

BESLISSING OP BEZWAAR**77211-134733**

Bij brief van 14 maart 2014, die is ingekomen bij de NZa bij fax op 17 maart 2014, is door Zaans Medisch Centrum te Zaandam (bezwaarde) bezwaar gemaakt tegen de beschikkingen van 3 februari 2014 met de kenmerken 0101317-NT-2012-Z4T-VT01 en 0101317-NT-2013-Z4T-VT01. In deze beschikkingen is het voorlopige verrekenbedrag 2012 en het voorlopige verrekenbedrag 2013 vastgesteld. Naar aanleiding van dit bezwaar zijn belanghebbenden op 5 september 2014 gehoord.

Bij e-mail van 11 september 2014 heeft de NZa van bezwaarde een nadere onderbouwing ontvangen op de post correctie schoning kapitaallasten B-segment.

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 heeft – kort weergegeven – 4 bezwaargronden naar voren gebracht.

- Procedure en termijnen
- Kosten Asbest
- Correctie schoning kapitaallasten B-segment
- Overloop-DBC's 2011-2012

A1 Procedure en termijnen

Bezwaarde brengt naar voren dat conform de hoofdregel van artikel 4:84 Awb een bestuursorgaan overeenkomstig haar beleidsregels dient te handelen. Het beginsel van rechtszekerheid staat – behoudens bijzondere omstandigheden – aan een afwijking van de beleidsregel in de weg. De NZa is daarom gehouden aan de termijn zoals gesteld in de beleidsregel BR/CU-2107. Artikel 14.2.1 van de beleidsregel BR/CU-2107 bepaalt dat bij eenzijdige indiening door de zorgaanbieder op 1 september 2013, de NZa de zorgverzekeraar(s) verzoekt om alsnog binnen vier weken tot overeenstemming te komen met de zorgaanbieders en er alsnog een tweezijdige indiening wordt gedaan. Indien er geen overeenstemming bereikt kan worden, is de eenzijdige opgave van de zorgaanbieder leidend voor de NZa.

Bezwaarde stelt dat de NZa kennelijk het eenzijdig ingediende formulier van het Centraal Team heeft meegewogen in de voorlopige beschikkingen.

Bezwaarde stelt zich op het standpunt dat de NZa de eenzijdige indiening van het ziekenhuis had moeten volgen, aangezien alleen deze indiening tijdig en op goede gronden is geschied. Het maken van een uitzondering op de indieningstermijn kan niet aan de orde zijn nu bijzondere omstandigheden, die een afwijking zouden kunnen rechtvaardigen, gesteld noch gebleken zijn. Van afzonderlijk ingediende opgaven ex artikel 14.2.2 van de beleidsregel is geen sprake. Immers, ingeval er sprake was geweest van afzonderlijk ingediende opgaven, dus niet-overeenstemmende opgaven, zou voor beide partijen de uiterlijke termijn van indiening 1 september 2013 zijn geweest. Bezwaarde heeft haar eenzijdige opgave op 29 augustus 2013 ingediend. De zorgverzekeraars hebben – zonder enig bericht- de termijn van 1 september 2013 laten verstrijken, waarmee de mogelijkheid van het afzonderlijk indienen van opgaven is komen te vervallen. Het ziekenhuis gaat er vanuit dat de zorgverzekeraars geen verzoek om uitstel hebben gedaan. Bovendien als de NZa had overwogen om – in strijd met de bepalingen hieromtrent uit beleidsregel BR/CU-2107 – uitstel te verlenen, dan lag het op de weg van de NZa om hieromtrent hoor en wederhoor toe te passen.

Bezwaarde komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraars een fatale termijn hebben laten verstrijken en dat hun opgave om die reden buiten beschouwing dient te blijven. Door de eenzijdige ingediende aanvraag van de zorgverzekeraars mee te nemen in de beoordeling van de aanvraag handelt de NZa niet alleen in strijd met de beleidsregel BR/CU-2107, maar ook met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Meer specifiek is het in behandeling nemen van de te laat ingediende opgave van de zorgverzekeraars in strijd met het beginsel van fair play, het zorgvuldigheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel en het beginsel van formele rechtszekerheid. Het bezwaar dient op grond hiervan gegrond te worden verklaard.

A2 Kosten asbest

Bezwaarde voert aan dat bij het slopen van de zusterflat in 2012 asbest is geconstateerd. Het opruimen hiervan heeft bezwaarde € [vertrouwelijk] gekost. Op basis hiervan is nader onderzoek gedaan naar het te slopen ziekenhuisgebouw en is gekomen tot een geschatte kostenpost door asbest van € [vertrouwelijk]. De nacalculatie 2012 biedt het ziekenhuis de laatste kans om deze kosten gefinancierd te krijgen middels het FB-systeem en de overgangsregelingen. De verzekeraars hebben deze aanvraag niet ondersteund en de NZa heeft deze post in de bestreden beschikking ten onrechte afgewezen.

