

BESLISSING OP BEZWAAR**77129-133613**
77130-133614

Bij brieven van 12 maart 2014, die zijn ingekomen bij de NZa op 17 maart 2014, is door Tergooi te Hilversum bezwaar gemaakt tegen de beschikkingen van 3 februari 2014 met de kenmerken 0101005-PT-2012-Z4T-VT01 en 0101005-PT-2013-Z4T-VT01. In deze beschikkingen is het voorlopige verrekenbedrag 2012 en het voorlopige verrekenbedrag 2013 vastgesteld. Naar aanleiding van deze bezwaren zijn belanghebbenden op 29 augustus 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 niet tegemoet kan worden gekomen aan het bezwaar en dat het oorspronkelijke besluit ongewijzigd in stand dient te blijven. Het bezwaar wordt dan ook ongegrond verklaard. Hieronder volgt de motivering daarvan.

A. DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Bezwaarde voert aan met de zorgverzekeraars een afschrijving kapitaallasten van € [vertrouwelijk] te zijn overeengekomen. Het Centraal Team heeft € [vertrouwelijk] hiervan afgewezen. Bezwaarde bestrijdt de grond waarop het Centraal Team de afschrijving voor de kapitaallasten in het schaduwbudget afwijst.

Bezwaarde onderbouwt dat conform de jaarrekening er in 2011 en 2012 een versnelde afschrijving heeft plaatsgevonden op activa die horen tot de WTZi en Wmg gefinancierde categorieën. In totaal is over 2 jaren € [vertrouwelijk] versneld afgeschreven. De versnelde afschrijving komt voort uit reële herwaarderingen. Op die grondslag heeft bezwaarde in het lokaal overleg besproken de kapitaallasten te verhogen. Ter bevestiging hiervan overlegt bezwaarde een e-mail van zorgverzekeraar Achmea. De post was in eerste instantie onder de afschrijvingen verantwoord. Dit was niet juist. Daarom heeft bezwaarde de afspraken onder de LPT en specialisteneenheden geplaatst. Achmea steunt bezwaarde hierin. Bezwaarde verzoekt de NZa daarom de mutatie alsnog te honoreren.

B. STANDPUNT VAN DE VERZEKERAARS

Het Centraal Team brengt naar voren dat door het ziekenhuis in de voorlopige aanvraag de werkelijke afschrijving op basis van NZa-afschrijvingspercentages is opgenomen. Het ziekenhuis heeft vervolgens het verschil tussen de kapitaallastenafpraak en de werkelijke afschrijvingskosten opgevoerd onder de LPT (plus EUR [vertrouwelijk]) en rubriek 1.7 specialisteneenheden (plus EUR [vertrouwelijk]).

Nu de door verzekeraars overgelegde schaduwbudgetafspraken geen ruimte biedt voor een dergelijke substitutie is dit door het Centraal Team aangepast. Verder blijkt uit de door het ziekenhuis gegeven antwoorden op de vragen van het Centraal Team inzake de voorlopige aanvraag, de overlegde e-mail van de heer [vertrouwelijk] van Achmea en de "Toelichting op bezwaar beschikking" d.d. 14 april 2014 dat het ook volgens het ziekenhuis gaat om versnelde afschrijvingen. Deze versnelde afschrijvingen kunnen, aldus het Centraal Team, op basis van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg niet worden geaccepteerd.

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 prestatie-bekostiging 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.¹ 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.

¹ Beleidsregel Aanvaardbare kosten, CI-1014.

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);
- 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^e-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 overgangsmaatregelenC2a *Prestatiebekostiging*

Op 13 juni 2007 kondigde de Minister van VWS aan toe te willen naar de invoering van volledige prestatiebekostiging.² 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.³ 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.⁴ 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 bekostigings-systeem.

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

³ Uitzonderingen zijn onder andere longrevalidatie en epilepsie.

⁴ Bijvoorbeeld voor traumazorg en post mortem orgaanuitname bij donoren.

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).⁵ Als overgangsregeling kiest de minister voor een 'transitiebedragmodel'. De overgangsregeling moet voorkomen dat als gevolg van de systeemrisico's ziekenhuizen in financiële problemen komen dan wel dat de macro-uitgaven onbedoeld stijgen. Reguliere omzetstijgingen 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.⁶ 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 2011⁷ 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).

⁵ 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).

⁶ Artikel 57 Mwg.

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

Deze voorgenomen beleidsregel is opgesteld met inachtneming van het verantwoordingsdocument⁸ 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 transitie-model nader onder de aandacht van de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en brancheorganisaties door middel van een circulaire (CI/11/28c 11D0031624).

C3d *Wetswijziging*

De voorgenomen beleidsregel kon pas van kracht worden als de wetwijziging 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.⁹ Deze bevoegdheid is ingevoerd om de kosten van de gezondheidszorg beter beheersbaar te maken.¹⁰ De NZa is daarnaast per 1 januari 2012 bevoegd een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen.¹¹ 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 wetwijziging van kracht is geworden, stelt de NZa de beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg vast (BR/CU-2061).¹²

C3e *Aanwijzing beschikbaarheidsbijdragen*

Op 21 december 2011¹³ en 12 december 2012¹⁴ 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.

