

**BESLISSING OP BEZWAAR****77112-129589**

Bij brief van 13 maart 2014, die is ingekomen bij de NZa op 17 maart 2014, is door Het Van Weel Bethesda Ziekenhuis te Middelharnis (bezwaarde) bezwaar gemaakt tegen de rekenstaat 2012-6. De rekenstaat is echter niet aan te merken als een besluit waartegen de mogelijkheid van bezwaar en beroep open staat. De rekenstaat vormt de toelichting op het tarief en is niet op rechtsgevolg gericht. Gelet hierop achten wij uw bezwaar te zijn gericht tegen de bijbehorende beschikkingen van 3 februari 2014 met de kenmerken 0101700-PT-2012-Z4T-VT01 en 0101700-PT-2013-Z4T-VT01. In deze beschikkingen is het voorlopige verrekenbedrag 2012 en het voorlopig verrekenbedrag 2013 vastgesteld. Naar aanleiding van dit bezwaar zijn belanghebbenden op 16 juli 2014 gehoord.

Op grond van het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa is de directeur Strategie & Juridische Zaken van de NZa bevoegd om namens de NZa te beslissen op het bezwaarschrift.

De NZa heeft de hierboven vermelde besluiten in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten dat gedeeltelijk tegemoet kan worden gekomen aan het bezwaar. Het bezwaar wordt dan ook gedeeltelijk gegrond verklaard. Hieronder volgt de motivering daarvan.

**A. DE AANGEVOERDE BEZWAREN**

De zorgaanbieder voert aan dat zij na de ontvangst van de bestreden besluiten overeenstemming over het schaduwbudget heeft bereikt met de grootste zorgverzekeraar. Bij het bezwaar is een tweezijdig ondertekend formulier gevoegd. Het bezwaar richt zich kort weergegeven tegen:

- Dure geneesmiddelen
- Medisch specialist
- Kapitaallasten IVA Goodwill
- Kapitaallasten huur
- Inflatievergoeding

**A1 Dure geneesmiddelen**

Bezwaarde voert aan ten opzichte van het vorige formulier bij de dure geneesmiddelen de kosten voor infliximab van € [vertrouwelijk ] op regel 1134 te hebben toegevoegd. Bezwaarde merkt op in het oorspronkelijke formulier het bedrag onder regel 1101 te hebben opgevoerd. Het Centraal Team heeft toen aangegeven dat het bedrag onder regel 1134 moest worden ingevuld. Vervolgens is het bedrag door het Centraal Team in haar formulier in het geheel niet meegenomen. De NZa heeft het formulier van het Centraal Team gevolgd. Dit is volgens bezwaarde onterecht.

**A2 Medisch specialist (anesthesist)**

Bezwaarde geeft aan dat de erkenning voor de [vertrouwelijk ] medisch specialist reeds in beide aanvragen zat, maar dat deze niet is verwerkt door de NZa. De erkenning voor de anesthesist is terug te vinden op regel 1425.

A3 Kapitaallasten IVA goodwill

Bezwaarde voert aan dat de NZa deze IVA goodwill afschrijving ten onrechte heeft afgewezen. De afschrijving was in beide eenzijdige aanvragen terug te vinden.

Bezwaarde onderbouwt dat deze post ziet op een afschrijving voor de in dienst getreden gynaecologen vanuit een vrijgevestigde positie. De totale afschrijving bedraagt € [vertrouwelijk ]. Daarnaast is het ziekenhuis in 2011 vergeten [vertrouwelijk ] fte op te voeren (€[vertrouwelijk ]). Deze afschrijving is daarom meegenomen in 2012.

Naar aanleiding van de op de hoorzitting door de NZa verstrekte informatie dat de beleidsregel een vast bedrag per fte voorschrijft, verzoekt bezwaarde de NZa bij de berekening van het bedrag aan te sluiten bij de beleidsregel. Bezwaarde geeft aan [vertrouwelijk ] fte in dienst te hebben.

A4 Kapitaallasten huur

Bezwaarde voert aan dat de NZa ten onrechte de door bezwaarde op regel 1507 opgevoerde huur van € [vertrouwelijk ] niet heeft gehonoreerd. Deze post wordt in bezwaar samen met de zorgverzekeraar CZ in plaats van eenzijdig aangevraagd.

Ter onderbouwing van de post voert bezwaarde aan dat in het lokaal overleg een afspraak is gemaakt over rubriek 2.1 nacalculeerbare aanvaardbare afschrijvingskosten (normale en verkorte procedures) regel 1308 van het afsprakenformulier voor een totaalbedrag van € [vertrouwelijk ]. Mede als gevolg van de terughoudende opstelling van banken ten aanzien van het verstrekken van leningen is besloten om een aantal panden te huren in plaats van te kopen. In het jaar 2012 is een buitenpolikliniek geopend in Brielle, die wordt gehuurd. De totale huur in het jaar 2012 bedraagt € [vertrouwelijk ]. De totale gerealiseerde kapitaallasten conform de door de accountant goedgekeurde kapitaallasten bedragen € [vertrouwelijk ], inclusief de huur van € [vertrouwelijk ]. De realisatie blijft daarmee onder de afspraak.

A5 Inflatievergoeding

Bezwaarde voert aan dat de inflatievergoeding op het eigen vermogen gelijk moet zijn aan de index voor materiele kosten. In het standaardformulier was dat nog 1,25%, maar inmiddels is deze door de NZa vastgesteld op 2,41%. Bezwaarde heeft dit in het nieuwe formulier hersteld.

**B. STANDPUNT VAN DE VERZEKERAARS**

Het Centraal Team geeft aan het nieuwe formulier van het ziekenhuis bij de definitieve aanvraag te zullen beoordelen. Het Centraal Team voert aan dat de zorgverzekeraar Achmea het nieuwe tweezijdige formulier daarom niet ondersteund. Het Centraal Team wijst de NZa er op dat het

schaduwbudget door haar is vastgesteld op maximaal € [vertrouwelijk ] (inclusief index).