Bezwaarde voert aan dat het opvoeren van de kosten voor het verwijderen van de asbest in lijn is met het beleid van de NZa. De beleidsregels voor de kapitaallasten in het schaduwbudget 2012 zijn de regels zoals die in 2011 ook al golden. Bij de beleidsregel Afschrijvingen (CI-957) werden in de regel als bijzondere kosten, de kosten voor het verwijderen van asbest aanvaard. De activering kon tot 2008 op basis van de beschikkingen van het College Bouw worden meegenomen. Deze mogelijkheid hield op na afschaffing van het bouwvergunningen regime. Ook in de beleidsregel IVA zijn asbestkosten meegenomen. Er is geen reden om deze beleidslijn niet consistent toe te passen in de kapitaallasten van het schaduwbudget voor na 2010 opgekomen asbest.

A3 Correctie schoning kapitaallasten B-segment

Bezwaarde voert aan dat de NZa ten onrechte een correctie op de schoning kapitaallasten B-segment van € [vertrouwelijk] niet heeft gehonoreerd. De reden van mutatie is de vrijval van afschrijvingskosten waardoor in het schaduwbudget een lager bedrag aan kapitaallasten is opgenomen. Dat betekent dat ook de schoning B-segment geactualiseerd moet worden. Bezwaarde geeft aan hier contact over te hebben gehad met de accountant en de NZa. Bezwaarde had begrepen dat andere ziekenhuizen deze herstel mogelijkheid is geboden en wil er daarom ook gebruik van maken. In een mail van 8 oktober 2012 van een medewerker van de NZa aan bezwaarde wordt aangegeven dat:

Naar aanleiding van je vraag over de correctie bij de opschoning i.g.v. vrijvallende afschrijvingen heb ik intern navraag gedaan. Er wordt niet specifiek naar een correctie gevraagd in de nacalculatie en de rekenstaten corrigeren er ook niet automatisch voor. Instellingen waar dit speelt moeten het apart opgeven, bijvoorbeeld als overige mutatie.

A4 Overloop-DBC's 2011-2012

Bezwaarde voert aan dat de keuze om het transitiebedrag eenmalig vast te stellen en hierbij de overdekking uit de overloop DBC's 2011 mee te nemen tot een financieel knelpunt in 2013 leidt. Het doorrekenen van de overfinanciering in het verrekenbedrag 2013 is niet terecht omdat in de omzet 2013 deze overfinanciering als het gevolg van te hoge NZa tarieven niet meer aanwezig is. Over het algemeen is deze overdekking volgens het Rapport Voorlopige Vaststelling transitiebedragen medisch specialistische zorg (april 2014) 10%. Bij bezwaarde is de overdekking [vertrouwelijk] %. Het effect van 70% in het transitiebedrag 2013 betekent dat per saldo gemiddeld 70% van [vertrouwelijk] % van de overloop-DBC's 2011-2012 ten onrechte bij de omzet 2013 wordt geteld. Bij de GGZ is er wel gecorrigeerd. Dit beleid is volgens bezwaarde niet consistent. Bezwaarde voert aan dat het totaal effect € [vertrouwelijk] is. Hiertoe brengt bezwaarde de volgende berekening naar voren:

Overfinanciering 2011 :
 Overloop DBC's 2011:
 Aandeel overfinanciering: [vertrouwelijk]
 Effect 2012
 Effect 2013
 Te veel opgenomen totaal:

Waar de transitie nadelige gevolgen van de stelselwijziging beoogt te dempen, bewerkstelligt deze nu het tegenovergestelde voor bewaarde. Bezwaarde krijgt onvoorzien en ten onrechte een onevenredig groot nadeel te verwerken.

A5 Europees recht

Op de hoorzitting is aan bezwaarde gevraagd deze bezwaargrond toe te lichten. Bezwaarde geeft aan dat deze grond alleen in het voorlopig bezwaar is gemeld en dat het argument niet wordt gehandhaafd. Deze bezwaargrond vervalt aldus en wordt in deze beslissing om die reden niet verder besproken.

A6 Proceskostenvergoeding

Bezwaarde verzoekt om een vergoeding van de kosten voor de rechtsbijstand in de bezwaarprocedure.

B. STANDPUNT VAN DE ZORGVERZEKERAARS

Het Centraal Team geeft namens de zorgverzekeraars aan dat de verzekeraars de aanvraag op het punt asbest niet ondersteunen omdat er geen beleidsregels zijn op grond waarvan deze kosten kunnen worden opgevoerd. Daarnaast zijn de kosten ad. € [vertrouwelijk] niet daadwerkelijk gemaakt in 2012 en betreft het een raming.

Ten aanzien van de post schoning kapitaallasten B-segment geeft het Centraal Team namens de zorgverzekeraars aan dat de verzekeraars de beoordeling hiervan aan de NZa overlaten.

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: transitiemodel).

