

Kenmerk
CA-169

Pagina
5 van 12

Dagactiviteit	Basis	Module cliëntkenmerk (C)	Totaal
H113 Dagactiviteit basis	30,30		30,30
H172* Module cliëntkenmerk (SOM)		25,30	55,60
H173* Module cliëntkenmerk (PG)		25,30	55,60
H518 Module cliëntkenmerk (LG)		26,20	56,50
H519 Module cliëntkenmerk (VG)		7,80	38,10
H520 Module cliëntkenmerk (VG extra)		14,50	44,80
H521 Module cliëntkenmerk (VG kind)		12,60	42,90
H523 Module cliëntkenmerk (ZG)		15,10	45,40
H525 Module cliëntkenmerk (JLVG)		30,70	61,00
H526 Module cliëntkenmerk (VG kind emb)		29,80	60,10
H527 Module cliëntkenmerk (VG kind gedrag)		29,80	60,10

* voor deze zorgprestatie is ook een toelating voor behandeling vereist.

5.3 *Prestaties overig*

5.3.1. *Prestaties gekoppeld aan de functie Uitleen van verpleegartikelen (art. 11 BZA)*

Omschrijving	Basis	Eenheid
H109 Uitleen	23,60	per uitlening
H701 Uitleen anti-decubitus matrassen, statisch	26,90	per matras per week
H702 Uitleen anti-decubitus matrassen, licht dynamisch	47,10	per matras per week
H703 Uitleen anti-decubitus matrassen, sterk dynamisch	80,70	per matras per week
H110 Transport	20,60	per transport

5.3.2. *Prestaties gekoppeld aan de functie Prenatale zorg (art. 16 BZA)*

Omschrijving	Basis	Eenheid
H151 Prenatale zorg	63,00	per mw. per uur

6. Prestaties GGZ-zorg

6.1 Prestaties GGZ-Zorg gekoppeld aan de functie Behandeling

In de maximale bedragen voor de GGZ-zorg zijn in voorkomende gevallen alle kosten van de psychiater inbegrepen.

6.1.1 Face-to-face-contacten volwassenen (F101 t/m F110 en F221)/ouderen (F131 t/m F140 en F222)/ verslaafden (F141 t/m F150 en F223)

Omschrijving	Basis	Eenheid
F101/F131/F141 Nieuwe inschrijving	21,60	per contact
F102/F132/F142 Intakecontact	207,40	per contact
F103/F133/F143 Onderzoekscontact	430,60	per contact
F104/F134/F144 Psychotherapiecontact	105,20	per contact
F105/F135/F145 Groepscontact psychotherapie	70,80	per cliënt
F106/F136/F146 Behandeling/ begeleidingscontact	89,20	per contact
F221/F222/F223 Telefonische behand./begel. contact	49,70	per contact
F107/F137/F147 Groepscontact behandeling/begel.	61,50	per cliënt
F108/F138/F148 Crisiscontacten binnen kantooruren	214,80	per contact
F109/F139/F149 Crisiscontacten buiten kantooruren	803,40	per contact
F110/F140/F150 Toeslag contact buiten de locatie van de zorgaanbieder	32,70	per contact

6.1.2 Face-to-face-contacten kinderen/jeugdigen (F151 t/m F160 en F224)

Omschrijving	Basis	Eenheid
F151 Nieuwe inschrijving	21,80	per cliënt
F152 Intakecontact	166,70	per cliënt
F153 Onderzoekscontact	455,60	per contact
F154 Psychotherapiecontact	157,80	per contact
F155 Groepscontact psychotherapie	101,30	per cliënt
F156 Behandeling/ begeleidingscontact	95,00	per contact
F224 Telefonische behand./ begel.contact	52,60	per contact
F157 Groepscontact behand./begeleiding	65,50	per cliënt
F158 Crisiscontacten binnen kantooruren	217,30	per contact
F159 Crisiscontacten buiten kantooruren	813,30	per contact
F160 Toeslag contact buiten de locatie van de zorgaanbieder	31,30	per contact

6.1.3 Face-to-face-contacten forensische psychiatrie
(F201 t/m F208 en F225)

Omschrijving	Basis Eenheid
F201 Nieuwe inschrijving	21,60 per cliënt
F202 Intakecontact	396,60 per cliënt
F204 Psychotherapiecontact	208,80 per contact
F205 Groepscontact psychotherapie	123,10 per cliënt
F206 Behandeling/ begeleidingscontact	113,80 per contact
F225 Telefonische behand./ begeleidingscontact	62,00 per contact
F207 Groepscontact behand./begeleiding	79,90 per cliënt
F208 Toeslag contact buiten de locatie van de zorgaanbieder	89,70 per contact

