

BELEIDSREGEL CA-215

Extramurale zorg

Kenmerk
CA-215

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 2008 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 9 van deze beleidsregel bepaalde geldt, loopt tot 1 januari 2009.
- d. De Beleidsregel extramurale zorg met nummer CA-169 eindigt op 31 december 2007.
- e. De onderstaande bedragen zijn gebaseerd op loonkostenniveau ultimo 2007 en prijspeil 2007 verhoogd met de voorschotpercentages 2008 en de incidentele inhaal 2007.
- 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 onderdeel 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 is bij de overgang 2006-2007 eenmalig vastgesteld en loopt door tot het moment dat de integrale tarieven voor de intramurale zorg ingevoerd gaan worden. Op dat moment zullen de budgetverschillen, voor zowel de extramurale als de intramurale zorg, meegenomen worden in een meerjarig herallocatietraject.

2.4 De volume- en prijsafspraken voor de extramurale zorgprestaties dient uiterlijk 20 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), (ernstige) psychosociale problematiek (PP). 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-215

Pagina
3 van 10

4.3 *Maatregel OB (exclusief OB op somatische grondslag) en PV*

In aanvulling op het bovenstaande geldt met betrekking tot de prestaties die vallen onder de functies OB (exclusief OB op somatische grondslag) en PV het volgende. Bij de opgave van de gerealiseerde productie van deze prestaties zal de NZa nagaan in hoeverre door de zorgaanbieder is voldaan aan de door de Staatssecretaris van VWS vastgestelde prestatienorm. Deze norm is vastgesteld op 35% van het aantal uren dat gemiddeld door een zorgaanbieder binnen de geïndiceerde klassenbreedte wordt geleverd.

In het formulier nacalculatie op geleverde productie 2008 (maart 2009) geven de zorgaanbieder en het zorgkantoor gezamenlijk aan of de zorgaanbieder in 2008 aan de voorgeschreven prestatienorm van 35% heeft voldaan. Deze verklaring dient vergezeld te gaan van een accountantsverklaring op dit onderdeel.

Indien een aanbieder bij de opgave van de gerealiseerde productie 2008 (maart 2009) wel voldoet aan deze norm krijgt de zorgaanbieder een bonus (zie onderstaand schema). Deze bonus is gelijk aan het op voorhand gekorte bedrag (de 3,5% korting op grond van de Aanwijzing contracteerruimte 2008) op de prestaties OB en PV.

Deze bonus zal door de NZa ambtshalve als lumpsumbedrag (gerealiseerde q maal het bonusbedrag) in de aanvaardbare kosten 2008 van de zorgaanbieder worden ingecalculeerd.

Prestatie	per uur
H126 PV-basis	€ 1,50
H127 PV-extra	€ 1,60
H120 PV-speciaal	€ 2,30
H121 OB-basis	€ 1,60
H129 OB-extra	€ 1,80
H140 OB speciaal 1	€ 2,70
H144 OB speciaal 2	€ 2,70
F123 Gespecialiseerde begeleiding	€ 2,80
H160 Begeleiding psychosociaal	€ 1,60
H164 Begeleiding psychosociaal extra	€ 1,80

Indien een aanbieder bij de opgave van de gerealiseerde productie (maart 2009) niet voldoet aan de gestelde prestatienorm van 35% zal de NZa op de tarieven OB en PV een korting toepassen. Deze korting behelst een aanvullende korting bovenop de eerder genoemde 3,5%-korting op de prestaties OB en PV.

De NZa zal de afgesproken, vastgestelde tarieven korten met het verschil tussen het vastgestelde tarief en onderstaande waarden¹. Het totale kortingsbedrag zal door de NZa ambtshalve als lumpsumbedrag (gerealiseerde q maal (het afgesproken tarief minus onderstaande waarden)) in mindering worden op de aanvaardbare kosten 2008.

¹ Deze waarden zijn berekend door de maximum beleidsregelwaarden, exclusief de 3,5% korting, te verlagen met 7%.

Indien het afgesproken, vastgestelde tarief reeds minder bedraagt dan onderstaande waarden zal de NZa geen korting toepassen.

