

BESLISSING OP BEZWAAR**72538-117765**
72737-117766

Bij faxen van 29 januari 2014 is door de Stichting Dianet te Utrecht (bezwaarde) pro forma bezwaar gemaakt tegen de beschikkingen van 19 december 2013 met de kenmerken 0600900-AWNT-2012-Z4T-VT01 en 0600900-AWNT-2013-Z4T-VT01. In deze beschikkingen is het voorlopig verrekenbedrag 2012 en het voorlopig verrekenbedrag 2013 vastgesteld. De gronden van het bezwaar heeft de NZa bij brieven van 13 maart 2014 ontvangen. Naar aanleiding van deze bezwaren zijn belanghebbenden op 26 mei 2014 gehoord.

In haar vergadering van 9 september 2014 heeft de NZa de hierboven vermelde beschikkingen 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 heeft – kort weergegeven – aangevoerd dat de door haar opgevoerde budgetcomponenten door de NZa niet zijn verwerkt in het schaduwbudget. Het gaat om drie componenten:

- | | | |
|----|-------------------------------------------------|---|
| 1. | Honorarium medisch specialisten | € |
| | [vertrouwelijk] | |
| 2. | Budget overname AMC | |
| | a. Medisch specialisten | € |
| | [vertrouwelijk] | |
| | b. Huisvestingscomponent | € |
| | [vertrouwelijk] | |
| 3. | Medisch Specialistische Verpleging Thuisituatie | € |
| | [vertrouwelijk] | |

A1 Honorarium medisch specialisten

Bezwaarde voert aan met 45 contractziekenhuizen een samenwerkings-overeenkomst te hebben op het gebied van thuisdialyse. Bezwaarde besteedt de medische zorg van deze patiënten uit aan de medisch specialist van het contractziekenhuis. Bezwaarde declareert de zorgproducten bij de zorgverzekeraar. De ontvangen honoraria stort bezwaarde door naar de contractziekenhuizen (doorgeefluik). Bij de nacalculaties tot en met 2011 van bezwaarde werd in het FB-budget de honoraria buiten beschouwing gelaten. Onder de prestatiebekostiging (integrale tarieven) zijn de honoraria onderdeel van de afspraak met de zorgverzekeraars geworden. Bezwaarde voert aan dat in het schaduwbudget de honoraria dan ook moeten worden opgenomen.

Bezwaarde onderbouwt in 2012, 177 patiënten bij contractziekenhuizen te hebben. Uitgaande van de norm 40 patiënten per specialist komt bezwaarde [vertrouwelijk] fte aan specialisten tekort in haar budget. Per fte specialist zit een vergoeding van € [vertrouwelijk] in het budget. Bezwaarde vraagt de NZa de specialisten te verhogen met [vertrouwelijk] fte óf een som van € [vertrouwelijk] aan het schaduwbudget toe te kennen.

Ter hoorzitting heeft bezwaarde bevestigd de medisch specialisten volgens de budgetparameters te hebben berekend (ten opzichte van de werkelijke kosten). De opbrengsten heeft bezwaarde opgevoerd onder de omzet uit de prestatiebekostiging. Het gaat daarbij om € [vertrouwelijk].

A2 Budgetovername AMC

Bezwaarde voert aan dat zij in 2001 de zorg voor de chronische dialyse patiënten van AMC heeft overgenomen. In het FB-budget van bezwaarde zijn de variabele kosten van het AMC overgeheveld. Het budget voor de medisch specialisten is bij het AMC gebleven. Bezwaarde heeft wel de schadelast. Bezwaarde vraagt de NZa daarom [vertrouwelijk] fte aan het schaduwbudget toe te voegen óf een som van € [vertrouwelijk].

De huur en huurgerelateerde kosten zijn bij het (budget van het) AMC gebleven. Tot 2012 werden deze kosten niet doorberekend aan bezwaarde en waren ze geen bestanddeel van de kostprijs. Vanaf 2012 zijn de kosten wel onderdeel van de prijs van het zorgproduct. Sinds 2012 betaalt bezwaarde de huur en huurgerelateerde kosten ook daadwerkelijk aan het AMC, in wiens gebouw zij een ruimte huurt. Bezwaarde vraagt de NZa daarom voor de huur € [vertrouwelijk] en voor de huurgerelateerde kosten € [vertrouwelijk] aan het schaduwbudget toe te voegen.