Als deze afspraak wordt overschreden dan zal het verschil via een beperking van de productieafspraken op regel 822 of door een verlaging van de LPT moeten worden verwerkt.

## **C. ACHTERGROND VAN HET BELEID**

Alvorens in te gaan op de gronden van het bezwaar wordt eerst de achtergrond van het toepasselijk beleid weergegeven. Specifiek zal de NZa daarbij beschrijven hoe tot 2011 het budget van een ziekenhuis werd vastgesteld. Daarna zal de NZa de systematiek van prestatiebekostiging bespreken en de werking van het transitiebedragmodel (hierna: transitie-model).

### **C1 Tarief- en budgetregulering ziekenhuizen tot en met 2011**

#### **C1a *Het A- en B-segment***

De meeste tarieven voor de instellingen van medisch specialistische zorg (zoals algemene en universitaire ziekenhuizen) zijn sinds 2005 tarieven voor Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC's). Voor de tariefstelling van de DBC's is de ziekenhuiszorg verdeeld in twee segmenten: A en B.

#### **C1b *Omzet in het B-segment***

Voor de DBC's in het B-segment gelden vrije tarieven. De hoogte van het kostenbedrag van deze DBC's bepaalt het ziekenhuis zelf, al dan niet in onderhandeling met een zorgverzekeraar. In 2009 is het B-segment uitgebreid tot circa 34% van de totale medisch specialistische zorg.

#### **C1c *Omzet in het A-segment***

Voor de DBC's in het A-segment golden door de NZa vastgestelde tarieven die voor alle ziekenhuizen hetzelfde waren (zogenaamde vaste tarieven). Ziekenhuizen brachten voor de behandelingen in dit segment weliswaar DBC's in rekening bij zorgverzekeraars of patiënten, maar de opbrengsten daarvan dienden ter dekking van het door de NZa bepaalde budget (de aanvaardbare kosten). Niet de tariefopbrengst, maar de hoogte van het budget was voor de instellingen bepalend voor de omzet. De wijze waarop de omvang van het budget werd berekend, was opgenomen in de Beleidsregel Aanvaardbare kosten.<sup>1</sup> Deze beleidsregel bepaalde uit welke posten de aanvaardbare kosten waren opgebouwd, en verwees voorts naar andere beleidsregels die de hoogte van elke van de posten bepaalden.

Een viertal categorieën van posten viel te onderscheiden:

- beschikbaarheidskosten (kosten die kunnen worden toegeschreven aan de beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis);
- capaciteitsgebonden kosten (kosten waarvan in het budgetstelsel wordt aangenomen dat het ziekenhuis ze maakt naar rato van de capaciteit van het ziekenhuis);

<sup>1</sup> Beleidsregel Aanvaardbare kosten, CI-1014.

- productiegebonden kosten (kosten waarvan wordt aangenomen dat ze variëren naar gelang de omvang van de dienstverlening); en
- kapitaallasten.

C1d *Functiegerichte budgettering*

Voor deze posten gold de zogenaamde functiegerichte budgettering. De hoogte van de eerste drie categorieën posten werd berekend door de functies en omvang van de dienstverlening van het ziekenhuis uit te drukken in een aantal budgetparameters voor de posten beschikbaarheidskosten, capaciteitskosten, productiekosten, kosten voor bijzondere functies/voorzieningen, hartrevalidatie en 1<sup>e</sup>-lijnskosten. Elke budgetparameter had een waardering in geld: het beleidsregelbedrag. Van elke budgetparameter werd het aantal vermenigvuldigd met het beleidsregelbedrag. De optelling van deze producten was het variabele deel van het functiegerichte ziekenhuisbudget. Voor de categorie kapitaallasten zijnde afschrijvingen gold dat die per ziekenhuis deels werd vastgesteld op basis van landelijk uniforme parameters. Daarnaast werd deels nagecalculeerd op de werkelijke kosten. Hierbij werd in principe aangesloten bij de kosten volgens de jaarrekening, met de aanschafwaarde en de door de NZa vastgestelde afschrijvingspercentages als uitgangspunten. De kapitaallasten zijnde rentekosten werden vergoed op basis van een normeringmodel. Jaarlijks stelde de NZa een rentepercentage vast als norm voor het korte krediet. Daarnaast werd voor iedere nieuwe lening een normatief rentepercentage berekend.

C1e *Productieafspraken en nacalculatie*

Ten behoeve van de vaststelling van het ziekenhuisbudget maakten het ziekenhuis en de zorgverzekeraars in het zogenaamde lokaal overleg capaciteitsafspraken, productieafspraken en afspraken over lokale componenten. De productieafspraken vormden een door de instelling en zorgverzekeraar overeengekomen (voorcalculatorische) raming van de productie in enig jaar, uitgedrukt in geld. Het ziekenhuis en de zorgverzekeraar gezamenlijk konden tot uiterlijk 1 november productieafspraken indienen bij de NZa. Mede op basis van deze productieafspraken berekende de NZa de hoogte van het variabele deel van het budget. Uiterlijk op 1 juni van het daaropvolgende jaar moesten de zorgaanbieders de definitieve opgave van de werkelijke productie aanleveren bij de NZa (de nacalculatie). Het totaal aanvaardbare kosten werd aldus het resultaat van enerzijds door de NZa vastgestelde bedragen en parameterwaarden en anderzijds door de instelling en de zorgverzekeraars overeengekomen aantallen.

C1f *Opbrengstverrekening*

Uitgangspunt bij de functiegerichte budgettering was dat de inkomsten die het ziekenhuis ontvangt uit de declaraties van de DBC's in het A-segment aansluiten bij de aanvaardbare kosten. Om de inkomsten met de aanvaardbare kosten te laten overeenkomen, vond jaarlijks een verrekening plaats tussen het ziekenhuis en zorgverzekeraars: de zogenaamde opbrengstverrekening.

## C2 Prestatiebekostiging en overgangsmaatregelen

### C2a *Prestatiebekostiging*

Op 13 juni 2007 kondigde de Minister van VWS aan toe te willen naar de invoering van volledige prestatiebekostiging.<sup>2</sup> In de brief schetst de minister een vierjarig transitietraject voor de invoering van prestatiebekostiging. Onderdeel van deze overgang was een verbetering van de productstructuur. Doel was om te komen tot een vereenvoudigd systeem waarbij het aantal DBC's wordt teruggebracht.

