

Transitie Bekostigings- structuur Medisch specialistische zorg

BR/CU-2080

Inhoud

1. Inleidende bepalingen	3
2. Invoering transitie­model	6
2.1 Transitie­model ziekenhuizen en UMC's	6
2.2 Transitie­model categorale instellingen	13
3. Opbouw schaduwbudget	16
3.1 Schaduwbudget ziekenhuizen en UMC's	16
3.2 Schaduwbudget categorale instellingen	38
3.3 Rente	47
3.4 Renteprotocollering	53
3.5 Afschrijving UMC's	56
3.6 Instandhoudingsinvesteringen	58
3.7 Instandhoudingsinvesteringen UMC's	63
3.8 Kapitaallasten bij uitbesteding	65
3.9 Huur en erfpacht	66
3.10 Huur en erfpacht UMC's	68
3.11 Dure en weesgeneesmiddelen, TNF alfaremmers	69
4. Slotbepalingen	73
4.1 Afwikkeling oude jaren	73
4.2 Intrekking beleidsregels, Overgangsbepaling	74
4.3 Inwerkingtreding en citeerregel	75
5. Bijlagen	77
5.1 Tabel zorgprestaties onder transitie­model	77
5.2 Kaders renteprotocollering	79
5.3 Stofnamenlijst dure geneesmiddelen	83
5.4 Stofnamenlijst weesgeneesmiddelen	86

In deze beleidsregel zijn cursief weergegeven toelichtingen opgenomen.

1. Inleidende bepalingen

1. Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder d van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om een grens vast te stellen op grond van artikel 50 tweede lid Wmg.
2. Ingevolge artikel 52 aanhef en onder f respectievelijk artikel 56a lid 2 onder b Wmg, worden tarieven en beschikbaarheidsbijdragen die uit deze beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.
3. Ingevolge artikel 59 aanhef en onder c Wmg heeft de Minister van VWS met brieven van 21 juli 2011, kenmerk MU-C-3072825, van 27 juni 2011, kenmerk MC-U-3070836 van 21 december 2011, kenmerk MC-3098541 en van 17 augustus 2012 met kenmerk MC-U-3125844 ten behoeve van de voorliggende beleidsregel aanwijzingen op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.
4. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op medisch specialistische zorg, audiologische zorg en zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) geleverd door in 2011 gebudgetteerde¹ instellingen voor medisch specialistische zorg (algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra), categorale instellingen voor medisch specialistische zorg (zelfstandige revalidatiecentra, zelfstandige dialysecentra en zelfstandige radiotherapeutische instellingen), centra voor erfelijkheidsadviesing en zelfstandige audiologische centra, telkens uitsluitend voor zover dat uit de onderstaande tabel "toepasselijke onderdelen van deze beleidsregel" volgt. Deze beleidsregel is niet van toepassing op instellingen voor longrevalidatie ("sanatoria") en epilepsie-inrichtingen.

¹ In deze beleidsregel wordt onder 'gebudgetteerde' instellingen mede begrepen: begroting gefinancierde instellingen.

toepasselijke onderdelen van deze beleidsregel

Instellingscategorie	Toepasselijke hoofdstukken, paragrafen, artikelen
Instellingen voor medisch specialistische zorg: algemene ziekenhuizen	Hoofdstuk 1, paragraaf 2.1, paragrafen 3.1, 3.3, 87, 3.6, 3.8, 3.9 en 3.11, hoofdstuk 4
Instellingen voor medisch specialistische zorg: Universitaire medische centra (UMC's)	Hoofdstuk 1, paragraaf 2.1, paragrafen 3.1, 3.3, 3.5, 3.7, 3.10 en 3.11, hoofdstuk 4
Zelfstandige Revalidatiecentra	Hoofdstuk 1, paragraaf 2.2.1, artikelen 31 en 46, paragraaf 3.2.1, 3.3, 87, 3.6, 3.8, 3.9 en 3.11, hoofdstuk 4
Zelfstandige Dialysecentra	Hoofdstuk 1, paragraaf 2.2.2, artikelen 31 en 46, paragrafen 3.2.2, 3.4, 87, 3.6 en 3.9, hoofdstuk 4
Zelfstandige Radiotherapeutische centra	Hoofdstuk 1, paragraaf 2.2.3, artikelen 31 en 46, paragrafen 3.2.3, 3.4, 87, 3.6 en 3.9, hoofdstuk 4
Zelfstandige Audiologische centra	Hoofdstuk 1, paragraaf 2.2.4, artikel 31, paragrafen 3.2.4, 3.4, 87 en 3.9 en hoofdstuk 4
Centra voor erfelijkheidsadviesing	Hoofdstuk 1, paragraaf 2.2.5, artikel 31, paragrafen 75.2, 3.4, 87 en 3.9 en hoofdstuk 4

Deze beleidsregel is niet van toepassing op medisch specialistische zorg welke wordt geleverd door zelfstandige behandelcentra en door instellingen voor medisch specialistische zorg verleend door psychiaters (GGZ-instellingen).

5. Doel van de beleidsregel

Op grond van de in artikel 3 genoemde aanwijzing zal de NZa in beleidsregels vastleggen op welke wijze de transitie plaatsvindt van functiegerichte budgettering voor instellingen voor medisch specialistische zorg en audiologische centra naar een systeem van prestatiebekostiging. Met deze beleidsregel wordt aan die opdracht voldaan.

6. Prijspeil

De in deze beleidsregel vermelde parameterwaarden gelden per 1 januari 2012 en zijn uitgedrukt in euro's in het prijspeil per ultimo 2011, tenzij anders vermeld.

7. Begripsbepalingen

7.1 Interimbesluit

Het interimbesluit beschikbaarheidbijdrage Wmg van 28 november 2011, Staatsblad 2011 nr. 589.

7.2 CVZ

Het College voor zorgverzekeringen.

7.3 DOT-A₂₀₁₂

DBC-zorgproducten en overige zorgproducten die in 2012 tot het A-segment behoren.

7.4 DOT-B_{nieuw}

DBC-zorgproducten en overige zorgproducten die in 2012 tot het

B-segment behoren en in 2011 nog tot het A-segment behoorden.

7.5 DOT-B_{oud}

DBC-zorgproducten en overige zorgproducten die in 2011 tot het B-segment behoorden.

7.6 Transitieperiode

De jaren 2012 en 2013.

7.7 Omzet uit prestatiebekostiging

De volgens artikel 11 van deze beleidsregel bepaalde omzet.

7.8 Beschikbaarheidsbijdragen

De beschikbaarheidsbijdrage als genoemd in artikel 56a lid 1 Wmg.

7.9 Transitiebedrag

Het transitiebedrag als genoemd in artikel 12.

7.10 Verrekenfactor

De factor genoemd in artikel 15.1 waarmee het transitiebedrag wordt vermenigvuldigd om het verrekenbedrag vast te stellen.

8. Met betrekking tot begrippen en definities in hoofdstuk 3 van deze beleidsregel geldt het bepaalde in de beleidsregel Definities curatieve tweedelijns somatische zorg.

2. Invoering transitie­model

Dit hoofdstuk beschrijft de werking van het transitie­model dat in 2012 en 2013 voor voorheen gebudgetteerde zorgaanbieders geldt. In essentie komt het transitie­model er op neer dat systeemrisico's samenhangend met de overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging voor iedere instelling wordt verkleind. Om de systeemrisico's van de overgang te dempen wordt de omzet uit prestatiebekostiging vergeleken met de omzet die zou zijn behaald als de instelling nog op basis van een budget (nu 'schaduwbudget' genoemd) zou zijn bekostigd. Het verschil wordt grotendeels bijgepast (als de budgetbekostiging hoger was geweest) of moet worden afgedragen (als de budgetbekostiging lager was geweest).

2.1 Transitie­model ziekenhuizen en UMC's

Deze paragraaf beschrijft op welke wijze de vergelijking tussen de in 2012 te behalen omzet in termen van prestatiebekostiging en diezelfde omzet in termen van het schaduwbudget wordt uitgevoerd.

Het verschil tussen de omzet uit prestatiebekostiging en het schaduwbudget noemen we het transitie­bedrag. Het transitie­bedrag wordt voor ziekenhuizen en UMC's éénmalig over 2012 vastgesteld. Van het transitie­bedrag wordt in 2012 95% verrekend en in 2013 70%. Dit te verrekenen bedrag noemen we het verreken­bedrag.

Is de omzet uit zorgprestaties vallend onder het transitie­model van een instelling onder prestatiebekostiging hoger dan het schaduwbudget, dan draagt deze instelling het verreken­bedrag (van 95% van het verschil in 2012 en 70% van het verschil in 2013) af aan het Zorgverzekeringsfonds. Is de omzet onder prestatiebekostiging lager, dan wordt het verreken­bedrag aan de instelling uitgekeerd.

Het schaduwbudget grijpt aan op het A-segment zoals dat in 2011 was samengesteld. Dit betekent dat het deel van het A-segment, dat in 2012 wordt overgeheveld naar het B-segment, ook meetelt in de berekening van het transitie­bedrag. De zorg die vóór 2012 tot het B-segment werd gerekend blijft daarentegen buiten beschouwing bij de berekening van de transitie­basis. Welke zorgprestatie tot welk segment wordt gerekend volgt uit door de NZa vastgestelde tabellen.

Voor categorale instellingen wordt op onderdelen van de hiervoor beschreven hoofdregel afgeweken.

De vertaling van deze systematiek in beleidsregels dient aan te sluiten bij de in artikel 3 genoemde aanwijzing van de minister van VWS en bij de wettelijke systematiek van de Wmg zoals die na invoering van de wet Aanvulling instrumenten bekostiging Wmg (AIBWmg) zal luiden. Dat betekent dat het schaduwbudget en het verreken­bedrag moeten worden beschreven als "een vaste grens voor de som van de tarieven die in rekening zijn gebracht".

De navolgende artikelen beschrijven stapsgewijs de opbouw van het bedrag dat elke zorginstelling gedurende de transitieperiode in rekening mag brengen voor het totaal aan zorgprestaties dat onder het transitie­model valt. Artikel 10 beschrijft (aansluitend bij de systematiek van de Wmg) dat het in rekening te brengen bedrag gelijk is aan de omzet uit prestatiebekostiging plus het verrekenbedrag (dat ook negatief kan zijn) en definieert wat wel en niet onder het transitie­model valt. Met 'tarieven die in rekening hadden kunnen of zullen worden gebracht' (artikel 10.1) wordt het onderhanden werk aangeduid.

9. Ten behoeve van een geleidelijke overgang naar een systeem van prestatiebekostiging voor de levering van medisch specialistische en audiologische zorg voert de NZa het in dit hoofdstuk beschreven transitie­model in.

10. Het totaal van de in rekening te brengen tarieven

10.1 De NZa bepaalt in een collectieve tariefbeschikking voor elke instelling voor 2012 en voor 2013 ambtshalve een vast bedrag voor alle tarieven voor (delen van) zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet die met betrekking tot die respectievelijke jaren in rekening worden gebracht, hadden kunnen worden gebracht of zullen kunnen worden gebracht. Dit vaste bedrag betreft uitsluitend de zorg die in 2011 volgens de door de NZa vastgestelde segmentindeling tot het gereguleerde A-segment behoorden en is een grens als bedoeld in artikel 50 lid 2 aanhef en onder a van de Wmg.

10.2 Het vaste bedrag bedoeld in het vorige lid is gelijk aan de omzet uit prestatiebekostiging in 2012 respectievelijk 2013 vermeerderd met het verrekenbedrag. Het verrekenbedrag kan een positief of negatief bedrag zijn.

Het transitie­model betreft uitsluitend de zorg die in 2011 onder het A segment viel. De invoering van "DOT" en de uitbreiding van het B-segment per 2012 maken het noodzakelijk om te definiëren welke zorg het A-segment van 2011 vertegenwoordigt. Bovendien worden op grond van een aanwijzing ook de zogenoemde TNF-alfaremmers en enkele andere geneesmiddelen (die voorheen tot de extramurale farmacie hoorden) tot het A segment gerekend.

10.3 Ten behoeve van de uitvoering van het transitie­model stelt de NZa vast:

(a) welke zorg onder het transitie­model valt. Zorg valt onder het transitie­model als zij - indien zij in 2011 was geleverd - tot het zogenoemde A-segment zou hebben gehoord (hieronder worden mede begrepen: de per 1 januari 2012 naar het ziekenhuiskader overgehevelde geneesmiddelen);

(b) welke zorg - indien zij in 2011 was geleverd - tot het zogenoemde vrije of B-segment zou hebben gehoord en dus buiten de werking van het transitie­model valt.

De betreffende zorgprestaties zijn vermeld in de door de NZa vastgestelde tabellen, opgenomen als bijlage bij de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

De eerste stap in het berekenen van het totaaltarief voor de zorgprestaties onder het transitie­model is de berekening van de 'omzet uit prestatiebekostiging' voor zorgprestaties vallend onder het transitie­model. Deze wordt beschreven in het volgende artikel. De omzet uit prestatiebekostiging (inclusief het onderhanden werk) wordt vastgesteld aan de hand van de jaarrekening. Beschikbaarheidsbijdragen worden buiten het omzetbedrag gebracht, omdat zij geen tarief in de zin van de Wmg zijn en dus geen onderdeel uit kunnen maken van het in artikel 10.1 bedoelde bedrag.

11. Omzet uit prestatiebekostiging

11.1 De omzet uit prestatiebekostiging voor het jaar 2012 is gelijk aan de som van de (het) met inachtneming van het in de regeling Transitie bekostigings­structuur medisch specialistische zorg bepaalde

- (1) Tariefopbrengst DBC-A die overlopen uit 2011, minus het onderhanden werk per ultimo 2011;
- (2) Tariefopbrengst DOT-B_{nieuw} voor producten geopend en gesloten in jaar 2012;
- (3) Onderhanden werk DOT-B_{nieuw} voor producten geopend in 2012 en gesloten in 2013
- (4) Tariefopbrengst DOT-A₂₀₁₂ voor producten geopend en gesloten in 2012;
- (5) Onderhanden werk DOT-A₂₀₁₂ voor producten geopend in 2012 en gesloten in 2013;

11.2 Onder de omzet uit prestatiebekostiging wordt mede begrepen, de honorariumomzet met betrekking tot productie ten behoeve van de segmenten A₂₀₁₂ en B_{nieuw} van medisch specialisten in loondienst waarvoor een loonkostenvergoeding als bedoeld in artikel 33 in het schaduwbudget is opgenomen.

11.3 Bij het bepalen van de omzet uit prestatiebekostiging worden niet meegerekend:

- (1) Honorariumomzet van vrijgevestigd medisch specialisten met betrekking tot het segment B_{oud} en medisch specialisten in loondienst voor welke geen loonkostenvergoeding in het schaduwbudget is opgenomen;
- (2) Beschikbaarheidsbijdragen op basis van de beleidsregel Beschikbaarheidsbijdragen 2012.

11.4 Voor de bepaling van de omzetcomponenten genoemd in dit artikel wordt aangesloten bij de jaarrekening van de instelling.

De aldus berekende omzet uit prestatiebekostiging wordt vergeleken met het schaduwbudget. De uitkomst is het transitie­bedrag, dat de grondslag vormt voor het verrekenbedrag. Omdat de beschikbaarheidsbijdragen buiten het omzetbedrag zijn gehouden, blijven zij ook buiten de berekening van het transitie­bedrag.

transitie­bedrag = schaduwbudget – omzet uit prestatiebekostiging

12. Het transitie­bedrag

12.1 Het transitie­bedrag geldt voor de gehele transitie­periode.

12.2 De NZa stelt voor elke instelling een transitiebedrag vast door de omzet uit prestatiebekostiging voor 2012 (beschreven in artikel 11) af te trekken van het schaduwbudget voor 2012 (beschreven in artikel 13). De uitkomst kan een positief of een negatief bedrag zijn.

12.3 Het transitiebedrag kan in 2013 ambtshalve door de NZa worden gecorrigeerd in verband met verlaging van de maximumtarieven voor (dure) geneesmiddelen als genoemd in paragraaf 3.11.²

13. Het Schaduwbudget 2012

13.1 Het schaduwbudget is gelijk aan het bedrag dat voor de zorg die valt onder het transitie­model in rekening zou kunnen worden gebracht volgens de met inachtneming van het in hoofdstuk 3 van deze beleidsregel beschreven beleid door instelling en zorgverzekeraar(s) ingediende opgave.

13.2 Het schaduwbudget wordt berekend op basis van het voor 2011 vastgestelde budget ("aanvaardbare kosten"), dat kan worden gewijzigd op grond van het bepaalde in deze beleidsregel.

13.3 Bij de vaststelling van het schaduwbudget worden niet in hoofdstuk 3 genoemde maar blijkens eerdere tariefbeschikkingen wel structureel in het budget van 2011 en voorgaande jaren opgenomen budgetcomponenten in aanmerking genomen.

13.4 De NZa kan op verzoek besluiten om budgetcomponenten tussen instellingen macro-budgetneutraal over te hevelen indien het schaduwbudget daardoor beter aansluit bij werkelijke kosten.

13.5 Het schaduwbudget wordt op budgetneutrale wijze gecorrigeerd voor de opbrengsten uit beschikbaarheidsbijdragen.

14. Procedure voor vaststelling van het schaduwbudget 2012

14.1 De NZa legt de verplichting tot het verstrekken van informatie die noodzakelijk is voor het vaststellen van het schaduwbudget vast in de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg. Opgaven die op andere wijze dan genoemd in de Regeling worden gedaan zullen op grond van artikel 4.4 en 4.5 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) buiten behandeling worden gesteld op de wijze als beschreven in dit artikel.

14.2 Indien de hiervoor genoemde opgave niet zowel door zorgaanbieder als zorgverzekeraar(s) wordt ingediend hanteert de NZa de volgende procedure.

14.2.1 Eenzijdige opgave door zorgaanbieder

Alvorens over te gaan tot de bepaling van het schaduwbudget zal de NZa in zo'n geval de (representerende) zorgverzekeraars verzoeken om alsnog binnen vier weken tot overeenstemming te komen en eventueel bereikte overeenstemming door middel van een tweezijdige aanvraag te bevestigen. Zodra de termijn van vier weken verstreken is, en nog steeds geen sprake is van een tweezijdig ingediende opgave, zal de NZa uitgaan van de eenzijdige opgave.

² Zie brief minister van VWS "Zorg die loont" (CZ-IPZ3056686 d.d. 14 maart 2011).

14.2.2 Niet overeenstemmende opgaven van zorgaanbieder en zorgverzekeraars

Indien de door verzekeraars en instelling afzonderlijk ingediende opgaven niet overeenstemmen zal de NZa per parameter de laagst ingediende aanvraag verwerken. De NZa kan echter anders besluiten op basis van deze beleidsregel of nadere motiveringen.

14.3 Geen opgave

In die gevallen waarbij geen gebruik is gemaakt van een daartoe aangewezen formulier of noodzakelijke informatie voor de vaststelling om andere reden onvolledig is of ontbreekt, zal de NZa gebruik maken van de bevoegdheid uit artikel 69 Wmg om op basis van eigen informatie over te gaan tot vaststelling van het schaduwbudget. Bij het ontbreken van gegevens, wordt het schaduwbudget vastgesteld op 80% van de bij de definitieve nacalculatie vastgestelde productie in het jaar 2011. De NZa zal echter niet tot deze maatregelen overgaan zonder vooraf de betreffende instelling schriftelijk in de gelegenheid te hebben gesteld de noodzakelijke formulieren of gegevens alsnog te overhandigen.

In artikel 10.2 is aangegeven dat voor de zorgprestaties onder het transitie­model een vast bedrag in rekening mag worden gebracht. Dit vaste bedrag is gelijk aan de omzet uit prestatiebekostiging plus een (positief of negatief) verreken­bedrag. Merk op dat de omzet uit prestatiebekostiging niet de omzet uit het oude B-seg­ment omvat.

Vast bedrag = omzet uit prestatiebekostiging + verreken­bedrag

*Verreken­bedrag = transitie­bedrag * verreken­factor*

15. Van transitie­bedrag naar verreken­bedrag

15.1 De NZa stelt in het derde kwartaal van 2013 voor elke instelling ambtshalve een verreken­bedrag vast door het transitie­bedrag te vermenig­vuldigen met de verreken­factor 0,95 voor het jaar 2012 respectievelijk 0,70 voor het jaar 2013.

15.2 Als het verreken­bedrag negatief is dient het door de instelling te worden afgedragen aan het Zorgverzekerings­fonds op een door de NZa bekend te maken wijze. Als het verreken­bedrag positief is wordt het aan de instelling uitgekeerd op de in artikel 16 beschreven wijze.

Een positief verreken­bedrag kan door de instelling in rekening worden gebracht bij het CVZ. Op grond van het Interim­besluit moet het positieve verreken­bedrag worden aangemerkt als beschikbaar­bijdrage, en worden instellingen die voor een positief verreken­bedrag in aanmerking komen door de NZa aangewezen. Een (naar verwachting) positief verreken­bedrag kan op verzoek van de instelling worden bevoorschot. Voorschotten zijn aan een maximum gebonden en kunnen worden aangevraagd c.q. gewijzigd tot 1 oktober 2012. Instellingen kunnen (maximaal twee keer) verzoeken om het voorschot­bedrag aan te passen. De voorschotten kunnen eveneens in rekening worden gebracht bij het CVZ. De voorschot­regeling geldt alleen voor het verreken­bedrag voor 2012 en niet voor 2013 en eventuele volgende jaren.

16. Afwikkeling van het positieve verrekenbedrag

Het positieve verrekenbedrag wordt verleend als beschikbaarheidsbijdrage ten behoeve van de beschikbaarheid van medisch specialistische zorg bij de transitie van functiegerichte budgettering naar prestatiegerichte bekostiging, in de vorm van compensatie voor diensten van algemeen economisch belang.

17. Bevoorschotting van het verrekenbedrag

17.1 Vooruitlopend op de definitieve ambtshalve vaststelling van het verrekenbedrag als bedoeld in artikel 15, kan een zorgaanbieder de NZa met een daarvoor door de NZa beschikbaar gesteld formulier verzoeken om met betrekking tot het verrekenbedrag over 2012 een voorschot toe te kennen respectievelijk een toegekend voorschot te wijzigen.

17.2 Het verzoek dient minimaal te omvatten:

- de met inachtneming van het bepaalde in deze beleidsregel begrote omvang van het schaduwbudget in het jaar 2012 en begrote omzet uit prestatiebekostiging in het jaar 2012;
- een verklaring dat de activiteiten waarvoor het verrekenbedrag respectievelijk de voorschotregeling wordt toegekend daadwerkelijk zijn of zullen worden verricht

17.3 Een verzoek dient uiterlijk 1 oktober 2012 door de NZa te zijn ontvangen.

17.4 Het verzoek wordt toegewezen indien naar het oordeel van de NZa redelijkerwijs kan worden aangenomen dat sprake zal zijn van een positief verrekenbedrag. Verzoeken tot wijziging van een toegekend voorschot worden afgewezen indien de betreffende instelling al twee eerdere verzoeken tot wijziging heeft gedaan.

17.5 Het voorschot (op jaarbasis) bedraagt maximaal 15% van het budget 2011 (peildatum december 2011) en kan tevens niet hoger zijn dan het door de instelling op grond van artikel 17.2 opgegeven schaduwbudget minus de opgegeven omzet uit prestatiebekostiging. Het voorschot wordt door het CVZ uitgekeerd in maandelijkse termijnen. De NZa maakt daarbij te hanteren procedure in een circulaire bekend.