C1 Tarief- en budgetregulering ziekenhuizen tot en met 2011C1a *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.

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 afschrijvings-percentages 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.

¹ Beleidsregel Aanvaardbare kosten, CI-1014.

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.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%.

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.

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 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).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.

⁴ Bijvoorbeeld voor traumazorg en post mortem orgaanuitname bij donoren.

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).

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). 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 transitiemodel 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 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.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:

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.

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.

- 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 marktverstrend 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).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.

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

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.

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

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

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 transitie­model vallen: die (delen van de) zorg in de zin van de Zorgverzekeringwet 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.

C4b *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 transitie­model. Dit is de "tabel zorgprestaties onder transitie­model". 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.

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:

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.

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.

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.

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

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 transitiemodel vallen) plus het verrekenbedrag.¹⁹

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.

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

²⁰ Artikel 35 lid 7 aanhef en onder a Wmg.

²¹ art. 76 lid 2 Wmg

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 2012

C6a *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).

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.

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.

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. 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

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

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

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

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.

Voor de kapitaallasten die uit het B-segment bekostigd moeten worden (aftrek kapitaallasten met betrekking tot DBC-B) geldt dat het niveau van deze aftrek kapitaallasten is bevroren op het niveau van de nacalculatie 2011.³¹

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

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

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

³¹ Artikel 45 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107).

D. **BEORDELING VAN HET BEZWAAR**

De NZa heeft op basis van twee eenzijdige formulieren aan het ziekenhuis twee beschikkingen afgegeven met negatieve verrekenbedragen. Voor 2012 is dat: € [vertrouwelijk] en voor 2013: € [vertrouwelijk]. In totaal moet het ziekenhuis € [vertrouwelijk] aan het Zorgverzekeringsfonds betalen. Dit is € [vertrouwelijk] meer dan de zorgaanbieder in haar formulier heeft opgegeven en € [vertrouwelijk] meer dan de zorgverzekeraars in hun formulier hebben opgegeven.

Het bezwaar richt zich – in het kort – tegen zowel het schaduwbudget als de omzet onder de prestatiebekostiging.

D1 Procedure en termijnen

Bezwaarde heeft aangevoerd dat de NZa het eenzijdig door de verzekeraars ingediende formulier niet mee had mogen nemen in haar besluitvorming, omdat deze buiten de beleidsregel gestelde termijn is ingediend.

De NZa oordeelt hierover als volgt.

D1a *Gefaseerde vaststelling van het transitiebedrag*

Conform het beleid zoals dit oorspronkelijk door de NZa was opgesteld zou het transitiebedrag in één vaststellingsronde worden bepaald. Door de partijen betrokken bij het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 is met het ministerie van VWS overeengekomen dat de vaststelling van het transitiebedrag in twee fasen in plaats van in één fase zal plaatsvinden, door middel van een voorlopige vaststelling gevolgd door een definitieve vaststelling. De NZa heeft op verzoek van het ministerie van VWS haar beleid anno 2013 aangepast.

Conform dit gewijzigde beleid van de NZa was de zorgaanbieder verplicht om vóór 1 september 2013 het formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 bij de NZa aan te leveren ten behoeve van de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag. Vóór 1 september 2014 diende het ziekenhuis het formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 bij de NZa aan te leveren ten behoeve van de definitieve vaststelling van het transitiebedrag.

D1b *Beleid ten aanzien van de opgaven*

Het uitgangspunt van het beleid van de NZa is dat het indienen in overeenstemming met de verzekeraars tweezijdig gebeurt. Wanneer de NZa een eenzijdige opgave van de zorgaanbieder ontvangt stelt zij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de gelegenheid om binnen vier weken alsnog overeenstemming te bereiken. De NZa vraagt de verzekeraars gelijktijdig om, wanneer geen overeenstemming wordt bereikt, een reactie te verstrekken op de eenzijdige indiening van de zorgaanbieder. Wanneer de NZa geen tweezijdige opgave in de gestelde termijn ontvangt dan gaat de NZa uit van de eenzijdige opgave van de zorgaanbieder.

Het beleid bepaalt verder dat in het geval de NZa twee eenzijdige opgaven ontvangt, de NZa per parameter de laagst ingediende aanvraag verwerkt. Op basis van de beleidsregel of bijzondere omstandigheden kan de NZa van deze regel afwijken.

D1c *Centraal Team*

In het Bestuurlijk Overleg, tussen de partijen betrokken bij het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord, is besloten als extra stap in de procedure een controle van alle aanvragen en bijbehorende formulieren te laten uitvoeren door een centraal controleteam van ZN. De brancheorganisaties van de ziekenhuizen hebben zich hiermee akkoord verklaard. De NZa is geen partij bij dit besluit geweest, maar heeft als deelnemer aan het Bestuurlijke Overleg geen bezwaren geuit tegen het inbouwen van deze stap in de procedure.