Per 1 januari 2012 wordt het grootste gedeelte van de medisch specialistische zorg bekostigd via de prestatiebekostiging.<sup>3</sup> In de plaats van een budget (in het A-segment) worden de ziekenhuizen vrijwel geheel betaald via de zorgprestaties (gedeclareerde zorgproducten in het A- en B-segment) die zij leveren.

### C2b *Vrij, gereguleerd en vast segment*

Onder het systeem van de prestatiebekostiging bestaat er een vrij, een gereguleerd en een vast segment. Het vrije segment (het B-segment met vrije tarieven) is met de invoering van de prestatiebekostiging uitgebreid tot 70%. In het gereguleerde segment (het A-segment) gelden onder de prestatiebekostiging niet langer vaste tarieven, maar maximum tarieven. Dit betekent dat per 2012 ook in het A-segment de zorgaanbieder, in onderhandeling met de zorgverzekeraars, de tarieven zelf kan bepalen, mits de tarieven het gestelde maximum niet overschrijden. Ten slotte is er een vast segment met vaste jaarlijkse vergoedingen voor enkele bijzondere functies in de vorm van beschikbaarheidsbijdragen.<sup>4</sup> De invoering van de prestatiebekostiging valt samen met de invoering van een vereenvoudigde productstructuur voor het DBC systeem. Voor de circa 30.000 DBC's zijn per 2012 circa 4.400 DBC-zorgproducten (DOT's) in de plaats gekomen.

### C2c *Transitiebedragmodel*

De overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging brengt financiële en uitvoeringsrisico's met zich mee voor zowel instellingen en verzekeraars als de overheid. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen reguliere omzetrisico's en systeemrisico's. Systeemrisico's zijn de risico's die samenhangen met de technische verandering van het bekostigingssysteem. Reguliere omzetrisico's zijn gebruikelijke omzetverschuivingen, bijvoorbeeld als gevolg van verschuivingen van patiëntenstromen. In de brief 'zorg die loont' bespreekt de minister haar plannen voor een overgangsregeling voor een periode van twee jaar (2012 en 2013).<sup>5</sup> Als overgangsregeling kiest de minister voor een 'transitiebedragmodel'. De overgangsregeling moet voorkomen dat als

<sup>2</sup> Brief 'waardering voor betere zorg' van de Minister aan de tweede kamer, d.d. 13 juni 2007.

<sup>3</sup> Uitzonderingen zijn onder andere longrevalidatie en epilepsie.

<sup>4</sup> Bijvoorbeeld voor traumazorg en post mortem orgaanuitname bij donoren.

<sup>5</sup> Brief 'zorg die loont' van minister van VWS aan Tweede Kamer van 14 maart 2011, kenmerk CZ-IPZ3056686 (Kamerstukken II, 2010/11, 32620, nr. 6).

gevolg van de systeemrisico's ziekenhuizen in financiële problemen komen dan wel dat de macro-uitgaven onbedoeld stijgen. Reguliere omzetsstijgingen en -dalingen blijven onder het overgangsmodel wel mogelijk.

C2d *Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord*

Gelijktijdig aan de overgang naar de prestatiebekostiging komen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van VWS op 4 juli 2011 een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 overeen waarin afspraken gemaakt worden over de structurele uitgavengroei en een doorontwikkelagenda voor de transitiejaren.

C3 Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg

C3a *Wet marktordening gezondheidszorg*

Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de NZa tarieven vaststellen voor bepaalde prestaties. De Wmg bevat geen materiële normen voor de vast te stellen prestaties en tarieven. De materiële normering is vervat in de door de NZa vastgestelde beleidsregels.<sup>6</sup> De Minister van VWS kan aan de NZa algemene aanwijzingen geven over de onderwerpen waarover de NZa beleidsregels kan vaststellen.

C3b *Aanwijzing overgang naar prestatiebekostiging*

Op 21 juli 2011<sup>7</sup> ontvangt de NZa de aanwijzing van de Minister van VWS om van de bekostiging middels 'functiegerichte budgettering' zorgvuldig over te gaan naar de prestatiebekostiging. In de aanwijzing draagt de minister de NZa onder meer op voor de jaren 2012 en 2013 ambtshalve per zorgaanbieder een vaste grens voor de som van tarieven in het (oude) A-segment vast te stellen. Het is de ziekenhuizen niet toegestaan deze vaste grens te overschrijden.

C3c *Voorgenomen beleidsregel*

Op basis van de aanwijzing publiceert de NZa op 30 augustus 2011 een voorgenomen Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2037). Deze voorgenomen beleidsregel is opgesteld met inachtneming van het verantwoordingsdocument<sup>8</sup> dat door de NZa is opgesteld na een consultatie van de sector over de veranderingen die vanaf 2012 ontstaan. In dit document is uiteengezet hoe de overgang van de functiegerichte budgettering naar de prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg wordt uitgevoerd. Op 1 september 2011 brengt de NZa de inhoud van het transitiemodel nader onder de aandacht van de ziekenhuizen,

<sup>6</sup> Artikel 57 Wmg.

<sup>7</sup> Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 juli 2011, MC-U-3072825. Staatscourant 29 juli 2011, nr. 13950.

<sup>8</sup> Verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistisch zorg; uitwerking van implementatie per 2012, juli 2011 (www.nza.nl).

zorgverzekeraars en brancheorganisaties door middel van een circulaire (CI/11/28c 11D0031624).