A3 Medisch Specialistische Verpleging Thuisituatie (MSVT)

Bezwaarde voert aan verpleging in de thuisituatie aan te bieden met een Verpleegkundige Dialyse Assistent (VDA). De kosten van de VDA zijn meer gestegen dan de (gemaximeerde) vergoeding in het budget. Sinds 2009 is er sprake van een onderdekking van € [vertrouwelijk] per jaar. Deze onderdekking is het gevolg van:

- Patiënten met zwaardere zorgprofielen
- Hogere inschaling van de VDA's
- Grotere geografische spreiding van de patiënten

Bezwaarde voert aan dat in 2010 de MSVT is ingevoerd. De vergoeding voor de MSVT is hoger dan dat van een kostendekkende VDA. Bezwaarde vraagt de NZa daarom het budget met € [vertrouwelijk] te verhogen.

B. 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 de dialysecentra werd vastgesteld. Daarna zal de NZa de systematiek van prestatiebekostiging bespreken en de werking van het transitiebedragmodel (hierna: transitie-model).

B1 Tarief- en budgetregulering dialysecentra tot 2011

B1a *Het A- en B-segment*

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

B1b *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 de zorgaanbieder, al dan niet in onderhandeling met een zorgverzekeraar, zelf. In 2009 is het B-segment uitgebreid tot circa 34% van de totale medisch specialistische zorg.

B1c *Omzet in het A-segment*

De behandelingen van de dialysecentra vallen vrijwel geheel binnen het A-segment.

Voor de DBC's in het A-segment golden de door de NZa vastgestelde tarieven die voor alle instellingen hetzelfde zijn (zogenaamde vaste tarieven). Instellingen 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 budgetaanpassing zelfstandige dialysecentra in verband met productieafspraken (CI-817). Deze beleidsregel bepaalde uit welke posten de aanvaardbare kosten waren opgebouwd.

B1d *Functiegerichte budgettering*

De hoogte van deze posten werd berekend door de functies en omvang van de dienstverlening van de instelling uit te drukken in een aantal budgetparameters. Elke budgetparameter had een vaste waardering in geld: het beleidsregelbedrag. Van elke budgetparameter werd het aantal vermenigvuldigd met het beleidsregelbedrag. De optelling van deze producten was het functiegerichte deel van het instellingsbudget. Voor de kapitaallasten (afschrijvingen en rente) gold dat die per instelling werden vastgesteld op basis van landelijk uniforme parameters. Hierbij werd in principe aangesloten bij de kosten volgens de jaarrekening, met de historische kostprijs en de daarop gebaseerde boekwaarde als uitgangspunten.

B1e *Productieafspraken en nacalculatie*

Ten behoeve van de vaststelling van het budget maakten de instelling 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. De instelling 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 functiegerichte 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.

B1f *Opbrengstverrekening*

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

B2 Prestatiebekostiging en overgangsmaatregelen

B2a *Prestatiebekostiging*

Op 13 juni 2007 kondigde de Minister van VWS aan toe te willen naar de invoering van volledige prestatiebekostiging.¹ In de brief schetst de minister een vierjarig transitietraject voor de invoering van de 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.² In plaats van een budget (in het A-segment) worden de instellingen vrijwel geheel betaald via de zorgprestaties (gedeclareerde zorgproducten in het A- en B-segment) die zij leveren.

B2b *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) wordt 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.³ 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.

¹ Brief 'waardering voor betere zorg' van de Minister aan de tweede kamer, d.d. 13 juni 2007.

² Uitzonderingen zijn onder andere longrevalidatie en epilepsie.

³ Bijvoorbeeld voor traumazorg en post mortem orgaanuitname bij donoren.

B2c *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).⁴ Als overgangsregeling kiest de minister voor een 'transitiebedragmodel'. De overgangsregeling moet voorkomen dat als gevolg van de systeemrisico's instellingen in financiële problemen komen dan wel dat de macro-uitgaven onbedoeld stijgen. Reguliere omzetstijgingen en -dalingen blijven onder het overgangsmodel wel mogelijk.

B3 Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorgB3a *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.⁵ De Minister van VWS kan aan de NZa algemene aanwijzingen geven over de onderwerpen waarover de NZa beleidsregels kan vaststellen.