Kenmerk
CA-215

Pagina
4 van 10

Prestatie	Per uur
H126 PV-basis	€ 40,60
H127 PV-extra	€ 43,50
H120 PV-speciaal	€ 60,70
H121 OB-basis	€ 43,60
H129 OB-extra	€ 46,70
H140 OB speciaal 1	€ 72,00
H144 OB speciaal 2	€ 72,80
F123 Gespecialiseerde begeleiding	€ 75,70
H160 Begeleiding psychosociaal	€ 43,60
H164 Begeleiding psychosociaal extra	€ 46,70

4.4 Bij afhandeling van het formulier nacalculatie op geleverde productie (vóór 20 maart van het jaar t+1 in te dienen bij de NZa) wordt de productie van het jaar t definitief vastgesteld. De regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders is van overeenkomstige toepassing. Wijziging in de geleverde productie van 2007 kan uiterlijk tot 1 oktober 2008 nog worden ingediend.

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

4.6 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 2008) vastgelegde dagdelen. Het aantal dagdelen per week is afhankelijk van de indicatie van het CIZ.

4.7 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	65,30			65,30
H128 Verpleging extra		4,70		70,00
H106 Gespecialiseerde verpleging			5,40	70,70
H114 Verpleging: AIV	65,30			65,30
Ondersteunende begeleiding (OB)				
H121 Begeleiding	45,30			45,30
H129 Begeleiding extra		3,10		48,40
H140 Begeleiding speciaal 1 (nah)			29,40	74,70
H144 Begeleiding speciaal 2 (zg)			30,30	75,60
F123 Gespecialiseerde begeleiding (psy)			33,20	78,50
Ondersteunende begeleiding (OB) psychosociaal				
H160 Begeleiding psychosociaal	45,30			45,30
H164 Begeleiding psychosociaal extra		3,10		48,40
Ondersteunende begeleiding (OB) somatisch				
H162 Begeleiding somatisch	36,90			36,90
H163 Begeleiding somatisch extra		2,60		39,50
Activerende begeleiding (AB)				
H130 Activerende thuiszorg	49,90			49,90
H147 Activ. beg. speciaal 1 (j(l)vg)			40,90	90,80
H142 Activ. beg. speciaal 2 (j(l)vg)		13,70	40,90	104,50
H143 Activ. beg. speciaal 3 (zg)			58,10	108,00
Behandeling (BH)				
H328 Behandeling basis som, pg, vg, lg	99,70			99,70
H329 Behandeling gedragswetenschapper	99,70			99,70
H330 Behandeling paramedisch	53,00			53,00
H324 Behandeling basis zg	99,70			99,70
H325 Behandeling basis jlv	99,70			99,70
H326 Behandeling basis sglvg traject	99,70			99,70
H327 Behandeling basis sglvg deeltijd	99,70			99,70

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

Dagactiviteit	Basis	Module cliënt-kenmerk (C)	Totaal
H113 Dagactiviteit basis	31,60		31,60
H172* Module cliëntkenmerk (SOM)		26,00	57,60
H173* Module cliëntkenmerk (PG)		26,00	57,60
H518 Module cliëntkenmerk (LG)		26,80	58,40
H519 Module cliëntkenmerk (VG)		7,80	39,40
H520 Module cliëntkenmerk (VG extra)		18,20	49,80
H521 Module cliëntkenmerk (VG kind)		12,70	44,30
H523 Module cliëntkenmerk (ZG)		15,20	46,80
H525 Module cliëntkenmerk (JLVG)		31,40	63,00
H526 Module cliëntkenmerk (VG kind emb)		30,50	62,10
H530 Module cliëntkenmerk (VG kind emb zwaar)		49,60	81,20
H527 Module cliëntkenmerk (VG kind gedrag)		30,50	62,10

* 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	24,40	per uitlening
H701 Uitleen anti-decubitus matrassen, statisch	27,90	per matras per week
H702 Uitleen anti-decubitus matrassen, licht dynamisch	48,80	per matras per week
H703 Uitleen anti-decubitus matrassen, sterk dynamisch	83,60	per matras per week
H110 Transport	21,40	per transport

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

Omschrijving	Basis	Eenheid
H151 Prenatale zorg	65,30	per mw. per uur

5.3.3 GGZ-prestaties

	Basis	Eenheid
F125 Dagactiviteit GGZ-LZA	9,50	per uur
F129 Inloop functie	3.294,20	op jaarbasis

De GGZ prestaties zijn exclusief de incidentele inhaal 2007. In verband met de overheveling van de op genezing gerichte GGZ wordt de incidentele inhaal 2007 nog verrekend in het budget 2007.