Voorschotbedragen worden betrokken in de rentenormering. Blijkt het gevraagde voorschot achteraf hoger dan het verrekenbedrag, dan wordt over het verschil een normatieve rente berekend.

17.6 De opbrengsten uit voorschotten worden betrokken in de post nog in tarieven te verrekenen van de rentenormering bedoeld in artikel 80f van deze beleidsregel

17.7 Over een *teveel* ontvangen voorschot worden bovendien genoten rentevoordelen in rekening gebracht. Onder 'teveel' wordt verstaan: het verschil tussen het ontvangen voorschot en het (positieve) verrekenbedrag, of, indien een negatief verrekenbedrag resulteert, het totale voorschot. Dit rentevoordeel wordt normatief vastgesteld op 4% per jaar en wordt per maand berekend, vanaf de maand waarin de eerste betaling is verricht, tot het moment van de vaststelling van het definitieve

verrekenbedrag³. Over de periode tot en met 31 december 2012 wordt het rentevoordeel over teveel ontvangen voorschot gecorrigeerd voor de normrente die al over dit deel is berekend op grond van artikel 17.6.

17.8 De op grond van het vorige lid berekende rentevoordelen worden in mindering gebracht op het definitieve verrekenbedrag.

17.9 In geval er een voorschot is genoten en er sprake is van een negatief verrekenbedrag dient het betaalde voorschot, vermeerderd met het op grond van dit artikel berekende rentevoordeel, door de instelling te worden afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds op de door de NZa bekend te maken wijze.

17.10 De NZa verbindt aan beschikkingen met betrekking tot vaststelling, verlening en bevoorschotting van (positieve) verrekenbedragen de navolgende voorwaarden, voorschriften en beperkingen:

- Voorschot en beschikbaarheidsbijdrage mogen uitsluitend worden besteed aan de activiteiten en daarmee verband houdende kosten van de zorg bedoeld in artikel 16 van deze beleidsregel;
- De zorgaanbieder draagt zorg voor een overzichtelijke en doelmatige administratie die een juist, volledig en actueel beeld geeft van de activiteiten waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is toegekend;
- Van alle uitgaven die betrekking hebben op activiteiten waarvoor de beschikbaarheidsbijdrage is toegekend alsmede van alle inkomsten die in aanmerking kunnen worden genomen bij de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage bewaart de zorgaanbieder deugdelijke bewijsstukken;
- De zorgaanbieder stelt de NZa en CVZ onverwijld in kennis van feiten of omstandigheden die redelijkerwijs van belang kunnen zijn voor wijziging of intrekking van de verlening, de voorschotregeling, of voor vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage.

Bij niet naleving van deze voorwaarden, voorschriften of beperkingen kan de NZa besluiten tot wijziging, intrekking en terugvordering.

De beleidsregels Garantierегeling kapitaallasten 2011 t/m 2016 en Garantierегeling kapitaallasten 2012 t/m 2016 categorale instellingen (hierna "Garantierегeling") bieden instellingen die onder de reikwijdte ervan vallen bij afschaffing van (functiegerichte) budgettering een in de tijd afnemende gegarandeerde vergoeding voor kapitaallasten. Omdat de verrekenfactor voor 2012 (en voor zelfstandige revalidatiecentra ook in 2013) hoger is dan deze minimaal gegarandeerde vergoeding voor kapitaallasten die voor dat jaar geldt blijft de in de Garantierегeling bedoelde aanvullende vergoeding buiten toepassing. Voor 2013 (respectievelijk 2014) is de verrekenfactor echter lager dan de minimaal gegarandeerde vergoeding en vindt er ook geen nacalculatie in de zin

³ Voor het jaar 2012 geldt daarbij dat betalingen in de maand januari worden verondersteld gemiddeld voor 11,5 maanden rente-effect te hebben in 2012, betalingen in februari voor 10,5 maanden, (...), betalingen in december voor 0,5 maand

van de Garantierегeling meer plaats. Met ingang van dat jaar kan de beleidsregel dus toepassing vinden. Op enkele onderdelen is er dan een nadere uitleg van de Garantierегeling nodig. Deze luidt als volgt.

18. Toepassing garantierегeling kapitaallasten
 - 18.1 In 2012 maken kapitaallasten onderdeel uit van het vastgestelde schaduwbudget en blijft de Garantierегeling buiten toepassing.
 - 18.2 De beleidsregel Garantierегeling kapitaallasten 2011 t/m 2016 en de beleidsregel Garantierегeling kapitaallasten 2012 t/m 2016 categorale instellingen worden vanaf 2013 respectievelijk 2014 toegepast met inachtneming van het in dit artikel bepaalde.
 - 18.3 Onder "ontvangen vergoeding voor kapitaallasten" als genoemd in de Garantierегeling wordt verstaan: een vast percentage van het vaste bedrag bedoeld in artikel 10.2. Het vaste percentage bedraagt 16% van de omzet uit prestatiebekostiging (inclusief verrekenbedrag) voor zover deze radiotherapeutische zorgproducten⁴ betreft en 8% van de overige omzet uit prestatiebekostiging (inclusief verrekenbedrag).
 - 18.4 Onder "kapitaallastenvergoeding in de aanvaardbare kosten" in de Garantierегeling wordt, naast de vergoeding voor rente en afschrijvingen gebouwen en installaties, mede verstaan: de in het budget van 2012 verwerkte rentevergoeding over werkkapitaal en inventaris.

2.2 Transitie-model categorale instellingen

Voor categorale zorgaanbieders is het in paragraaf 2.1 beschreven model van toepassing voor zover daarvan niet in dit hoofdstuk wordt afgeweken.

2.2.1 Zelfstandige Revalidatiecentra

19. Voor in 2011 als zelfstandig revalidatiecentrum gebudgetteerde instellingen voor medisch specialistische zorg geldt het bepaalde in paragraaf 2.1. Uitsluitend indien de als "Spoor II" bekende wijziging van de productstructuur per 2013 wordt ingevoerd geldt in afwijking van die paragraaf het in de artikelen 20 en 21 bepaalde.
20. Looptijd, transitiebedrag en verrekenfactoren
 - 20.1 De transitieperiode beslaat de jaren 2012, 2013 en 2014.
 - 20.2 De verrekenfactoren zijn: 0,95 voor 2012, 0,95 voor 2013 en 0,70 voor 2014.
 - 20.3 Het transitiebedrag wordt tweemaal bepaald, eerst over 2012 en wederom over 2013.
21. Schaduwbudget

Het schaduwbudget voor 2012 en (indien van toepassing) 2013

⁴ Zorgproductgroep 990061

wordt berekend op basis van de voor het jaar 2011 geldende FB systematiek zoals opgenomen in paragraaf 3.2.1. In beide jaren maken kapitaallasten onderdeel uit van het vastgestelde schaduwbudget en blijft de beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten 2012 t/m 2016 categorale instellingen buiten toepassing.

2.2.2 Zelfstandige Dialysecentra

22. Voor in 2011 als zelfstandige dialysecentrum gebudgetteerde instellingen voor medisch specialistische zorg geldt het bepaalde in paragraaf 2.1. met dien verstande dat het schaduwbudget voor 2012 wordt berekend op basis van de systematiek en parameterwaarden zoals opgenomen in paragraaf 3.2.2.

2.2.3 Zelfstandige Radiotherapeutische centra

23. Voor in 2011 als zelfstandig radiotherapeutische centrum gebudgetteerde instellingen voor medisch specialistische zorg geldt het bepaalde in paragraaf 2.1. met dien verstande dat het schaduwbudget voor 2012 wordt berekend op basis van de systematiek en parameterwaarden zoals opgenomen in paragraaf 63.

2.2.4 Zelfstandige Audiologische centra

24. Voor in 2011 als zelfstandig audiologische centrum gebudgetteerde instellingen geldt het bepaalde in paragraaf 2.1 voor zover daarvan niet in de artikelen 25 tot en met 27 wordt afgeweken.
25. Schaduwbudget

Het schaduwbudget voor 2012 en voor 2013 wordt berekend op basis van de systematiek en parameterwaarden zoals opgenomen in paragraaf 3.2.4.
26. Looptijd, transitiebedrag en verrekenfactoren.
 - 26.1 De transitieperiode beslaat de jaren 2012, 2013 en 2014.
 - 26.2 Het transitiebedrag wordt twee maal bepaald, eerst over 2012 en wederom over 2013.
 - 26.3 De verrekenfactoren bedragen 0,95 voor 2012, 0,95 voor 2013 en 0,70 voor 2014.
27. Verrekenpercentage

Op (audiologische) zorgproducten die na 31 december 2011 geopend worden is geen verrekenpercentage van toepassing. Bij (audiologische) zorgproducten die voor of op die datum zijn geopend en in 2012 worden gedeclareerd, dient het percentage geldend bij opening van het zorgproduct te worden gehanteerd.

2.2.5 Centra voor erfelijkheidsadviesing

28. Voor in 2011 als centrum voor erfelijkheidsadviesing gebudgetteerde instellingen geldt het bepaalde in paragraaf 2.1.

met dien verstande dat het schaduwbudget voor 2012 wordt berekend op basis van de systematiek en parameterwaarden zoals opgenomen in paragraaf 75.2.

3. Opbouw schaduwbudget

3.1 Schaduwbudget ziekenhuizen en UMC's

Bron: BR/CU-2040

Dit onderdeel van de beleidsregel beschrijft de vaststelling van het schaduwbudget voor ziekenhuizen en UMC's. Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan bod:

- Definities en vaststelling budget
- Jaarlijkse indexatie
- Budgetparameters:
 - *beschikbaarheid*
 - *capaciteit*
 - *productie*
 - *bijzondere functies voorzieningen*
 - *hartrevalidatie*
 - *1e lijnszorg*
 - *Indeling ziekenhuizen*
 - *Fusie van ziekenhuizen*
 - *1elijns laboratoriumonderzoek*
- Gespecialiseerde brandwondenzorg
- Hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten
- Locatiegebonden kosten
- Investerings in medische en overige inventarissen
- Dubieuze debiteuren
- Lokale productiegebonden toeslag
- Extramuraal afleveren van geneesmiddelen
- Specifieke regelgeving UMC's

29. Schaduwbudget

De hoogte van het schaduwbudget wordt vastgesteld aan de hand van de in deze paragraaf beschreven budgetparameters en parameterwaarden en de in paragraaf 3.11 beschreven budgetparameters voor (dure) geneesmiddelen. Alle bedragen in dit deel van de beleidsregel zijn exclusief de kapitaallastencomponent beschreven in paragrafen 3.3 tot en met 3.6.

30. Bij de vaststelling van het schaduwbudget worden de vergoedingen voor de navolgende kostensoorten betrokken:

- loonkosten en materiële kosten FB: deze zijn opgebouwd uit de parameters beschikbaarheid, capaciteit, productie en bijzondere functies/voorzieningen, hartrevalidatie en 1e lijnszorg;
- loonkosten en materiële kosten inzake 1e lijns laboratoriumonderzoek;
- kosten in verband met hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten;
- loonkosten en materiële kosten onderhoud;
- loonkosten medisch specialisten in loondienst: deze loonkosten betreffen de maximale vergoeding voor loonkosten van de in loondienst werkzame medisch specialisten;

- overige loon- en materiële kosten: deze kosten betreffen loonkosten die samenhangen met scholingsmiddelen waarvoor parameters zijn vastgesteld, kosten van regionale samenwerkingsverbanden en overige historisch vastgestelde vergoedingen;
- locatiegebonden kosten: Heffingen, belastingen, verzekeringen en energiekosten;
- afschrijvingskosten inventarissen: deze zijn opgebouwd vanuit de beleidsregel(component) Investerings in (medische) inventarissen;
- afschrijvingskosten van apparatuur als bedoeld in artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (WBMV): deze zijn opgebouwd vanuit artikel 13.3;
- afschrijvingskosten instandhoudinginvesteringen: deze zijn opgebouwd uit de verschillende bedragen genoemd in de beleidsregel Instandhoudingsinvestering;
- afschrijvingskosten trekkingsrechten: deze zijn opgebouwd uit de verschillende parameterwaarden uit de beleidsregel Instandhoudingsinvestering;
- overige afschrijvingskosten: deze zijn opgebouwd uit de afschrijvingskosten van investeringen in gebouwen;
- rentekosten: deze kosten worden bepaald door toepassing van het rekenschema uit paragraaf 3.3 van deze beleidsregel;
- doorberekende kapitaallasten: deze kosten worden gevormd door de aan derden doorberekende kapitaallasten, waarvoor vergunning is verleend;
- aftrek kapitaallasten PAAZ;
- aftrek kapitaallasten met betrekking tot DBC-B (bevroren op het niveau van de nacalculatie 2011);
- overige kosten waaronder de lokale productiegebonden component, overige kosten algemeen, differentiatiecomponent en kortingscomponent.

In het schaduwbudget wordt geen vergoeding voor de zogenoemde kassiersfunctie ten behoeve van productiesamenwerkingsverbanden of integrale kankercentra (IKC's) opgenomen, maar kan wel een vergoeding worden opgenomen voor kapitaallasten en locatiekosten (energie en onderhoud) van een productiesamenwerkingsverband.

31. Indexering

De NZa zal de parameterwaarden in het jaar 2012 ambtshalve op de volgende wijze indexeren.

Loonkosten

Het totaal van de in het schaduwbudget opgenomen loonkosten wordt aangepast op basis van de door de Minister van VWS aangegeven overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova). Zolang de overheidsbijdrage nog niet bekend is, wordt de door de Minister van VWS vastgestelde voorcalculatie toegepast.

Materiële kosten

De aanpassing van de materiële kosten in jaar t wordt gebaseerd op gegevens uit de tabel 'middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP) van het jaar t en bestaat uit een eindcalculatie voor het jaar t en uit een structurele doorwerking van de uit het CEP van jaar t blijvende afwijking van de eindcalculatie van het jaar t-1. Zolang de eindcalculatie nog niet bekend is wordt de door de Minister van VWS vastgestelde voorcalculatie toegepast.

Eindcalculatie jaar t (A):

$$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t}}{\text{particuliere consumptie jaar t in prijzen t-1}} - 1$$

Structurele doorwerking afwijking jaar t-1 (B):

$$\frac{\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-1}}{(\text{particuliere consumptie jaar t-1 in prijzen t-2}) * (1 + \text{eindcalculatie t-1})} - 1$$

Totale aanpassing jaar t: $[(1+A) \times (1+B)] - 1$.

32. Budgetparameters Schaduwbudget

32.1 Beschikbaarheidskosten⁵

De beschikbaarheidskosten worden berekend door vermenigvuldiging van het adherentiegetal per ziekenhuis, zoals dit door Kiwa Prismant is vastgesteld, met de in artikel 33 genoemde parameterwaarden per adherente inwoner.

De adherentiegetallen die bij de berekening van de beschikbaarheidskosten in aanmerking worden genomen worden in 2012 herzien. Voor het jaar t geldt het gemiddelde van de adherentiegetallen van het jaar t-4 tot en met t-2. Deze berekening wordt zowel voor de klinische als de poliklinische adherentie toegepast.

32.2 Overige parameters

Voor wat betreft de kosten die samenhangen met productiekosten, capaciteitskosten, kosten voor bijzondere functies/voorzieningen, hartrevalidatie en 1e-lijnskosten wordt het schaduwbudget berekend door het totaal van de in het lokaal overleg overeengekomen aantal volume-eenheden (met een maximum van het blijkens de jaarrekening werkelijk aantal geregistreerde parameters) te vermenigvuldigen met de parameterwaarden uit artikel 33 van deze beleidsregel.

33. Parameterwaarden algemene en UMC's

⁵ De hier bedoelde Beschikbaarheidskosten dienen te worden onderscheiden van de kosten van beschikbaarheid als bedoeld in de beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage 2012.

Overzicht parameterwaarden

	Loon UMC's	Loon Algemene Ziekenhuizen	Materieel
Beschikbaarheidskosten			
Klinische adherentie	€ 29,73	€ 29,40	€ 7,59
Poliklinische adherentie	€ 12,37	€ 12,23	€ 3,15
Capaciteitskosten			
Gewogen specialisten eenheden	€ 216.172,66	€ 213.774,88	€ 7.366,05
Erkende bedden	€ 7.986,48	€ 7.897,90	€ 153,82
Bed brandwonden	€ 143.752,30	€ -	€ 43.559,46
Bed chr. beademing	€ 88.016,99	€ 87.040,70	€ 1.858,18
Bed neurochirurgie	€ 52.285,73	€ 51.705,78	€ 4.600,32
Post-IC high care bed	€ 11.025,71	€ 10.903,42	€ 18.623,80
Lineaire versneller	€ 332.366,72	€ 328.680,11	€ 50.876,28
Traumacentrum ⁶	€ 644.774,36	€ 637.622,53	€ 58.345,90
Helicoptervoorziening*	€ 1.113.798,91	€ -	€ 2.872.156,41
MMT-voertuig*	€ -	€ -	€ 10.166,64
Coörd. Reg. Overleg acute zorg	€ 36.707,76	€ 36.300,60	€ 3.247,71
OTO bij rampen en crisis	€ 910.146,34	€ 900.051,01	€ 81.597,71
Donorteam per fte ¹	€ 130.990,83	€ -	€ -
Productiekosten			
Opname-1 ⁷	€ 490,29	€ 484,85	€ 536,93
Opname-2	€ 509,19	€ 503,54	€ 590,84
Verpleegdag-1	€ 45,90	€ 45,39	€ 9,79
Verpleegdag-2	€ 47,39	€ 46,86	€ 10,03
1e polikl.bezoeker-1	€ 90,90	€ 89,89	€ 42,07
1e polikl.bezoeker-2	€ 94,64	€ 93,59	€ 46,14
Dagverpleging-1	€ 255,83	€ 253,00	€ 115,58
Dagverpleging-2	€ 260,78	€ 257,89	€ 122,22
'Zware' dagverpleging-1	€ 582,05	€ 575,59	€ 556,49
'Zware' dagverpleging-2	€ 603,98	€ 597,28	€ 610,88
M14 - 1	€ 255,83	€ 253,00	€ 115,58
M14 - 2	€ 260,78	€ 257,89	€ 122,22
Verpleging in thuisituatie i.v.m. medisch specialistische zorg (per 5 minuten)	€ 6,39	€ 6,39	
Kosten bijzondere functies/voorzieningen			
Hartoperaties	€ 3.260,21	€ 3.224,04	€ 4.695,69
MICU-rit	€ 1.993,37	€ 1.971,26	€ 311,21
Gecombineerde klep / CABG operatie	€ 9.985,57	€ 9.874,81	€ 6.390,81
TAAA (aortachirurgie)	€ 13.954,13	€ 13.799,35	€ 7.500,39
Ptca's	€ -	€ -	€ 4.570,93

⁶ Vergoedingen voor traumacentra, helicoptervoorziening, MMT-voertuig, coördinatie en OTO worden opgenomen in beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage 2012.

⁷ Instelling en zorgverzekeraar kunnen (in afwijking van de DOT-systematiek) overeenkomen dat voor observatie op een verpleegafdeling, IC, high- of medium care afdeling een opname wordt geregistreerd. Zie voor een nadere uitleg de circulaire van 21 februari 2012 met kenmerk CI/12/63c.

Stents	€ -	€ -	€ 932,21
Drug eluting stent	€ -	€ -	€ 1.369,02
Radiologische stent	€ -	€ -	€ 2.358,61
Oesophagus	€ 14.871,38	€ 14.706,43	€ 4.387,02
AICD-implantatie	€ -	€ -	€ 33.889,47
Catheterablatie	€ -	€ -	€ 4.214,55
Implantatie kunsthart (LVAD)	€ 92.158,90	€ 91.136,67	€ 118.974,53
Plaatsing eenz.thalamusstimulator bij bew.st.	€ -	€ -	€ 13.628,60
Plaatsing tweez.thalamusstimulator bij bew.st.	€ -	€ -	€ 22.760,23
Vervanging eenz.thalamusstimulator bij bew.st.	€ -	€ -	€ 10.902,64
Vervanging tweez.thalamusstimulator bij bew.st.	€ -	€ -	€ 17.171,76
Neurostimulator	€ -	€ -	€ 15.934,66
Plaatsing nervus vagus stimulator	€ -	€ -	€ 13.307,51
Neurointerventie coiling ongeruptureerd	€ 4.960,42	€ 4.905,80	€ 12.202,23
Neurointerventie coiling geruptureerd	€ 12.029,65	€ 11.896,21	€ 13.438,96
Neurointerventie AVM	€ 4.273,57	€ 4.226,17	€ 7.382,45
Neurointerventie ballon	€ 2.423,70	€ 2.396,82	€ 5.644,26
Neurointerventie menigeoom	€ 859,10	€ 849,57	€ 5.349,95
Vervanging nervus vagus stimulator	€ -	€ -	€ 10.735,48
Opname neonatale IC	€ 11.587,48	€ 11.458,95	€ 5.989,93
Opname pediatrie IC	€ 3.643,78	€ 3.603,37	€ 2.070,40
Beademingsdagen IC	€ 1.013,03	€ 1.001,79	€ 99,68
Multi-traumapatiënten (ISS=16)	€ 10.036,04	€ 9.924,72	€ 13.826,59
Knieën	€ -	€ -	€ 5.337,84
Heupen	€ -	€ -	€ 3.296,32
Hoofd-halsoncologie	€ 18.868,46	€ 18.659,17	€ 7.071,72
Teletherapie eenvoudig D611	€ 385,57	€ 381,29	€ 59,84
Teletherapie standaard D612	€ 1.235,05	€ 1.221,35	€ 190,34
Teletherapie intensief D613	€ 2.116,02	€ 2.092,55	€ 325,98
Teletherapie bijzonder D614	€ 3.554,70	€ 3.515,27	€ 547,09
Brachytherapie eenvoudig D621	€ 187,53	€ 185,45	€ 29,06
Brachytherapie standaard D622	€ 320,68	€ 317,12	€ 43,89
Brachytherapie intensief D623	€ 652,85	€ 645,61	€ 100,29
Brachytherapie bijzonder D624	€ 2.310,55	€ 2.284,92	€ 356,19
Brachytherapie bijzonder D625	€ 2.310,55	€ 2.284,92	€ 4.923,23
Niertransplantaties	€ 18.127,00	€ 17.925,94	€ 6.163,08
Niertransplantatie levende donoren	€ 9.728,83	€ 9.620,92	€ 5.528,38
Jaarkaart niertransplantaties	€ 959,61	€ 948,96	€ 463,37
BMT autoloog AML	€ 29.065,18	€ 28.742,79	€ 17.466,03
BMT allogeen perifeer bloed PBSCT	€ 26.012,83	€ 25.724,29	€ 31.745,89
BMT allogeen donor verwant	€ 15.009,15	€ 14.842,66	€ 29.619,04
BMT allogeen donor onverwant	€ 75.338,13	€ 74.502,48	€ 63.506,13
BMT allogeen nazorg	€ 7.688,19	€ 7.602,91	€ 4.220,89
Pre-harttransplantatie	€ 22.988,55	€ 22.733,56	€ 1.940,69
Harttransplantaties	€ 49.089,22	€ 48.544,72	€ 28.460,41
Nazorg harttransplantaties	€ 17.968,11	€ 17.768,80	€ 8.173,02
Thuisbeademing basis	€ 642,32	€ 635,20	€ 2.236,43