B3b *Aanwijzing overgang naar prestatiebekostiging*

Op 21 juli 2011⁶ 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 zorgaanbieder niet toegestaan deze vaste grens te overschrijden.

B3c *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).

⁴ 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).

⁵ Artikel 57 Mwg.

⁶ 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 verantwoordingsdocument⁷ 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 instellingen, zorgverzekeraars en brancheorganisaties door middel van een circulaire (CI/11/28c 11D0031624).

B3d *Wetswijziging*

De voorgenomen beleidsregel kon pas van kracht worden als de wetwijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg 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.⁸ Deze bevoegdheid is ingevoerd om de kosten van de gezondheidszorg beter beheersbaar te maken.⁹ De NZa is daarnaast per 1 januari 2012 bevoegd een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen.¹⁰ 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).¹¹

B3e *Aanwijzing beschikbaarheidsbijdragen*

Op 21 december 2011¹² en 12 december 2012¹³ 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 instellingen 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.

⁷ Verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistisch zorg; uitwerking van implementatie per 2012, juli 2011 (www.nza.nl).

⁸ art. 50 lid 2 Wmg

⁹ Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3.

¹⁰ Wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG.

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

¹² Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 december 2011, MC-3098541. Staatscourant 24 januari 2012, nr. 128.

¹³ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 december 2012, MC-U-3147126. Staatscourant 24 december 2012, nr. 26978.

B3f *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 VWS overeen dat de vaststelling van het transitiebedrag, dat met de vaste grens wordt berekend, in twee fasen zal plaatsvinden. Met deze afspraak wil 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.¹⁴ 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.¹⁵

B4a *Aanwijzing*

In de aanwijzing van de minister staat opgenomen dat onder het transitiemodel 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 transitiemodel kent daarmee als uitgangspunt de bekostigingssystematiek (en dus de A- en B-segmentverdeling) zoals deze in 2011 van kracht was.

B4b *Tabel zorgprestaties onder transitiemodel (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 transitiemodel 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 het transitiemodel. Dit is de zogenaamde kruisjestabel. Deze oplossing is op 12 juli 2011 in een technisch overleg aan de brancheorganisaties voorgelegd. De kruisjestabel is onderdeel van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2035).¹⁶

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 transitiemodel geschaard:

¹⁴ Brief van 26 april 2013 met het kenmerk 113209-102820-CZ.

¹⁵ Bekend gemaakt met circulaire CI/13/9c van 11 februari 2013.

¹⁶ 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.

Overloop-DBC's 2011-2012:

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

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.

B4c *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.

B5 Transitie­model: De berekening van de vaste grens en het transitie­bedrag

B5a *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.

B5b *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).

B5c *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 transitie-model vallen) plus het verrekenbedrag.¹⁷

B5d *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.¹⁸ 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.¹⁹

B5e *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.²⁰ 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.

¹⁷ Beschikking Transitiebedrag 14 december 2011 TB/CU 2004-01 en Beschikking Transitiebedrag 27 november 2012 TB/CU 2008-01.

¹⁸ Artikel 35 lid 7 aanhef en onder a Wmg.

¹⁹ art. 76 lid 2 Wmg

²⁰ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 december 2011, MC-3098541. Staatscourant 24 januari 2012, nr. 128.

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 voor Zorgverzekeringen) voor uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds.

B6 Formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012

B6a *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.²¹ 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.²² 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 2013.²³ 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.

B6b *Tweezijdig ondertekend formulier*

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

B6c *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.

B6d *Twee eenzijdige 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 aanvraag. De NZa kan anders besluiten op basis van de beleidsregel of bijzondere omstandigheden.

²¹ Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-236).

²² Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233).

²³ Circulaire CI/13/21c van 24 mei 2013.

B7 De omzet uit de prestatiebekostiging

B7a *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 gelijk is aan de som van:

- (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;

B7b *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.²⁴ Dit leidt ertoe dat de NFU en NVZ in overleg met ZN, OMS, ZKN, NZa en 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.²⁵

B8 De omzet uit de oude budgetteringssystematiek (schaduwbudget)

Voor de vaststelling van het schaduwbudget 2012 continueert de NZa de systematiek van budgetopbouw en -vaststelling, zoals van toepassing was in 2011.

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.

²⁴ Brief van VWS van 8 februari 2013 met het kenmerk CZ-3154516.

