

BESLISSING OP BEZWAAR**111369-176997**

Bij brief van 22 december 2014, die is ingekomen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 23 december 2014, is door het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis/het NKI te Amsterdam (bezwaarde) bezwaar gemaakt tegen de beschikkingen van 24 november 2014 met de kenmerken 0101322-PT-2012-Z4T-DT01 en 0101322-PT-2013-Z4T-DT01. In deze besluiten heeft de NZa het definitieve verrekenbedrag 2012 en het definitieve verrekenbedrag 2013 vastgesteld. Dit bezwaar is bij de NZa geregistreerd onder het zaaknummer 111369. Bij brief van 18 december 2014, die is ingekomen bij de NZa op 19 december 2014, is door de gezamenlijke zorgverzekeraars eveneens bezwaar gemaakt tegen deze beschikkingen. Dit bezwaar is bij de NZa geregistreerd onder het zaaknummer 112210.

De NZa heeft de bezwaren gevoegd behandeld en en partijen op 12 mei 2015 in elkaars aanwezigheid gehoord. Op de hoorzitting heeft de NZa bezwaarden verzocht te overwegen of zij in nader overleg overeenstemming kunnen bereiken over de hoogte van het schaduwbudget. Bij e-mail van 4 juni 2015 hebben de zorgverzekeraars aangegeven niet bereid te zijn om in nader overleg met bezwaarde te treden.

Het bezwaarschrift van de gezamenlijke zorgverzekeraars is door de Raad van Bestuur van de NZa in haar vergadering van 9 juni 2015 niet-ontvankelijk verklaard. Dit besluit is partijen op 11 juni 2015 toegezonden. In de onderhavige beslissing op bezwaar wordt een besluit genomen op het bezwaar van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis met het zaaknummer 111369.

Op grond van het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa is de directeur Strategie & Juridische Zaken van de NZa bevoegd om namens de NZa te beslissen op het bezwaarschrift. De NZa heeft de hierboven vermelde besluiten in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan het bezwaar. Het bezwaar wordt dan ook ongegrond verklaard. Hieronder volgt de motivering daarvan.

A. DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan dat de NZa bij 2 posten ten onrechte het eenzijdige formulier van de verzekeraars als uitgangspunt heeft genomen.

- Parameters hoofd-halsoncologie
- Lokale productiegebonden toeslag (LPT)

A1 Hoofd-halsoncologie

Bezwaarde voert aan dat de hoofd-halsoncologie zoals door haar is opgevoerd op regel 508 van het formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 door de NZa ten onrechte niet is verwerkt. Op deze regel heeft bezwaarde de hoofd-halsoncologie van [vertrouwelijk] naar [vertrouwelijk] verhoogd. Dit zou een verhoging van het schaduwbudget van € [vertrouwelijk] tot gevolg hebben.

Het verbaast bezwaarde, gezien de beslissing op bezwaar van 18 november 2014 over de voorlopige verrekenbedragen, dat de NZa het eenzijdig ingediende formulier van de zorgverzekeraars op dit punt heeft gevolgd. Beide besluiten zijn in strijd met elkaar. Bezwaarde verwijst voor de verdere gronden naar haar bezwaarschrift over de voorlopige verrekenbedragen.

In haar bezwaarschrift gericht tegen de voorlopige verrekenbedragen heeft bezwaarde over de hoofd-halsoncologie aangevoerd deze conform het NZa-beleid (hoofdstuk 3 van beleidsregel BR/CU-2080) op de regel 508 van het formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 te hebben verwerkt. Bezwaarde onderbouwt dat zij voor hoofd-halsoncologie in het verleden ten onrechte geen productie heeft opgenomen. Pas bij de nacalculatie 2011 is dit voor het eerst hersteld. De NZa heeft op 31 juli 2013 in haar beslissing op bezwaar (kenmerk 19341-39678 19936-39676) de parameter hoofd-halsoncologie erkend in het budget. Bezwaarde verzoekt de NZa de parameters aan het budget toe te voegen. Bezwaarde benadrukt dat de zorg daadwerkelijk is geleverd en door de zorgverzekeraars nooit is betwist. Het betreft geen bovenmatige productie maar gespecialiseerde zorg voor een beperkte groep patiënten. De zorgverzekeraars hebben daarnaast de DBC's en DOT's voor hoofd-halsoncologie behandelingen 2012 altijd betaald.