Het Centraal Team had de insteek voor 1 september de formulieren gezamenlijk bij de NZa in te dienen. In de praktijk is gebleken dat het instellen van het Centraal Team tot vertraging in de procedures heeft geleid. Het Centraal Team bleek niet in staat de formulieren voor de zorgverzekeraars binnen de gebruikelijke termijn bij de NZa in te dienen.

D1d *Besluit om later ingediende opgaven mee te nemen in de besluitvorming*

Deze omstandigheid (het instellen van een Centraal Team en de vertraging die dit heeft opgeleverd in het aanleveren van de formulieren) was voor de NZa niet voorzienbaar. De NZa heeft, na een afweging van de belangen van alle bij het besluit betrokken partijen en het Bestuurlijk Overleg in ogenschouw nemend, besloten om in afwijking van haar beleid ook na 1 september 2013 bij de NZa binnengekomen een- en tweezijdige aanvragen in behandeling te nemen. De NZa is mede tot dit besluit gekomen omdat de ingediende formulieren op een voorlopige vaststelling zagen van ambtshalve door de NZa genomen besluiten. Het zou onzorgvuldig zijn geweest om gegevens bij de voorlopige vaststelling buiten beschouwing te laten, terwijl deze bij de definitieve vaststelling wel mee worden gewogen.

D1e *Geen wijziging van de beleidsregel*

Zoals bezwaarde heeft aangevoerd had de NZa toen zij geconfronteerd werd met de late aanlevering van de formulieren door het Centraal Team haar beleidsregel ten aanzien van de reactietermijn voor de zorgverzekeraars aan kunnen passen. De NZa heeft dit om twee redenen niet gedaan.

Ten eerste was op het moment dat de NZa geconfronteerd werd met de te late indiening van de formulieren door de zorgverzekeraars de indienings- en reactietermijn reeds verstreken. Het met terugwerkende kracht wijzigen van de beleidsregel zou op dat moment niet meer rechtszekerheid voor de ziekenhuizen bieden. Ten tweede vindt de definitieve vaststelling van het transitiebedrag plaats op basis van de dezelfde bepalingen uit dezelfde beleidsregel. De NZa zal bij de definitieve vaststelling in beginsel niet afwijken van haar beleid. Het Centraal Team heeft inmiddels voorzorgsmaatregelen kunnen treffen om ten behoeve van de definitieve vaststelling wel de termijnen te halen. Er was daarom voor de NZa geen reden haar beleid op dit punt te wijzigen.

D1d *Opgaven in casu van bezwaarde*

De NZa heeft vastgesteld dat er op 26 augustus 2013 een eenzijdig formulier van de zorgaanbieder is ontvangen. Op 5 september 2013 heeft de NZa de verzekeraar aangeschreven. De NZa heeft vervolgens op 29 oktober 2013 een

eenzijdig ingediend formulier van de verzekeraar ontvangen, te weten buiten de gestelde reactietermijn van vier weken.

Echter, de veronderstelling van bezwaarde dat de afwijzing van de in het bezwaar genoemde materiele posten het gevolg is van de eenzijdige indiening van de verzekeraars is op een verkeerde aanname gebaseerd.

De directie Zorgmarkten Cure van de NZa heeft twee posten uit het formulier van de zorgaanbieder niet verwerkt omdat zij de verwerking hiervan in strijd acht met het beleid van de NZa op het gebied van kapitaallasten. Dit betreffen de posten asbest en schoning B-segment. Dit betekent dat ook in het geval de posten door zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar waren aangevraagd, er een afwijzende beschikking was gevolgd.

Bezwaarde heeft tegen de verwerking van deze twee posten bezwaar gemaakt. Of de directie Zorgmarkten Cure van de NZa zich terecht op het standpunt heeft gesteld dat de posten in strijd zijn met het beleid van de NZa, wordt hieronder behandeld.

D2 Kosten asbest

Bezwaarde voert aan dat de NZa ten onrechte een bedrag van € [vertrouwelijk] ter vergoeding van asbestkosten heeft afgewezen.

De NZa kan bezwaarde hierin gedeeltelijk volgen.

De NZa stelt vast dat de opgevoerde post asbest feitelijk uit twee delen bestaat. De vergoeding van de gemaakte kosten in 2012 van € [vertrouwelijk] en de vergoeding van de geraamde toekomstige kosten van € [vertrouwelijk].

D2a *Beleid*

Conform paragraaf 3.5 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg worden investeringen voor gebouwen tegen 2% afgeschreven.

D2b *Asbestkosten 2012*

De NZa merkt op dat met een versnelde afschrijving de voorgeschreven afschrijvingspercentages worden overschreden. Het klopt dat in 2010 de asbestkosten wel versneld mochten worden afgeschreven onder de beleidsregel Compensatie IVA (BR/CU-2002). De werkingssfeer van deze beleidsregel is echter beperkt tot 2010. De beleidsregel is op dit moment niet meer geldend. Alleen al hierom zal het verzoek van bezwaarde voor versnelde afschrijving van de kosten dienen te worden afgewezen.