²⁵ Circulaire van 11 februari 2013 (CI/13/9c).

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.²⁶ 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.²⁷ Hieronder wordt de budgetcomponent VDA toegelicht.

B8a VDA/MSVT

Sinds lange tijd (vanaf ongeveer 1990) kunnen Nederlandse dialyse patiënten ondersteuning krijgen bij de thuisdialyse door de VDA. De VDA assisteert de patiënt bij de dialyse, soms tijdelijk (door het geven van uitleg) soms structureel (wanneer er geen familielid aanwezig is om te helpen). De werkelijke kosten voor een VDA worden in het schaduwbudget vergoed tot een vastgesteld maximum. De kosten die dit maximum overschrijden komen ten laste van de instelling.

De NZa heeft daarnaast in 2009 de beleidsregel Verpleging in de thuissituatie vastgesteld, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg. Deze beleidsregel maakt het mogelijk dat zorgaanbieders MSVT (verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg) kunnen declareren. Een indicatiestelling dient aanwezig te zijn voor verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg. Het gaat daarbij om patiënten die van een verpleeghuis naar huis gaan, maar waarvoor nog geen zorg aan huis beschikbaar is. De MSVT is bedoeld als een tussenstap. De beleidsregel geldt niet alleen voor de dialyse patiënten, maar ook voor andere patiënten van medisch specialistische zorg. Voor de MSVT geldt een maximum tarief. Het tarief van de MSVT is hoger dan het tarief van de VDA.

C. **BEOORDELING VAN HET BEZWAAR**

Op basis van een tweezijdig ingediend formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 (Dialysecentra) heeft de NZa het transitiebedrag voor Dianet vastgesteld. Door de NZa zijn aan Dianet twee beschikkingen afgegeven met negatieve verrekenbedragen. Voor 2012: - [vertrouwelijk] en voor 2013: € [vertrouwelijk]. In totaal moet Dianet € [vertrouwelijk] aan het Zorgverzekeringsfonds betalen. Dit is € [vertrouwelijk] meer dan door bezwaarde is opgevoerd/uitgerekend in het formulier.

De door bezwaarde aangedragen bezwaargronden zien zowel op de omzet onder de prestatiebekostiging als het schaduwbudget.

²⁶ Paragraaf 47.2 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg, BR/CU-2107.

²⁷ Paragraaf 13 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107.)

C1 Honorarium medisch specialisten

Bezwaarde heeft aangevoerd dat de honoraria van de medisch specialisten uit de 45 contractziekenhuizen in het schaduwbudget opgenomen moeten worden.

Voor in 2011 als zelfstandige dialysecentrum gebudgetteerde instellingen voor medisch specialistische zorg geldt dat het schaduwbudget voor 2012 wordt berekend op basis van de systematiek en parameterwaarden, zoals opgenomen in de beleidsregel. In de beleidsregel staat voorgeschreven dat in het schaduwbudget alleen de daadwerkelijke realisatie en de daarmee samenhangende kosten kunnen worden opgevoerd. Omdat de specialisten niet bij bezwaarde zelf in dienst zijn, maar bij de contractziekenhuizen, kunnen de honoraria hiervoor niet in bezwaarde haar budget worden opgenomen. Overigens, ook onder de functiegerichte budgettering werden deze kosten niet aan het budget van bezwaarde toegekend. De beleidsregel bepaalt verder dat de volledige opbrengsten onder de prestatiebekostiging opgevoerd moeten worden.

De NZa acht het niet wenselijk is dat er opbrengsten onder de prestatiebekostiging opgevoerd worden waar geen budgetonderdeel in het schaduwbudget tegenover staat. Onder het transitie-model wordt om deze reden de honorariumomzet van vrijgevestigd medisch specialisten en van medisch specialisten in loondienst waarvoor geen vergoeding in het schaduwbudget is opgenomen, niet meegenomen in de berekening van het transitiebedrag.²⁸ Het is immers de bedoeling de bekostiging van de zorg uit de twee modellen zorgvuldig tegen elkaar af te zetten. In de specifieke situatie van bezwaarde wordt met de onverkorte toepassing van de beleidsregel het tegenovergestelde bereikt. Deze situatie acht de NZa een bijzondere omstandigheid waarbij onverkorte toepassing van het beleid onevenredig uitwerkt voor bezwaarde. Op grond van artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht acht de NZa het bezwaar daarom gegrond.