### C3d *Wetswijziging*

De voorgenomen beleidsregel kon pas van kracht worden als de wetswijziging van de Wmg op 1 januari 2012 had plaatsgevonden. Met deze wijziging is de NZa bevoegd geworden een vaste grens vast te stellen voor de som van de tarieven voor de betrokken prestaties.<sup>9</sup> Deze bevoegdheid is ingevoerd om de kosten van de gezondheidszorg beter beheersbaar te maken.<sup>10</sup> De NZa is daarnaast per 1 januari 2012 bevoegd een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen.<sup>11</sup> Deze bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg:

- a. waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of*
- b. waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken, en*
- c. die niet op andere wijze worden bekostigd.*

Nadat de wetswijziging van kracht is geworden, stelt de NZa de beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg vast (BR/CU-2061).<sup>12</sup>

### C3e *Aanwijzing beschikbaarheidsbijdragen*

Op 21 december 2011<sup>13</sup> en 12 december 2012<sup>14</sup> ontvangt de NZa een aanwijzing van de minister voor het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage aan instellingen die onder het transitie-model vallen. De beschikbaarheidsbijdragen zijn bedoeld voor ziekenhuizen die als het gevolg van de invoering van de prestatiebekostiging in 2012 en 2013 een lagere omzet ontvangen. Deze instellingen krijgen door de beschikbaarheidsbijdrage de kans hun exploitatie aan te passen zonder dat de levering van zorg in gevaar wordt gebracht.

### C3f *Voorlopige en definitieve vaststelling*

In het periodiek bestuurlijk overleg van 7 februari 2013 tussen de partijen betrokken bij het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 werpen partijen bedenkingen op tegen de eenmalige vaststelling van de vaste grens per instelling. Partijen komen met het ministerie van VWS overeen dat de vaststelling van het transitiebedrag, dat met de vaste grens wordt berekend, in twee fasen zal plaatsvinden. Met deze afspraak willen de partijen die deelnemen aan het bestuurlijk overleg een deel van

<sup>9</sup> Artikel 50 lid 2 Wet marktordening gezondheidszorg.

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3.

<sup>11</sup> Wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging Wet marktordening gezondheidszorg.

<sup>12</sup> Aan het veld bekend gemaakt met circulaire van 23 december 2011 (CI/11/55c 11D0057761).

<sup>13</sup> Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 december 2011, MC-3098541. Staatscourant 24 januari 2012, nr. 128.

<sup>14</sup> Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 december 2012, MC-U-3147126. Staatscourant 24 december 2012, nr. 26978.

geconstateerde knelpunten, zoals de beoordeling van het onderhanden werk, wegnemen.

De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd deze afspraken te volgen.<sup>15</sup> In overeenstemming met dit verzoek heeft de NZa de vaststelling opgesplitst in een voorlopige vaststelling in 2013 en een definitieve vaststelling in 2014. Deze gesplitste vaststelling heeft de NZa neergelegd in een gewijzigde Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107): hierna de beleidsregel.<sup>16</sup>

#### C4 Transitiemodel: De zorg die onder het model valt

##### C4a *Aanwijzing*

In de aanwijzing van de minister van 21 juli 2011 staat opgenomen dat onder het transitie-model vallen: die (delen van de) zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet die in 2011 zou hebben behoord tot het A-segment en bekostigd zou zijn op basis van de beleidsregels van de zorgautoriteit met betrekking tot functiegerichte budgettering. Het transitie-model kent daarmee als uitgangspunt de bekostigingssystematiek (en dus de A- en B-segmentverdeling) zoals deze in 2011 van kracht was.

##### C4b *Tabel zorgprestaties onder transitie-model (kruisjestabel)*

Ter uitvoering van de aanwijzing diende de NZa een tabel op te stellen waaruit blijkt welk zorgproduct in welk segment is ingedeeld. Dit omdat in 2012 het B-segment is uitgebreid naar 70% en de DOT's zijn ingevoerd. Voor elk zorgproduct (DOT) moest worden aangegeven of dit zorgproduct wel of niet onder het transitie-model valt. Omdat er geen één-op-één conversie van DBC's naar DOT mogelijk is, heeft de NZa gekozen om geen conversietabel te hanteren, maar een tabel waarmee elke DOT gelabeld is: binnen of buiten transitie-model. Dit is de "tabel zorgprestaties onder transitie-model". Deze oplossing is op 12 juli 2011 in een technisch overleg aan de brancheorganisaties voorgelegd. De tabel is onderdeel van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2035).<sup>17</sup> In het veld wordt deze tabel omschreven als de kruisjestabel. De NZa spreekt daarom hierna ook van de kruisjestabel.

Om te komen tot de kruisjestabel heeft de NZa een onderscheid gemaakt tussen de overloop-DBC's 2011-2012 (DBC's die in 2011 zijn geopend en in 2012 zijn gesloten) en de DOT's die in 2012 gelden. Van deze zorgproducten heeft de NZa de volgende, onder respectievelijk buiten het transitie-model geschaard:

Overloop-DBC's 2011-2012:

- DBC-A      Betreft het oude A-segment. Hiervoor gelden vaste tarieven. Deze vallen onder het transitie-model.
- DBC-B      Betreft het oude B-segment. Hiervoor gelden vrije tarieven. Deze vallen buiten het transitie-model.

<sup>15</sup> Brief van 26 april 2013 met het kenmerk 113209-102820-CZ.

<sup>16</sup> Bekend gemaakt met circulaire CI/13/9c van 11 februari 2013.

<sup>17</sup> Deze beleidsregel is achtereenvolgend vervangen door de beleidsregels met de kenmerken: BR/CU-2045, BR/CU-2076, BR/CU-2078, BR/CU-2081, BR/CU-2102, BR/CU-2104, BR/CU-2108, BR/CU-2111, BR/CU-2121, BR/CU-2130 en BR/CU-2125. De kruisjestabel is in de latere beleidsregels niet gewijzigd.



DOT's 2012:

- DOT A      Betreft het nieuwe A-segment waarvoor maximum-prijzen gelden. Deze vallen onder het transitie­model.
- DOT-B-oud      Deze DOT's vallen buiten het transitie­model.
- DOT-B-nieuw      Deze DOT's vallen onder het transitie­model.

#### C4c *De (kruisjes)tabel voor DOT-B*

Voor de indeling van de DOT's in DOT-B-oud of DOT-B-nieuw is door de NZa gekozen voor een financiële benadering, ten opzichte van een zorginhoudelijke benadering. De NZa heeft aangesloten bij de omvang (in €) van de omzet in het oude B-segment (34%).