6.1.4 Deeltijdbehandeling (F451 t/m F491)

Omschrijving	Basis Eenheid
F451 Deeltijd verslavingszorg (4-6 uur)	66,10 per cliënt per contact
F452 Deeltijd verslavingszorg (6-8 uur)	132,30 per cliënt per contact
F453 Deeltijd met beperkte begeleiding verslavingszorg (4-6 uur)	78,80 per cliënt per contact
F454 Deeltijd met beperkte begeleiding verslavingszorg (6-8 uur)	157,70 per cliënt per contact
F461 Deeltijd k/j opname en observatie (4-6 uur)	123,50 per cliënt per contact
F462 Deeltijd k/j opname en observatie (6-8 uur)	246,90 per cliënt per contact
F463 Deeltijd k/j alg. en gezin met geringe begeleiding (4-6 uur)	92,20 per cliënt per contact
F464 Deeltijd k/j alg. en gezin met geringe begeleiding (6-8 uur)	184,40 per cliënt per contact
F465 Deeltijd k/j alg. en gezin met begeleiding op afstand (4-6 uur)	103,70 per cliënt per contact
F466 Deeltijd k/j alg. en gezin met begeleiding op afstand (6-8 uur)	207,40 per cliënt per contact
F471 Structurerende deeltijd volwassenen (4-6 uur)	66,50 per cliënt per contact
F472 Structurerende deeltijd volwassenen (6-8 uur)	133,10 per cliënt per contact
F473 Structurerende deeltijd volw. met beperkte begeleiding (4-6 uur)	80,80 per cliënt per contact
F474 Structurerende deeltijd volw. met beperkte begeleiding (6-8 uur)	161,70 per cliënt per contact

Omschrijving	Basis	Eenheid	Kenmerk CA-169
F475 Psychotherapeutische deeltijdbehandeling volw. (4-6 uur)	73,70	per cliënt per contact	Pagina 8 van 12
F476 Psychotherapeutische deeltijdbehandeling volw. (6-8 uur)	147,50	per cliënt per contact	
F477 Psychotherapeutische deeltijdbehandeling met beperkte begeleiding volwassenen (4-6 uur)	89,70	per cliënt per contact	
F478 Psychotherapeutische deeltijdbehandeling met beperkte begeleiding volwassenen (6-8 uur)	179,40	per cliënt per contact	
F481 Deeltijd stabilisatie volwassenen (4-6 uur)	42,60	per cliënt per contact	
F482 Deeltijd stabilisatie volwassenen (6-8 uur)	85,10	per cliënt per contact	
F483 Deeltijd rehabilitatie volwassenen (4-6 uur)	55,00	per cliënt per contact	
F484 Deeltijd rehabilitatie volwassenen (6-8 uur)	109,90	per cliënt per contact	
F491 Forensische deeltijdbehandeling (6-8 uur)	195,00	per cliënt per contact	

6.2 Overige GGZ-prestaties gekoppeld aan andere functies

Omschrijving	Basis	Eenheid
F120 Activerende psych. thuiszorg	133,20	per uur
F121 Psychiatrische intensieve thuiszorg	133,20	per uur
F122 Psychiatrische crisisinterventie thuis	151,10	per cliënt per contact
F123 Gespecialiseerde begeleiding	79,10	per uur
F125 Dagactiviteit GGZ-LZA	9,20	per uur

7. Vervoerskosten ten behoeve van cliënten

7.1 Voor cliënten die een medische indicatie hebben voor vervoer kan een bedrag voor vervoerskosten worden afgesproken. De aanvaardbare kosten voor vervoer kunnen worden gevormd door het maken van een prijs- en volumeafpraak over de onderstaande prestaties.

		Basis	Eenheid
H620	Vervoer dagactiviteit vg basis (H519)	10,70	per (aanwezigheids) da
H621	Vervoer dagactiviteit vg extra (H520)	17,90	per (aanwezigheids) da
H622	Vervoer dagactiviteit vg kind (H521)	10,30	per (aanwezigheids) da
H628	Vervoer dagactiviteit vg kind emb/gedrag (H526/H527)	21,90	per (aanwezigheids) da
H624	Vervoer dagactiviteit lg (H518)	19,10	per (aanwezigheids) da
H607	Vervoer dagactiviteit zg (H523)	10,30	per (aanwezigheids) da
H625	Vervoer dagactiviteit Ouderen (H113, H172, H173)	14,70	per (aanwezigheids) da
F126	Vervoer dagactiviteit GGZ (F125) / deeltijdbehandeling GGZ (F451 t/m F 491)	15,10	per (aanwezigheids) da

Voorzover de werkelijke vervoerskosten uitstijgen boven de normatieve kan, op verzoek van de zorgaanbieder gezamenlijk met het zorgkantoor, het meerdere voor 75% nagecalculeerd worden.

