
Beleidsregel verrekening externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A nummer 1, 2, 4 en 9 van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (Stb. 1991, 732), welk besluit laatstelijk gewijzigd is bij Besluit van 11 november 1997 (Stb. 1997, 548).
 - b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 1999 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de nederlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
 - c. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt is onbepaald.
 - d. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als "Beleidsregel verrekening externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp".
-

2. VERREKENING EXTERNE LUMPSUM**2.1 Het te verrekenen bedrag**

Het verschil tussen de door het CTG per instelling volgens de beleidsregel "berekening externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp" berekende lumpsum voor het jaar t en de omzet in het jaar t (zie punt 2.2) van de aan het lokaal initiatief deelnemende medisch specialisten zal worden verrekend door middel van een toeslag of aftrek op het sluittarief van de bij het initiatief betrokken instelling.

Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

1. Voor de declaratie van de medisch-specialistische hulp zijn de vigerende landelijke maximumtarieven voor medisch specialisten c.q. tandartspecialisten van toepassing.
2. De opbrengst van de gedeclareerde tarieven wordt op een centraal punt geadministreerd.
3. De opbrengst van de gedeclareerde tarieven wordt uitgesplitst per specialisme per sector (ziekenfonds en particulier) en gewaarmerkt door een accountant met certificerende bevoegdheid, conform de voorschriften van het CTG.
4. Een verzoek tot verrekening dient door alle bij het initiatief betrokken partijen te worden ondertekend.

Een voorschot op de verrekening is mogelijk, vanaf 1 januari jaar t, indien voor het desbetreffende jaar een door het ministerie van VWS goedgekeurde raamovereenkomst van kracht is.

Voor de verrekening van het jaar t geldt dat indiening van de voorlopige verrekening dient plaats te vinden vóór 1 september jaar t+1, en van de definitieve verrekening vóór 1 september jaar t+2.

2.2 Definitie omzet

De omzet in jaar t die bij de in punt 2.1 genoemde verrekening dient te worden verantwoord betreft alle declaraties in jaar t voor hulp verricht door de deelnemende medisch specialisten en tandartsspecialisten.

Dit betreft de omzet inclusief de omzet op extramurale locaties, inclusief de omzet ten aanzien van de tarieven voor kosten eigen apparatuur en hulpkrachten en inclusief de declaraties die niet onder de ziekenfonds- en/ of particuliere verzekering vallen en ongeacht of de medisch specialist de prestaties heeft verricht in een of meerdere rechtspersonen.

Extramurale locaties zijn alle praktijkadressen die geen onderdeel uitmaken van het ziekenhuis.

Alleen praktijkdelen waarvoor door de Minister van VWS expliciet toestemming is verleend dat deze niet deelnemen aan het initiatief, kunnen buiten de verrekening worden gelaten. De omzet in deze praktijkdelen omzet dient bij de verrekening wel afzonderlijk vermeld te worden.

Ontvangsten uit hoofde van keuringen, inlichtingen en rapporten dienen in geen van de op te geven omzetten te worden meegenomen.

Indien er in de instelling sprake is van een lokaal initiatief medisch specialistische hulp en de instelling code A401 "medisch specialistische hulp door of vanwege het ziekenhuis" declareert, dan dient bij de verrekening tevens te worden verantwoord de opbrengst die meer is ontvangen dan er door de specialisten aan de instelling in rekening is gebracht.