Van de totale DOT's die in 2012 onder het B-segment vallen zijn alle DOT's gefilterd waarvan kon worden vastgesteld dat de omzet hiervan onder de DBC-systematiek in 2011 ook volledig tot het B-segment behoorden. Deze groep omvatte ongeveer 1/3 van de totale omzet in het DOT-B-segment (284 zorgproducten). Deze groep bevat daarmee automatisch producten die 100% zorginhoudelijk aansluiten bij het B-segment 2011.

Van de resterende DOT's is gekeken welk aandeel van de omzet (macro) uit het B-segment komt. Dit is gebeurd op basis van destijds beschikbare gegevens van DBC-Onderhoud. De DOT's zijn vervolgens gerangschikt op het percentage waarmee zij (macro) tot het B-segment behoorden in 2011. De NZa heeft de DOT's met de hoogste B-segmentpercentages uit het transitie­model gehaald totdat de 34% van het totaal aan DOT's was bereikt. Ook deze producten komen, via de gekozen benadering, voor een groot deel (echter niet 100%) zorginhoudelijk overeen met het B-segment in 2011. De resterende DOT's zijn als DOT-B-nieuw onder het transitie­model geschaard.

In totaal zijn van de DOT's die in 2012 tot het B-segment behoren 687 DOT's aangemerkt als DOT-B-oud (en daarmee buiten het transitie­model geplaatst). De resterende DOT's B-segment 2012 vallen wel onder het transitie­model.

#### C4d *Gevolgen van de (kruisjes)tabel op instellingsniveau*

Per instelling kan de omvang van het gedefinieerde 'oude' B-segment bij toepassing van de lijst afwijken ten opzichte van het eigen B-segment van 2011. Een voorbeeld: DOT X kan zorg omschrijven die overeenkomt met twee DBC's die onder het A-segment vielen en 2 DBC's die onder het B-segment vielen. Dat betekent ook dat DOT X, afhankelijk van de productmix van het ziekenhuis, voor het ene ziekenhuis grotendeels een herkomst kan hebben in het oude A-segment, en voor het andere ziekenhuis in het oude B-segment. In een circulaire van 1 september 2011<sup>18</sup> heeft de NZa er daarom op gewezen dat, binnen de kaders van de beleidsregel, op lokaal niveau desgewenst een budgetaanpassing in het schaduwbudget kan worden afgesproken. Dit kan conform beleid

<sup>18</sup> Circulaire van 1 september 2011 (CI/11/28c).

door middel van een schoning of ophoging van de parameters, waarbij de grens ligt bij de gerealiseerde productie.

Er mogen in het schaduwbudget geen hogere aantallen dan de gerealiseerde productie worden opgevoerd.

## C5 Transitiemodel: De berekening van de vaste grens en het transitiebedrag

### C5a *Transitiebedrag*

Door de NZa wordt (per instelling) een transitiebedrag vastgesteld. Dit bedrag wordt eerst voorlopig, en later definitief vastgesteld. Dit bedrag kan zowel positief als negatief zijn.

Het transitiebedrag is het verschil tussen de omzet onder de prestatiebekostiging en de omzet die behaald zou zijn onder de oude budgetteringssystematiek (het schaduwbudget). Hierbij sluit de NZa aan bij de omzet uit één boekjaar; namelijk het jaar 2012.

Transitiebedrag = schaduwbudget – omzet uit prestatiebekostiging.

### C5b *Verrekenbedrag*

Per transitiejaar wordt het transitiebedrag grotendeels verrekend. De NZa stelt het verrekenbedrag per instelling vast door het transitiebedrag te vermenigvuldigen met een verrekenfactor. Voor het jaar 2012 95% en voor het jaar 2013 70%. De uitkomst van de verrekening wordt het verrekenbedrag genoemd. Ook de verrekenbedragen kunnen zowel positief als negatief uitvallen.

Verrekenbedrag = transitiebedrag \* verrekenfactor (0.70 of 0.95).

### C5c *Vaste grens*

Per instelling stelt de NZa een vaste grens in de zin van artikel 50, tweede lid, onder a Wmg vast. De vaste grens is gelijk aan de omzet uit de prestatiebekostiging (van de zorgproducten die onder het transitieproces vallen) plus het verrekenbedrag.<sup>19</sup>

### C5d *Negatief verrekenbedrag*

Als het verrekenbedrag negatief is, betekent dit dat de vaste instellingsgrens is overschreden. De instelling heeft in een dergelijk geval een te hoge gerealiseerde omzet uit de prestatiebekostiging. Het is zorgaanbieders verboden van een door de NZa vastgestelde grens af te wijken.<sup>20</sup> Wanneer een zorgaanbieder de grens toch overschrijdt, verplicht de NZa die zorgaanbieder door middel van een aanwijzing een bedrag ter hoogte van de overschrijding af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.<sup>21</sup>

<sup>19</sup> Beschikking Transitiebedrag 14 december 2011 TB/CU 2004-01 en Beschikking Transitiebedrag 27 november 2012 TB/CU 2008-01.

<sup>20</sup> Artikel 35 lid 7 aanhef en onder a Wmg.

<sup>21</sup> art. 76 lid 2 Wmg

C5e *Positief verrekenbedrag*

Als de verrekenbedragen positief zijn, betekent dit dat de instelling een lagere omzet uit de prestatiebekostiging heeft behaald dan dat zij onder de functiegerichte budgettering zou hebben verkregen. Deze instellingen worden door de NZa aangewezen als belast met een dienst van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 106, tweede lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese unie en/of belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.<sup>22</sup> Voor deze instellingen acht de NZa het van belang dat de levering van de zorg niet als het gevolg van de verandering in de bekostigingssystematiek in gevaar komt. De instellingen ontvangen een subsidie in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage tot de hoogte van de positieve verrekenbedragen. Het bedrag kan door de instelling in rekening worden gebracht bij het Zorginstituut Nederland (voorheen College van Zorgverzekeringen) voor uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds.