Bezwaarde benadrukt dat uit jurisprudentie volgt dat de NZa bij de beslissing op het nacalculatieverzoek niet alleen de (civielrechtelijke) plicht tot zorgverlening van zorgaanbieders in ogenschouw moet nemen, maar dat deze moet worden gezien in samenhang met de regierol die in het kader van de Wmg aan de (representerende) zorgverzekeraars toekomt (vgl. College van Beroep voor het bedrijfsleven 28 juli 2006, UN: AY5235, onder r.o. 5.2).

A2 Lokale productiegebonden toeslag (LPT)

Bezwaarde voert aan dat de NZa ten onrechte de lagere LPT-opgave van de zorgverzekeraars van € [vertrouwelijk] heeft gevolgd. De LPT dient volgens bezwaarde € [vertrouwelijk] hoger te worden vastgesteld. Deze (hogere) LPT is een voortzetting van de afspraak die voor 2011 was gemaakt. De LPT-afpraak was [vertrouwelijk] + € [vertrouwelijk] voor MSVT over 2011.

A3 Proceskostenvergoeding

Bezwaarde vraagt de NZa ten slotte een vergoeding vast te stellen als bedoeld in 7:15 Awb voor de kosten die bezwaarde heeft gemaakt in het kader van het bezwaar.

B. STANDPUNT VAN DE ZORGVERZEKERAARS

De zorgverzekeraars brengen in relatie tot het bezwaarschrift van de zorgaanbieder (ter hoorzitting) naar voren dat de NZa het schaduwbudget hoger heeft vastgesteld dan door partijen is overeengekomen. De zorgverzekeraars merken op dat de NZa ten onrechte uitgaat van een gebrek aan overeenstemming tussen partijen. Uit het formulier Productieafspraken 2012 blijkt volgens de

zorgverzekeraars dat een duidelijke afspraak is gemaakt over het budget 2012.

De [vertrouwelijk] sluit ook aan bij deze afspraak. De zorgverzekeraars zien geen reden om op een later moment, bijvoorbeeld naar aanleiding van een beslissing op bezwaar van de NZa over de nacalculatie 2011, deze schaduwbudgetafspraken te wijzigen.

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 2011

C1a *Het A- en B-segment*

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

C1b *Omzet in het B-segment*

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

C1c *Omzet in het A-segment*

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

¹ Beleidsregel Aanvaardbare kosten, CI-1014.

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

C1d *Functiegerichte budgettering*

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

C1e *Productieafspraken en nacalculatie*

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

C1f *Opbrengstverrekening*

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

C2 Prestatiebekostiging en 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%. 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'.

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

³ Uitzonderingen zijn onder andere longrevalidatie en epilepsie.

⁴ Bijvoorbeeld voor traumazorg en post mortem orgaanuitname bij donoren.

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

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 omzetsijgingen en -dalingen blijven onder het overgangsmodel wel mogelijk.

C2d *Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord*

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

C3 Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg

C3a *Wet marktordening gezondheidszorg*

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

C3b *Aanwijzing overgang naar prestatiebekostiging*

Op 21 juli 2011⁷ ontvangt de NZa de aanwijzing van de Minister van VWS om van de bekostiging middels 'functiegerichte budgettering' zorgvuldig over te gaan naar de prestatiebekostiging. In de aanwijzing draagt de Minister de NZa onder meer op voor de jaren 2012 en 2013 ambtshalve per zorgaanbieder een vaste grens voor de som van tarieven in het (oude) A-segment vast te stellen. Het is de ziekenhuizen niet toegestaan deze vaste grens te overschrijden.

C3c *Voorgenomen beleidsregel*

Op basis van de aanwijzing publiceert de NZa op 30 augustus 2011 een voorgenomen Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2037). 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.

⁶ Artikel 57 Wet marktordening gezondheidszorg.

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).

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 wet­wijziging van de Wmg op 1 januari 2012 had plaatsgevonden. Met deze wijziging is de NZa bevoegd geworden een vaste grens vast te stellen voor de som van de tarieven voor de betrokken prestaties.⁹ Deze bevoegdheid is ingevoerd om de kosten van de gezondheidszorg beter beheersbaar te maken.¹⁰ De NZa is daarnaast per 1 januari 2012 bevoegd een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen.¹¹

Deze bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg:

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

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

C3e *Aanwijzing beschikbaarheidsbijdragen*

Op 21 december 2011¹³ en 12 december 2012¹⁴ ontvangt de NZa een aanwijzing van de Minister voor het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage aan instellingen die onder het transitie­model 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.