7.2 De volgende kostencomponenten van de werkelijke vervoerskosten, komen in aanmerking voor nacalculatie:

Vervoer in eigen beheer:

- Kosten chauffeurs
- Kosten van afschrijving
- Rentekosten
- Onderhoudskosten
- Kosten van verzekering en belasting
- Brandstofkosten

Overig vervoer:

- Kosten van vervoer door derden
- Kosten van openbaar vervoer

Op deze kostencomponenten dient het volgende in mindering te worden gebracht:

- Vervoerskosten PGB
- Opbrengsten ter dekking van de vervoerskosten (o.a. WVG-opbrengsten)

- Niet nacalculerbare vervoerskosten

Het onderdeel vervoerskosten heeft uitsluitend betrekking op geïndiceerd cliëntenvervoer. Alle overige vervoerskosten (bijvoorbeeld intern transport) vallen buiten het bereik van deze regeling. Voor de hierboven genoemde vormen van vervoer geldt tevens dat alleen het vervoer van en naar de locatie waar de zorg wordt aangeboden voor nacalculatie in aanmerking komt. Alle overige vervoerskosten dienen ten laste van de materiële kosten te worden gebracht. De loonkosten van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend (VoV) personeel dat optreedt als chauffeur kan eveneens bij de nacalculatie betrokken worden.

8. Reiskosten zorgverlener

De aanvaardbare kosten voor reiskosten van de zorgverlener kunnen worden gevormd door het maken van een volumeafpraak over toeslagen bij de onderstaande prestaties.

Toeslag	Basis	Eenheid
H321 Reiskosten prestaties Behandeling (H324 – H330)	22,20	Toeslag per contact

9. Definitie eenheden

9.1 Definitie uur (Prenatale zorg)

Onder een uur prenatale zorg wordt verstaan de tijd die de medewerker besteedt aan zorg in uren. In afwijking op de overige prestaties gaat het hierbij zowel om de directe contacttijd met klanten in het kader van individuele consulten of huisbezoeken en groepsgerichte activiteiten (cursussen) als om de tijd die cliëntgerelateerd plaatsvindt in het kader van eerste consult (intake, indicatiestelling), voorbereiding van cursussen en samenstellen van cursusmateriaal.

Hieronder wordt niet verstaan:

- het opstellen van behandelplannen (aanleggen zorgdossier);
- activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevenden, staf, administratie, management);
- reistijd, bijscholing, stage.

9.2 Definitie uur

Onder een uur directe zorgverlening, dat is de contacttijd in uren in de thuissituatie/werksituatie, wordt niet verstaan:

- activiteiten van niet-uitvoerenden (leidinggevenden, staf, administratie, management);
- coördinatie van zorg op kantoor of bij verwijzers;
- indicatiestelling;
- maaltijdverzorging in de zin van afleveren van kant en klare maaltijden bij de klant (wel maaltijdverzorging bij de klant);
- preventie en voorlichting in groepsverband, dan wel individueel op kantoor (geldt niet voor AIV);
- fysiotherapie, ergotherapie;
- reistijd, bijscholing, stage, intake (anders dan het eerste contact waarin de beoogde beroepskracht de uitvoeringslijn uitzet) et cetera.

9.3 Definitie uitlening

Onder een uitlening wordt verstaan de uitlening van één verpleegartikel zoals opgenomen in de lijst onder 5 van de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg.

9.4 Definitie transport

Onder een transport wordt verstaan het bij de cliënt afleveren dan wel het bij de cliënt terughalen van verpleegartikelen, ongeacht het aantal verpleegartikelen. Ieder verpleegartikel kan per uitlening maximaal één keer afgeleverd en maximaal één keer teruggehaald worden.

9.5 Definitie uitlening anti-decubitus matrassen

Onder een uitlening wordt verstaan de uitlening van één anti-decubitus matras per week. Aan de uitleen van deze matrassen zijn de volgende voorwaarden verbonden:

- er dient een verpleegkundige indicatie aan ten grondslag te liggen;
- de matrassen dienen via een zorgaanbieder welke is toegelaten voor de uitleenfunctie verstrekt te worden.