Wel is het mogelijk om de asbestkosten regulier af te schrijven tegen 2%. De verzekeraars hebben in hun eenzijdige opgave miskend dat het beleid van de NZa hieraan in de weg zou staan.

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

D2c *Toekomstige asbestkosten*

De NZa merkt verder op dat bezwaarde ervan uit lijkt te gaan dat met het transitie­model de functiegerichte budgettering feitelijk nog twee jaren wordt voortgezet. Dit is niet het geval. In 2012 en 2013 is niet langer sprake van een budgetvergoeding, maar van prestatiebekostiging waarvan de effecten gedurende twee jaar worden verzacht zodat een geleidelijke overgang wordt bewerkstelligd. Het schaduwbudget is onder het transitie­model puur bedoeld om het verschil tussen de vergoeding onder de oude budgetsystematiek 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 uit andere 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% van de geschatte toekomstige kosten. 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. De vergoeding zou hoger uitvallen dan de daadwerkelijk verwachte kosten.

Het bezwaar wordt op dit punt dan ook ongegrond verklaard.

D3 Schoning kapitaallasten B-segment

Bezwaarde voert aan dat de NZa ten onrechte een correctie op de schoning kapitaallasten van € [vertrouwelijk] niet heeft gehonoreerd.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

D3a *Beleidsregel Definitieve opschoning budget in verband met uitbreiding B-segment 2009*

In 2009 zijn de aanvaardbare kosten van de ziekenhuizen, in verband met de verdere uitbreiding van het B-segment, structureel verlaagd. De omvang van deze verlaging is onder andere op de component 'schoning kapitaallasten' vrij onderhandelbaar gesteld in het lokaal overleg met de Beleidsregel Definitieve opschoning budget in verband met uitbreiding B-segment 2009 (CI-1089). De schoning was uitgesplitst in drie componenten:

1. restcorrectie FB (loon en materiële kosten)
2. restcorrectie loonkosten medisch specialisten in loondienst
3. schoning kapitaallasten

De schoning is in 2009 eenmalig door de NZa vastgesteld. Dit betekent dat het in beginsel niet mogelijk is op een later moment op de afgesproken schoning B-segment terug te komen. Deze lijn is in het verleden door de NZa niet altijd consequent toegepast.

D3b *Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur MSZ*

De Beleidsregel Definitieve opschoning budget in verband met uitbreiding B-segment 2009 (CI-1089) is met de beleidsregel Transitie

Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg ingetrokken.³² Verdere correcties op de in het lokaal overleg overeengekomen afspraak worden in het schaduwbudget daarmee uitgesloten. De ingetrokken beleidsregel blijft alleen van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en betrekking hebben op de periode waarvoor de beleidsregel gold.³³ Dit is niet de periode 2012.

In de beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg is daarnaast voor het component schoning kapitaallasten expliciet benadrukt dat de aftrek onderdeel is van het schaduwbudget 2012 en dat dit niveau wordt bevroren op het niveau van de nacalculatie 2011.³⁴

D3c *Beoordeling van de opgevoerde mutatie*

De door bezwaarde opgevoerde mutatie is niet in overeenstemming met het beleid van de NZa. De schoning kapitaallasten is immers bevroren op het niveau van de nacalculatie 2011. De door bezwaarde opgevoerde mutatie kan door de NZa niet worden gehonoreerd.

Afwijken van de beleidsregel kan in beginsel alleen als er sprake is van een bijzondere omstandigheid ex artikel 4:84 Algemene wet bestuursrecht. 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.

Door bezwaarde is aangevoerd dat in het verleden deze post ook bij andere ziekenhuizen is gecorrigeerd.

Dat in het verleden mutaties zijn gehonoreerd is een omstandigheid die expliciet is meegewogen in de totstandkoming van de beleidsregel. Juist omdat in het verleden mutaties sporadisch zijn gehonoreerd is de beleidsregel op dit punt aangescherpt. De door bezwaarde opgevoerde omstandigheid kan dan ook niet als bijzondere omstandigheid worden aangemerkt.

De NZa kan de door bezwaarde opgevoerde mutatie om bovengenoemde redenen daarom niet verwerken.

D3d *Conclusie*

De NZa verklaart het bezwaar op dit punt ongegrond.

D4 Overloop DBC's 2011-2012

Bezwaarde voert aan dat overfinanciering van de overloop-DBC's 2011-2012 ertoe leidt dat er voor het ziekenhuis in 2013 een financieel knelpunt is ontstaan, omdat de overdekking van de DBC's 2011-2012 in de DOT-tarieven

³² Paragraaf 4.2 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107).

³³ Paragraaf 4.2 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107).

³⁴ Artikel 45 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107).

verdwenen is. Bezwaarde verzoekt de NZa het verrekenbedrag 2013 aan te passen door de overfinanciering van de overloop-DBC's 2011-2012 uit de omzet van de prestatiebekostiging te halen.