De NZa volgt bezwaarde echter niet in haar verzoek om het schaduwbudget te verhogen. In plaats hiervan haalt de NZa de omzet onder de prestatiebekostiging (voor zover deze ziet op de honoraria van de medisch specialisten) uit de berekening van het transitiebedrag. Dit sluit beter aan bij de situatie zoals deze in 2011 bestond.

Concreet betekent dit dat de NZa de bestreden besluiten herroept en de omzet onder de prestatiebekostiging met € [vertrouwelijk] verlaagd.

C2 Budgetovername AMC

Bezwaarde heeft aangevoerd de zorg voor chronische dialyse patiënten van het AMC te hebben overgenomen. Bezwaarde vraagt de NZa nu [vertrouwelijk] fte aan het schaduwbudget toe te voegen alsmede de huur en huurgerelateerde kosten.

²⁸ Circulaire van 1 september 2011, CI/11/28c 11D0031624 en artikel 11.3 van de beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg, BR/CU-2107.

Op de hoorzitting heeft bezwaarde bevestigd de kosten voor de medisch specialist, die deze zorg verleent, en de huur zelf te dragen.

De NZa stelt vast dat voor de door bezwaarde geconstateerde problematiek in het consultatiedocument prestatiebekostiging medisch specialistische zorg en in het verantwoordingsdocument invoering prestatiebekostiging reeds een oplossing is geboden:

8.4.2 Dialyse

Naast de algemene risico's wordt namens de dialysecentra aangegeven dat specifieke kosten niet voldoende opgenomen zijn in het functioneel budget. Deze kosten verrekenen de dialysecentra nu nog niet met ziekenhuizen, omdat deze kosten onderdeel zijn van het functioneel budget van de ziekenhuizen. Bij invoering van DOT en prestatiebekostiging worden de kosten onderling verrekend. Dit heeft tot gevolg dat het schaduw FB te laag vastgesteld wordt voor de dialysecentra en te hoog voor de ziekenhuizen. De NZa ziet als oplossing dat de betrokken instellingen gezamenlijk een verzoek indienen (tijdig voor het bepalen van het schaduw FB) tot overheveling van het budget van de ene naar de andere instelling, zodat scheve verhoudingen rechtgetrokken kunnen worden.

Bezwaarde heeft op de hoorzitting aangevoerd dat deze oplossing niet toereikend is. Het ziekenhuis heeft niet meegewerkt aan een dergelijke budgetoverheveling. Daarnaast wordt bezwaarde hiermee afhankelijk gesteld van de medewerking van een andere instelling die bij de verwerking van een dergelijk verzoek geen belang heeft.

De NZa heroverweegt dat zowel de post medisch specialist als de post huur in het budget van bezwaarde kan worden opgenomen, mits bezwaarde ook daadwerkelijk de kosten draagt. In de nacalculatie mag immers alleen de daadwerkelijke realisatie en de daarmee samenhangende kosten worden opgevoerd.

Aangezien de kosten daadwerkelijk door bezwaarde worden gedragen, verklaart de NZa het bezwaar gegrond.

C3 Medisch Specialistische Verpleging Thuisituatie (MSVT)

De parameter VDA's is gebonden aan een normatief vastgesteld maximum. De werkelijke kosten worden vergoed voor zover zij het maximum normatief niet overschrijden. Bezwaarde vraagt de NZa van de budgetparameter af te wijken door een hogere budgetvergoeding toe te kennen.

De NZa kan niet aan dit verzoek tegemoet komen.

De budgetparameters worden (formeel) vastgesteld door de NZa. Voordat de NZa tot vaststelling komt, wordt overleg gepleegd met brancheorganisaties. In het overleg kunnen prioriteiten en eventuele financiële knelpunten in de FB-structuur naar voren worden gebracht. Door aanpassing van de budgetparameters en de bijbehorende beleidsregelbedragen kunnen knelpunten worden opgelost en kan tegemoet worden gekomen aan de door de brancheorganisaties gestelde prioriteiten: het zogenaamde FB-onderhoud. Ten aanzien van de jaren 2011 en 2012 is afgesproken geen FB-onderhoud te plegen.