Thuisbeademing 1	€ 1.245,77	€ 1.231,95	€ 4.986,66
Thuisbeademing 2	€ 1.553,72	€ 1.536,48	€ 7.299,42
Pre-levertransplantatie	€ 24.204,77	€ 23.936,29	€ 2.384,99
Levertransplantatie	€ 51.000,65	€ 50.434,96	€ 29.648,83
Nazorg levertransplantatie	€ 18.966,61	€ 18.756,23	€ 8.791,76
Pre-(hart)longtransplantatie	€ 5.600,56	€ 5.538,43	€ 1.342,40
(Hart)longtransplantatie	€ 70.979,74	€ 70.192,44	€ 17.958,28
Nazorg (hart)longtransplantatie	€ 26.086,67	€ 25.797,32	€ 6.066,05
Cochleaire implantaties kinderen	€ 9.057,65	€ 8.957,19	€ 45.857,74
Nazorg cochl. impl. kinderen	€ 2.060,63	€ 2.037,77	€ 1.427,47
Cochleaire implantaties volwassenen	€ 7.437,34	€ 7.354,84	€ 37.744,17
Nazorg cochl. impl. volwassenen	€ 1.354,64	€ 1.339,62	€ 1.872,56
Eerste implementatie BAHA	€ -	€ -	€ 3.498,95
PGD per aangemelde patiënt	€ 1.141,57	€ 1.128,90	€ 78,86
PGD per behandeling (cyclus)	€ 3.970,40	€ 3.926,36	€ 1.625,78
Spraak- en taaldiagnostiek: vast per instelling	€ 22.620,16	€ 22.369,25	€ -
Spraak- en taaldiagnostiek: vast per kind	€ 720,89	€ 712,89	€ -
In vitro fertilisatie	€ 486,44	€ 481,05	€ 294,16
Hiv-opname	€ 1.245,85	€ 1.232,04	€ 74,44
Hiv-verpleegdag	€ 42,23	€ 41,76	€ 21,55
Hiv-polikl.bezoek	€ 2.767,64	€ 2.736,94	€ 1.202,09
Hiv-dagverpleging	€ 698,56	€ 690,81	€ 118,80
Cystic fibrosis volwassenen	€ 5.780,02	€ 5.715,91	€ 1.151,62
Cystic fibrosis kinderen	€ 6.280,34	€ 6.210,68	€ 1.444,91
Haemodialyses (H1)	€ 207,46	€ 205,16	€ 151,68
CAPD-dgn (H2)	€ 21,20	€ 20,96	€ 88,72
Haemodialyses (H4)	€ 207,46	€ 205,16	€ 218,29
CAPD-dgn (H5)	€ 21,20	€ 20,96	€ 111,41
Thuisdialyse (W7)	€ 126,24	€ 124,84	€ 123,32
Thuisdialyse (W8)	€ 126,24	€ 124,84	€ 191,37
Thuisdialyse (W9)	€ 296,00	€ 292,72	€ 123,32
Thuisdialyse (W10)	€ 296,00	€ 292,72	€ 191,37
CCPD (W11)	€ 21,20	€ 20,96	€ 99,56
CCPD (W12)	€ 21,20	€ 20,96	€ 122,24
RBV	€ 75,86	€ 75,02	€ 11,03
Neonatale screening (hielpriek) ⁸	€ -	€ -	€ 1.096,65
Hartrevalidatie			
Intakecontact (ziekenhuizen)	€ 209,83	€ 207,50	€ 46,29
Informatiemodule (ziekenhuizen)	€ 114,03	€ 112,77	€ 25,16
FIT-module > tien sessies (ziekenhuizen)	€ 263,04	€ 260,12	€ 58,04
FIT-module ≥ tien sessies (ziekenhuizen)	€ 524,26	€ 518,45	€ 115,67
PEP-module (ziekenhuizen)	€ 949,42	€ 938,89	€ 209,47
Scholingsmiddelen per leerling	€ 534,41	€ 528,48	€ -
Bijdrage Landelijke Neonatologie Registratie	€ -	€ -	€ 19.759,97
1e-lijnskosten			

⁸ Geldt alleen voor academische ziekenhuizen

Poliklinische bevalling -1	€ 255,83	€ 253,00	€ 115,58
Poliklinische bevalling -2	€ 260,78	€ 257,89	€ 122,22
Cervix-onderzoeken	€ 11,55	€ 11,43	€ 5,90
Lab.1e lijn huisbezoek	€ 7,08	€ 7,00	€ 2,41
Lab.1e lijn afnames-1 ⁹	€ 4,44	€ 4,39	€ 1,52
Lab.1e lijn afnames-2 ⁹	€ 11,03	€ 10,90	€ 3,76
Lab.1e lijn analyses ¹⁰	49%	49%	51%
Trombotest	€ 8,36	€ 8,27	€ 2,19
Zelfmeting bloedst.waarden training	€ 283,41	€ 280,26	€ 222,65
Zelfmeting bloedst.waarden begeleiding	€ 240,98	€ 238,30	€ 702,18
Röntgenonderzoeken ¹¹	41,30%	41,30%	8,50%
Functieonderzoeken ¹¹	46,30%	46,30%	10,80%
Ergotherapie ¹¹	84,90%	84,90%	17,00%
Logopedie ¹¹	84,90%	84,90%	17,00%

34. Aantal gewogen specialisteneenheden

Het aantal gewogen specialisteneenheden wordt berekend door het aantal poortspecialisten (specialistenaantallen) te vermenigvuldigen met de in onderstaande tabel genoemde wegingsfactoren.

⁹ Voor toepassing van deze parameter wordt verwezen naar artikel 40.

¹⁰ In procenten van de omzet.

¹¹ In procenten van de omzet, geldt alleen voor UMC's

Wegingsfactoren voor classificatie functieniveau

Specialisme	Wegingsfactor
Internisten	1,26
Geriaters	1,75
Longartsen	1,52
Cardiologen	1,23
Reumatologen	0,88
Maag-/darmartsen	1,26
Allergologen	0,20
Kinderartsen	0,73
Chirurgen	1,47
Orthopeden	1,45
Urologen	0,93
Plastisch Chirurgen	0,66
Neurochirurgen	1,09
Cardio-pulmonale chirurgen	2,14
Gynaecologen	0,73
Oogartsen	0,18
KNO-artsen	0,25
Dermatologen	0,37
Neurologen	1,24
Neuroloog/zenuwarts	0,90
Liaisonpsychiaters	1,07
Revalidatieartsen	0,66
Radiotherapeuten	0,93 (alleen voor opname)
Tandartsspecialisten voor	
- mondziekten en kaakchirurgie	0,53
- dentomaxiliaire orthopedie	0,37
Anesthesisten (pijnbestrijding)	1,64 (alleen voor opname en polikliniekbezoek)

35. Groepsindeling ziekenhuizen/ classificatie functieniveau

Omdat de aanwezigheid van medische specialisten in ziekenhuizen en de mate waarin en de wijze waarop zij gebruik maken van de diverse behandel-, onderzoek- en verzorgingsvoorzieningen in overwegende mate het kostenniveau bepalen, geldt ten behoeve van de toepassing van dit deel van de beleidsregel een classificatie van het functieniveau

Het gewogen aantal specialisteneenheden is bepalend voor de groepsindeling van het ziekenhuis en voor de waardering van de parameters specialisteneenheid alsmede voor de berekening van het aantal gewogen parameters volgens artikel 36.

Voor de toepassing van de parameterwaarden voor de productieparameters is de indeling van een individueel algemeen ziekenhuis in groep 1 tot en met 3 afhankelijk van het totaal aantal gewogen specialisteneenheden volgens onderstaande tabel.

Groepsindeling o.b.v. gewogen specialisteneenheden

Groep	Aantal gewogen specialisten-/functie-eenheden (x)
1	$X \leq 62,5$
2	$62,5 < x \leq 88,0$
3	$X > 88,0$

36. Differentiatie parameterwaarden naar aantal specialisten

In het onderdeel Productiekosten van artikel 33 zijn de parameters opname, verpleegdag, 1e polibezoek, dagverpleging, zware dagverpleging, M14, thuisbeademing, en poliklinische bevalling verdeeld in groepen. De bepaling van de groep van een ziekenhuis vindt plaats op de in artikel 35 beschreven manier. Voor ziekenhuizen die in groep 1 vallen gelden de laagste parameterwaarden, voor ziekenhuizen die in groep 3 vallen de hoogste parameterwaarden. Voor de ziekenhuizen die in groep 2 vallen worden de parameterwaarden bepaald door lineaire interpolatie tussen de aangegeven grenswaarden.

37. Fusie van instellingen

Ingeval er sprake is van een fusie van ziekenhuizen die tot uitdrukking komt in een nieuwe (gemeenschappelijke) toelating, kan het verschil tussen het totaal van de per ziekenhuis berekende schaduwbudgetten en het schaduwbudget voor het fusieziekenhuis in het schaduwbudget van het fusieziekenhuis worden opgenomen. Uitgangspunt hierbij is dat dit verschil aan het schaduwbudget kan worden toegevoegd wanneer er sprake is van een reële fusie.

38. Beperking beleidsregeltoepassing bij het niet uitoefenen van een functie

Indien de kosten van onderstaande activiteiten niet ten laste van het ziekenhuis komen zal de toepassing van de in artikel 33 vermelde parameterwaarden verminderd worden met:

<u>Bedragen per gewogen</u>		<u>voor de loonkosten van:</u>
<u>Specialisteneenheid</u>		
UMC	Algemeen ziekenhuis	de leiding van de klinisch-chemische/hematologische laboratoria
€ 20.407,83	€ 20.181,46	

39. Capaciteit

Capaciteit wordt bepaald door de bedden capaciteit en specialistenaantallen. Dit artikel bepaalt de uitgangspunten voor de te hanteren wijzigingen specialistenaantallen en beschrijft het beleid inzake capaciteits-wijzigingen.

39.1 Voor de omschrijving en de bepaling van de basiscapaciteit betreffende bedden, specialisten wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

39.2 Wijziging specialistenaantallen

Het schaduwbudget kan worden aangepast in verband met wijzigingen in het aantal specialistenaantallen indien daarover tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het lokaal overleg overeenstemming bestaat.

Indien een dergelijke overeenkomst niet tot stand komt en één of meerdere partijen uit het lokaal overleg bij de NZa een verzoek tot aanpassing van het aantal capaciteitseenheden indienen, zal de NZa de beoordeling van een dergelijk verzoek aanhouden tot een door de desbetreffende representatieve organisaties van zorgaanbieders respectievelijk zorgverzekeraars aangewezen arbitragecommissie een uitspraak heeft gedaan over het geschil tussen lokale partijen.

39.3 Wijziging aantallen ondersteunende specialisten

De aanvaardbare kosten kunnen worden aangepast in verband met een wijziging van het aantal specialisten die niet worden genoemd in artikel 34. Het betreft hier de zogenaamde ondersteunende specialismen (anesthesiologie, radiologie, pathologie, medische microbiologie). De aanpassing heeft betrekking op de loonkosten voor de genoemde specialismen, voor zover sprake is van een loondienstverband met het ziekenhuis.

39.4 Moment verwerking wijziging

Bij aanpassing van de specialistencapaciteit wordt de capaciteitsuitbreiding in het schaduwbudget verwerkt vanaf het moment dat de desbetreffende specialist daadwerkelijk in de instelling is toegelaten of eruit is vertrokken.

39.5 Overzicht mutaties specialistenaantallen

Zorgaanbieders en -verzekeraars stellen gezamenlijk een overzicht op van erkende en werkelijk aanwezige specialistenaantallen, waarin de overeengekomen mutaties alsmede de datum waarop de wijzigingen in de werkelijk aanwezige aantallen specialisteneenheden zijn gerealiseerd, worden weergegeven. Dit overzicht dient te worden bijgevoegd bij de aanvraag voor een schaduwbudget zoals deze wordt ingediend bij de NZa.

39.6 WBMV

Uitsluitend voor de onder artikel 2 of artikel 8 WBMV vallende functies geldt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het lokaal overleg eveneens een afspraak kunnen maken over een mutatie in de onder 39.1 bedoelde capaciteitsparameters.

40. Laboratorium 1^e lijn

Bij de vaststelling van het schaduwbudget inzake klinisch-chemische en microbiologische laboratoriumonderzoeken geldt een bedrag voor orderkosten (bedrag per afname) en een bedrag voor analysekosten (de analysetarieven).

Orderkosten

Voor de loonkosten, materiële kosten en afschrijvingskosten van inventarissen ten behoeve van afname van patiëntenmateriaal en orderverwerking van klinisch-chemische, hematologische en microbiologisch-serologische laboratoriumonderzoeken ten behoeve van eerstelijnspatiënten is maximaal incalculerbaar:

- a. per afname € 5,91 tot € 14,79, afhankelijk van de deconcentratie-graad¹;
- b. naast de onder a. genoemde bedragen per huisbezoek € 9,41.

Hierbij geldt als uitgangspunt dat bij een (bijna) geheel centrale afnamesituatie voor de eerstelijnsafnamen de parameterwaarde € 5,91 van toepassing is en dat bij een deconcentratiegraad van 76% of meer decentrale afnamen € 14,79 als maximale parameterwaarde geldt.

De bedragen voor tussenliggende deconcentratiegraad in groep 2 worden berekend door interpolatie.

groep 1

deconcentratiegraad kleiner of gelijk aan 15% € 5,91 per afname;

groep 2

deconcentratiegraad tussen 15 en 76% € 5,91 tot € 14,79 per afname;

groep 3

deconcentratiegraad hoger of gelijk aan 76% € 14,79 per afname.

40.1 Analysekosten

De tarieven voor analysekosten, zoals vermeld in de bijlage "Overzicht overige zorgproducten per segment" van de beleidsregel Prestaties en tarieven Medisch specialistische zorg.

41. Gespecialiseerde brandwondenzorg

In het schaduwbudget van aanbieders van gespecialiseerde brandwondenzorg als bedoeld in de beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage 2012 die in 2011 een budgetvergoeding voor de gespecialiseerde brandwondenzorg hebben ontvangen op basis van de beleidsregel CU-2032 wordt de betreffende budgetvergoeding gehandhaafd.

42. Hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten

De door de minister ex artikel 8 WBMV aangewezen ziekenhuizen als centrum voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten, komen in aanmerking voor een specifieke compensatie van de kosten voor hemofiliebehandeling en aanverwante hemostaseziekten in het schaduwbudget 2012.

De compensatie in het jaar t bedraagt 100% van de kosten in het jaar t van de in het kader van een behandelplan toegediende dan wel afgeleverde stollingsfactoren voor de behandeling van

¹ Voor definitie van de deconcentratiegraad wordt verwezen naar de beleidsregel definities tweede lijns curatieve somatische zorg.

patiënten met de aandoeningen hemofilie A en B, Von Willebrandziekte, congenitale geïsoleerde stollingsfactordeficiënties en congenitale thrombocytopathie. De stollingsfactoren die voor compensatie in aanmerking komen zijn opgenomen in bijlage 6 ("Indicaties Stollingsfactoren") bij de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

43. Locatiegebonden kosten

Onder locatiegebonden kosten worden de volgende kosten verstaan:

43.1 Kapitaallasten

Deze bestaan uit: kosten van huur en leasing van terreinen, gebouwen en installaties (rekeningnummer 48321) en rente- en afschrijvingskosten.

Voor deze kostencategorieën zijn de navolgende beleidsregels respectievelijk paragrafen van deze beleidsregel van toepassing:

- Paragraaf 3.3 Rente
- Paragraaf 3.4 Renteprotocollering
- Paragraaf 87 Afschrijving
- Paragraaf 3.9 Huur en Erfpacht
- Paragraaf 3.6 Instandhoudingsinvesteringen
- Paragraaf 3.7 Instandhoudinginvesteringen UMC's
- Paragraaf 3.8 Kapitaallasten bij uitbesteding
- Paragraaf 3.10 Huur en erfpacht UMC's

43.2 Loon- en materiële kosten

43.2.1 Locatiegebonden kosten algemene ziekenhuizen

Voor de bepaling van kosten van energie, onderhoud, heffingen belastingen en verzekeringen geldt het aantal normatieve vierkante meters van een instelling zoals dat ten behoeve van de toepassing van de beleidsregel instandhoudinginvesteringen door het Ministerie van VWS is vastgesteld als basis. Hierbij gelden de volgende bedragen per normatieve m²:

Locatiegebonden kosten algemene ziekenhuizen

Parameter	Parameterwaarde
Loonkosten onderhoud	€ 28,89
Materiële kosten onderhoud	€ 18,32
Energiekosten	€ 30,51
Belastingen, heffingen, verzekeringen	€ 12,76

43.2.2 Locatiegebonden kosten UMC's

Voor de bepaling van kosten van energie, onderhoud, heffingen belastingen en verzekeringen gelden de volgende parameterwaarden per bed:

Locatiegebonden kosten UMC's

Parameter	Parameterwaarde
Loonkosten onderhoud	€ 4.831,73
Materiële kosten onderhoud	€ 2.332,28
Energiekosten	€ 5.046,99
Belastingen, heffingen, verzekeringen	€ 1.921,30
Kostenbedragen per m²	
loonkosten onderhoud bij uitbreiding na 1997	€ 42,77
materiële kosten bij uitbreiding na 1997	€ 82,42

Vanaf 1 januari 2006 is alleen sprake van mutatie van de m² als sprake is van uitbreidingsbouw die via het WTZi-traject is goedgekeurd en waarvan de uitbreiding van de m² expliciet in de goedkeuring door VWS is vermeld. Voor bouwprojecten die op de overgangdatum van 1/1/2004 nog onderhanden waren geldt dat alleen sprake is van mutatie van de m² als de betreffende projecten expliciet in de VWS/OCW-inventarisatie als zodanig zijn aangemerkt en door de instelling een accountantsverklaring wordt verstrekt waarin de uitbreiding van het aantal m² dat gerelateerd is aan het betreffende project wordt gespecificeerd. Ook hiervoor geldt dat de vierkante meters van de zogenaamde niet-noodzakelijke bestanddelen buiten beschouwing blijven.

44. Investerings in medische en overige inventarissen

- 44.1 Voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in medische en overige inventarissen, waarvan de afschrijvingskosten geboekt worden op de rekeningnummers 484112 en 484122, gelden de navolgende maxima:

Maxima investeringen in medische en overige inventarissen

Aantal erkende bedden	Per erkend bed	Per specialisten-eenheid ¹²
< 450	€ 3.910,93	€ 42.160,57
450 – 600	€ 3.910,93 / € 3.051,24	€ 42.160,57 / € 36.638,35
> 600	€ 3.051,24	€ 36.638,35

Onder investeringen in medische en overige inventarissen worden mede begrepen de investeringen, waarvan de financiering geschiedt via huur dan wel leasing.

- 44.2 Indien een instelling is aangesloten bij of gebruik maakt van diensten van een productiesamenwerkingsverband vindt geen aftrek plaats op bovengenoemde bedragen. De investeringen van deze productiesamenwerkingsverbanden worden echter beoordeeld binnen de investeringsbeleidsregel van de aangesloten ziekenhuizen.

Deze bepaling geldt echter uitsluitend indien het productiesamenwerkingsverband is aangesloten bij of gebruik maakt van diensten van:

- klinisch-chemische laboratoria;
- pathologisch-anatomische laboratoria;

¹² Niet zijnde een specialisteneenheid als genoemd in artikel 36.

- bacteriologische laboratoria;
- isotopenlaboratoria;
- apotheken.

44.3 In het schaduwbudget kunnen de (met inachtneming van de beleidsregel afschrijvingen vastgestelde) afschrijvingskosten over de goedgekeurde/vastgestelde investeringsbedragen worden opgenomen, onder aftrek van de in het jaar vrijvallende afschrijvingskosten.

44.4 Indien er sprake is (geweest) van goedkeuring van investeringen in medische en overige inventarissen op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) door de Minister van VWS (worden) de hiermee, bij toepassing van de beleidsregel afschrijvingskosten, gepaard gaande afschrijvingskosten in het schaduwbudget opgenomen. Dit betekent echter dat onverkorte toepassing van de investeringsbeleidsregel in deze situaties leidt tot onevenredig hoge investeringsmogelijkheden. Indien zich deze situatie bij een instelling voordoet zal de werking van de investeringsbeleidsregel gedurende een periode van vijf jaar geheel of gedeeltelijk worden opgeschort. De periode van vijf jaar gaat in op de datum dat de afschrijving over de investeringen ex WTZi is ingegaan. Voor welk deel de opschortende werking geldt wordt bepaald door de volgende formule:

$$(\text{goedgekeurd investeringsbedrag ex WTZi}) \times 1/10 \\ \text{uitkomst toepassing investeringsbeleidsregel in jaar t} \times 100 = \\ \dots\%.$$

44.5 Voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in dialyseapparatuur geldt als maximum per erkende plaats: € 3.391,85. In aanvulling op dit bedrag kan het schaduwbudget worden aangepast in verband met de mutatie in de werkelijke afschrijvings- of leasekosten voor specifieke CCPD-apparatuur (zogenaamde cyclers).

44.6 Investerings ex artikel 2 WBMV

Investerings in medische apparatuur / inventarissen waarvoor goedkeuring is vereist in het kader van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV), alsmede investeringen in apparatuur voor automatische informatieverwerking zijn niet begrepen in de in artikel 44.1 genoemde investeringsbedragen.

44.7 Radiotherapie

Voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in apparatuur ten behoeve van radiotherapie gelden de volgende maximale bedragen:

44.7.1 Megavolttherapie

	VAST	VARIABEL
per lineaire versneller	€ 320.360	€ 131,55 ¹³

44.7.2 Uitbreiding lineaire versneller

In het planningsbesluit radiotherapie 2000 d.d. 21 september 2000 is opgenomen dat voor capaciteitsuitbreiding zonder bouw geen vergunning vereist is voor investeringen in apparatuur tot

¹³ per behandeling die binnen de DBC-systematiek in 2011 viel onder DBC declaratiecode 140626-140629 (Teletherapie T1-T4)

een bedrag van € 13.613.406 per afzonderlijk apparaat. In geval van uitbreiding met een lineaire versneller en randapparatuur kan het verschil tussen de afschrijvingskosten horend bij het investeringsbedrag en de toegroei van de afschrijvingskosten op grond van onderhavige beleidsregel gecompenseerd worden. Het bedrag van de werkelijke investeringskosten wordt, met een maximum van het normatieve investeringsbedrag, als uitgangspunt genomen voor de bepaling van de te compenseren afschrijvingskosten.

Indien de werkelijke investeringskosten gelijk (of hoger) zijn aan de normatieve investeringskosten bedraagt de compensatie voor de afschrijvingskosten per versneller in het eerste jaar 90% van de afschrijvingskosten van het normatieve investeringsbedrag. Dit percentage wordt vervolgens jaarlijks met 10% afgebouwd.

44.7.3 Brachytherapie

VAST

Indien daadwerkelijk brachytherapie plaatsvindt:

2 apparaten ad totaal maximaal € 112.678 bij 89 behandelingen of 200 à 300 applicaties volgens (de voormalige) DBC declaratiecode 140630-140634 (Brachytherapie B1-B5).

Voor zelfstandige radiotherapeutische instellingen geldt bovendien een te investeren bedrag van € 50.000 voor investeringen in (medische) inventarissen per lineaire versneller.

De afschrijvingspercentages voor de in artikel 44.7 genoemde jaarlijkse investeringen luiden 10% voor de vaste investeringsbedragen en 20% voor de variabele investeringsbedragen.