⁹ Artikel 50 lid 2 Wet marktordening gezondheidszorg.

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

¹¹ Wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging Wet marktordening gezondheidszorg.

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

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

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

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 de 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).¹⁶ Deze beleidsregel is op 1 juni 2014 vervangen door de versie BR/CU-2132: hierna de beleidsregel.¹⁷

C4 Transitiemodel: De zorg die onder het model valt

C4a *Aanwijzing*

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

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

Ter uitvoering van de aanwijzing diende de NZa een tabel op te stellen waaruit blijkt welk zorgproduct in welk segment is ingedeeld. Dit omdat in 2012 het B-segment is uitgebreid naar 70% en de DOT's zijn ingevoerd. Voor elk zorgproduct (DOT) moest worden aangegeven of dit zorgproduct wel of niet onder het transitie-model valt. Omdat er geen één-op-één conversie van DBC's naar DOT mogelijk is, heeft de NZa gekozen om geen conversietabel te hanteren, maar een tabel waarmee elke DOT gelabeld is: binnen of buiten transitie-model. Dit is de "tabel zorgprestaties onder transitie-model". Deze oplossing is op 12 juli 2011 in een technisch overleg aan de brancheorganisaties voorgelegd. De tabel is onderdeel van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2035).¹⁸ 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.

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

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

¹⁷ Zie ook circulaire van 13 augustus 2014 (CI/14/42c).

¹⁸ 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.

Van deze zorgproducten heeft de NZa de volgende, onder respectievelijk buiten het transitie-model geschaard:

Overloop-DBC's 2011-2012:

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

DOT's 2012:

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

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

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

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

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

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

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

Per instelling kan de omvang van het gedefinieerde 'oude' B-segment bij toepassing van de lijst afwijken ten opzichte van het eigen B-segment van 2011. Een voorbeeld: DOT X kan zorg omschrijven die overeenkomt met twee DBC's die onder het A-segment vielen en 2 DBC's die onder het B-segment vielen.

Dat betekent ook dat DOT X, afhankelijk van de productmix van het ziekenhuis, voor het ene ziekenhuis grotendeels een herkomst kan hebben in het oude A-segment, en voor het andere ziekenhuis in het oude B-segment. In een circulaire van 1 september 2011¹⁹ heeft de NZa er daarom op gewezen dat, binnen de kaders van de beleidsregel, op lokaal niveau desgewenst een budgetaanpassing in het schaduwbudget kan worden afgesproken. Dit kan conform beleid door middel van een schoning of ophoging van de parameters, waarbij de grens ligt bij de gerealiseerde productie. Er mogen in het schaduwbudget geen hogere aantallen dan de gerealiseerde productie worden opgevoerd.

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

C5a *Transitiebedrag*

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

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

Transitiebedrag = schaduwbudget – omzet uit prestatiebekostiging.

C5b *Verrekenbedrag*

Per transitiejaar wordt het transitiebedrag grotendeels verrekend. De uitkomst van de verrekening wordt het verrekenbedrag genoemd. 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%. Ook de verrekenbedragen kunnen zowel positief als negatief uitvallen.

Verrekenbedrag = transitiebedrag * verrekenfactor (0.70 of 0.95).

C5c *Vaste grens*

Per instelling stelt de NZa een vaste grens in de zin van artikel 50, tweede lid, onder a Wmg vast. De vaste grens is gelijk aan de omzet uit de prestatiebekostiging (van de zorgproducten die onder het transitieproces vallen) plus het verrekenbedrag.²⁰

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.²¹

¹⁹ Circulaire van 1 september 2011 (CI/11/28c).

²⁰ Beschikking Transitiebedrag 14 december 2011 TB/CU 2004-01 en Beschikking Transitiebedrag 27 november 2012 TB/CU 2008-01.

²¹ Artikel 35 lid 7 aanhef en onder a Wet marktordening gezondheidszorg.

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.²²

C5e *Positief verrekenbedrag*

Als de verrekenbedragen positief zijn, betekent dit dat de instelling een lagere omzet uit de prestatiebekostiging heeft behaald dan dat zij onder de functiegerichte budgettering zou hebben verkregen.