D4a *Overloop-DBC's 2011-2012*

De overgang naar DOT per 2012 betekent niet dat er in 2012 geen DBC's meer worden gedeclareerd. Er zijn DBC's die in 2011 zijn geopend en in 2012 worden gesloten en gefactureerd (overloop-DBC's 2011-2012). Voor deze DBC's is het tarief op de openingsdatum van de DBC van toepassing. Dit is een door de NZa vastgesteld tarief. In de beleidsregel staat opgenomen dat de overloop-DBC's 2011-2012 die betrekking hebben op het A-segment worden meegenomen ter bepaling van het transitiebedrag. De opbrengsten uit deze DBC's vallen conform boekhoudkundige regels onder de omzet 2012. De NZa stelt vast dat bezwaarde niet betwist dat de overloop-DBC's 2011-2012 moeten worden meegenomen bij de berekening van het transitiebedrag.

D4b *Overfinanciering*

Bezwaarde voert aan overfinanciering te ervaren in de overloop-DBC's 2011-2012 omdat de (vaste) tarieven voor het A-segment 2011 te hoog door de NZa zijn vastgesteld. Bezwaarde legt de vraag voor of het meenemen van deze overfinanciering bij het vaststellen van de omzet uit de prestatiebekostiging voor het verrekenbedrag 2013 redelijk is.

Hiertoe overweegt de NZa het volgende.

D4c *Aanwijzing*

De NZa dient, binnen de grenzen van de rechtmatigheid, uitvoering te geven aan de aanwijzingen van de minister door het vaststellen van beleidsregels en tariefbeschikkingen.³⁵ De aanwijzing van de minister draagt de NZa op één transitiebedrag vast te stellen en als uitgangspunt te gebruiken voor de berekening van zowel het verrekenbedrag 2012 als het verrekenbedrag 2013.³⁶ Dit transitiebedrag dient gebaseerd te zijn op een vergelijking van de omzet die behaald zou zijn onder de oude budgetteringssystematiek (het schaduwbudget) en de omzet onder de prestatiebekostiging. Hierbij dient de NZa aan te sluiten bij de omzet uit een boekjaar, te weten het jaar 2012. De NZa heeft de aanwijzing getoetst op rechtmatigheid en deze akkoord bevonden. Hieronder wordt dit toegelicht.

D4d *Onderzoek door de NZa*

De door bezwaarde aangedragen bezwaargrond is ook door de brancheorganisaties meerdere keren bij de NZa aangekaart.³⁷ De NZa heeft haar beleid op dit punt daarom na de bekendmaking van haar beleid nader onderzocht. Hierbij heeft de NZa vastgesteld dat het inherent is aan het overgangsregime dat bepaalde keuzes (in de aanwijzing van de minister, in het beleid van de NZa, maar ook in de contractering van de ziekenhuizen zelf) voor

³⁵ Zie CBb 13 juli 2011, AWB 10/960 e.a., r.o. 6.1.4.

³⁶ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 juli 2011, MC-U-3072825. Staatscourant 29 juli 2011, nr. 13950.

³⁷ Zie bijvoorbeeld: Brief ZN aan NZa van 24 mei 2012 met kenmerk B-12-1576-mred1.

sommige ziekenhuizen anders uitvallen dan voor andere ziekenhuizen. Dit is op zichzelf geen reden voor de NZa om haar beleid aan te passen.

Hieronder worden de verschillende onderzoeken en de momenten waarop de NZa bij de aangedragen problematiek heeft stilgestaan nader toegelicht.

Tijdens de consultatieronde in het voorjaar van 2011 ten behoeve van het verantwoordingsdocument is voor het eerst door veldpartijen opgemerkt dat naar aanleiding van overloop-DBC's het transitiebedrag voor 2013 voor instellingen mogelijk te hoog of te laag wordt vastgesteld.³⁸ De NFU heeft het voorstel gedaan de overloop-DBC's 2011-2012 geheel buiten het transitiemodel te laten óf om in 2013 een nieuw transitiebedrag vast te stellen op basis van de omzet 2013. De NZa heeft destijds erkend dat het transitiebedrag dat deels gebaseerd is op declaratieopbrengst uit overloop-DBC's 2011-2012 niet zuiver de transitie van de Functiegerichte Budgettering naar de Prestatiebekostiging op basis van DOT opvangt, maar dat de aangedragen opties weer andere nadelen met zich meebrengen waaronder doorlooptijd en beperkte aansluiting met het schaduwbudget. Daarnaast is het aangedragen voorstel in strijd met de aanwijzing. De NZa heeft er daarom voor gekozen haar beleid op dit punt niet te wijzigen.