44.8 Neurochirurgie

44.8.1 De afschrijvingskosten voor investeringen tussen € 0,45 miljoen en € 4,5 miljoen, ten behoeve van de functie bijzondere neurochirurgie, kunnen in het schaduwbudget worden opgenomen op basis van een gezamenlijk verzoek van partijen. Voorwaarde is dat het betreffende zorgaanbieder is aangewezen als neurochirurgisch centrum in het kader van het Planningsbesluit Neurochirurgie 2001. Alvorens de afschrijvingskosten in het schaduwbudget op te nemen vindt er een aftrek van € 0,45 miljoen plaats op het investeringsbedrag. De afschrijvingskosten van dit bedrag worden geacht gefinancierd te worden uit de normatieve beleidsregel medische en overige inventarissen.

44.8.2 Voor investeringen boven € 4,5 miljoen ten behoeve van de functie bijzondere neurochirurgie gelden de regelingen genoemd in artikel 44.1 en 44.9.

44.8.3 In geval van vervanging van apparatuur voor de functie bijzondere neurochirurgie, waarvan de oorspronkelijke investering in het budget is opgenomen op grond van goedkeuring artikel 2 WBMV of op grond van een lokaal verzoek, kunnen de afschrijvingskosten opnieuw in het schaduwbudget worden opgenomen op basis van lokale overeenstemming. De afschrijvingskosten worden op dezelfde wijze in het schaduwbudget opgenomen als het geval is bij een nieuwe

investering in bijzondere neurochirurgische apparatuur.

44.9 Investeringen medische apparatuur/inventarissen bijzondere functies

44.9.1 De afschrijvingskosten voor nieuwe investeringen in medische apparatuur/inventarissen waarvoor goedkeuring is vereist in het kader van artikel 2 WBMV en die niet zijn begrepen in de in artikel 44.7 genoemde investeringsbedragen, kunnen in het schaduwbudget worden opgenomen op basis van een gezamenlijk verzoek van partijen. Voor de beoordeling van de investeringsbedragen geldt de onder 44.9.2 tot en met 44.9.4 genoemde procedure.

44.9.2 In geval van vervanging van de investeringen in medische apparatuur / inventarissen waarvoor goedkeuring is vereist in het kader van artikel 2 WBMV en die niet zijn begrepen in deze beleidsregel geldt dezelfde procedure als genoemd in artikel 44.9.1.

44.9.3 Het bepaalde in de twee voorgaande artikelleden geldt niet voor investeringen in verband met neonatale IC-apparatuur, voor investeringen in radiotherapieapparatuur en voor investeringen tot € 4,5 miljoen ten behoeve van de functie neurochirurgie.

44.9.4 Indien voorzieningen uit artikel 2 WMBV worden verwijderd, zal de regeling voor investeringen als genoemd onder punt 44.9.2 van kracht blijven indien de investering plaats vond op het moment dat de voorziening nog wel onder artikel 2 WBMV viel.

45. Dubieuze debiteuren

45.1 De aanvaardbaarheid van de afschrijvingskosten dubieuze debiteuren wordt beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

- De afschrijvingskosten hebben betrekking op de in rekening gebrachte geldende tarieven die onder de Zorgverzekeringswet vallen.
- De betrokken zorginstelling dient zodanige voorzieningen te treffen dat een adequate en vooral tijdige debiteurenbewaking gewaarborgd is.
- In dit verband dient zorg te worden gedragen voor een consequente en tijdige afstemming tussen zorginstelling en zorgverzekeraar over de juistheid van de verzekeringsgegevens van de patiënten.
- Ongeacht de vraag of patiënten verzekerd zijn voor kosten uit hoofde van de door de zorginstelling verleende hulp, dienen alle mogelijkheden tot verhaal of vergoeding van deze kosten, inclusief die van de Wet werk en bijstand te worden benut.
- Vorderingen op patiënten of zorgverzekeraars in verband met onderzoeken of opnamen waarvoor niet de gebruikelijke machtigingsprocedures zijn gevolgd, of waarvoor geen toestemming tot het betrokken onderzoek/opname is verleend, worden in beginsel niet meegenomen.
- De betreffende zorginstelling dient met betrekking tot de wijze van afboeking van dubieuze debiteuren een bestendig beleid te voeren, dat voldoet aan de hiervoor genoemde criteria.
- Op de in het schaduwbudget opgenomen afschrijvingskosten dubieuze debiteuren vindt geen nacalculatie plaats.

45.2 Deze paragraaf is niet van toepassing op kosten van medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in artikel 122a, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet aan vreemdelingen als bedoeld in artikel 122a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.

45.3 De verzekeraar toetst bij het maken van afspraken over het schaduwbudget of de afschrijvingskosten dubieuze debiteuren voldoen aan de voorafgaande bepalingen. Dit laat onverlet de bevoegdheid van de NZa om hier zelf onderzoek naar te doen bij de beoordeling van ingediende aanvragen. Wanneer blijkt dat de afschrijvingskosten dubieuze debiteuren niet aan de vorengenoemde bepalingen voldoen, zal de NZa deze niet opnemen in het schaduwbudget.

46. Lokale productiegebonden toeslag

46.1 Algemeen

Als onderdeel van het schaduwbudget dat op basis van deze beleidsregel wordt berekend kunnen de instelling en de lokale zorgverzekeraars een toeslag overeenkomen. Deze lokale productiegebonden toeslag kan worden aangewend voor de financiering van activiteiten en projecten waarvoor geen dekking wordt verkregen via de parameters van het schaduwbudget.

Voor algemene ziekenhuizen en UMC's bedraagt de individuele toeslag ten hoogste 2% van het productiegebonden deel van het FB-budget inclusief eerstelijns ultimo (t). Daarenboven kunnen lokale partijen eventueel extra afspraken maken boven de 2% maar tot een maximum van 5%, wanneer door lokale partijen aan te geven bijzondere omstandigheden daartoe naar de mening van lokale partijen aanleiding geven.

46.2 Voorwaarden

De in dit artikel bedoelde lokale productiegebonden toeslag kan in het schaduwbudget worden opgenomen indien deze toeslag is gebaseerd op een overeenkomst tussen lokale partijen en daarbij aan de volgende criteria is voldaan:

- De activiteiten moeten passen binnen de doelstellingen van de ziekenhuisorganisatie, dat wil zeggen dat ze gerelateerd moeten zijn aan onderzoek en behandeling van patiënten.
- Met de toeslag mogen geen activiteiten gefinancierd worden waarvoor op grond van wetgeving een vergunning is vereist indien het ziekenhuis niet over een dergelijke vergunning beschikt.
- De toeslag mag niet worden gebruikt voor de vorming van reserves of voorzieningen.
- De toeslag mag niet worden gebruikt voor de bekostiging van dure geneesmiddelen.
- De toeslag dient benut te worden voor het realiseren van extra productie.

46.3 Procedure

Voor de vaststelling van de toeslag geldt de volgende procedure.

- Het lokaal overleg beoordeelt de projecten aan de hand van de in 46.2 genoemde criteria en stelt de bijbehorende bedragen vast.
- Indien het totaal van de projectkosten bij de instelling het maximum van de individuele vrije toeslag overschrijdt stellen lokale partijen via een prioritering een selectie van projecten vast zodat het totaal van de projectkosten binnen het maximaal aanvaardbare bedrag blijft.
- De NZa toetst of de door lokale partijen ingediende overeenkomst binnen de toegestane marge blijft. Indien dit het geval is wordt de overeenkomst in beginsel aanvaard. Indien dit niet het geval is wordt de aanvraag zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen en worden partijen in de gelegenheid gesteld om binnen een termijn van acht weken een herziene overeenkomst in te dienen. In het geval één of beide lokale partijen zich tot de LALO hebben gewend, kan de overeenkomst na afloop van de indieningstermijn in behandeling worden genomen, mits het oorspronkelijke verzoek tijdig is ingediend.
- Indien een overeenkomst zoals bedoeld in het vorige lid niet tot stand komt en partijen zich niet tot de LALO hebben gewend, wordt een bij de NZa ingediend eenzijdig verzoek zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen.
- Bij de definitieve vaststelling van het schaduwbudget stellen lokale partijen het definitief overeengekomen bedrag vast op basis van door het ziekenhuis aangeleverde exploitatiegegevens. Daarbij geldt dat substitutie van middelen tussen projecten is toegestaan en dat andere projecten kunnen worden toegevoegd met inachtneming van de maximaal toegestane kosten. De inhoudelijke beoordeling geldt de individuele projecten waarvoor de toeslag wordt aangewend.
- Bij de aanvraag voor de definitieve vaststelling van het schaduwbudget verklaren lokale partijen dat de projecten beoordeeld zijn met inachtneming van de in 46.2 genoemde criteria. Via het controleprotocol nacalculatie verifieert de externe accountant van de instelling of deze toetsing correct heeft plaatsgevonden. In het geval de externe accountant een goedkeurende verklaring afgeeft wordt de overeenkomst in principe door de NZa aanvaard. Indien dit niet het geval is wordt de overeenkomst zonder inhoudelijke beoordeling afgewezen.

47. Spoedeisende ziekenhuiszorg: beschikbaarheidsbijdrage

In het schaduwbudget van de instellingen die op grond van de beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage 2012 in aanmerking komen voor een vergoeding voor de beschikbaarheid van spoedeisende hulp wordt een bedrag ter hoogte van die beschikbaarheidsbijdrage opgenomen.

48. Medisch specialisten in dienstverband

Ingeval van een volledig loondienstverband van medisch specialisten kunnen de volgende bedragen in het schaduwbudget worden opgenomen:

– loonkosten, inclusief kosten van secretariële ondersteuning en overige praktijkkosten, maar exclusief kosten van praktijkovername: per FTE medisch specialist € 190.079.

Indien op het moment van in loondienst treden de medisch specialist recht heeft op praktijkoverdracht en het ziekenhuis de praktijk daadwerkelijk overneemt: praktijkovername: per FTE medisch specialist € 68.067.

De overnamesom dient door het ziekenhuis te worden geactiveerd. Het bedrag kan via een afschrijving van 10% per jaar in het schaduwbudget worden opgenomen.

49. Bijzondere tandheelkunde

49.1 Criteria

De criteria om in aanmerking te komen voor opname van bijzondere tandheelkunde in het schaduwbudget komen overeen met de criteria voor de zelfstandige instellingen voor bijzondere tandheelkunde. Het gaat om een samenwerkingsverband van tandartsen met specifieke deskundigheden, vaardigheden en faciliteiten respectievelijk ondersteuning, dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek.

De te behandelen patiënten kennen een zodanige problematiek dat de hulp redelijkerwijs niet (volledig) kan worden geboden in de huispraktijk. De aard van de specifieke problematiek vereist veelal een multidisciplinaire aanpak en kan zijn gelegen in de tandheelkundig-technische moeilijkheidsgraad en / of in problemen van lichamelijke en / of verstandelijke aard van de te behandelen patiënt.

Deze vereisten kunnen als volgt worden geconcretiseerd:

- De instelling moet zodanig zijn gepositioneerd in het aanbod van zorgvoorzieningen dat zij beschikt over de mogelijkheden tot multidisciplinaire consultatie, diagnostiek en behandeling.
- De instelling moet voor ten minste alle patiënten, vallende onder artikel 8 lid 1 en/of artikel 8 lid 2/3 van de "Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering" (Stc. 1994, 208), toegankelijk zijn.
- De instelling moet een minimale omvang hebben van 1,0 fte. tandarts.
- De continuïteit moet gewaarborgd zijn, hetgeen betekent dat op elke werkdag zorgverlening beschikbaar moet zijn.
- Spoedgevallen moeten op elk moment opgevangen kunnen worden via een regeling voor spoedeisende klachten.
- De instelling vervult haar taken via toetsbare protocollen; de output beantwoordt aan nader te formuleren kwaliteitseisen.
- De instelling heeft in principe een loondienstrelatie met de medewerkers.

49.2 Toetsing

Voor wat de toetsing van de werkelijke kosten betreft, dient de administratieve en inhoudelijke inrichting van de exploitatierekening te wijzigen, waardoor de werkelijke kosten, de som van de parameterwaarden en de werkelijke opbrengsten samenhangend met de bijzondere tandheelkundige functie, op een reguliere wijze kunnen worden verwerkt.

49.3 Algemene ziekenhuizen en UMC's met een afdeling voor bijzondere tandheelkunde die voldoen aan de criteria

Indien wordt voldaan aan de onder 49.1 genoemde criteria gelden onderstaande maxima.

49.3.1 Tandartsen bijzondere tandheelkunde

Voor het aantal aanvaardbare tandartsen geldt als rekennorm minimaal 1206 declarabele stoeluren per jaar per 1,0 fte tandarts en is gebaseerd op 201 werkbare dagen per jaar en 6,0 declarabele stoeluren per werkdag.

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor salaris tandarts tot maximaal € 106.882 per 1,0 fte. tandarts.

49.3.2 Doorgaande praktijkkosten van de tandarts

De doorgaande praktijkkosten van de tandarts kunnen als aparte kostenpost worden meegenomen met als voorwaarde dat een tandarts ten minste vier halve dagen per week in de huispraktijk werkzaam is. De vergoeding is afhankelijk van de arbeidsovereenkomst van de tandartsassistent in de eigen huispraktijk. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar assistentie en overige doorgaande praktijkkosten.

Assistentie

Alleen indien de tandartsassistent een arbeidsovereenkomst / contract heeft met de tandarts voor de uren dat de tandarts in de instelling werkzaam is, worden de contracturen van de assistent vergoed en geldt als aanvaardbaar de werkelijke kosten tot maximaal € 28.376 per jaar per 1,0 fte. tandarts.

Overige doorgaande praktijkkosten

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor overige doorgaande praktijkkosten tot maximaal € 50.381 per jaar per 1,0 fte tandarts. Onder overige doorgaande praktijkkosten zijn begrepen: huisvesting (huur, afschrijving, rente, energie, schoonmaakkosten), inrichting (afschrijving, rente, onderhoud, overige afschrijvingen, overige investeringen), praktijk (telefoon, porti, wachtkamer, kantoor, verzekeringen, accountant, representatie, textiel, diversen), vervoer, interest (debiteuren, kasgeld, materialen) en preventief hygiënische maatregelen.

49.3.3 Vergoeding management(taken) en bij- en nascholing tandarts en ondersteunend tandheelkundig team

De vergoeding voor de kosten van management(taken) en bij- en nascholing tandarts en ondersteunend tandheelkundig team is normatief en vastgesteld op € 18.125 per jaar per 1,0 fte. tandarts.

49.3.4 Formatie ondersteunend tandheelkundig team en klinisch psycholoog

De vergoeding voor salarissen van het ondersteunend tandheelkundig team, overige personeelkosten en klinisch psycholoog is normatief en vastgesteld op € 101.557 per jaar per 1,0 fte tandarts.

49.3.5 Verbruiksmaterialen en overige kosten

Aanvaardbaar zijn de werkelijke kosten voor verbruiksmaterialen en overige kosten tot maximaal € 27.009 per jaar per 1,0 fte tandarts. Onder overige kosten zijn onder meer begrepen: praktijk (telefoon, porti, wachtkamer, kantoor, verzekeringen, accountant, representatie, textiel, diversen), vervoer en preventief hygiënische maatregelen.

49.3.6 Rente, afschrijving en onderhoud

De werkelijke kosten voor rente en afschrijvingen zijn aanvaardbaar voor zover deze passen binnen de voor rente en afschrijving geldende beleidsregels. Als kosten voor onderhoud zijn aanvaardbaar de werkelijke kosten.

49.3.7 Substitutie

Indien in een jaar de werkelijke kosten van een kostencategorie (m.u.v. salaris tandarts) het maximum van de betreffende beleidsregel overschrijdt, kan dat worden gecompenseerd met een onderschijding bij andere kostencategorieën, mits de zorgverzekeraars in het lokaal overleg daarmee instemmen en het totaal van de werkelijke kosten van alle kostencategorieën tezamen blijft binnen het totaal van het beleidsregelmaximum. Deze substitutieregel betreft alleen de kostencategorieën met een beleidsregelmaximum.

49.4 Nacalculatie

Nacalculatie zal plaatsvinden overeenkomstig de situatie bij de zelfstandige instellingen, dat wil zeggen op basis van werkelijke kosten en werkelijke uren. Dit houdt in dat de aanvaardbare kosten gelijk zijn aan de werkelijke kosten voorzover deze kosten passen binnen het maximum van deze beleidsregel, rekening houdend met substitutie. De werkelijk ontvangen opbrengsten dienen ter dekking van de aanvaardbare kosten.

49.5 Algemene ziekenhuizen en UMC's met een afdeling voor bijzondere tandheelkunde met minder dan 1 fte tandarts die niet voldoen aan alle criteria van artikel 49.1.

Indien niet wordt voldaan aan alle criteria zoals vermeld in artikel 49.1 gelden de volgende maxima.

49.6 De aanvaardbare kosten 1999 kunnen ten opzichte van de aanvaardbare kosten 1998 worden aangepast met het verschil van de opbrengst 1999 van de declaraties van de vaste neventarieven G001 en G002 en de reeds in de aanvaardbare kosten 1998 opgenomen kosten. Na 1999 is de aanpassing van de aanvaardbare kosten gelijk aan het verschil in opbrengst van de declaraties volgens neventarieven G001 en G002 in het jaar t

minus t-1.

49.7 Het in dit artikel bepaalde is uitsluitend van toepassing op universitaire medische centra.

49.7.1 Artskosten

De in het schaduwbudget op te nemen artskosten betreffen de kosten van het integrale loondienstverband van artsen in UMC's. De hiermede samenhangende aanvaardbare loonkosten worden als volgt berekend.

49.7.2 Medisch specialisten UMC's

De loonkosten voor de medische specialisten worden gebaseerd op het aantal ongewogen (poort) specialisteneenheden dat is toe te rekenen volgens de berekening van het FB-model in 2001. Dit aantal is inclusief de radiotherapeuten, waarvan de FB-wegingsfactor nul is vanaf 1999. Aanpassing van het aantal poortspecialisten kan plaatsvinden voor de in het lokaal overleg in 2001 overeengekomen mutatie ten opzichte van de situatie per 1 januari 1997 van het aantal poortspecialisten voor orgaantransplantaties. Aan het aldus berekende aantal (poort)specialisten wordt toegevoegd een aantal ondersteunende specialisten. De toevoeging wordt berekend door het aantal aanvaardbare poortspecialisten te vermenigvuldigen met de factor 0,274. Deze factor komt overeen met de werkelijke verhouding per ultimo 1994 van het aantal ondersteunende specialisten ten opzichte van het aantal poortspecialisten. De aanpassing moet onderdeel zijn van de aanvraag bedoeld in artikel 39.5.

49.7.3 Secretariaatmedewerkers

De loonkosten voor secretariaatmedewerkers worden gebaseerd op een normatief aantal secretariaatmedewerkers. Maximaal aanvaardbaar is 0,5 fte secretariaatmedewerker voor 1 fte aanvaardbare medisch specialist (poortspecialist en ondersteunende specialist). De aanpassing moet onderdeel zijn van de aanvraag zoals bedoeld in artikel 39.5.

49.7.4 Materiële kosten

De materiële kosten – bijkomende overige personeelskosten – worden gebaseerd op het totaal van de aanvaardbare aantallen medisch specialisten en secretariaatmedewerkers.

3.2 Schaduwbudget categorale instellingen

3.2.1 Zelfstandige Revalidatie instellingen

Bron: CU-2030

Deze paragraaf beschrijft op welke wijze het schaduwbudget voor zelfstandige revalidatie instellingen wordt vastgesteld.

50. Definities, Indexering

Voor de omschrijvingen van de verschillende budgetparameters en doelgroepen wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

Indexering van de parameterwaarden in deze paragraaf vindt (ook voor 2013) plaats op de in artikel 31 beschreven wijze.

51. De hoogte van het schaduwbudget wordt door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vastgesteld aan de hand van in deze paragraaf beschreven budgetparameters en parameterwaarden. De parameteraantallen zijn maximaal gelijk aan het aantal geregistreerde parameters volgens de jaarrekening.

52. Bij de opbouw van het schaduwbudget worden de volgende kostensoorten betrokken:

loonkosten en materiële kosten FB: deze zijn opgebouwd uit de parameters capaciteit, productie en bijzondere functies/voorzieningen en hartrevalidatie;

loonkosten en materiële kosten onderhoud: deze zijn historisch bepaald;

overige loon- en materiële kosten: deze kosten betreffen loonkosten die samenhangen met scholingsmiddelen waarvoor parameters zijn vastgesteld, kosten van regionale samenwerkingsverbanden en overige historisch vastgestelde vergoedingen;

locatiegebonden kosten: Heffingen, belastingen, verzekeringen en energiekosten: deze zijn historisch bepaald;

afschrijvingskosten inventarissen: deze zijn opgebouwd vanuit de beleidsregel(component) Investerings in (medische) inventarissen;

afschrijvingskosten instandhoudinginvesteringen: deze zijn opgebouwd uit de verschillende parameterwaarden uit de beleidsregel Instandhoudingsinvestering;

afschrijvingskosten trekkingsrechten: deze zijn opgebouwd uit de verschillende parameterwaarden uit de beleidsregel Instandhoudingsinvestering;

overige afschrijvingskosten: deze zijn opgebouwd uit de afschrijvingskosten van investeringen in gebouwen waarvoor een WZV-vergunning is verleend;

rentekosten: deze kosten worden bepaald door toepassing van de Beleidsregel rente;

doorberekende kapitaallasten: deze kosten worden gevormd door de aan derden doorberekende kapitaallasten, waarvoor vergunning is verleend;

overige kosten waaronder de lokale productiegebonden component, overige kosten algemeen, differentiatiecomponent en kortings-component.

53. Budget parameters

Voor wat betreft de kosten die samenhangen met productiekosten, capaciteitskosten, kosten voor bijzondere functies/voorzieningen en hartrevalidatie wordt het schaduwbudget berekend door het totaal van de in het lokaal overleg overeengekomen volume-eenheden te vermenigvuldigen met de parameterwaarden uit artikel 54 van deze beleidsregel.

54. Overzicht parameterwaarden

Parameterwaarden revalidatie

	Loon	Materieel
Capaciteitskosten		
Calculatorisch bed	€ 42.901,61	€ 6.173,03
Calculatorisch behandelcapaciteitseenheid	€ 38.056,66	€ 5.415,64
Productiekosten		
Verpleegdag	€ 41,13	€ 5,99
Klinisch revalidatiebehandeluur	€ 73,83	€ 10,35
Poliklinisch revalidatiebehandeluur	€ 73,83	€ 10,35
Eerste onderzoek	€ 63,53	€ -
Opname hoge dwarslaesie	€ 7.224,78	€ -
Verpleegdag ademhalingsondersteuning	€ 60,06	€ -
Hartrevalidatie		
Intakecontact	€ 207,50	€ 46,29
Informatiemodule	€ 112,77	€ 25,16
FIT-module < tien sessies	€ 260,13	€ 58,05
FIT-module ≥ tien sessies	€ 518,45	€ 115,68
PEP-module	€ 938,89	€ 209,47
Scholingsmiddelen per leerling	€ 528,48	€ -
1e lijnskosten		
Ergotherapie	84,90%	17,00%
Logopedie	84,90%	17,00%

55. Capaciteit

Capaciteit wordt bepaald door de calculatorische bedden capaciteit

en de calculatorische behandelcapaciteitseenheden. Voor de omschrijving en de bepaling van de basiscapaciteit betreffende bedden, specialisten wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

56. Locatiegebonden kosten

Onder locatiegebonden kosten worden de volgende kosten verstaan:

- kosten van huur en leasing van terreinen, gebouwen en installaties (rekeningnummer 48321);
- rente- en afschrijvingskosten.
- Voor deze kostencategorieën zijn de navolgende beleidsregels c.q. paragrafen van deze beleidsregel van toepassing:
 - Beleidsregel overschot budgettair bouwen;
 - Paragraaf 3.3 Rente;
 - Paragraaf 3.4 Afschrijving;
 - Paragraaf 3.8 Kapitaalslasten bij uitbesteding.