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

⁹ Artikel 50 lid 2 Wet marktordening gezondheidszorg.

¹⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3.

¹¹ Wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging Wet marktordening gezondheidszorg.

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

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

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

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 geconstateerde knelpunten, zoals de beoordeling van het onderhanden werk, wegnemen. De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd deze afspraken te volgen.¹⁵ 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.¹⁶

C4 Transitiemodel: De zorg die onder het model valtC4a *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).¹⁷ In het veld wordt deze tabel omschreven als de kruisjestabel. De NZa spreekt daarom hierna ook van de kruisjestabel.

¹⁵ Brief van 26 april 2013 met het kenmerk 113209-102820-CZ.

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

¹⁷ 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.

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.

DOT's 2012:

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

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 transitie-model 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 transitie-model 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 transitie-model geplaatst). De resterende DOT's B-segment 2012 vallen wel onder het transitie-model.

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 2011¹⁸ 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 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.

$$\text{Transitiebedrag} = \text{schaduwbudget} - \text{omzet uit prestatiebekostiging.}$$

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.

$$\text{Verrekenbedrag} = \text{transitiebedrag} * \text{verrekenfactor (0.70 of 0.95).}$$

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.¹⁹

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

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

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.²⁰ 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.²¹

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.²² 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.²³ 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.²⁴ 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 2013.²⁵ De nieuwe indieningstermijn is door de NZa neergelegd in de gewijzigde Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107).

²⁰ Artikel 35 lid 7 aanhef en onder a Wmg.

²¹ art. 76 lid 2 Wmg

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

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

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

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

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).

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.²⁶ 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 prestatiebekostiging

C7a *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.

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

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;

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.²⁷ 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.²⁸

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.²⁹

²⁷ Brief van VWS van 8 februari 2013 met het kenmerk CZ-3154516.

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

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

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.³⁰

C8a *Kapitaallasten: Afschrijvingen en rente*

De in het deelbudget vergoeding voor de kapitaallasten op te nemen bedragen voor afschrijvingen en rente worden bepaald aan de hand van paragraaf 3.3 tot en met 3.11 van de beleidsregel. In de paragraaf 3.5 staat opgenomen dat op gebouwen voor 2% wordt afgeschreven en op installaties voor 5%. Een toename dan wel afname van afschrijvingen in een bepaald jaar ten opzichte van het voorgaande jaar kan in beginsel alleen plaatsvinden als er investeringen of desinvesteringen hebben plaatsgevonden.

D. **BEORDELING VAN HET BEZWAAR**

De NZa heeft op basis van twee eenzijdige formulieren aan het ziekenhuis 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 in het formulier door de zorgaanbieder is opgegeven en € [vertrouwelijk] meer dan in het formulier door de zorgverzekeraars is opgegeven.

Het bezwaar is gericht tegen het schaduwbudget.

D1 Afspraak met de zorgverzekeraars

Bezwaarde voert aan met de zorgverzekeraars een afspraak te hebben gemaakt over een extra vergoeding aan kapitaallasten op basis van een herwaardering. Deze vergoeding is door bezwaarde opgevoerd op de posten LPT en Specialisteneenheden. Bezwaarde vraagt de NZa de opgave te volgen.

De NZa oordeelt hierover als volgt.

D1a *Contracten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.*

Het beleid van de NZa schrijft voor dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken ten aanzien van het schaduwbudget. Het is onder het transitie-model niet voorgeschreven om dit (zoals onder de functiegerichte budgettering wel het geval was) in de vorm van productieafspraken moet plaatsvinden, waarop vervolgens eerst voorlopig en daarna definitief wordt nagecalculeerd. Onder het transitie-model is slechts sprake van 1 opgave: de opgave schaduwbudget.

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

Het beleid van de NZa geeft geen regels over wanneer de afspraken die zorgaanbieders en verzekeraars kunnen maken over het schaduwbudget moeten plaatsvinden. Het staat ziekenhuizen en zorgverzekeraars vrij om productieafspraken vooraf te maken en hier hun schaduwbudget uit af te leiden, dan wel achteraf een schaduwbudget overeen te komen. Het beleid van de NZa schrijft slechts voor dat van de afspraak ten aanzien van het schaduwbudget uiterlijk 1 september 2013 bij de NZa opgave wordt gedaan ten behoeve van de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag.

In de praktijk blijken instellingen veelal productieafspraken te hebben gemaakt waar zij hun schaduwbudgetafpraak uit afleiden. Deze productieafspraken zijn neergelegd in verschillende vormen. Er zijn ziekenhuizen die met hun afspraken met de zorgverzekeraars hebben aangesloten bij de oude budgetteringssystematiek, ziekenhuizen die budgetplafonds hebben afgesproken en ziekenhuizen die lumpsumafspraken hebben gemaakt.