Bij de evaluatie van het transitiemodel op 25 juli 2012 heeft de NZa de problemen van de overloop-DBC's, zoals aangekaart door ZN³⁹, NVZ⁴⁰ en de NFU⁴¹, nogmaals nader bekeken.⁴² De NZa heeft de mogelijkheden om de overloop-DBC 2011-2012 buiten het transitiemodel te houden onderzocht door drie mogelijke oplossingen door te lichten. Deze oplossingen waren:

- a. het transitiebedrag te herrekenen op basis van het schaduwbudget 2013 (i.p.v. 2012) en DOT 2013;
- b. Het transitiebedrag opnieuw te berekenen op basis van het schaduwbudget 2012 en DOT 2013;
- c. De DOT-omzet 2012 te corrigeren.

De NZa heeft geconcludeerd dat het niet wenselijk is om het transitiemodel in een dergelijk laat stadium op één van deze manieren aan te passen. De scenario's leiden tot onzekerheid omdat het transitiebedrag later wordt vastgesteld, ze compliceren de DOT-onderhandelingen en creëren bewerkelijkheid in de uitvoering (er ontstaat ruimte voor manipulatie van het systeem). Verder zijn de effecten op de macro-uitgaven niet in te schatten.

Op 4 april en 2 mei 2013 heeft ten slotte een zogenaamd bureauoverleg ter voorbereiding op een bestuurlijk overleg plaatsgevonden tussen de partijen betrokken bij het Hoofdlijnenakkoord (VWS, NVZ, NFU, ZN en ZKN) en de NZa. Dit bureauoverleg heeft geen besluitvormend karakter, maar bereidt de agenda van het bestuurlijk overleg voor. In het overleg is door de brancheorganisatie NVZ het voorstel ingebracht om alleen in specifieke gevallen (waarbij het model tot onredelijke uitkomsten en financiële problemen zou kunnen leiden) aan de opbrengstenkant de DBC-opbrengsten (overloop 2011-2012) te vervangen door de overloop-DOT's geopend in 2012 en gesloten in 2013. Het voorstel wordt door de NFU niet ondersteund en ZN geeft aan voorkeur te

³⁸ Verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistisch zorg; uitwerking van implementatie per 2012, juli 2011 (www.nza.nl).

³⁹ Brief ZN aan NZa van 24 mei 2012 met kenmerk B-12-1576-mred1.

⁴⁰ Brief NVZ aan NZa van 25 mei 2012 met het kenmerk 10005402/lvdv.js.

⁴¹ Brief NFU aan NZa van 8 mei 2012 met het kenmerk 12.4698/BM/OdT en 25 mei 2012 met het kenmerk 12.4644/BM/OdT.

⁴² Brief van de NZa aan VWS van 25 juli 2012 met het kenmerk 9603.

geven aan een centrale oplossing in plaats van lokale oplossingen. De NZa heeft daarop besloten haar beleid niet aan te passen. Daarbij hebben bij de NZa (en VWS) de volgende punten zwaar gewogen:

- Een harde, heldere grens voor de hardheidsclausule valt niet te maken;
- Het transitieproces heeft voor- en nadelen in zich. Het is niet wenselijk op één punt een aanpassing te doen;
- Omdat een beleidswijziging, die met terugwerkende kracht zou worden ingevoerd, niet mag leiden tot nadeel voor instellingen heeft het accepteren hiervan effect op het Budgettair Kader Zorg.
- De sector is gebaat bij een afname van complexiteit van regulering rondom de bekostiging. Een afname aan complexiteit vermindert daarnaast het risico op mogelijk strategisch gedrag van individuele partijen.

D4e *Conclusie*

De NZa stelt vast dat ondanks de lopende discussie, VWS op dit punt de aanwijzing aan de NZa niet heeft herroepen. De NZa concludeert dat haar beleid zorgvuldig tot stand is gekomen en dat de NZa daarbij de aanwijzing van de minister heeft opgevolgd. In de door bezwaarde aangedragen gronden ziet de NZa geen reden om van dit standpunt af te wijken.

Ten aanzien van de aangedragen bezwaargronden merkt de NZa op dat om precies vast te stellen of de overloop DBC's 2011-2012 onder- of overfinanciering bevatten, de FB-parameters van de overloop, en de aan de overloop toe te rekenen overige budgetcomponenten (capaciteit, beschikbaarheid en kapitaalasten) in de berekening moeten worden betrokken. Ook zou in een dergelijke berekening rekening moeten worden gehouden met het verschil tussen het verrekenpercentage in 2012 (95%) en het verrekenpercentage in 2013 (70%). Onder de functiegerichte budgettering werd de overfinanciering volledig verrekend met de zorgverzekeraars via de opbrengstverrekening. Omdat het verrekenpercentage in 2012 95% bedraagt, betekent dit een voordeel van 5% van de gehele overfinanciering voor de instelling in 2012. Dergelijke berekeningen zijn niet zonder aannames te maken en komen de uitvoerbaarheid van het transitieproces niet ten goede.