In de beleidsregelwaarde is het transport voor deze matrassen reeds inbegrepen.

Kenmerk
CA-169

Pagina
11 van 12

9.6 Definitie per cliënt per dagdeel

Per cliënt kent een dag twee dagdelen van maximaal 4 uur per dagdeel. Op welk tijdstip deze dagdelen binnen 24 uur liggen is niet relevant.

9.7 Definitie face-to-face-contact GGZ

Zie de vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg.

9.8 Definitie screen-to-screen-contact

Zie vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg, prestatie verpleging.

9.9 Definitie uur ZG

Zie vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg, zintuiglijk gehandicapten (prestaties H143, H144 en H324).

10. Aanpassing bekostigingssystematiek voor zorgaanbieders die zorg verlenen aan verzekerden met een zintuiglijke handicap

Het in dit onderdeel bepaalde geldt slechts voor zorgaanbieders die zorg verlenen aan verzekerden met een zintuiglijke handicap.

Het in dit onderdeel bepaalde dient te worden beschouwd als aanvulling op de voorgaande onderdelen en waar dit onderdeel afwijkt van het in de voorgaande onderdelen bepaalde, als een wijziging van die onderdelen.

10.1 Definities

Dit onderdeel is uitsluitend bestemd voor zorgaanbieders die de prestaties H143, H144 en H324 aanbieden. Het gaat hierbij alleen om prestaties die zijn geleverd aan zintuiglijk gehandicapten.

Voor de definities wordt verwezen naar onderdeel 7 van de 'Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg'. Zorgaanbieders dienen zich strikt aan deze definities te houden.

10.2 Voorwaarde van naleving 'Plan van Aanpak'

Voor toepassing van dit onderdeel is het vereist dat de belangenorganisatie VIVIS/SIAC handelt conform het "Plan van Aanpak" zoals dat door henzelf is opgesteld en aangeboden aan de NZa bij brief van 7 november 2006.

Bij een niet tijdige uitvoering van dit Plan van Aanpak en het daarin vermelde tijdpad kan toepassing van dit onderdeel worden opgeschort en zal voor de productie volledig worden aangesloten bij het in de onderdelen 1 tot en met 9 bepaalde. Dit ter beoordeling aan de NZa.

Gedurende de looptijd van dit onderdeel, als omschreven in onderdeel 1 onder c, zullen regelmatig evaluaties plaatsvinden om na te gaan of VIVIS/SIAC conform bovenstaand plan handelt, te beginnen in november 2007 of zoveel eerder indien zulks wenselijk is.

10.3 LumpsumZG

Met het hanteren van de direct cliëntgebonden tijd als declaratie-eenheid in 2007 ontstaat een deficit in de bekostiging van zorgaanbieders die afspraken kunnen maken voor de prestaties H143, H144 en H324. Het verschil tussen de bekostigingssystematiek in 2006 en de systematiek in 2007 wordt 'lumpsumZG' genoemd. De omzetting wordt budgetneutraal uitgevoerd. Uitgangspunt hierbij zijn de budgetafspraken zoals die zijn vastgelegd per 15 oktober 2006.

Kenmerk

CA-169

Pagina

12 van 12

10.4 Verklaring lumpsum ZG

De lumpsum zal in veel gevallen uit (een) verklaarbare component (en) en (een) niet-verklaarbare component (en) bestaan. Het verklaarbare deel dient gespecificeerd te worden aangeleverd. In het budgetformulier 2007 zal hiervoor een sjabloon worden opgenomen. Zorgaanbieders die afspraken maken met betrekking tot de prestaties H143, H144 en H324 zijn verplicht het sjabloon in te vullen.

a. Verklaarbaar deel lumpsum.

Het vastgestelde verklaarbare deel dat een zorgaanbieder afspreekt bij de budgetafspraken 2007 kan geen wijziging meer ondergaan in latere budgettrondes.

b. Niet verklaarbaar deel lumpsum.

Het bedrag dat zorgaanbieders niet kunnen verklaren, wordt in drie gelijke tranches afgebouwd; te weten op 1 januari 2007, 1 januari 2008 en 1 januari 2009 (of sneller indien dit in het plaatselijk overleg overeen wordt gekomen). De vrijkomende middelen kunnen worden ingezet ter verhoging van de productie (direct cliëntgebonden tijd).