In 2012 zijn de dialysecentra overgestapt op prestatiebekostiging en wordt er niet meer gebudgetteerd. Van een FB-onderhoud is daarom geen sprake meer.

C3a *Wijziging van de beleidsregel*

Voor zover het verzoek van bezwaarde opgevat zou moeten worden als een verzoek tot wijziging van de beleidsregel merkt de NZa het volgende op.

Tegen een besluit inhoudende de weigering tot vaststelling van een beleidsregel staat geen beroep open en kan derhalve ook geen bezwaar tegen worden gemaakt (artikel 8:2 Awb).

C3b *Redelijkheid van het beleid*

Voor zover bezwaarde aanvoert dat het beleid van de NZa op dit punt onredelijk is merkt de NZa het volgende op.

Het beleid in de transitiejaren is er op gericht om de systeemrisico's te dempen. Dit doet de NZa door de omzet uit prestatiebekostiging te vergelijken met de omzet die zou zijn behaald als de instelling nog op basis van een budget (nu 'schaduwbudget' genoemd) zou zijn bekostigd.

Het beleid van de NZa ten aanzien van de parameter VDA is ongewijzigd ten opzichte van het beleid dat van kracht was onder de functiegerichte budgettering. Wanneer de functiegerichte budgettering (of in dit geval een parameter binnen de functiegerichte budgettering) in 2012 aanzienlijk verandert, is een dergelijke vergelijking niet meer te maken. Aanpassen van de parameters onder het transitie-model is in strijd met de strekking en het doel van het overgangsregime. De NZa acht haar beleid op dit punt dan ook redelijk.

C3c *Bijzondere omstandigheden*

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

Bij de vraag of wegens bijzondere omstandigheden afwijking van beleidsregels geboden kan zijn, is van belang of het gaat om omstandigheden die geacht kunnen worden in de beleidsregel te zijn verdisconteerd, respectievelijk omstandigheden waarvan bewust in de beleidsregel is geabstraheerd. Is het een of het ander het geval, dan doen zich geen bijzondere omstandigheden voor die afwijking van de beleidsregel kunnen rechtvaardigen. Voor het oordeel of er sprake is van bijzondere omstandigheden moet met andere woorden gekeken worden naar de redelijkheid van de werking van het overgangsmodel in het individuele geval.

Bezwaarde heeft als bijzondere omstandigheden de zorgzwaarte van de patiënten en de geografische spreiding van haar patiënten aangevoerd.

De door bezwaarde aangevoerde omstandigheden worden door de NZa niet als bijzondere omstandigheden beschouwd die afwijking van het beleid noodzakelijk maakt. In de voorgaande jaren is het budget steeds voldoende geweest om de in het A-segment verleende zorg te bekostigen. Bezwaarde had in 2011, maar ook in 2010 (en 2012) een positief bedrijfs- en boekjaar resultaat. Er bestaat naar het oordeel van de NZa geen reden om aan te nemen dat de overgang naar de prestatiebekostiging onevenredig nadelige financiële gevolgen zal hebben voor bezwaarde. Daarbij merkt de NZa op dat bezwaarde in de transitiejaren een stijging aan opbrengsten ondervindt ten opzichte van haar (schaduw)budget. Dit door de aflopende verrekenpercentages. In 2012 is dit een stijging van 5% en in 2013 van 30%.

De NZa verklaart het bezwaarschrift op dit punt ongegrond.

D. CONCLUSIE

D1 Dictum

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar gedeeltelijk gegrond.

Bijgevoegd bij deze beslissing op bezwaar zitten twee nieuwe beschikkingen en een nieuwe rekenstaat 2012. Deze beschikkingen maken onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar.

D2 Nieuwe betalingsverplichting

In de beleidsregel wordt benadrukt dat uit de voorlopige beschikking een directe betalingsverplichting voortvloeit. In het beleid van de NZa staat geen mogelijkheid tot uitstel van deze verplichting opgenomen. Binnen de bezwaarprocedure is echter door de NZa besloten de betalingsverplichting hangende de bezwaarprocedure op te schorten. Wij benadrukken dat de betalingstermijn die in de nieuwe beschikkingen staat opgenomen niet wordt opgeschort. De betalingsverplichting uit de bestreden beschikkingen vervalt met deze beslissing op bezwaar.

D3 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

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur, a.i.