D4f *Bijzondere omstandigheden*

Een uitzondering op het hiervoor weergegeven beleid is niet mogelijk behoudens de situatie dat de bijzondere omstandigheden toets ex artikel 4:84 Awb daartoe noodzaakt. 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.

Bij de beoordeling, of afwijking van het beleid noodzaakt is, stelt de NZa voorop dat het transitieproces een integraal model is dat op onderdelen voor- en nadelen kan hebben. Inherent aan het beleid is derhalve dat mogelijk voor bezwaarde een nadeel ontstaat ten gevolge van overfinanciering in de overloop DBC's 2011-2012. Dit op zichzelf leidt niet tot een voor bezwaarde bijzondere omstandigheid.

Door bezwaarde wordt aangevoerd dat de overfinanciering een negatief effect heeft op de omzet onder de prestatiebekostiging van € [vertrouwelijk].

Bezwaarde heeft aangevoerd een overfinancieringspercentage van [vertrouwelijk] % te hebben. De NZa heeft de omzet onder de prestatiebekostiging voor bezwaarde vastgesteld op € [vertrouwelijk].

De NZa constateert dat de berekening van de overfinanciering die het ziekenhuis in bezwaar heeft overgelegd in zekere mate is gebaseerd op aannames. De berekening van de overfinanciering 2011 projecteren op de overloop DBC's 2011-2012 gaat uit van de aanname dat in die betreffende DBC's een vergelijkbare overfinanciering aanwezig is. In april 2014 heeft de NZa gerapporteerd over de voorlopige vaststelling transitiebedragen medisch specialistische zorg. In dit rapport blijkt dat er geen stabiel patroon is in overfinanciering. In 2011 varieerde de onder- en overdekking bij algemene en academische ziekenhuizen tussen -25% en +57%. In 2012 is dit tussen de -18% en +18%. Hieruit blijkt dat de overfinanciering geen stabiel en vast gegeven is. Aan de berekening van bezwaarde kan de NZa daarom niet afleiden dat bezwaarde zich in een bijzondere positie bevindt.

Afwijking van de beleidsregels komt volgens vaste rechtspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven in het bijzonder aan de orde wanneer toepassing van het gewone beleid tot gevolg zou hebben dat een instelling niet meer in staat is 'verantwoorde zorg' te verlenen.⁴³ De NZa heeft geen aanwijzingen dat de kwaliteit van de door bezwaarde geboden zorg onvoldoende is. Bezwaarde heeft zulks ook niet gesteld en aangetoond. Van een onevenredig nadeel in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen is de NZa niet gebleken.

D5 Proceskostenvergoeding

Met betrekking tot vergoeding van de in bezwaar gemaakte kosten is van belang dat ingevolge artikel 7:15, tweede lid, van de Awb daarop recht bestaat indien het besluit wordt herroepen wegens een aan het bestuursorgaan te wijten onrechtmatigheid. Van herroeping van een primair besluit is hier (gedeeltelijk) sprake. Een en ander betekent dat in dit geval aan de toepassingsvoorwaarden van artikel 7:15, tweede lid, van de Awb is voldaan. De NZa merkt bij de vaststelling van de hoogte van de toe te kennen kosten in bezwaar de zaak als van gemiddeld gewicht aan. Derhalve wordt een forfaitaire vergoeding toegekend op grond van bijlage 5 van de Awb: het Besluit proceskosten bestuursrecht à € 944. Dit bedrag is als volgt opgebouwd: 2 punten (indienen van het bezwaarschrift en verschijnen hoorzitting) x € 472 (waarde per punt) x 1 (wegingsfactor).

C. **CONCLUSIE**

E1 Dictum

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar gedeeltelijk gegrond.

E2 Nieuwe voorlopige verrekenbedragen en betalingstermijn

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

⁴³ Zie hierover onder meer: CBb 16 november 1993, RZA 1994, 29; CBb 20 april 2007, GJ 2007, 91 en Vzr. CBb 29 april 2011, LJN BQ3720.

beslissing op bezwaar. De beschikkingen en rekenstaat worden ook op het webportaal gepubliceerd.

De NZa is bij de uitvoering van haar beleid inzake de overgang naar de prestatiebekostiging ervan uitgegaan dat tussen de voorlopige vaststelling van de verrekenbedragen en de definitieve vaststelling van de verrekenbedragen enkele maanden zit.

Inmiddels is de NZa gestart met het proces voor de vaststelling van het definitieve transitiebedrag. Dit is voor de NZa aanleiding de betalingstermijn voor de voorlopige verrekenbedragen conform artikel 4:94 van de Algemene wet bestuursrecht te verlengen tot het definitieve transitiebedrag is (en daarmee de definitieve verrekenbedragen zijn) vastgesteld.

Uiteraard staat het u vrij om toch de voorlopige negatieve verrekenbedragen aan het Zorginstituut Nederland te betalen. De NZa zal deze betaling alleen niet afdwingen.

E3 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 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