D1b *Beleid: schaduwbudget*

De vervolgvraag is hoe de gemaakte afspraak vertaald dient te worden naar de vaststelling van een schaduwbudget. Over de inhoud van een schaduwbudget heeft de NZa beleid vastgesteld waaraan de NZa toetst. De NZa honoreert geen afspraken tussen zorgverzekeraars en de zorgaanbieder die strijdig zijn met het beleid van de NZa. Het is daarom van belang dat zorgaanbieders en verzekeraars bij het maken van afspraken in ogenschouw nemen dat de afspraak niet hoger wordt dan het schaduwbudget op grond van het beleid van de NZa mag zijn.

Onder het beleid van de NZa bestaat een schaduwbudget uit een viertal categorie posten: beschikbaarheidskosten, capaciteitsgebonden kosten, productiegebonden kosten en kapitaallasten. Binnen de eerste drie categorieën bestaat ruimte voor de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder om instellingspecifieke afspraken te maken. Deze afspraken kunnen onder andere worden neergelegd in de specialisteneenheden en de LPT.

Het beleid ten aanzien van de kapitaallasten bepaalt dat investeringen worden afgeschreven tegen de in de beleidsregel opgenomen afschrijvingspercentages.³¹ Deze omschrijving is limitatief. Een hogere kapitaallastenvergoeding dan op basis van de beleidsregel mogelijk is, is in beginsel in strijd met de beleidsregel.

D1c *Afspraak van bezwaarde*

Bezwaarde geeft aan met de zorgverzekeraars de afspraak te hebben gemaakt een hogere vergoeding voor kapitaallasten in het schaduwbudget te laten vallen als het gevolg van herwaardering van de activa in de jaarrekening 2011 en 2012.

³¹ Paragraaf 3.5 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107.)

De NZa leidt uit de e-mail van de zorgverzekeraar Achmea van 31 oktober 2013 af dat de zorgverzekeraar de oplossing voor de herwaardering van de kapitaallasten in lijn met de handreiking acht.

De NZa leidt verder uit de brief van het Centraal Team van 12 augustus 2014 af dat de ophoging van de LPT en Specialisteneenheden in strijd is met de gemaakte budgetafspraken. Versnelde afschrijvingen zijn, aldus het Centraal Team, op basis van de beleidsregel niet toegestaan.

D1d *Afschrijven op basis van economische levensduur*

De NZa stelt vast dat bezwaarde voor de berekening van haar kapitaallastenvergoeding is uitgegaan van afschrijvingspercentages op basis van de economische levensduur.

Hierover oordeelt de NZa als volgt.

Het staat bezwaarde vrij om in haar jaarrekening tegen hogere percentages (berekend op basis van de economische levensduur) af te schrijven in plaats van op basis van de afschrijvingspercentages die door de NZa zijn vastgesteld. Voor de vaststelling van het schaduwbudget dienen echter de door de NZa voorgeschreven percentages te worden gehanteerd.³² Het beleid van de NZa staat, met andere woorden, in het schaduwbudget afschrijven op basis van de economische levensduur niet toe.

D1e *Afspraak met de zorgverzekeraars*

Voor zover bezwaarde opmerkt niet een hoger afschrijvingspercentage op de kapitaallasten te hebben gehanteerd, maar er voor heeft gekozen deze kosten onder te brengen bij de post specialisteenheden en LPT merkt de NZa op dat met een dergelijke mutatie materieel gezien tevens een versnelde afschrijving wordt bereikt. Bezwaarde ontkent immers niet dat zij de kosten voor het vergoeden van een versnelde afschrijving opvoert.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat er waardes aan specialisten en LPT worden opgevoerd die er niet daadwerkelijk zijn, met als doel kapitaallasten te bekostigen. Dat de zorgverzekeraar hier wel mee akkoord gaat, doet hieraan niet af.

Dat bezwaarde met de zorgverzekeraars een schaduwbudgetafspraken heeft gemaakt die in strijd is met het beleid van de NZa komt voor haar eigen rekening een risico.

D1f *Bijzondere omstandigheden*

Een uitzondering op het hiervoor weergegeven beleid is niet mogelijk behoudens de situatie dat de bijzondere omstandighedentoets ex artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) daartoe noodzaakt.

³² Zie ook College van Beroep voor het bedrijfsleven 31 januari 1995, RZA 1995,62.

Een bestuursorgaan wijkt, ingevolge artikel 4:84 Awb, van een beleidsregel af als sprake is van bijzondere omstandigheden en bij onverkorte toepassing van de beleidsregel dit voor één of meer bezwaarden gevolgen zou hebben die onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen.

De omstandigheid dat bezwaarde via het schaduwbudget in het transitie-model een oplossing zoekt voor een mogelijk toekomstige resterende boekwaarde aan kapitaallasten, kan de NZa niet kwalificeren als een bijzondere omstandigheid waarbij moet worden afgeweken van het beleid.

E. CONCLUSIE

E1 Dictum

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar ongegrond.

E2 Mogelijkheid tot 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 zes 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.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

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