57. Investerings in medische en overige inventarissen

57.1 Voor de bepaling van het te investeren bedrag per jaar in medische en overige inventarissen gelden de volgende maxima:

Per calculatorische behandelplaats	€ 622,79
Per calculatorisch bed	€ 196,56

57.2 Onder investeringen in medische en overige inventarissen worden mede begrepen de investeringen, waarvan de financiering geschiedt via huur dan wel leasing.

57.3 Investerings ex artikel 2 WBMV

Investerings in medische apparatuur / inventarissen waarvoor goedkeuring is vereist in het kader van artikel 2 Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV), alsmede investeringen in apparatuur voor automatische informatieverwerking zijn niet begrepen in de in artikel 56 genoemde investeringsbedragen.

3.2.2 Zelfstandige Dialysecentra

Bron: CI-817

Deze paragraaf beschrijft op welke wijze het schaduwbudget voor zelfstandige dialysecentra wordt vastgesteld.

58. Definities

Voor de omschrijvingen van de verschillende budgetparameters en doelgroepen wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

59. Indexering

Indexering van de parameterwaarden in deze paragraaf vindt plaats op de in artikel 31 beschreven wijze.

60. De hoogte van het schaduwbudget wordt door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vastgesteld aan de hand van de in deze paragraaf beschreven budgetparameters en parameterwaarden. De parameteraantallen zijn maximaal gelijk aan het aantal geregistreerde parameters volgens de jaarrekening.

61. Bij bepaling van het schaduwbudget worden onderstaande bedragen in aanmerkingen genomen:

Parameterwaarden zelfstandige dialysecentra

	Loonkosten	Materiële kosten
Per actieve hemodialyse	€ 103,78	€ 109,49
Per passieve hemodialyse	€ 140,76	€ 109,49
Per opleidings hemodialyse	€ 178,93	€ 109,49
Per thuis hemodialyse	€ 65,02	€ 92,94
Per inzet VDA-er		
bij thuishemodialyse	€ 143,15	€ -
Per CAPD-dag	€ 23,26	€ 80,12
Per CCPD-dag	€ 23,26	€ 88,13

62. Onder materiële kosten wordt verstaan, de kosten van laboratorium onderzoeken, dialysebenodigdheden en geneesmiddelen (Prismant-rekenschema nummers 461 en 462), echter behoudens de kosten van EPO. Met betrekking tot de kosten verband houdend met de verstrekking van EPO geldt dat de werkelijke kosten op basis van nacalculatie in het schaduwbudget worden opgenomen.

63. Lokale productiegebonden toeslag

Met betrekking tot het schaduwbudget is artikel 46 van overeenkomstige toepassing.

3.2.3 Zelfstandige Radiotherapeutische centra

Bron: CI-810

Deze paragraaf beschrijft op welke wijze het schaduwbudget voor zelfstandige radiotherapeutische centra wordt vastgesteld.

64. Definities

Voor de omschrijvingen van de verschillende budgetparameters en doelgroepen wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

65. Indexering

Indexering van de parameterwaarden in deze paragraaf vindt plaats op de in artikel 31 beschreven wijze.

66. De hoogte van het schaduwbudget wordt door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vastgesteld aan de hand van de in deze paragraaf beschreven budgetparameters en parameterwaarden. De parameteraantallen zijn maximaal gelijk aan het aantal geregistreerde parameters volgens de jaarrekening.

67. Bij bepaling van het schaduwbudget worden onderstaande bedragen in aanmerkingen genomen:

Parameterwaarden radiotherapie

	Loonkosten	Materiële kosten
Capaciteitskosten (vast)		
Per lineaire versneller	€ 328.680,11	€ 50.875,65
Variabele kosten		
<i>Teletherapie</i>		
090800 T 1 Teletherapie eenvoudig	€ 381,29	€ 59,84
090801 T 2 Teletherapie standaard	€ 1.221,35	€ 190,34
090802 T 3 Teletherapie intensief	€ 2.092,55	€ 325,98
090803 T 4 Teletherapie bijzonder	€ 3.515,27	€ 547,08
<i>Brachytherapie</i>		
090810 B 1 Brachytherapie eenvoudig	€ 185,45	€ 29,06
090811 B 2 Brachytherapie standaard	€ 317,14	€ 43,89
090812 B 3 Brachytherapie intensief	€ 645,61	€ 100,29
090813 B 4 Brachytherapie bijzonder	€ 2.284,92	€ 356,18
090814 B 5 Brachytherapie prostaat	€ 2.284,92	€ 4.923,24

68. Medisch specialisten dienstverband en lokale productiegebonden toeslag

Met betrekking tot het schaduwbudget zijn de artikelen 46 en 48 van overeenkomstige toepassing.

3.2.4 Zelfstandige Audiologische centra

Bron: CI-899, CI-1126

Deze paragraaf beschrijft op welke wijze het schaduwbudget voor zelfstandige audiologische centra wordt vastgesteld.

69. Definities

Voor de omschrijvingen van de verschillende budgetparameters en doelgroepen wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

70. Indexering

Indexering van de parameterwaarden in deze paragraaf vindt (ook voor 2013) plaats op de in artikel 31 beschreven wijze.

71. De hoogte van het schaduwbudget wordt door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vastgesteld aan de hand van de in deze paragraaf beschreven budgetparameters en parameterwaarden. De parameteraantallen zijn maximaal gelijk aan het aantal geregistreerde parameters volgens de jaarrekening.

72. Loonkosten

72.1 Onder de beleidsregel vallen de loonkosten van alle personeelscategorieën: directie, audiologie, psychologie, maatschappelijk werk, logo-akoepedie, audiologische assistentie, psychologische assistentie en receptie / secretariaat / administratie / interieurverzorging.

72.2 De loonkosten van de technicus en de toezichthoudend KNO-arts zijn niet in de beleidsregel betrokken en worden afzonderlijk beoordeeld.

72.3 Bij het vaststellen van de parameterwaarden is met een afwezigheid wegens arbeidsongeschiktheid van 5% rekening gehouden.

72.4 Voor zover diensten door personeel niet in loondienst, respectievelijk door derden worden verricht en voor zover er sprake is van diensten door derden op het gebied van de automatische informatieverwerking, dienen de daaraan bestede bedragen als loonkostenbestanddeel te worden aangemerkt en derhalve uit het schaduwbudget te worden bestreden.

73. Patiënteneenheden

Onder het totaal aantal patiënteneenheden wordt verstaan het aantal behandelde/te behandelen patiënten gedurende een jaar, vermenigvuldigd met een factor 1 voor patiënten van 16 jaar en ouder en met een factor 1,5 voor patiënten jonger dan 16 jaar.

In geval van een eenmalige behandeling korter dan 1,5 uur geldt een halve patiënteneenheid. Het aantal patiënteneenheden is bepalend voor de hoogte van de vaste en variabele parameterwaarde en dus voor de in de tarieven in te calculeren (loon)kosten, overeenkomstig de tabellen voor de particuliere- en

overheidsinstellingen.

73.1 Particuliere instellingen

Loonkosten particuliere instellingen

	Vast	Variabel
Kosten per patiënteneenheid		
< 500 patiënteneenheden	€ 32.686	€ 267,45
500 - < 1.000 patiënteneenheden	€ 32.686	€ 267,45 - € 256,53
1.000 - < 2.000 patiënteneenheden	€ 35.573	€ 257,78 - € 235,72
2.000 - < 3.500 patiënteneenheden	€ 38.357	€ 237,05 - € 203,98
3.500 - < 5.800 patiënteneenheden	€ 38.357	€ 203,98
> 5.800 patiënteneenheden	€ 38.357	€ 187,29

73.2 Overheidsinstellingen

Loonkosten overheidsinstellingen

	Vast	Variabel
Kosten per patiënteneenheid		
< 500 patiënteneenheden	€ 31.964	€ 262,43
500 - < 1.000 patiënteneenheden	€ 31.964	€ 262,43 - € 251,70
1.000 - < 2.000 patiënteneenheden	€ 34.748	€ 252,89 - € 231,29
2.000 - < 3.500 patiënteneenheden	€ 37.738	€ 232,56 - € 200,07
3.500 - < 5.800 patiënteneenheden	€ 37.738	€ 200,07
> 5.800 patiënteneenheden	€ 37.738	€ 183,79

74. Taal- en spraakdiagnostiek

Het aantal behandelde / te behandelen kinderen met spraak- en taalmoeilijkheden waarbij multidisciplinaire diagnostiek noodzakelijk is om de vorm en de inhoud van de noodzakelijke therapie te bepalen. De multidisciplinaire diagnostiek moet plaatsvinden in overeenstemming met de eindrapportage KITS 2005. Het betreffende rapport kan ook aldaar worden opgevraagd (FENAC).

	Vast	Variabel
Per kind	€ 22.581	€ 717,38

75. Tariefeenheden

75.1 Jaarkaart

Onder het totaal aantal tariefeenheden wordt verstaan het aantal behandelde/te behandelen patiënten gedurende een jaar, vermenigvuldigd met een factor 1 voor patiënten van 16 jaar en ouder en met een factor 1,5 voor patiënten jonger dan 16 jaar. In deze gevallen wordt een jaarkaart in rekening gebracht.

Voor een eenmalige behandeling korter dan 1,5 uur geldt een halve tariefeenheid en wordt een halve jaarkaart in rekening gebracht.

In geval van een eenmalig consult van maximaal 3 kwartier, waarbij slechts 1 discipline is betrokken, geldt een kwart tariefeenheid. Voor de eenmalige consulten geldt een kwart jaarkaart. Het aantal tariefeenheden is bepalend voor de dekking van de (getoetste) kosten.

75.2 Tarief taal- en spraakdiagnostiek

Het tarief voor taal- en spraakdiagnostiek kan in rekening worden gebracht indien behandeling plaatsvindt conform de definitie in artikel 74. Indien uitsluitend deze behandeling plaatsvindt kan geen jaarkaart in rekening worden gebracht.
Centra voor erfelijkheidsadviesing

Bron: CI-811 Budgettering klinisch genetische centra

76. Definities

Voor de omschrijvingen van de verschillende budgetparameters en doelgroepen wordt verwezen naar de Beleidsregel definities tweedelijns curatieve somatische zorg.

77. Indexering

Indexering van de parameterwaarden in deze paragraaf vindt plaats op de in artikel 31 beschreven wijze.

78. De hoogte van het schaduwbudget wordt door zorgverzekeraar en zorgaanbieder vastgesteld aan de hand van de in deze paragraaf beschreven budgetparameters en parameterwaarden. De parameteraantallen zijn maximaal gelijk aan het aantal geregistreerde parameters volgens de jaarrekening.

79. Bij bepaling van het schaduwbudget worden onderstaande bedragen in aanmerkingen genomen:

	Loonkosten (per onderzoek)	Materiële kosten (per onderzoek)
Erfelijkheidsadviesing		
Complex	€ 1.198,03	€ 158,54
Enkelvoudig	€ 149,62	€ 19,90
Prenatale genotypering		
Chromosoomonderzoek	€ 533,27	€ 179,87
DNA-onderzoek	€ 1.198,03	€ 363,28
Postnatale genotypering		
Chromosoomonderzoek	€ 542,60	€ 104,50
DNA-onderzoek	€ 401,79	€ 363,28
Postnataal biochemisch onderzoek		
Hyperhomocysteinemie	€ 71,13	€ 17,78
Biochemische basisdiagnostiek	€ 505,31	€ 142,19
Enzymdiagnostiek	€ 784,95	€ 142,19
Afname foetaal materiaal		
Vruchtwaterpunctie	€ 325,75	€ 5,69
Chorionbiopsie	€ 325,75	€ 5,69
Prenataal biochemisch onderzoek		
Bank ¹⁴	€ 150.535,06	€ 49.971,49
Onderzoek	€ 1.368,58	€ 454,26
Geavanceerd ultrageluid		
Groep I	€ 114,79	€ 44,08
Groep II	€ 384,13	€ 99,53

¹⁴ Parameterwaarde niet per onderzoek maar per instelling

3.3 Rente

Bron: CU-2003, Rente

80. Financieringsvolume

80.1 De berekening van de aanvaardbare rentekosten wordt gebaseerd op het financieringsvolume. Dit bestaat uit de volgende kapitaalbestanddelen.

a. De boekwaarde vanaf de datum van ingebruikname van investeringen waarvoor in het kader van de WZV/WTZi een vergunning is verleend alsmede geaccepteerde investeringen gerealiseerd na datum buiten werking stellen WTZi.

b. De boekwaarde van in gebruik zijnde en onderhanden instandhoudingsinvesteringen die voldoen aan de eisen die worden genoemd in het de Beleidsregel instandhoudingsinvesteringen.

c. De normatieve boekwaarde van inventarissen berekend op basis van de beleidsregel(s) voor investeringen in medische en overige inventarissen; dit bedrag mag met betrekking tot de normatieve boekwaarde van investeringen in automatiseringsapparatuur en -programmatuur worden verhoogd met 27% van de normatieve investeringen in het jaar t berekend op basis van de beleidsregel(s) voor investeringen in medische en overige inventarissen.

d. De boekwaarde van investeringsprojecten in uitvoering zoals genoemd bij 2.1.1. a. De boekwaarde van projecten waarvan de normatieve bouwtijd zonder geldige reden (toetsing College Bouw) is overschreden (WZV/WTZi-vergunning) blijft buiten beschouwing.

e.1 Het normatieve werkkapitaal. Dit bedraagt een percentage over het totaal van het schaduwbedrag op kasbasis. Dit percentage bedraagt voor:

- ziekenhuizen met uitzondering van de long-astmacentra 6,8%
- UMC's 5,1%.

e.2 Voor instellingen waarvoor de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg van toepassing is worden voor de berekening van het normatieve werkkapitaal de in e.1 genoemde percentages ook toegepast op de kostencomponent uit de omzet in het zogenaamde B segment ($DOT-B_{nieuw}$ en $DOT B_{oud}$).

e.3 Instellingen die als uitvloeisel van een bestendige gedragslijn aan het eind van het jaar in de balans tegenover de vakantiegeldverplichting een vordering opnemen op de AWBZ/ZVW/verzekeraars mogen het normatieve werkkapitaal verhogen met een bedrag gelijk aan de vordering inzake het verschuldigde vakantiegeld die is opgenomen in de balans per 1 januari van het jaar waarin het budgetsysteem is ingevoerd. Voorzover de vordering in latere jaren geheel of gedeeltelijk in het budget is verrekend wordt de in aanmerking komende vordering hiermee verminderd.

f. Het bedrag van nog in de tarieven te verrekenen kosten en opbrengsten. Onder opbrengsten worden ook de opbrengsten uit voorschotten bedoeld in artikel 17 begrepen.

80.2 De berekening van het onder 2.1.1 genoemde financieringsvolume geschiedt aan de hand van een door NZa jaarlijks op te stellen schema.

81. Rentekosten schaduwbudget

81.1 De rentekosten binnen het schaduwbudget met betrekking tot het onder 2.1.1 genoemde financieringsvolume bestaat uit de volgende elementen:

a. Rente van leningen met een rentefixatieperiode van minimaal twee jaar.

a.1 Voor per 31 december 2000 lopende leningen wordt over de gewogen resterende schuld de in het exploitatiejaar verschuldigde rentepercentage berekend. Dit geldt totdat de lopende rentevaste periode afloopt.

a.2 In afwijking van a.1 geldt voor in 2000 nieuw afgesloten leningen en voor leningen waarvan in 2000 een nieuwe rentevaste periode is ingegaan de werkelijke verschuldigde rente verhoogd met 0,6% onder voorwaarde dat deze leningen bij het afsluiten zijn geborgd door het Waarborgfonds voor de zorgsector.

a.3 Voor leningen afgesloten vanaf 1 januari 2001 wordt het conform artikel 2.4 bepaalde normpercentage over de gewogen resterende schuld berekend. Dit geldt eveneens voor bestaande leningen bij herziening van het rentepercentage na afloop van de rentevaste periode.

a.4 Indien een lening vervroegd wordt afgelost en vervangen door een goedkopere lening blijft in afwijking van a.1 t/m a.3 gedurende de resterende periode van de rentefixatie het voorheen gecalculerde percentage van toepassing. Indien de rentefixatieperiode van de vervangende lening korter is dan de resterende periode van de vervangende lening dan geldt voor de toepassing van dit onderdeel de kortere periode. Maximaal wordt van een periode van vijf jaar uitgegaan. Indien de vervangende lening duurder is blijft gedurende de resterende rentevaste periode van de oude lening het voorheen gecalculerde percentage van toepassing.

b. Rente van leningen afgesloten na 1-1-2009 met een looptijd van 2 jaar of meer in combinatie met een renteswap.

Instellingen kunnen leningen afsluiten waarvoor een totale looptijd van twee jaar of meer geldt en waarbij geen sprake is van een rentefixatie voor tenminste twee jaar. Deze leningen, waarbij in de praktijk veelal sprake is van een roll-over lening (variabele rente) in combinatie met een renteswap komen vanaf 2009 ook voor vergoeding in aanmerking. Onder renteswap wordt hier verstaan een rentederivaat waarbij een partij een bepaalde kasstroom of risico wisselt tegen dat van een andere partij. De renteswap wordt gebruikt om renterisico's te beheersen of af te dekken, of om een gewenste rentepositie in te nemen. Een rentederivaat is een van de rente afgeleid product.

De vergoeding voor deze leningen is dezelfde als die voor lange leningen (leningen met een rentefixatieperiode van minimaal 2 jaar zoals bij a beschreven). Voor bepaling van het bijbehorende Waarborgfonds Zorg (WFZ)-percentage wordt uitgegaan van de datum waarop de swap wordt gesloten, in combinatie met de looptijd van de swap (zie verder 2.5).

c. Rente eigen vermogen

Over het eigen vermogen wordt een vergoeding ingecalculeerd. Deze vergoeding is gelijk aan de prijsstijging van de materiële kosten. Onder eigen vermogen wordt verstaan: kapitaal, reserves, voorzieningen, fondsen, fundaties en saldo resultatenrekening, zonodig verminderd met de boekwaarde van investeringen waarvoor een vergunning is vereist, maar niet verleend en waarvan de kapitaalslasten niet doorberekend dienen te worden. Deze algemene inflatievergoeding is niet van toepassing op de instandhoudingsreserve.

Voor instellingen waarvoor vanaf 1 januari 2005 sprake is van een segment met vrije DBC prijzen (algemene ziekenhuizen en UMC's) geldt dat resultaten behaald op het B segment eveneens als onderdeel van het eigen vermogen worden aangemerkt. Dat geldt zowel voor de berekening van de inflatievergoeding als voor de omvang van het eigen vermogen dat in het rentecalculatieschema wordt meegenomen.

d. Rente kort krediet

Over het saldo van enerzijds het in artikel 80.1 genoemde financierings-volume en anderzijds de resterende schuld van de onder a. genoemde leningen verhoogd met het in dit artikel onder c genoemde totale eigen vermogen wordt een normatieve rente vergoed. Het normatieve rentepercentage kort krediet bestaat uit een basisrente welke wordt verhoogd met 0,75% met betrekking tot de van individuele risicofactoren afhankelijke opslag die door banken in rekening wordt gebracht.

Daarnaast wordt de basisrente tijdelijk verhoogd met een aanvullende liquiditeitstoeslag van 0,50%. Deze tijdelijke verhoging geldt voor de periode vanaf 1 januari 2009 tot en met 31 december 2010.

De basisrente is gelijk aan het jaargemiddelde van de 1-maands Euribor. De voor het jaar geldende gemiddelde normatieve rentevoet wordt na afloop van het jaar door NZa berekend en gepubliceerd.

Als gevolg van het transitie-model ontstaan wijzigingen in de rentekosten. De positieve effecten en de negatieve effecten hiervan zullen verrekend worden. Dit betekent dat over [het verrekenbedrag] een normrente van het jaargemiddelde van de 1-maands Euribor wordt gerekend.

e. Rentedeel gehuurde instandhouding

In geval instandhoudingsinvesteringen niet door de zorginstelling zelf worden uitgevoerd maar door derden, waarvoor een huur in rekening wordt gebracht, kan het rentedeel van de huur worden opgenomen onder de rentekosten binnen het schaduwbudget. Dit rentedeel wordt vastgesteld op 45% van het kale huurbedrag.

- 81.2 De berekening van de onder 2.2.1 genoemde rentekosten en vermogensbestanddelen vindt plaats aan de hand van een door NZa jaarlijks op te stellen schema.

82. Eigen vermogen en voorzieningen

Het eigen vermogen en de voorzieningen vormen een integraal bestand-deel van het vermogen van de instelling. Voor een juiste resultaats- en vermogensbepaling dienen de in de gezondheidszorg algemeen aanvaarde regels met betrekking tot de financiële verslaglegging te worden toegepast. Dit betekent onder meer dat de afschrijving op werkelijke instandhoudingsinvesteringen dient plaats te vinden conform de beleidsregel instandhoudingsinvesteringen en die op investeringen in inventaris gelijkmatig over een periode van tien jaar.

Voor automatiseringsapparatuur e.d. geldt een periode van vijf jaar. De rentegevolgen van het buiten de balans brengen van eigen vermogen en voorzieningen zullen niet in het schaduwbedrag worden opgenomen.

83. Met betrekking tot de financiering van een negatief eigen vermogen gelden de volgende beperkingen:

– indien negatieve exploitatieresultaten hebben geleid tot een negatief eigen vermogen worden de rentekosten, die met de financiering van het negatieve eigen vermogen verband houden, gedurende een maximale periode van drie jaar (maar niet langer dan het schaduwbudget van kracht is) in het budget opgenomen. Dat wil zeggen: indien er na het verstrijken van deze driejaarsperiode nog steeds sprake is van een negatief eigen vermogen worden in de volgende jaren de hiermee verband houdende rentekosten niet meer in het budget opgenomen, tenzij partijen tot afdoende maatregelen besluiten ter verbetering van de financiële positie. Dit laatste staat ter beoordeling van de NZa.

– indien de negatieve exploitatieresultaten die hebben geleid tot een negatief eigen vermogen zijn veroorzaakt door een negatieve situatie van feiten/handelingen in de sfeer van nalatigheid, verwijtbaar gedrag, strijdigheid met goed koopmansgebruik, dan worden de rentekosten die verband houden met de financiering van het negatieve eigen vermogen niet in het budget opgenomen. Afspraken tussen partijen die zullen leiden tot verbetering van de financiële positie van de instelling, kunnen NZa aanleiding geven tot heroverweging van de rentecorrectie.

84. Berekening normrente lange leningen

84.1 De normrente van een lening bestaat uit een basisrente en een opslag van 0,75%. Voor leningen die gesloten zijn vóór 1 januari 2009 geldt dat de basisrente is gebaseerd is op het percentage interest rate swap (IRS).