Het product F129 Inloop functie kan alleen worden afgesproken ten behoeve van verzekerden met een psychiatrische aandoening die niet in een instelling verblijven.

6. Vervoerskosten ten behoeve van cliënten

6.1 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)	10,90	per (aanwezigheids) dag
H621	Vervoer dagactiviteit vg extra (H520)	18,20	per (aanwezigheids) dag
H622	Vervoer dagactiviteit vg kind (H521)	10,50	per (aanwezigheids) dag
H628	Vervoer dagactiviteit vg kind emb/gedrag/zwaar	22,20	per (aanwezigheids) dag
H624	Vervoer dagactiviteit lg (H518)	19,40	per (aanwezigheids) dag
H607	Vervoer dagactiviteit zg (H523)	10,50	per (aanwezigheids) dag
H625	Vervoer dagactiviteit Ouderen (H113, H172, H173)	15,20	per (aanwezigheids) dag
F126	Vervoer dagactiviteit GGZ (F125)	15,50	per (aanwezigheids) dag

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

6.2 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.

7. 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)	23,00	Toeslag per contact

8. Definitie eenheden

8.1 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.

8.2 Definitie uur

Een uur directe zorgverlening betreft de contacttijd in uren tussen zorgverlener en cliënt in de thuissituatie/werksituatie. Hieronder 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.

8.3 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.

8.4 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.

8.5 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.

8.6 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.

8.7 Definitie screen-to-screen-contact

Zie vigerende Beleidsregel prestatiebeschrijvingen extramurale zorg, prestatie verpleging.

8.8 Definitie uur ZG

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

9. 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.

9.1 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.

9.2 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 tijdspad 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.

Kenmerk
CA-215

Pagina
10 van 10

9.3 Lumpsum ZG

Met de introductie van de direct cliëntgebonden tijd als declaratie-eenheid in 2007 ontstaat een deficit in de bekostiging van zorgaanbieders die afspraken maken voor de prestaties H143, H144 en H324. Het verschil tussen de uitkomst van de bekostigingssystematiek in 2006 en de uitkomst van de systematiek in 2007 wordt 'lumpsum ZG' genoemd. De omzetting wordt budgetneutraal uitgevoerd. Uitgangspunt hierbij zijn de door de NZa vastgestelde budgetafspraken van 15 oktober 2006 en de budgetafspraken van 15 oktober 2007. In het budgetformulier van 20 maart 2008 wordt deze berekening uitgevoerd.

9.4 Lumpsum ZG

De lumpsum bestaat uit een verklaarbaar deel en een niet-verklaarbaar deel. De lumpsum wordt éénmalig vastgesteld. Daarna kan dit niet meer worden gewijzigd tenzij deze middelen worden ingezet ter verhoging van de productie (direct cliëntgebonden tijd).

a. Verklaarbaar deel lumpsum ZG.

Zoals in de brief van 31 mei 2007 (kenmerk IBON/ihot/A/07/277) van de NZa aan de ZG-zorgaanbieders is meegedeeld, dienen ZG-zorgaanbieders een onderbouwde specificatie te geven van het verklaarbare component van de lumpsum ZG. De NZa bepaalt welke component van de lumpsum verklaarbaar is en welke component niet. Niet gehonoreerde verklaarbare componenten worden toegevoegd aan het niet verklaarbare deel van de lumpsum ZG. In het budgetformulier van maart 2008 wordt hiervoor een sjabloon opgenomen.

b. Niet verklaarbaar deel lumpsum ZG.

Het bedrag dat zorgaanbieders niet kunnen verklaren, wordt in twee gelijke tranches afgebouwd; te weten op 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).