C6 Formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012C6a *Informatieverplichting*

Voor de berekening van het transitiebedrag heeft de NZa een informatieverplichting op grond van artikel 36, derde lid en de artikelen 62 jo. 68 Wmg aan de instellingen opgelegd.<sup>23</sup> Instellingen dienden volgens de beleidsregel die begin 2013 van kracht was en de Regeling NR/CU-233 uiterlijk 1 juni 2013 een formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 bij de NZa aan te leveren ten behoeve van de vaststelling van de voorlopige verrekenbedragen.<sup>24</sup> Met het formulier moeten de instellingen opgave doen van de omzet uit de prestatiebekostiging en het schaduwbudget. Op verzoek van NVZ, NFU en ZN heeft de NZa deze indieningstermijn verschoven naar 1 september 2013.<sup>25</sup> De nieuwe indieningstermijn is door de NZa neergelegd in de gewijzigde Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107).

Voor de vaststelling van het definitieve transitiebedrag en de daaruit voortvloeiende definitieve verrekenbedragen moeten de instellingen op 1 september 2014 wederom een formulier Vaststelling Transitiebedrag aanleveren. Als in deze beslissing wordt gesproken over het formulier Vaststelling Transitiebedrag wordt daarmee het formulier bedoeld ten behoeve van de voorlopige vaststelling.

C6b *Tweezijdig ondertekend formulier*

Uitgangspunt is dat de opgave mede door de zorgverzekeraars wordt gedaan (tweezijdig).

<sup>22</sup> Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 december 2011, MC-3098541. Staatscourant 24 januari 2012, nr. 128.

<sup>23</sup> Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233), per 1 september 2013 vervangen door NR/CU-236.

<sup>24</sup> Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233).

<sup>25</sup> Circulaire CI/13/21c van 24 mei 2013.

C6c *Één eenzijdig ondertekend formulier*

Indien de NZa het formulier alleen van de instelling ontvangt geeft de NZa de zorgverzekeraars vier weken de tijd om alsnog tot een tweezijdige opgave te komen of een reactie te geven op de eenzijdige indiening van de zorgaanbieder. Ontvangt de NZa geen reactie dan wordt uitgegaan van de eenzijdige opgave van de instelling.

C6d *Twee eenzijdig ondertekende formulieren*

In het geval dat de NZa twee eenzijdige opgaven ontvangt (één van de aanbieder en één van de verzekeraar) verwerkt de NZa de per parameter laagst ingediende opgave. De NZa kan anders besluiten op basis van de beleidsregel of bijzondere omstandigheden.

C6e *Centraal Team Zorgverzekeraars*

De NZa is in het Bestuurlijk Overleg van 13 juni 2013 tussen de partijen die betrokken zijn bij het Hoofdlijnenakkoord op de hoogte gebracht dat ZN met de NFU en NVZ heeft afgesproken dat de zorgverzekeraars de formulieren gezamenlijk afhandelen.<sup>26</sup> Het team dat de formulieren bekijkt namens de zorgverzekeraars bestaat uit verschillende medewerkers van de individuele zorgverzekeraars en werkt onder begeleiding van de brancheorganisatie ZN. Het team staat bekend als het 'Centraal Team'. Op 11 juni en 25 augustus 2014 heeft de NZa machtigingen van het Centraal Team ontvangen waaruit blijkt dat zij de zorgverzekeraars vertegenwoordigen in het kader van de aanlevering van de formulieren ter vaststelling van het transitiebedrag alsmede in de onderhavige bezwaarprocedure.

C7 De omzet uit de prestatiebekostigingC7a *Berekenen van de omzet*

Onder de prestatiebekostiging is de omzet van een zorgaanbieder gelijk aan de prijs per (zorg)prestatie en het aantal keer (volume) dat hij deze prestatie levert. Over de prijs en het volume maken de zorgaanbieders met de zorgverzekeraars afspraken. Artikel 11 van de beleidsregel bepaalt dat de omzet uit de prestatiebekostiging voor het jaar 2012 gelijk is aan de som van:

- (1) Tariefopbrengst DBC-A die overlopen uit 2011, minus het onderhanden werk per ultimo 2011;
- (2) Tariefopbrengst DOT-Bnieuw voor producten geopend en gesloten in jaar 2012;
- (3) Onderhanden werk DOT-Bnieuw 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;

<sup>26</sup> Memo ZN aan Bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakkoord van 7 juni 2013 met het kenmerk N-13-7075mred1.

C7b *Handreiking omzetverantwoording*

Begin 2013 blijkt dat de financiële verantwoording over de omzet van 2012 door verschillende elementen complexer is dan in voorgaande jaren. VWS merkt op dat het bepalen van de omzetbepaling wegens bijvoorbeeld nieuwe contractvormen (zoals aanneemsommen) tot problemen leidt.<sup>27</sup> Dit leidt ertoe dat de NFU en NVZ in overleg met ZN, OMS, ZKN, NZa en (de vertegenwoordigers van) de accountants het document 'Handreiking omzetverantwoording 2012' opstellen. Uit dit document volgen richtlijnen hoe de instellingen in hun jaarrekening met verschillende omzetelementen moeten omgaan. De NZa heeft bij het tot stand komen van de handreiking erop toegezien dat de inhoud van de handreiking in overeenstemming is met de NZa-regelgeving. De NZa heeft in haar circulaire van 11 februari 2013 bevestigd dat de handreiking een juiste aanvulling en toelichting op de NZa beleidsregels en nadere regels betreft.<sup>28</sup>

C8 De omzet uit de oude budgetteringssystematiek (schaduwbudget)

De hoogte van het schaduwbudget wordt opgebouwd uit vier categorieën kosten: beschikbaarheidskosten, capaciteitsgebonden kosten, productiegebonden kosten en kapitaallasten. Dit betekent dat de NZa de systematiek van budgetopbouw en –vaststelling, zoals deze van toepassing was in 2011, continueert voor de vaststelling van het schaduwbudget 2012.