84.2 Tijdelijke renteverhoging in verband met kredietcrisis

In verband met de kredietcrisis geldt tijdelijk en alleen voor leningen die zijn afgesloten óp of ná 1 januari 2009 óf waarvan de rentevast-periode eindigt op of na deze datum, een basisrente die gebaseerd is op de marktrente voor de door het WFZ geborgde leningen.

Hiervoor wordt het onderstaande berekeningsmodel toegepast, waarbij wordt voldaan aan de voorwaarde: som van de contant gemaakte kasstromen (aflossing en rente) is gelijk aan het bedrag van de hoofdsom van de lening.

Voor de berekening van de normrente kunnen instellingen gebruik maken van de NZa website rentenormering (www.nza.nl). Aan de uitkomsten van de website kunnen geen rechten worden ontleend.

De IRS- en WFZ-percentages voor verschillende looptijden worden dagelijks gepubliceerd (zie: www.wallich.eu) De percentages voor ontbrekende jaren worden bepaald door lineaire interpolatie. Voor de jaren na dertig jaar blijft het percentage constant.

Voor elk jaar van de rentevaste periode worden de in het jaar verschuldigde aflossing en rente contant gemaakt op basis van het percentage zero coupon (zie onder b). Voor het contant maken geldt voor jaar één het percentage zero coupon bij een looptijd van één jaar, voor jaar twee het percentage zero coupon bij een looptijd van twee jaar enzovoort. De aflossingsbedragen worden gebaseerd op de gegevens van de af te sluiten lening. De rentebedragen worden tegen het percentage basisrente berekend over de schuldrest per ultimo van het voorafgaande jaar. De contante waarden worden getotaliseerd en vergeleken met de hoofdsom. Als de hoofdsom groter is dan het totaal van de contant gemaakte kasstromen (cash flows) moet de berekening opnieuw worden uitgevoerd met een hogere waarde voor de basisrente. Deze berekening moet net zolang herhaald worden tot de hoofdsom gelijk is aan de som van de contant gemaakte cash flows. Het dan gebruikte rentepercentage is de norm voor de basisrente.

In formule:

$$\text{Hoofdsom} = \frac{CF_1}{(1 + \text{zero}_1)^1} + \frac{CF_2}{(1 + \text{zero}_2)^2} + \dots + \frac{CF_n}{(1 + \text{zero}_n)^n}$$

$CF = (\text{basisrente} \times \text{rest hoofdsom}) + \text{aflossing}$.

$\text{Zero}_1 = \text{percentage zero coupon in jaar 1}$.

De normrente is vervolgens het percentage voor de basisrente + 0,75%.

b. Zero couponrente

De interest rate swap vormen prijzen van zogenaamde fixe leningen. De IRS-percentages kunnen daarom niet gebruikt worden voor het contant maken van toekomstige kasstromen, omdat in de IRS-prijzen ook de periodieke couponbetalingen zijn verwerkt. Voor het zo zuiver mogelijk contant maken van de toekomstige cash flows moet daarom uit de IRS-reeks een zero

couponreeks geconstrueerd worden. Hiervoor geldt de volgende formule:

$$\{ \sqrt[n]{ (1 + IRS_n) / (1-A) } - 1 = \text{zero coupon}_n$$

$$A = \frac{IRS_n}{(1 + \text{zero}_1)^1} + \frac{IRS_n}{(1 + \text{zero}_2)^2} + \dots + \frac{IRS_n}{(1 + \text{zero}_{n-1})^{n-1}}$$

IRS_n = percentage IRS in jaar n.

$Rwfz$ = IRS + marktopslag in jaar n

$Zero_1$ = percentage zero coupon in jaar 1.

NB In voorgaande formule voor IRS te lezen IRS/Rwfz

c. Normbepalende datum

Voor de toepassing van de IRS-percentages is de datum bepalend waarop de couponrente conform de overeenkomst wordt of is vastgesteld. Indien dit de datum is waarop de overeenkomst tot stand is gekomen dienen documenten te worden overgelegd waaruit duidelijk de exacte datum blijkt. De datum waarop de overeenkomst tot stand komt wordt gedefinieerd als de datum waarop de aanbieding van de financier wordt aanvaard. Dit zal in de meeste gevallen een andere datum zijn dan datum waarop het formele contract wordt ondertekend. Als contractueel de stortingsdatum bepalend is voor de vaststelling van de couponrente van de lening dan wordt de normberekening voor deze datum uitgevoerd. In dat geval dient het betreffende dagafschrift te worden overgelegd.

3.4 Renteprotocollering

Bron: I-620

85. Bij de vaststelling van het schaduwbudget wordt rente over eigen vermogen niet en rente over vreemd vermogen wèl in aanmerking genomen, voor zover redelijkerwijs is voldaan aan de kaders opgenomen in bijlage 5.2 bij deze beleidsregel. Onder eigen vermogen wordt in deze paragraaf verstaan: kapitaal, reserves, voorzieningen, fondsen en fundaties.
86. Over het vreemde vermogen wordt de in te calculeren rente als volgt berekend. Ingecalculeerd wordt het bedrag dat de instelling aan rente is verschuldigd in het jaar waarover het schaduwbudget wordt vastgesteld, met dien verstande dat rentetype en andere voorwaarden van de leningsovereenkomst in overeenstemming dienen te zijn met hetgeen normaal gebruikelijk is (was) op het moment van aanvaarden van de offerte van de lening. Bij de bepaling van het schaduwbudget worden de doorberekende rentekosten in mindering gebracht.
87. Indien een instelling een economische eenheid vormt met een instelling waarop de beleidsregel rente van toepassing is, kan de instelling gezamenlijk met de andere deelnemende instellingen verzoeken om de rentenormering van toepassing te verklaren op het totaal van activa en passiva van de organen die de economische eenheid vormen. Instellingen die geen deel uitmaken van een grote economische eenheid kunnen kiezen om de beleidsregel rente dan wel de beleidsregel renteprotocollering toe te passen.

Afschrijving

Bron: CI-957

88. Afschrijving

De in het schaduwbedrag op te nemen afschrijvingskosten worden gebaseerd op de historische kostprijs.

89. Behoudens het bepaalde in artikel 90 tot en met 94 kunnen de volgende omstandigheden de afschrijvingsbasis niet doen wijzigen:

- Enige eigendomsoverdracht van de onroerende zaak waarin of waarop de instelling is gehuisvest;
- De vestiging, wijziging of beëindiging van een beperkt recht op de onroerende zaak waarop de instelling is gehuisvest;
- Overname van een instelling door een andere rechtspersoon;
- Verandering van rechtsvorm.

90. Indien voor een investering vergunning vereist is krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), zullen bij gebreke daarvan geen kosten van afschrijving en rente in het schaduwbedrag worden opgenomen.

91. Indien voor een investering een vergunning vereist is krachtens de WTZi, kunnen de in het schaduwbedrag op te nemen kosten van afschrijving en rente niet meer bedragen dan uit de vergunning of toestemming voortvloeit.

92. Opname van de afschrijvings- en rentekosten die voortvloeien uit de ingevolge de WTZi/WZV goedgekeurde bouwinitiatieven, wordt beëindigd, indien de eindafrekening van de betreffende bouw niet is ingediend binnen de termijn, zoals in de vergunning is opgenomen, en de Minister van VWS daartoe een besluit op grond van de WTZi/WZV heeft genomen. Het schaduwbedrag wordt in dat geval met ingang van de dag waarop het besluit door de Minister van VWS is genomen, met de kosten van afschrijving en rente verlaagd.

93. Indien voor een investering toestemming is verleend in het kader van de Regeling exploitatieverlagende initiatieven worden de afschrijvingskosten, die blijkens de goedkeuring worden geacht deel uit te maken van het EVI-deel, niet in het schaduwbedrag opgenomen. Onder het EVI-deel wordt verstaan dat deel van de investeringen dat volgens de goedkeuringsvoorwaarden van de overheid niet voor vergoeding in het schaduwbedrag in aanmerking komt.

94. De afschrijvingskosten worden in het algemeen in het schaduwbedrag opgenomen vanaf de ingebruikname van de betrokken activa. Startkosten, waaronder worden verstaan lopende uitgaven, zoals salarissen, opleidingskosten etc., welke worden gemaakt reeds voordat de instelling in gebruik wordt genomen, dienen te worden geactiveerd en volgens de beleidsregel te worden afgeschreven.

95. Met inachtneming van het bovenstaande wordt bij de bepaling van het schaduwbedrag uitgegaan van de volgende

afschrijvingspercentages:

Afschrijvingspercentages

stenen gebouwen	2%
semipermanente gebouwen	5%
houten paviljoens	10%
restauraties en normale verbouwingen en tuinaanleg	5%
röntgeninstallaties en aanverwante installaties	10%
autoclaven	10%
overige installaties	5%
investeringen vallend onder meldingsprocedure WZV	5%/10%
instandhoudingsinvesteringen vallend onder WTZi ¹⁵	2%/5%/10%
inventarisgoederen	10%
auto's	20%
computerapparatuur en programmatuur met betrekking tot automatische informatieverwerking	20%
startkosten, bouwrente en stichtingskosten	2½%
grond	0%

96. De jaarlijkse veronderstelde investeringen zijn opgenomen in de financiële planning van het LTHP (afschrijven in 10 jaar). Daarbij geldt dat de afschrijvingskosten met betrekking tot

- Instandhoudingsinvesteringen;
- Inventarisgoederen;
- auto's;
- computerapparatuur e.d.;
- investeringen in een eigen wasserij

bekostigd dienen te worden uit de daarvoor bestemde beleidsregels respectievelijk paragrafen van deze beleidsregel.

97. De aldus berekende, bij de bepaling van het schaduwbedrag in aanmerking te nemen afschrijvingskosten, worden verminderd met de doorberekende kosten van afschrijving.

¹⁵ Voor de onderverdeling in afschrijvingscategorie wordt verwezen naar de definities in de beleidsregel instandhoudingsinvesteringen.

3.5 Afschrijving UMC's

Bron: CI-927

98. Afschrijving

De in het schaduwbedrag op te nemen afschrijvingskosten worden gebaseerd op de historische kostprijs.

99. Behoudens het bepaalde in de artikelen 100 tot en met 103 kunnen de volgende omstandigheden de afschrijvingsbasis niet doen wijzigen:

- Enige eigendomsoverdracht van de onroerende zaak waarin of waarop de instelling is gehuisvest;
- De vestiging, wijziging of beëindiging van een beperkt recht op de onroerende zaak waarop de instelling is gehuisvest;
- Overname van een instelling door een andere rechtspersoon;
- Verandering van rechtsvorm.

100. Indien voor een investering vergunning vereist is krachtens de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi), de wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) dan wel toestemming van het Ministerie van VWS in het kader van de TVWMD, zullen bij gebreke daarvan geen kosten van afschrijving en rente in het schaduwbedrag worden opgenomen.

101. Indien voor een investering een vergunning vereist is krachtens de WTZi, de WZV dan wel toestemming van het Ministerie van VWS in het kader van de TVWMD, kunnen de in het schaduwbedrag op te nemen kosten van afschrijving en rente niet meer bedragen dan uit de vergunning of toestemming voortvloeit.

102. Indien voor een investering toestemming is verleend in het kader van de Regeling exploitatieverlagende initiatieven worden de afschrijvingskosten, die blijkens de goedkeuring worden geacht deel uit te maken van het EVI-deel, niet in het schaduwbedrag opgenomen. Onder het EVI-deel wordt verstaan dat deel van de investeringen dat volgens de goedkeuringsvoorwaarden van de overheid niet voor vergoeding in het schaduwbedrag in aanmerking komt.

103. De afschrijvingskosten worden in het algemeen in het schaduwbedrag opgenomen vanaf de ingebruikname van de betrokken activa. Startkosten, waaronder worden verstaan lopende uitgaven, zoals salarissen, opleidingskosten etc., welke worden gemaakt reeds voordat de instelling in gebruik wordt genomen, dienen te worden geactiveerd en volgens de beleidsregel te worden afgeschreven.

104. Met inachtneming van het bovenstaande wordt bij de bepaling van het schaduwbedrag uitgegaan van de volgende afschrijvingspercentages:

Afschrijvingspercentages

stenen gebouwen	2%
semipermanente gebouwen	5%
houten paviljoens	10%
restauraties en normale verbouwingen en tuinaanleg	5%
röntgeninstallaties en aanverwante installaties	10%
autoclaven	10%
overige installaties	5%
investeringen vallend onder meldingsprocedure WZV	5%/10%
instandhoudingsinvesteringen die vallen onder het DHAZ-kader voor de UMC's ¹⁶	2%/5%/10%
inventarisgoederen	10%
auto's	20%
computerapparatuur en programmatuur met betrekking tot automatische informatieverwerking	20%
startkosten, bouwrente en stichtingskosten	2½%
grond	0%

Daarbij geldt dat de afschrijvingskosten met betrekking tot:

investeringen die vallen onder de meldingsprocedure WZV;
 investeringen die vallen onder het DHAZ-kader voor de UMC's
 instandhoudingsinvesteringen;
 inventarisgoederen;
 auto's
 computerapparatuur e.d.;

investeringen in een eigen wasserij
 bekostigd dienen te worden uit de daarvoor bestemde beleidsregels en de daarvoor afgesproken verhouding tussen VWS-deel en OCW-deel.

105. Voor (delen van) bouwprojecten van UMC's die in het kader van de overgangsmaatregelen van WZV-financiering (specifiek: PBA-kader) naar DHAZ-kader nog gefinancierd worden uit de PBA-middelen, gelden de oorspronkelijke afschrijvingsregels.
106. De aldus berekende, bij de bepaling van het schaduwbedrag in aanmerking te nemen afschrijvingskosten, worden vermindert met de doorberekende kosten van afschrijving. Hieronder worden mede de kosten van inwoning verstaan.

¹⁶ Voor de onderverdeling in afschrijvingscategorie wordt verwezen naar de definities in de paragraaf instandhoudingsinvesteringen van deze beleidsregel. De jaarlijkse veronderstelde investeringen zijn opgenomen in de financiële planning van het LTHP (afschrijven in 10 jaar).

3.6 Instandhoudingsinvesteringen

Bron: CI-995

De opbouw van in deze paragraaf genoemde trekkingsrechten wordt in het jaar 2012 voortgezet.

107. Op basis van deze paragraaf kan het schaduwbudget worden aangepast in verband met de afschrijving van instandhoudingsinvesteringen. Instandhoudingsinvesteringen zijn investeringen gericht op het instandhouden van gebouwen en terreinvoorzieningen, die op grond van artikel 5.3 van het uitvoeringsbesluit WTZi niet onder het bouwregime van de WTZi vielen. Instandhoudingsinvesteringen ten behoeve van de in (voormalig) artikel 5.4 van het uitvoeringsbesluit WTZi genoemde voorzieningen vallen buiten de werking van deze beleidsregel. De kosten van onderhoud worden niet aangemerkt als instandhoudingsinvesteringen.
108. Afschrijvingsdeel gehuurde instandhouding

In geval instandhoudingsinvesteringen niet door de zorginstelling zelf worden uitgevoerd maar door derden, waarvoor een huur in rekening wordt gebracht, kan het afschrijvingsdeel van de huur worden opgenomen onder de afschrijvingskosten instandhouding. Dit afschrijvingsdeel wordt vastgesteld op 55% van het kale huurbedrag.
109. In het schaduwbudget kan worden opgenomen: de afschrijving op jaarlijkse, gering van omvang zijnde, instandhoudingsinvesteringen. Deze component is niet gekoppeld aan werkelijk gerealiseerde instandhoudingsinvesteringen. Daarnaast kan in het schaduwbudget worden opgenomen: de afschrijvingskosten met betrekking tot grotere zich incidenteel voordoende instandhoudingsinvesteringen voor zover deze instandhoudingsinvesteringen daadwerkelijk zijn gerealiseerd. Substitutie tussen beide beleidsregelcomponenten is toegestaan.
110. Het is niet toegestaan de middelen die zijn op grond van deze paragraaf aan het schaduwbudget worden toegevoegd anders te besteden dan aan afschrijving van instandhoudingsinvesteringen. Indien sprake is van huur en verhuur tussen zorginstellingen worden hiermee gelijkgesteld de kosten van instandhouding die expliciet in het huurbedrag door de verhuurder worden doorberekend aan de huurder. Dit is slechts van toepassing indien voor het in gebruik nemen van huisvesting op basis van huur een vergunning ingevolge de WTZi is verleend.
111. Definities

Bij instandhoudingsinvesteringen wordt een onderscheid gemaakt naar functionele instandhouding, technische instandhouding, renovaties en kleine werken. Daarvoor gelden de in dit artikel genoemde definities en afschrijvingstermijnen. Ter verduidelijking van de afbakening is ook de definitie van dagelijks onderhoud opgenomen.

 - 111.1 Dagelijks onderhoud betreft alle onderhoudswerkzaamheden, curatief en preventief met een periodiciteit < 5 jaar, die

noodzakelijk zijn om de technische kwaliteit te handhaven. De kosten van de werkzaamheden komen direct ten laste van de exploitatie en hebben geen - directe - relatie met de instandhoudingsmiddelen.

111.2 Functionele instandhouding betreft alle werkzaamheden die noodzakelijk zijn om de infrastructuur aan te passen aan gewijzigde functionele en wettelijke eisen en wensen. Dit kan nieuwbouw betreffen, te splitsen in gebouwen (afschrijven in 50 jaar) en installaties (afschrijven in 20 jaar), dan wel grotere verbouwingen (afschrijven in 20 jaar). Zeker is dat de eigenschappen van het object zullen wijzigen.

111.3 Technische instandhouding (relatief voorspelbaar) betreft preventieve onderhoudswerkzaamheden (periodiciteit > 5 jaar) die noodzakelijk zijn om de technische kwaliteit ook op langere termijn te handhaven. Eigenschappen van het te onderhouden object wijzigen niet (afschrijven in 10 jaar).

111.4 Renovaties (relatief voorspelbaar) betreffen meestal het partieel en preventief vervangen van grotere delen van het gebouw of installaties, waarbij doorgaans ook de eigenschappen van het object wijzigen. De periodiciteit is > 15 jaar (afschrijven in 20 jaar).

111.5 Kleine werken: naast bovengenoemde vormen van instandhouding en renovaties zal een instelling een vorm van 'kleine werken' kennen. Dit zijn kleinere verbouwprojecten met meestal functionele aanpassingen. Deze kleine werken zijn minder planbaar en worden niet op projectniveau beschreven in het LTHP, maar zijn wel passend in de strekking van het LTHP.

112. Normatieve (jaarlijkse) instandhoudingsinvesteringen

Jaarlijks komen de volgende investeringsbedragen per normatieve vierkante meter vloeroppervlak beschikbaar.

Investeringsbedragen

Ziekenhuizen	€ 21,07
Dialysecentra	€ 21,07
Radiotherapeutische centra	€ 21,07
Revalidatiecentra	€ 18,37

De afschrijvingskosten bedragen 10% van het investeringsbedrag. Dit houdt in dat in een periode van 10 jaar de volledige investering door middel van afschrijving in het (schaduw)budget wordt verwerkt.

113. Incidentele instandhoudingsinvesteringen (renovaties) bestaande gebouwen per 1 juli 1996

Op grond van deze beleidsregel worden incidentele instandhoudingsinvesteringen in de vorm van trekkingsrechten beschikbaar gesteld voor de gebouwen die op 1 juli 1996 in gebruik waren. Dit onder voorwaarde dat deze gebouwen met instemming van de overheid tot stand zijn gekomen. De incidentele instandhoudingsinvesteringen voor dit

gebouwenbestand komen beschikbaar over de periode 1996 tot en met 2016 afhankelijk van in welke klasse de normatieve vierkante meters zijn ingedeeld. Voor dit gebouwenbestand is het aantal normatieve vierkante meters per klasse van toepassing zoals vastgesteld op grond van de beleidsregel I-674/II-656/III-836.

De gebouwen, die op 1 juli 1996 in gebruik waren, zijn op basis van bouwkundige en functionele staat als volgt geclassificeerd naar vermoedelijk tijdstip van renovatie:

Klasse 1:renovatie na 2016
Klasse 2:renovatie tussen 2011 en 2016
Klasse 3:renovatie tussen 2006 en 2011
Klasse 4:renovatie tussen 2001 en 2006
Klasse 5:renovatie tussen 1996 en 2001
Klasse 7:renovatie vindt niet meer plaats

De periode van 10 jaar waarin de investeringsgelden beschikbaar komen is voor de klasse 1 aangevangen op 1 januari 2007, voor de klasse 2 op 1 januari 2004 en voor klasse 3 op 1 januari 1999. Nadat de opbouw van middelen in een bepaalde klasse is voltooid, worden de normatieve meters van deze klasse overgeboekt naar klasse 7.

Per normatieve vierkante meter vloeroppervlak gelden de in de tabel vermelde investeringsbedragen:

Investeringsbedragen

ziekenhuizen	€ 131,72
Dialysecentra	€ 131,72
Radiotherapeutische centra	€ 131,72
Revalidatiecentra	€ 112,29

114. Incidentele instandhoudingsinvesteringen gebouwen die na 1 juli 1996 in gebruik zijn genomen

Voor gebouwen in eigendom (en gehuurde gebouwen in geval sprake is van huur en verhuur tussen instellingen), die na 1 juli 1996 in gebruik zijn genomen, geldt dat gedurende een periode van 10 jaar jaarlijks een investeringsbedrag per normatieve vierkante meter vloeroppervlak beschikbaar komt zoals vermeld in het overzicht in artikel 113.

De periode van 10 jaar vangt aan op de eerstvolgende 1 januari na de datum waarop een nieuw gebouw tien jaar bij de instelling in gebruik is. De ruimte voor opbouw wordt begrensd door het totale normatieve oppervlak verminderd met de normatieve meters van gehuurde gebouwen waarbij geen sprake is van huur en verhuur tussen gezondheidszorginstellingen.

De opbouw van de investeringsruimte vangt aan per 1 januari volgend op het jaar waarin het gebouw in gebruik werd genomen. De ruimte voor opbouw wordt begrensd door het totale normatieve oppervlak verminderd met de normatieve meters van gehuurde gebouwen waarbij geen sprake is van huur en verhuur tussen

instellingen.

115. Vaststelling normatief aantal vierkante meters

Het aantal normatieve vierkante meters vloeroppervlak wordt gebaseerd op besluiten van de Minister van VWS.

116. Werkelijke instandhoudingsinvesteringen

De afschrijvingskosten van werkelijke, door de accountant van de instelling geaccordeerde, instandhoudingsinvesteringen komen voor bekostiging op basis van deze paragraaf in aanmerking. In geval instandhoudingsinvesteringen niet door de instelling zelf worden uitgevoerd maar door derden, waarvoor een huur in rekening wordt gebracht, kan het afschrijvingsdeel worden beschouwd als instandhoudingsinvestering. Het afschrijvingsdeel wordt vastgesteld op 55% van het kale huurbedrag.

De totale instandhoudingsinvesteringen in een jaar worden zoveel als mogelijk toegerekend aan de nog niet benutte investeringsmogelijkheden van het onderdeel jaarlijkse instandhoudingsinvesteringen. De afschrijving hierop gaat in op 1 januari van het jaar waarin de investering plaatsvindt en bedraagt 10% per jaar. De afschrijving op het resterende deel van de instandhoudingsinvesteringen gaat eveneens in op 1 januari van het jaar waarin de investering plaatsvindt en bedraagt 5% per jaar. Voor het laatstgenoemde deel wordt het saldo van de nog niet benutte investeringsmogelijkheden van het onderdeel incidentele instandhoudingsinvesteringen verlaagd. Indien dat zou leiden tot een negatieve stand van de investeringsruimte, dan wordt het verschil direct ten laste van de exploitatie gebracht. Een negatieve stand van de investeringsruimte is niet toegestaan.

117. Indexering nog niet bestede instandhoudingsinvesteringen en instandhoudingsreserve

De saldi van nog niet bestede jaarlijkse en incidentele instandhoudingsinvesteringen worden jaarlijks geïndexeerd. De indexering van jaar t wordt berekend over de stand per ultimo van jaar (t-1). De berekening vindt plaats op basis van de ontwikkeling van de bouwkosten voor de gezondheidszorg.

118. *Onderbouwing totaal aantal normatieve vierkante meters*

Het totaal aantal normatieve vierkante meters wordt gebruikt bij de vaststelling van de hoogte van de jaarlijkse instandhoudingsinvesteringen. De onderbouwing van het totaal aantal normatieve vierkante meters wordt gebruikt bij de bepaling van de incidentele Instandhoudingsinvesteringen. De onderbouwing van het totaal aantal normatieve vierkante meters kan als volgt worden weergegeven:

N1
N2
N3
N7
N1996
N1997
N1998
N1999
N2000
N2001
N2002
N2003
N2004
N2005
N2006
NH
-/-NU
NT

N = normatieve aantal vierkante meters
H = aantal gehuurde vierkante meters van gebouwen waarbij geen sprake is van huur en verhuur tussen gezondheidszorg instellingen

T = totaal
1 t/m 6 en 7 = klassenaanduiding

1996 = jaar van eerste ingebruikname (na 1 juli 1996) van gebouwen in eigendom en gehuurde gebouwen in geval sprake is van huur en verhuur tussen gezondheidszorginstellingen. Bijvoorbeeld: N1998 zijn de normatieve meters die in 1998 in gebruik zijn genomen, N1999 zijn de normatieve meters die in 1999 in gebruik zijn genomen etc. *)

NA96 = na 1 juli 1996 voor het eerst in gebruik genomen normatieve meters van gebouwen in eigendom en gehuurde gebouwen in geval sprake is van huur en verhuur tussen gezondheidszorginstellingen

U =_uitbestede dienst **)

*) Registratie van de normatieve meters per jaar van ingebruikname is nodig, omdat na 10 jaar de opbouwperiode aanvangt.

**) De paragraaf instandhoudingsinvesteringen is niet van toepassing op de normatieve vierkante meters van uitbestede diensten. Zie Beleidsregel kapitaalslasten bij uitbesteding.

3.7 Instandhoudingsinvesteringen UMC's

Bron: CI-928

De opbouw van in deze paragraaf genoemde trekkingsrechten wordt in het jaar 2012 voortgezet.

119. Dit hoofdstuk heeft ten doel middelen te verschaffen voor de afschrijving van instandhoudingsinvesteringen, zoals gedefinieerd in de paragraaf afschrijving UMC's. Instandhoudingsinvesteringen zijn investeringen waarvoor, op grond van het Convenant Decentralisatie Huisvesting Academische Ziekenhuizen (DHAZ) en op basis daarvan aangepaste Besluit uitzondering toestemmingsprocedures Wet ziekenhuisvoorzieningen (VWS), en aanpassing Bekostigingsbesluit Rijksbijdrage Academische ziekenhuizen (OCW) overeengekomen investeringsmiddelen.
120. Het investeringsbedrag per instelling wordt jaarlijks door de ministeries van VWS en OCW gezamenlijk vastgesteld. De hieruit voortvloeiende afschrijvingskosten worden voor wat betreft het VWS-deel echter pas in het schaduwbudget opgenomen zodra daadwerkelijk instandhoudingsinvesteringen zijn gerealiseerd en daarbij is voldaan aan de vereisten genoemd in het Besluit uitzondering toestemmingsprocedures Wet ziekenhuisvoorzieningen. De NZa zal in dat geval overgaan tot aanpassing van het schaduwbudget. Substitutie tussen bouwprojecten is toegestaan.
121. Het is niet toegestaan de middelen die zijn verkregen op grond van deze paragraaf anders te besteden dan aan afschrijving van instandhoudingsinvesteringen. Indien sprake is van huur dan worden deze kosten opgenomen in het schaduwbudget indien deze in de opgave van de uit te voeren bouwprojecten waren opgenomen.
122. Definities
 - 122.1 Bij instandhoudingsinvesteringen die vallen onder het DHAZ-kader voor de UMC's wordt een onderscheid gemaakt naar functionele instandhouding, technische instandhouding, renovaties en kleine werken. Daarvoor gelden de onderstaande definities en afschrijvingstermijnen. Ter verduidelijking van de afbakening is ook de definitie van dagelijks onderhoud opgenomen.
 - 122.2 Dagelijks onderhoud betreft alle onderhoudswerkzaamheden, curatief en preventief met een periodiciteit < 5 jaar, die noodzakelijk zijn om de technische kwaliteit te handhaven. De kosten van de werkzaamheden komen direct ten laste van de exploitatie en hebben geen - directe - relatie met de DHAZ-middelen.
 - 122.3 Functionele instandhouding betreft alle werkzaamheden die noodzakelijk zijn om de infrastructuur aan te passen aan gewijzigde functionele en wettelijke eisen en wensen. Dit kan nieuwbouw betreffen, te splitsen in gebouwen (afschrijven in 50 jaar) en installaties (afschrijven in 20 jaar), dan wel grotere verbouwingen (afschrijven in 20 jaar). Zeker is dat de eigenschappen van het object zullen wijzigen.

122.4 Technische instandhouding (relatief voorspelbaar) betreft preventieve onderhoudswerkzaamheden (periodiciteit > 5 jaar) die noodzakelijk zijn om de technische kwaliteit ook op langere termijn te handhaven. Eigenschappen van het te onderhouden object wijzigen niet (afschrijven in 10 jaar).

122.5 Renovaties (relatief voorspelbaar) betreffen meestal het partieel en preventief vervangen van grotere delen van het gebouw of installaties, waarbij doorgaans ook de eigenschappen van het object wijzigen. De periodiciteit is > 15 jaar (afschrijven in 20 jaar).

122.6 Kleine werken: naast bovengenoemde vormen van instandhouding en renovaties zal een UMC een vorm van "kleine werken" kennen. Dit zijn kleinere verbouwprojecten met meestal functionele aanpassingen. Deze kleine werken zijn minder planbaar en worden niet op projectniveau beschreven in het LTHP, maar zijn wel passend in de strekking van het LTHP.

123. Werkelijke instandhoudingsinvesteringen

123.1 De afschrijvingskosten van werkelijke door de accountant van de instelling geaccordeerde instandhoudingsinvesteringen komen voor bekostiging op basis van deze paragraaf in aanmerking.

123.2 In geval instandhoudingsinvesteringen niet door de zorginstelling zelf worden uitgevoerd maar door derden, waarvoor een huur in rekening wordt gebracht, kan het afschrijvingsdeel worden beschouwd als instandhoudingsinvestering. Het afschrijvingsdeel wordt vastgesteld op 55% van het kale huurbedrag.

123.3 De totale instandhoudingsinvesteringen in een jaar worden toegerekend aan de nog niet benutte investeringsmogelijkheden van de instandhoudingsinvesteringen. De afschrijving hierop gaat voor volledig vervangende nieuwbouw in de maand van ingebruikname, en in alle andere gevallen op 1 juli van het jaar waarin de investering plaatsvindt. De afschrijvingstermijnen gelden conform de paragraaf afschrijving UMC's.

123.4 De nog niet benutte investeringsmogelijkheden van het VWS-deel van het DHAZ-kader worden voor de benutte instandhoudingsinvesteringen verlaagd. Indien dat zou leiden tot een negatieve stand van de investeringsruimte, dan wordt het verschil direct ten laste van de exploitatie gebracht. Een negatieve stand van de investeringsruimte is niet toegestaan.

124. Indexering nog niet bestede instandhoudingsinvesteringen en instandhoudingsreserve

De investeringsreserve, die ontstaat door een niet synchroon verloop van het moment waarop de middelen ten behoeve van de investeringen worden verkregen en het moment waarop deze middelen worden ingezet (de "trekkingsrechten"), wordt jaarlijks trendmatig aangepast. De indexering van jaar t wordt berekend over de stand per ultimo van jaar $(t-1)$. De structurele berekening vindt plaats op basis van de Bouwkostenindex van het ministerie van OCW.

3.8 Kapitaallasten bij uitbesteding

Bron: CI-919

125. Normatieve kapitaalslasten bij uitbesteding

Indien een instelling diensten uitbesteedt aan derden kan voor de bespaarde investeringskosten een normatieve compensatie in het budget worden opgenomen.

126. Vaststelling bedrag besparing op investeringen

Het bedrag van de bespaarde investeringskosten wordt vastgesteld door het College bouw zorginstellingen en vermeld in de relevante vergunning ingevolge de WTZi.

127. Budgetcompensatie

De budgetcompensatie bestaat uit de jaarlijkse annuïteit over het bespaarde investeringsbedrag gebaseerd op een 30-jarige lening met een rente van 7,5% per jaar. Per € 45.378 besparing bedraagt de jaarlijkse annuïteit € 3.842,21. De budgetcompensatie wordt op dezelfde wijze als de paragraaf instandhoudingsinvesteringen van deze beleidsregel jaarlijks aangepast met de bouwkostenindex voor de gezondheidszorg. De budgetcompensatie vervalt bij beëindiging van de uitbesteding.

128. Instandhoudingmiddelen

De paragraaf instandhoudingsinvesteringen is niet van toepassing op de normatieve vierkante meters van de uitbestede diensten. De omvang van de normatieve oppervlakte van de uitbestede dienst wordt vastgesteld door het College bouw zorginstellingen en vermeld in de relevante vergunning ingevolge de WTZi.

129. Verzelfstandiging

In het geval een dienst binnen een bestaand gebouw verzelfstandigd wordt (als gevolg van de functiegerichte beschrijving in plaats van een instellingsgerichte beschrijving in de WTZi) kan de instelling verzoeken om het bestaande kapitaallastenbudget te schonen voor het investeringsbudget en instandhoudingsbudget dat hierop betrekking heeft en dit te compenseren in het exploitatiebudget.

3.9 Huur en erfpacht

Bron: CI-958

130. Definities

In deze paragraaf worden verstaan onder:

Kapitaalslasten: Afschrijvings- en rentekosten van het gehuurde object;

Huur: Kapitaalslasten huur verhoogd met andere huurbestanddelen zoals onderhoud en verzekeringen.

131. Aanpassing schaduwbudget

131.1 Indien voor het aangaan van een huurcontract toestemming bij of krachtens de wet is vereist, zullen bij het ontbreken daarvan geen kosten in het schaduwbudget worden opgenomen.

131.2 Indien voor het aangaan van een huurcontract toestemming bij of krachtens de wet is vereist, zullen de in het schaduwbudget op te nemen kosten voor kale huur niet meer bedragen dan voortvloeit uit de toestemming.

131.3 Indien de rechtspersoon, die een zorgaanbieder exploiteert, geen eigenaar is van de gebouwen en/of installaties en/of inventaris en de verhuurder een rechtspersoon is die een niet op het maken van winst gerichte doelstelling heeft, zal de kale huur worden getoetst aan de paragraaf afschrijving en de paragraaf rente van deze beleidsregel.

132. Indien een huur in rekening wordt gebracht voor instandhoudingsinvesteringen door derden die passen binnen de conform de WTZi toegestane bouw, kan het afschrijvingsdeel van de huur worden opgenomen onder de aanvaardbare afschrijvingskosten. Dit afschrijvingsdeel wordt vastgesteld op 55% van het kale huurbedrag.

133. In afwijking van het aan de paragraaf afschrijving en de paragraaf rente van deze beleidsregel ten grondslag liggende uitgangspunt van de historische kostprijs, is de indexering van de kale huur en erfpacht van onroerend goed aanvaardbaar, mits aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

a. Het onroerend goed wordt voor gebruik ter beschikking gesteld door of namens een (rechts)persoon met een op winst gerichte doelstelling.

b. Het onroerend goed wordt voor gebruik ter beschikking gesteld door of namens een (rechts)persoon met een niet op winst gerichte doelstelling, alsmede door of namens gemeenten en andere publiekrechtelijke rechtspersonen, mits het onroerend goed:

- afkomstig is van buiten de gezondheidszorg in ruime zin, dat wil zeggen, niet reeds heeft gediend voor activiteiten waarvan bekostiging thans plaatsvindt vanwege ziektekostenverzekering of AWBZ;

- niet is verworven met het oog op gebruik in het kader van de gezondheidszorg.

c. Zowel in geval a. als b., doch met uitzondering van de situatie waarin de overheid als erfpachter optreedt, geldt dat het eigendom van het onroerend goed niet direct of indirect berust bij de of de rechtspersoon waarvan de zorgaanbieder uitgaat.

134. De gehanteerde index zal worden afgeleid van de bouwkostenindex voor de gezondheidszorg. De huren die voldoen aan de voorwaarden in artikel 133 zullen jaarlijks uniform worden aangepast.

135. Behoudens het bepaalde in artikel 131 en artikel 133 kunnen de volgende omstandigheden de hoogte van de in de aanvaardbare kosten of tarieven op te nemen huur niet doen wijzigen:

Enige eigendomsoverdracht van de onroerende zaak waarin of waarop de zorgaanbieder gehuisvest;

De vestiging, wijziging of beëindiging van een beperkt recht op de onroerende zaak waarop de zorgaanbieder is gehuisvest;

Overname van een zorgaanbieder door een andere rechtspersoon;

Verandering van rechtsvorm.

3.10Huur en erfpacht UMC's

Bron: CI-921

136. Definities

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

Kale huur: Afschrijvings- en rentekosten van het gehuurde object;

Huur: Kale huur verhoogd met andere huurbestanddelen zoals onderhoud en verzekeringen.

137. Indien voor het aangaan van een huurcontract toestemming bij of krachtens de wet is vereist, zullen bij het ontbreken daarvan geen kosten in de aanvaardbare kosten worden opgenomen.

138. Indien het huurinitiatief is opgenomen in het door de instellingen in het kader van het DHAZconvenant en de aangepaste Besluiten Uitzondering toestemmingsprocedures Academische Ziekenhuizen (VWS) en Bekostigingsbesluit Rijksbijdrage Academische Ziekenhuizen (OCW) aan VWS/OCW gemelde jaarplan, zullen de kale-huurkosten, verminderd met de rentekosten van het gehuurd object, op basis van de verantwoording door de instelling in de jaarrekening in het instellingsbudget worden opgenomen, onder gelijktijdige verlaging met dit bedrag van het nog resterende investeringskader.

3.11 Dure en weesgeneesmiddelen, TNF alfaremmers

Bron: BR/CU-2017 (met wijzigingen)

Het schaduwbudget kan overeenkomstig de systematiek in voorgaande jaren worden aangepast in verband met de netto inkoopkosten van dure en weesgeneesmiddelen die op de stofnamenlijsten bij deze beleidsregel zijn opgenomen.

Of een middel in aanmerking komt voor opname op de stofnamenlijsten wordt getoetst door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) naar aanleiding van bij de NZa ingediende aanvragen. De voorwaarden voor toetsing (opgenomen in de inmiddels vervallen beleidsregels Dure- en weesgeneesmiddelen) zijn met ingang van 2012 versoepeld. Met ingang van 2012 worden aanvragen slechts beoordeeld op de macro kostendrempel van € 2,5 miljoen. De overige criteria zijn te komen vervallen.

In verband met de versoepeling van het toetsingsregime is tevens besloten om middelen die niet aan het tot en met 2011 geldende "T=4 doelmatigheidscriterium" bleken te voldoen niet (zoals eerder aangekondigd) van de stofnamenlijst te schrappen indien de uitlooptermijn van drie maanden die op grond van de oude beleidsregel gold in 2012 valt.

Aanpassing van het schaduwbudget voor dure geneesmiddelen

138.1 Het schaduwbudget kan c.q. moet in de in deze paragraaf beschreven gevallen worden aangepast in verband met de nacalculatie op kosten van een limitatief aantal geneesmiddelen, indien en voor zover deze onder medisch toezicht van de zorgaanbieder zijn verstrekt en indien niet voor een geneesmiddel reeds in belangrijke mate een budgetcompensatie plaatsvindt via specifieke budgetparameters¹⁷ of als onderdeel van andere parameters¹⁸. De aanpassing van het schaduwbudget vindt plaats op grond van netto inkoopkosten (artikel 139) of op grond van de gedeclareerde add-on omzet (artikel 140).

138.2 De in het vorige lid bedoelde aanpassing geldt alleen voor geneesmiddelen en indicaties die daartoe zijn aangewezen in bijlage 5.3 van deze beleidsregel.

138.3 Voor geneesmiddelen of indicaties die na 2011 zijn geregistreerd kan bij de NZa opname op de in het vorige artikellid bedoelde lijst worden aangevraagd. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zal de aanvragen beoordelen volgens een (ten opzichte van het regime dat tot en met 2011 gold) lichter toetsingsregime¹⁹. De toetsing beperkt zich tot toetsing aan de macro kostendrempel van € 2,5 miljoen.

138.4 De in het voorgaande artikellid bedoelde toetsingsvoorwaarde luidt: de totale netto inkoopkosten van het geneesmiddel bedragen op prognosebasis tenminste € 2,5 miljoen gerekend over de gezamenlijke algemene, categorale en academische ziekenhuizen

¹⁷ Bijvoorbeeld surfactant (neonatologie), retrovir, geneesmiddelen t.b.v. dialyse en hemostatica.

¹⁸ Bijvoorbeeld voor voorzieningen op basis van artikel 2 en artikel 8 WBMV.

¹⁹ Het lichtere regime is ook van toepassing op in 2011 ingediende aanvragen die op het moment van inwerkingtreding van deze beleidsregel niet zijn afgehandeld.

(met uitzondering van revalidatie-instellingen). De kostenprognose dient betrekking te hebben op de patiëntenpopulatie waarvoor het CVZ een positief advies heeft uitgebracht. Indien voor een geneesmiddel dat reeds (voorlopig) is opgenomen voor een bepaalde indicatie een aanvraag wordt ingediend voor opname van een vergelijkbare indicatie, is het toegestaan om bij de toetsing aan het kostencriterium de geprognoseerde kosten voor de nieuwe indicatie op te tellen bij de geprognoseerde kosten van de reeds opgenomen vergelijkbare indicatie. Indien sprake is van verschillende indicaties worden de kosten voor het specifieke indicatiegebied afzonderlijk aan het kostencriterium getoetst. Het CVZ beoordeelt of al dan niet sprake is van vergelijkbare indicaties.

139. Vergoedingsregeling op basis van netto inkoopkosten

139.1 Van geneesmiddelen en indicaties die daartoe zijn aangewezen in paragraaf 5.3 van deze beleidsregel kan 80% van de netto inkoopkosten in het schaduwbudget worden opgenomen, waarbij voor de bepaling van de netto inkoopkosten per stofnaam in jaar t wordt uitgegaan van de goedkoopste structureel en in voldoende mate verkrijgbare prijsvariant ongeacht het inkoopkanaal.

139.2 Onder netto inkoopkosten wordt verstaan: de inkoopprijs (volgens de lijstprijs van het door de zorgaanbieder ingekochte geneesmiddel) na aftrek van eventuele kortingen en bonussen en van op indirecte manier verleende inkoopvoordelen (zoals bijvoorbeeld assortimentskorting of gratis apparatuur). Zorgaanbieders dienen aan zorgverzekeraars te kunnen aantonen dat ze een optimaal inkoopbeleid hebben gevoerd.

139.3 Uitzondering: Cetuximab

Voor de toepassing van het geneesmiddel Cetuximab bij de derdelijnsbehandeling van gemetastaseerde colorectale kanker bij patiënten met een niet-gemuteerd KRAS-gen bedraagt de budgetcompensatie $80\% \times 0,92 \times$ de inkoopprijs bedoeld in artikel 139.2.²⁰

139.4 Uitzondering: Infliximab

Uitsluitend voor gebruik bij patiënten behandeld worden voor reumatoïde artritis met Infliximab bij wie de eerste toediening heeft plaatsgevonden voor 1 mei 2004 geldt in afwijking van artikel 139.1 een vergoedingspercentage van 100. Een accurate patiëntenregistratie geldt hierbij als voorwaarde.

139.5 Uitzondering: Abatacept en Infliximab

Voor de toepassing van de middelen Abatacept en Infliximab is de vergoeding als bedoeld in dit artikel beperkt tot de kosten van toedieningen in het kader van vóór 1 januari 2012 aangevangen intramurale behandelingen.

139.6 Uitzondering: Ipilimumab en Vemurafenib

Voor daartoe door de Minister van VWS bij brief aangewezen

²⁰ Het CVZ heeft vastgesteld dat er voor dit middel een goedkoper gelijkwaardig alternatief is. Daarom past de NZa op grond van de substitutie bepaling een afslag toe.

instellingen geldt voor de toepassing van de geneesmiddelen Ipilimumab en Vemurafenib voor toedieningen na 31 december 2011 (Ipilimumab) respectievelijk na 30 juni 2012 (Vemurafenib) in afwijking van artikel 139.1 een vergoedingspercentage van 95, mits de desbetreffende instelling deelneemt aan een naar oordeel van de Minister adequate patiëntenregistratie waarin de effecten van de behandeling met het desbetreffende middel zorgvuldig zijn vastgelegd.

Een achttal per 1 januari 2012 van GVS naar ziekenhuiskader overgehevelde middelen brengt voor instellingen extra omzet met zich mee, omdat voor deze middelen op grond van het bepaalde in de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg add-ons zijn vastgesteld. Omdat is beoogd om de overheveling voor instellingen financieel neutraal te laten verlopen, moet deze omzet ook volledig bij het schaduwbudget worden geteld.

Voor de middelen Abatacept en Infliximab is een aanvullende voorwaarde opgenomen. Omdat voor deze overgehevelde middelen al 80% budgetcompensatie gold (en deze alleen voor de 'overhevelingsgevallen' in 100% bijtelling moet wijzigen), wordt onderscheid gemaakt naar het moment waarop eerste toediening heeft plaatsgevonden; oude gevallen blijven onder de 80% regel (artikel 139) en nieuwe gevallen komen onder de 100% regel (artikel 140).

140. Vergoedingsregeling op grond van add-on omzet

140.1 Voor op 1 januari 2012 geregistreerde indicaties en voor na 1 januari 2012 nieuw geregistreerde indicaties van de in onderstaande tabel genoemde geneesmiddelen zal de vergoeding in het schaduwbudget worden gebaseerd op 100% van de gedeclareerde add-on omzet in 2012.

Per 1-1-2012 naar ziekenhuiskader overgehevelde geneesmiddelen

Stofnaam	Merknaam
Adalimumab	Humira
Certolizumab	Cimzia
Etanercept	Enbrel
Golimumab	Simponi
Infliximab	Remicade
Abatacept	Orencia
Anakinra	Kineret
Ustekinumab	Stelara

140.2 Uitzondering: Infliximab en Abatacept met eerste toediening vóór 1 januari 2012

In afwijking van artikel 140.1 geldt voor de geneesmiddelen Infliximab en Abatacept in die gevallen waarin de eerste (intramurale) toediening heeft plaatsgevonden vóór 1 januari 2012 en waarin een accurate patiëntenregistratie heeft plaatsgevonden een vergoeding als bedoeld in artikel 139.1.