In tegenstelling tot 2011 is er bij de vaststelling van het schaduwbudget geen sprake van productieafspraken vooraf, waarover na de sluiting van het boekjaar een nacalculatie plaatsvindt. Onder het transitie-model wordt alleen op het moment van afloop van het boekjaar (2012) een schaduwbudgetopgave van de instellingen (en de zorgverzekeraar) gevraagd. Het is voor instellingen en zorgverzekeraars echter onverminderd mogelijk om al voorafgaand aan – dan wel gedurende – het boekjaar afspraken te maken over het (schaduw)budget. Dit wordt door de NZa alleen niet voorgeschreven. Het beleid van de NZa biedt de ruimte om dergelijke afspraken uit het lokaal overleg over volume-eenheden mee te nemen bij de vaststelling van het schaduwbudget.<sup>29</sup> Voor de vaststelling van het schaduwbudget 2012 worden deze volume-eenheden vermenigvuldigd met de in artikel 48 van de beleidsregel opgenomen parameterwaarden. Deze parameterwaarden zijn gelijk aan die van 2011, zij het geïndexeerd.

Overigens kunnen ook componenten die niet in de Beleidsregel voorkomen, maar wel structureel in het budget opgenomen zijn, in het schaduwbudget worden meegenomen.<sup>30</sup>

<sup>27</sup> Brief van VWS van 8 februari 2013 met het kenmerk CZ-3154516.

<sup>28</sup> Circulaire van 11 februari 2013 (CI/13/9c).

<sup>29</sup> Paragraaf 47.2 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg, BR/CU-2107.

<sup>30</sup> Paragraaf 13 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107.)

C8a *Medisch Specialisten in dienstverband*

Op grond van artikel 63 van de beleidsregel (medisch specialisten in dienstverband) kan, indien op het moment van in loondienst treden de medisch specialist recht heeft op praktijkoverdracht en het ziekenhuis de praktijk daadwerkelijk overneemt, het volgende bedrag in het schaduwbudget worden opgenomen:

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.

**D. BEOORDELING VAN HET BEZWAAR**

Door de NZa zijn aan bezwaarde twee beschikkingen afgegeven met positieve verrekenbedragen. Voor 2012: € [vertrouwelijk ] en voor 2013: € [vertrouwelijk ]. In totaal ontvangt het ziekenhuis € [vertrouwelijk ] van het Zorgverzekeringsfonds. Dit is € [vertrouwelijk ] minder dan de zorgaanbieder in haar formulier heeft opgevoerd en € [vertrouwelijk ] minder dan de zorgverzekeraars in hun formulieren hebben opgevoerd.

Het bezwaar richt zich tegen het vastgestelde schaduwbudget.

D1 Dure geneesmiddelen

Door bezwaarde is aangevoerd dat de NZa ten onrechte het geneesmiddel Infliximab niet heeft verwerkt.

De NZa kan bezwaarde hierin volgen.

Uit de door het ziekenhuis in bezwaar overgelegde gegevens blijkt dat er met de verzekeraars overeenstemming bestond over de te vergoeden dure geneesmiddelen. Er bestond slechts een discussie over de plek in het formulier waarop het geneesmiddel moest worden verantwoord. In het formulier dat door CZ is ondertekend en door het ziekenhuis in bezwaar is ingebracht wordt dit ondersteund. Dat de informatie niet reeds eerste instantie in het formulier van de zorgverzekeraars is opgenomen, lijkt op een fout te berusten. Deze informatie is door Centraal Team niet weersproken.

De NZa verklaart het bezwaar op dit punt gegrond. Concreet betekent dit dat het schaduwbudget voor bezwaarde met € [vertrouwelijk ] wordt verhoogd.

D2 Medisch specialist (anesthesist)

Bezwaarde voert aan dat de NZa ten onrechte een tweezijdige opgevoerde toename van [vertrouwelijk ] fte aan anesthesisten niet heeft verwerkt in het schaduwbudget.

Zoals de NZa reeds bij brief van 28 mei 2014 (kenmerk 77112-118274) heeft opgemerkt wordt aan deze bezwaargrond tegemoet gekomen. De mutatie is per abuis door de NZa niet verwerkt.

De NZa verklaart het bezwaar op dit punt gegrond.

D3 Kapitaallasten IVA goodwill

Het bezwaar gericht tegen de post kapitaallasten IVA goodwill is tweeledig. Bezwaarde onderbouwt dat deze post ziet op een afschrijving voor de in dienst getreden gynaecologen vanuit een vrijgevestigde positie. Bezwaarde geeft aan dat het om [vertrouwelijk ] fte gaat. Daarnaast is het ziekenhuis in 2011 vergeten [vertrouwelijk ] fte op te voeren. Deze afschrijving is daarom meegenomen in 2012.

D3a *Praktijkovername* [vertrouwelijk ] fte

De NZa stelt vast dat conform de beleidsregel bezwaarde bij een praktijkovername per Fte medisch specialist € 68.067 aan overnamesom kan activeren. Dit bedrag kan via een afschrijving van 10% per jaar in het schaduwbudget worden opgenomen. Concreet betekent dit dat per fte € 6.807 kan worden afgeschreven, hetgeen tot een totaalafschrijving leidt van € [vertrouwelijk ]. Bezwaarde heeft tijdens de hoorzitting aangegeven akkoord te gaan met deze afschrijving.

D3b *Correctie 2011 van* [vertrouwelijk ] fte

Ten aanzien van de vergeten afschrijving uit 2011 merkt de NZa op dat bezwaarde ervan uit lijkt te gaan dat met het transitie-model de functiegerichte budgettering feitelijk nog twee jaren wordt voortgezet. Dit is niet het geval. In 2012 is niet langer sprake van een budgetvergoeding maar van prestatiebekostiging, waarvan de effecten gedurende twee jaren worden verzacht zodat een geleidelijke overgang wordt bewerkstelligd. Het schaduwbudget is onder het transitie-model puur bedoeld om het verschil tussen de vergoeding onder de oude budgetsysteem en de vergoeding onder de prestatiebekostiging te berekenen. Alleen die posten die betrekking hebben op het jaar 2012 zijn voor deze vergelijking relevant en mogen daarom in het schaduwbudget worden opgevoerd. Het schaduwbudget 2012 moet met andere woorden vrij zijn van posten/correcties uit oude jaren. Reeds om deze reden kan de NZa niet aan het verzoek van bezwaarde tegemoet komen.