141. Weesgeneesmiddelen (alleen van toepassing voor UMC's)

Uitsluitend voor UMC's geldt dat het schaduwbudget kan worden

gewijzigd in verband met de nacalculatie op kosten van een limitatief aantal geneesmiddelen, vermeld op de in paragraaf 5.4 van deze beleidsregel opgenomen stofnamenlijst indien en voor zover deze onder medisch toezicht van de zorgaanbieder zijn verstrekt. Van deze geneesmiddelen komt 100% van de netto inkoopkosten bedoeld in artikel 139.2 voor nacalculatie in aanmerking, waarbij voor de vergoeding van de netto inkoopkosten per stofnaam in jaar t wordt uitgegaan van de goedkoopste structureel en in voldoende mate verkrijgbare prijsvariant, ongeacht het inkoopkanaal.

4. Slotbepalingen

4.1 Afwikkeling oude jaren

142. Opbrengstverrekening gebudgetteerde instellingen

Voor het beleid betreffende de opbrengstverrekening 2011 wordt verwezen naar de beleidsregel Functiegerichte budgettering zoals die van toepassing was in 2011.

143. Opbrengstverrekening begrotinggefinancierde instellingen

143.1 Eenmalige opbrengstverrekening

Met ingang van 2012 vindt de verrekening van het opbrengstresultaat over 2010 en 2011 eenmalig plaats via onderlinge verrekening. De verrekeningsmethodiek middels een verrekenpercentage wordt afgeschaft.

143.2 Procedure

In het najaar van 2012 wordt zowel het jaar 2010 afgewikkeld als ook het jaar 2011 (versneld) afgewikkeld middels een eenmalig te verrekenen bedrag.

143.3 Opbrengstverrekening

De opbrengstverrekening bestaat uit twee fasen:

Fase 1: Vaststellen opbrengstresultaat

Slechts op basis van een gezamenlijk ingediend verzoek wordt door de NZa het opbrengstresultaat van 2010 en het opbrengstresultaat van 2011 vastgesteld.

Het verzoek moet voldoen aan de volgende voorwaarden:

- Het verzoek sluit aan bij de jaarrekening 2010 respectievelijk 2011 en;
- Het verzoek is gedaan door middel van het daarvoor door de NZa ter beschikking gestelde formulier en;
- Het verzoek is vóór 1 juni 2012 bij de NZa ingediend en;
- Het verzoek is gezamenlijk bij de NZa ingediend.

Indien het verzoek niet voldoet aan alle bovenstaande voorwaarden, stelt de NZa het te verrekenen bedrag ambtshalve vast op basis van eigen informatie en met gebruikmaking van de volgende formules:

Opbrengstresultaat 2010:

Aanvaardbare kosten 2010 – Opbrengsten in DBC's 2010

Opbrengstresultaat 2011:

Aanvaardbare kosten 2011 – Opbrengsten in DBC's 2011

Fase 2: Verrekening naar marktaandelen

De NZa berekent voor 2010 en 2011, mede op basis van gegevens van het College van Zorgverzekeringen (CVZ), welk deel van het

opbrengstresultaat toe te rekenen is naar de individuele, in dat jaar werkzame Ziektekostenverzekeraar als bedoeld in artikel 1, sub f onder 1 en 3 van de Wmg.

4.2 Intrekking beleidsregels, Overgangsbepaling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2067) ingetrokken.

Per 1 januari 2012 werden de navolgende (hier uitsluitend ter informatie vermelde) beleidsregels ingetrokken.

De ingetrokken beleidsregels blijven van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Ingetrokken beleidsregels

Nummer	Titel
BR/CU-2047	Functiegerichte Budgettering Revalidatie
CI-899	Beleidsregel zelfstandige audiologische centra
CI-817	Beleidsregel budgetaanpassing zelfstandige dialysecentra in verband met productieafspraken
CI-810	Beleidsregel budgettering radiotherapeutische centra
BR/CU-2017	Dure geneesmiddelen
BR/CU-2018	Weesgeneesmiddelen
CI-811	Beleidsregel budgettering klinisch genetische centra
CI-927	Beleidsregel afschrijving academische ziekenhuizen
CI-928	Beleidsregel instandhoudingsinvesteringen academische ziekenhuizen
CI-921	Beleidsregel huur en erfpacht academische ziekenhuizen
CI-807	Beleidsregel personele en materiele kosten poliklinische ziekenhuispsychiatrie
I-682/II-673/III-852	Beleidsregel controleprotocol
CI-1014	Beleidsregel aanvaardbare kosten 2008
BR/CU-2026	Herziening budgetschoning B-segment loonkosten medisch specialisten in loondienst
CI-1089	Definitieve opschoning budget in verband met uitbreiding B-segment 2009
CI-1102	Budgetschoning tweede tranche zorgopleidingen
CI-1083	Doorwerking kortingsmaatregel 2008
CI-1084	Kortingsmaatregel 2009
CI-1059	Definitieve opschoning budget in verband met uitbreiding B-segment 2008
CI-1065	Bedragen definitieve opschoning budgetten 2008 in verband met uitbreiding B-segment
CI-1115	Budgetschoning in verband met separate budgettering GGZ
BR/CU-2024	Budgetcorrectie t.b.v. Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO)
BR/CU-2019	Kortingsmaatregel 2011
CI-1010	Beleidsregel opbrengstverrekening 2005
CI-1011	Beleidsregel opbrengstverrekening 2006
CI-1019	Beleidsregel opbrengstverrekening 2007
CI-1126	Budgetschoning opleidingsfonds audiologische centra en epilepsiecentra
I-753	Beleidsregel bedragen opschoning ziekenhuisbudgetten in verband met invoering segment B
CI-860	Beleidsregel opschoning FB-budget in verband met de introductie van het DBC-segment met vrije prijzen
I-659	Beleidsregel van DBC's in het B-segment
CI-1085	Overgangsregime kapitaallastenvergoeding
BR/CU-2006	Experiment DOT Sint Maartenskliniek
CI-934	Beleidsregel module voor intensieve neurologische behandeling en begeleiding van MS patiënten
CI-806	Beleidsregel materiele kosten IKC en kankerregistratie
CI-805	Beleidsregel bureauformatie integrale kankercentra
CI-820	Beleidsregel palliatieve zorg Integraal Kankercentrum
I-677/II-668/III-847	Beleidsregel BTW-constructies
BR/CU-2067	Beleidsregel transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg
I-524	Beleidsregel integrale kankercentra

4.3 Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg, wordt geplaatst en werkt terug tot 1 januari 2012. Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg', met kenmerk BR/CU-2072, ingetrokken.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel Transitie
bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg.

5. Bijlagen

5.1 Tabel zorgprestaties onder transitie­model

Het transitie­bedrag­model betreft uitsluitend zorg die in 2011 tot het gere­guleerde A-seg­ment hoorde. Omdat voor medisch specialistische zorg die in 2012 wordt ge­leverd een andere product­structuur geldt dan voor zorg ge­leverd in of overlopend uit 2011 vereist de vast­stelling welke zorg­prestaties onder het transitie­bedrag­model vallen een "vertaalslag".

De NZa heeft hiervoor op basis van een financiële benadering een lijst van producten die onder het transitie­model vallen samengesteld.

De NZa heeft daarbij de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Alle DOT-producten met een gere­guleerd tarief (DOT-A2012) vallen onder het transitie­model.
- Van het totale B-seg­ment (70%) moet een deel worden aangemerkt als producten buiten het transitie­model (DOT-Boud), en een deel als producten binnen het transitie­model (DOT-Bnieuw).
- De lijst B-oud is volgens de financiële benadering gevuld; daarmee komen de resterende producten uit het B-seg­ment onder het transitie­model te vallen.
- Voor de omvang van het oude B-seg­ment (2011) is gerekend met een bedrag van € 3,2 miljard (34%).
 - o Van alle B-producten (totale 70% B-seg­ment) is bekeken welk aandeel van de omzet uit het B-seg­ment 2011 komt²¹. Voor een deel van deze producten kan worden vast­gesteld dat 100% van de omzet uit het B-seg­ment 2011 komt. De totale omzet van deze producten vult de 34% echter niet volledig. Het resterende deel is op de volgende manier aangevuld tot 34%:
- De lijst van zorg­producten in het totale (70%) B-seg­ment is gerangschikt op aandeel van de omzet per product behorend tot het B-seg­ment 2011. Op volgorde van dit aandeel van de omzet worden producten toegevoegd aan B-oud, totdat de grens van 34%/€ 3,2 miljard bereikt is.
- Er is gerekend op basis van kostendeel, volgens de tarief­berekening van DBC-Onderhoud
- Bovenstaande is op macroniveau uitgevoerd.

Met deze benadering, waarbij het B-oud seg­ment op basis van het grootste omzetaandeel in het B-seg­ment 2011 per product wordt ingevuld, is er naar verwachting ook een goede medisch inhoudelijke aansluiting tussen de DOT producten in B-oud en de B-DBC's in 2011.

Deze benadering leidt tot de volgende resultaten:

- Bij een grenswaarde van 34% B-seg­ment worden 659 producten van de totale lijst van het B-seg­ment (70%) aangemerkt als B-oud.
- Hiervan zijn 284 producten zondermeer aan te merken als B-oud: 100% van de omzet van elk van deze producten komt uit het B-seg­ment 2011. Hiermee is circa € 1,8 mld van de 34% gevuld (op basis van kostendeel, volgens tarief­berekening van DBC-Onderhoud).

²¹ Op basis van conversies van DBC-Onderhoud

- Voor de volgende 219 producten geldt dat 50%-99% van de omzet per product uit het B-segment 2011 komt. De totale omzet van deze producten bedraagt ruim € 1,1 mld.
- De laatste 156 producten hebben een aandeel van minder dan 50% omzet uit het oude B-segment; hierbij gaat het om circa € 0,3 miljard.

Het totale B-segment kent 3386 producten. Hiervan vallen er volgens bovenstaande werkwijze 659 buiten het transitie-model, en 2727 binnen het transitie-model.

5.2 Kaders renteprotocollering

Zie paragraaf 3.4

Rapportage over het financieel beleid: niet-AWBZ-sectoren waarop renteprotocollering van toepassing is

A. KWANTITATIEVE GEGEVENS

1. Gemiddelde voorraadhoogte (in % van het totale budget, exclusief rentekosten)%	(norm: 1 à 2% van het budget)
2. Gemiddelde debiteurentermijnmnd.	(norm: maximaal twee maanden)
3. Omvang van het werkkapitaal (in % van het totale budget (exclusief rente))%	norm: (niet-AWBZ) 6 à 7%
4. Datum van indiening overeenkomst nacalculatie-19. .	(norm: 1 januari jaar t+2)
5. Gewogen gemiddeld rentepercentage lang vreemd vermogen%	
6. Gewogen gemiddeld rentepercentage kort vreemd vermogen%	
7a. Omvang <u>oversluitingen</u> van langlopende leningen	€ ..	
7b. Behaald rentevoordeel door <u>oversluitingen</u> op jaarbasis	€ ..	
7c. Betaalde boete bij <u>oversluitingen</u>	€ ..	

B. SPECIFIEKE VRAGEN

Ja Nee N.v.t. Opm.

De nummering van de vragen (romeinse cijfers) is gelijk aan de nummering in paragraaf 4 van het protocol "Te stellen voorwaarden aan het handelen met betrekking tot de financiering van de instelling".

I Raming vermogensbehoefte op lange termijn

1. Beschikt de instelling over een prognose van de vermogensbehoefte?
2. Voldoet de prognose van de ~~vermogensbehoefte~~ aan de gestelde eisen?
3. Brengt de instelling, in geval van financiële vaste activa met een beleggingskarakter, tijdig een marktconforme intrest in rekening aan de tegenpartij?
4. Is deze intrestbete in mindering gebracht op de intrestlast?

II Raming liquiditeitsbehoefte op korte termijn

1. Beschikt de instelling over een ~~liquiditeitsprognose~~?
2. Voldoet de liquiditeitsprognose aan de gestelde eisen?

III Voorraden

1. Hanteert de instelling een voorraad- en aanschaffingsbeleid, dat de in het protocol ~~aangegeven~~ onderdelen bevat?

IV Debiteuren

1. Beschikt de instelling over een adequaat beleid met betrekking tot debiteuren en incasso, dat de in de richtlijn aangegeven onderdelen omvat?
2. Is er sprake van een duidelijke afspraak met zorgverzekeraars met betrekking tot de bevoorschotting?
3. Hanteert de instelling een actief incassobeleid?

V Nog in tarieven te verrekenen

Ja Nee N.v.t. Opm.

1. Voldoet de instelling aan de door de NZA gestelde indieningstermijnen voor het:

- a. budgetformulier (productieafspraken)
- b. enquêteformulier voorlopige exploitatie uitkomsten
- c. nacalculatieformulier

VI Liquide middelen

1. Is de instelling actief bezig met het realiseren van zo hoog mogelijke rente-opbrengsten indien sprake is van overschotten op de liquide middelen?

2. Doet zij dit bij erkende financiële instellingen?

3. Gebeurt dit tegen acceptabele voorwaarden?

VII Leverancierskrediet

1. Wordt door middel van interne controle vastgesteld dat de factuurdatum overeenkomt met de datum van de levering van de prestatie?

2. Is de betaling van facturen systematisch in de tijd gepland zodat betaling uitsluitend plaatsvindt aan het eind van de toegestane krediettermijn?

3. Worden schulden slechts betaald als men binnen de geldende beperkingen het maximum voordeel eruit weet te halen?

4. Wordt het voordeel van betalingskortingen afgezet tegen de intrest op het vermogensbeslag?

5. Worden de ontvangen betalingskortingen als korting geboekt in de financiële administratie?

6. Wordt uitsluitend vooruitbetaald indien de te ontvangen korting hoger is dan de met het vermogensbeslag gemoeide interestlast?

7. Wordt in geval van vooruitbetalingen de rente-component van de korting als rentebate verantwoord en in mindering gebracht op de interestlasten?

VIII Eigen vermogen en voorzieningen

Ja Nee N.v.t. Opm.

1. Worden rentebaten aan het eigen vermogen en de voorzieningen toegerekend?
2. Zijn er vermogensbestanddelen (eigen vermogen, voorzieningen en activa) buiten de balans gebracht?
3. Is het saldo van het eigen vermogen (inclusief voorzieningen) op balansdatum negatief?
4. In welk jaar is er voor het eerst sprake van en negatief eigen vermogen?

IX Financieringen

1. Wordt bij het afsluiten van nieuwe financieringen voldaan aan de volgende voorwaarden?
 - a. Worden meerdere offertes bij verschillende kredietverstrekkers aangevraagd?
 - b. Is de leningsovereenkomst die uiteindelijk is afgesloten de overeenkomst met de laagste effectieve rentevoet, gegeven het geheel van leveringscondities?
 - c. Wordt maximaal gebruik gemaakt van de mogelijkheden om door conversie verlaging van de rentekosten te verkrijgen?
2. Is voor rekening-courantkredieten een zo laag mogelijke effectieve rente gecontracteerd?

5.3 Stofnamenlijst dure geneesmiddelen

Versie: 25 september 2012 (vervangt de versie van 29 mei 2012)

De NZa heeft besloten dat op basis van de beleidsregel dure geneesmiddelen de kosten van de hieronder genoemde geneesmiddelen voor compensatie in het budget in aanmerking komen.

De vergoeding van de kosten van deze stofnamen geldt uitsluitend voor de in de toetsingsrapporten van de Commissie Farmaceutische Hulp genoemde (sub)indicaties met inachtneming van de aangegeven beperkingen. De toetsingsrapporten zijn opvraagbaar op de website het CVZ.

De stofnamenlijst in deze beleidsregel geldt vanaf 1 januari 2002 tenzij bij de desbetreffende stofnaam anders is vermeld.

1. Stofnamenlijst:

- Docetaxel
- Irinotecan
- Gemcitabine
- Oxaliplatin
- Paclitaxel
- Rituximab
 - bij folliculair lymfoom
 - bij DLBCL in combinatie met CHOP
 - bij reumatoïde artritis (vanaf 1 januari 2006)
 - bij onbehandelde en recidiverende/
refractaire CLL in combinatie met
chemotherapie (vanaf 1 januari 2009)
 - Onderhoudsbehandeling voor patiënten
met folliculair lymfoom die responderen
op eerstelijns inductietherapie. (vanaf 1 januari 2011)
- Infliximab
 - bij M. Crohn
 - bij reumatoïde artritis (vanaf 1 mei 2004)
 - bij spondylitis ankylopoetica (vanaf 1 januari 2004)
 - bij artritis psoriatica (vanaf 1 januari 2005)
 - bij psoriasis (vanaf 1 januari 2006)
 - bij colitis ulcerosa (vanaf 1 januari 2006)
- Immunoglobuline i.v.
- Trastuzumab
 - bij gemetastaseerde borstkanker
 - bij niet gemetastaseerde borstkanker²² (vanaf 1 januari 2006)
 - bij gemetastaseerde maagcarcinoom²³ (vanaf 1 januari 2010)
- Botulinetoxine (locale dystonieën)²⁴
- Verteporfin
- Doxorubicine liposomal (vanaf 1 januari 2004)
- Vinorelbine (vanaf 1 juli 2005)
- Bevacizumab
 - bij gemetastaseerd colon- of
rectumcarcinoom (vanaf 1 januari 2005)

²² Adjuvante behandeling van niet gemetastaseerde Borstkanker die HER2 positief is; de indicatie volgens de geregistreerde 1B-tekst.

²³ Gemetasteerde maagcarcinoom met een hoge HER2-expressie (IHC 2+ en SISH+ of FISH+, of IHC 3+)

²⁴ Met ingang van 1 januari 2006 is gebruik beperkt tot revalidatie-instellingen en revalidatiebehandeling in de in de reikwijdte van deze beleidsregel genoemde zorgaanbieders.

- bij gemetastaseerde borstkanker (vanaf 1 april 2007)
 - bij eerstelijns behandeling van gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom (vanaf 1 september 2007)
 - bij gemetastaseerd niercelcarcinoom (vanaf 1 januari 2008)
- Pemetrexed
 - bij eerstelijns behandeling van inoperabel maligne mesothelioom van de pleura (vanaf 1 januari 2005)
 - bij tweedelijns behandeling van gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom (vanaf 1 januari 2005)
 - bij eerstelijns behandeling van lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom²⁵ (vanaf 1 mei 2008)
- Bortezomib
 - bij recidiverend multipel myeloom (vanaf 1 januari 2006)
 - bij eerstelijns behandeling van multipel myeloom (vanaf 1 januari 2008)
- Omalizumab (vanaf 1 januari 2006)
- Alemtuzumab
 - bij eerste- en tweedelijns behandeling van chronisch lymfatische leukemie (vanaf 1 januari 2008)
- Natalizumab (vanaf 1 juli 2006)
- Cetuximab
 - bij plaveiselcelcarcinoom van het hoofd- halsgebied (vanaf 1 januari 2007)
 - bij plaatselijk teruggekeerd en/of gemetastaseerd plaveiselcelcarcinoom van het hoofd- halsgebied (vanaf 1 januari 2009)
 - bij derdelijns behandeling van gemetastaseerd colorectale kanker²⁶ (vanaf 1 januari 2009)
 - bij eerstelijns KRAS mCRC (vanaf 1 januari 2011)
- Ranibizumab (vanaf 1 januari 2007)
- Voriconazol (vanaf 1 januari 2008)
- Methylaminolevulinaat
 - bij actinische keratose (vanaf 1 januari 2008)
- Panitumumab
 - bij gemetastaseerd colorectaal carcinoom met EGRF expressie niet KRAS gemuteerd (vanaf 1 januari 2008)
 - bij Wild-type KRAS gemetastaseerd colorectaal carcinoom (mCRC) (vanaf 1 januari 2011)
- Anidulafungine (vanaf 1 januari 2008)
- Caspofungine
 - Bij invasieve candidiasis (vanaf 1 januari 2008)
 - bij empirische behandeling systemische Schimmelinfecties (vanaf 1 januari 2011)
- Temsirolimus (vanaf 1 januari 2008)
- Temoporfine (vanaf 1 januari 2008)
- Azacitidine (vanaf 1 januari 2009)
- Tocilizumab
 - bij reumatoïde artritis (vanaf 1 februari 2009)
 - bij systemische juveniele idiopathische artritis (sJIA) (vanaf 1 januari 2011)
- Amfotericine B liposomaal (vanaf 1 januari 2010)

²⁵ anders dan overwegend plaveiselcelcarcinoom.

²⁶ bij patiënten met een niet-gemuteerd KRAS-gen. Voor deze indicatie geldt de substitutie bepaling; er is een budgettaire compensatie van 80%*0,92 van de netto inkoopkosten van toepassing.

- bij *Candida albicans*/aspergillus (vanaf 1 januari 2011)
- Cabazitaxel (vanaf 1 maart 2011)
- Ipilimumab (vanaf 1 juli 2011)
 - bij gemetastaseerd melanoom
- Amfotericine B in lipidecomplex (vanaf 1 januari 2011)
 - bij *Candida albicans*/aspergillus
- Eribuline (vanaf 1 maart 2011)
 - bij gemetastaseerde borstkanker
- Collagenase clostridium histolyticum (vanaf 1 februari 2011)
 - bij contractuur van Dupuytren
- Belimumab (vanaf 1 juli 2011)
 - bij auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus (SLE)
- Bendamustine (vanaf 1 juli 2011)
 - bij indolent non-hodgkin lymfoom
- Paclitaxel albuminegebonden (vanaf 1 januari 2011)
 - bij metastaserende borstkanker
- Micafungine (vanaf 1 januari 2011)
 - bij invasieve candidiasis
- Crisantaspase (vanaf 1 januari 2011)
 - bij acute lymfoblastische leukemie
- Catumaxomab (vanaf 1 januari 2011)
 - bij ip behandeling maligne ascites bij oncologische indicaties
- Abatacept (vanaf 1 januari 2007)
 - bij reumatoïde artritis
- ChondroCelect (vanaf 1 januari 2011)
 - bij enkelvoudige kraakbeendefecten van de femur condyle van de knie (ICRS graad III of IV)
- Vemurafenib (vanaf 1 juli 2012)
 - bij behandeling van volwassen patiënten met een inoperabel of gemetasteerd melanoom dat positief is voor de BRAF V600-mutatie

5.4 Stofnamenlijst weesgeneesmiddelen

Versie: 25 september 2012 (vervangt de versie van 29 mei 2012)

De NZa heeft besloten dat de kosten van de hieronder genoemde geneesmiddelen voor compensatie in het budget in aanmerking komen.

De vergoeding van de kosten van deze stofnamen geldt uitsluitend voor de in de toetsingsrapporten van de Commissie Farmaceutische Hulp genoemde (sub)indicaties met inachtneming van de aangegeven beperkingen. De toetsingsrapporten zijn opvraagbaar op de website het CVZ.

De stofnamenlijst geldt vanaf 1 januari 2006 tenzij bij de desbetreffende stofnaam anders is vermeld.

1 Stofnamenlijst:

laronidase
alglucosidase alfa
agalsidase alfa (vanaf 1 januari 2007)
agalsidase bèta (vanaf 1 januari 2007)
galsulfase (vanaf 1 januari 2007)
idursulfase (vanaf 1 januari 2007)
clofarabine (vanaf 1 januari 2007)
eculizumab (vanaf 1 juli 2007)
trabectedine (vanaf 1 januari 2009)
canakinumab (vanaf 1 januari 2010)
ofatumumab (vanaf 1 april 2010)
mifamurtide (vanaf 1 januari 2011)