De NZa wijst er op dat doordat het jaar 2012 het uitgangspunt is van het transitiebedrag waarop zowel het verrekenbedrag 2012 als 2013 is gebaseerd, het verwerken van een eenmalige vergoeding daarnaast leidt tot een extra vergoeding van 65% (ten opzichte van de vergoeding die onder de oude bekostiging zou plaatsvinden). Dit omdat het verrekenpercentage voor 2012 95% is en het verrekenpercentage voor 2013 70%. Dit is in strijd met de strekking en het doel van het beleid van de NZa betreffende de transitie naar de prestatiebekostiging.

Voor zover de bezwaargrond te kwalificeren is als een verzoek om terug te komen op een eerdere tariefbeschikking, te weten die over de nacalculatie 2011, oordeelt de NZa als volgt.

Voor bezwaarde geldt dat de nacalculatie 2011 reeds definitief is afgewikkeld.

De NZa overweegt dat volgens vaste beleidslijn een aanvraag, ontvangen na afloop van de bezwaartermijn van de oorspronkelijke aanvra(a)g(en), behoudens in het geval sprake is van nieuw gebleken feiten of veranderde omstandigheden, wordt afgewezen onder verwijzing naar de reeds verstreken indieningstermijnen en de reeds definitief vastgestelde nacalculaties. Het ligt daarbij op de weg van de indiener van het verzoek om nieuw gebleken feiten of veranderde omstandigheden naar voren te brengen. Deze vaste beleidslijn is door het College van Beroep voor het bedrijfsleven in diverse uitspraken geaccordeerd. In dit verband wordt verwezen onder meer naar CBb 28 mei 2009, LJN: BI7948 en CBb 24 januari 2013, LJN: BZ3241.

De NZa ziet in het kader van de heroverweging van de nacalculatie 2011 geen aanleiding te moeten afwijken van bovenvermelde beleidslijn en handhaaft haar eerder ingenomen standpunt dat niet wordt teruggekomen op reeds definitief vastgestelde nacalculaties. De omstandigheid dat bezwaarde zelf niet eerder dan bij het invullen van het formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 heeft opgemerkt dat zij de afschrijving is vergeten in haar nacalculatieaanvraag 2011, waardoor zij niet tijdig een rechtsmiddel heeft kunnen indienen tegen de eerdere tariefbeschikkingen, valt naar het oordeel van de NZa onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De NZa merkt dit niet aan als een novum dan wel een bijzondere omstandigheid die een uitzondering op voornoemde beleidslijn rechtvaardigt.

#### D4 Kapitaallasten (huur)

Bezwaarde voert aan dat de NZa ten onrechte de door bezwaarde op opgevoerde huur van € [vertrouwelijk ] niet heeft gehonoreerd. In bezwaar wordt de post door de zorgverzekeraar CZ ondersteund. Het Centraal Team geeft namens de zorgverzekeraar Achmea aan het formulier nog niet te hebben beoordeeld. Bezwaarde merkt op dat de vergoeding de met de verzekeraars gemaakt afspraak aan afschrijvingskosten niet overschrijdt.

De NZa stelt vast dat door bezwaarde kosten zijn gemaakt voor het huren van een gebouw voor de buitenpoli in Brielle. Dit gebouw wordt gebruikt voor het leveren van zorg. De NZa stelt verder vast dat de accountant van het ziekenhuis huur heeft vastgesteld op € [vertrouwelijk ]. De zorgverzekeraar CZ heeft in bezwaar aangegeven akkoord te gaan met een vergoeding voor de huur van € [vertrouwelijk ]. Van de zorgverzekeraar Achmea heeft de NZa geen inhoudelijke reactie ontvangen op de post.

De NZa stelt vast dat de door bezwaarde opgevoerde huur in overeenstemming met het beleid kan worden opgevoerd. Omdat de grootste zorgverzekeraar CZ zich akkoord heeft verklaard met de toename aan huur acht de NZa het bezwaar op dit punt gegrond. Dit betekent concreet dat het schaduwbudget met € [vertrouwelijk ] wordt verhoogt.



D5 Inflatievergoeding

Bezwaarde voert aan dat de inflatievergoeding op het eigen vermogen gelijk moet zijn aan de index voor materiele kosten. In het standaardformulier was dat nog 1,25%, maar inmiddels is deze door de NZa vastgesteld op 2,41%.

Zoals door de NZa reeds bij brief van 28 mei 2014 (kenmerk 77112-118274) heeft opgemerkt wordt aan deze bezwaargrond tegemoet gekomen.

In de Beleidsregel wordt aangegeven dat over het eigen vermogen een vergoeding wordt ingecalculeerd. Deze vergoeding is gelijk aan de prijsstijging van de materiële kosten. Het prijsindexcijfer van materiële kosten is terug te vinden op de website van de NZa. In verband met het ontbreken van de definitieve index voor 2012 ten tijde van het opstellen van het formulier is de voorlopige index 2012 opgenomen. Dit was 1,25% in plaats van 2,41%. Bezwaarde heeft recht op de vergoeding op basis van de index van 2,41%.

De NZa verklaart het bezwaar op dit punt gegrond.

**E. CONCLUSIE**

E1 Dictum

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar gedeeltelijk gegrond.

E2 Nieuwe voorlopige verrekenbedragen

Bijgevoegd bij deze beslissing op bezwaar zitten twee nieuwe beschikkingen en een nieuwe rekenstaat 2012. De beschikkingen maken onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar. De beschikkingen en rekenstaat worden ook op het webportaal gepubliceerd.

Hoogachtend,  
De Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.C. Mikkers RA,  
directeur Strategie en Juridische Zaken

#### Mogelijkheid tot het indienen van beroep

*Ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto 8:6 Awb juncto hoofdstuk 2, artikel 4 van Bijlage 2 Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) kan een belanghebbende binnen 6 weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.*