Deze instellingen worden door de NZa aangewezen als belast met een dienst van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 106, tweede lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese unie en/of belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.²³ 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.²⁴ Instellingen dienden uiterlijk 1 september 2013 een formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 bij de NZa aan te leveren ten behoeve van de vaststelling van de *voorlopige* verrekenbedragen. Met het formulier moeten de instellingen opgave doen van de omzet uit de prestatiebekostiging en het schaduwbudget.

Op 1 juni 2014 dienden de instellingen een formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 bij de NZa aan te leveren ten behoeve van de vaststelling van de *definitieve* verrekenbedragen.²⁵ Op verzoek van NVZ, NFU en ZN heeft de NZa deze indieningstermijn verschoven naar 1 september 2014.²⁶ De nieuwe indieningstermijn is door de NZa neergelegd in een gewijzigde beleidsregel (BR/CU-2132) en gewijzigde nadere regel (NR/CU-258).

Als in deze beslissing wordt gesproken over het formulier Vaststelling Transitiebedrag wordt daarmee het formulier bedoeld ten behoeve van de definitieve vaststelling.

²² Artikel 76 lid 2 Wet marktordening gezondheidszorg.

²³ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 december 2011, MC-3098541. Staatscourant 24 januari 2012, nr. 128.

²⁴ Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233), per 1 september 2013 vervangen door NR/CU-236 en per 1 juni 2014 vervangen door NR/CU-258.

²⁵ Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-236).

²⁶ Circulaire van 28 mei 2014 (CI-14-18c).

C6b *Tweezijdig ondertekend formulier*

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

C6c *Eén eenzijdig ondertekend formulier*

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

C6d *Twee eenzijdig ondertekende formulieren*

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

C6e *Centraal Team Zorgverzekeraars*

De NZa is in het Bestuurlijk Overleg van 13 juni 2013 tussen de partijen die betrokken zijn bij het Hoofdlijnenakkoord op de hoogte gebracht dat ZN met de NFU en NVZ heeft afgesproken dat de zorgverzekeraars de formulieren gezamenlijk afhandelen.²⁷ 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-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;

²⁷ Memo ZN aan Bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakkoord van 7 juni 2013 met het kenmerk N-13-7075mred1.

- (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.²⁸ Dit leidt ertoe dat de NFU en NVZ in overleg met ZN, OMS, ZKN, NZa en (de vertegenwoordigers van) de accountants het document 'Handreiking omzetverantwoording 2012' opstellen. Uit dit document volgen richtlijnen hoe de instellingen in hun jaarrekening met verschillende omzetelementen moeten omgaan. De NZa heeft bij het tot stand komen van de handreiking erop toegezien dat de inhoud van de handreiking in overeenstemming is met de NZa-regelgeving. De NZa heeft in haar circulaire van 11 februari 2013 bevestigd dat de handreiking een juiste aanvulling en toelichting op de NZa beleidsregels en nadere regels betreft.²⁹

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.³⁰ 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.

²⁸ Brief van VWS van 8 februari 2013 met het kenmerk CZ-3154516.

²⁹ Circulaire van 11 februari 2013 (CI/13/9c).

³⁰ Artikel 47.2 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2132).

Overigens kunnen ook componenten die niet in de Beleidsregel voorkomen, maar wel structureel in het budget opgenomen zijn, in het schaduwbudget worden meegenomen.³¹

C8a *Budgetparameters*

Het schaduwbudget wordt begrensd door de daadwerkelijke realisatie. Het is instellingen niet toegestaan hogere parameters in het formulier op te voeren dan zijn gerealiseerd. Het is met andere woorden niet mogelijk een budgetvergoeding te vragen voor niet geleverde productie. Wel is het mogelijk een lagere budgetvergoeding te vragen dan daadwerkelijk is geproduceerd.

Als de NZa van de zorgaanbieder en van de zorgverzekeraar twee van elkaar afwijkende opgaven ontvangt, verwerkt de NZa als hoofdregel per parameter de laagst ingediende opgave. De NZa kan op basis van de beleidsregel of bijzondere omstandigheden van deze hoofdregel afwijken.³²

C8b *Productieafspraken versus realisatie*

De toets of er niet meer productie wordt opgevoerd dan gerealiseerd vindt plaats op de individuele parameters. In het wordt op de regel 'overeengekomen nog te verwerken nacalculatieproductie 2011' de zorgverzekeraar en zorgaanbieder vervolgens de ruimte geboden voor het verwerken van een civielrechtelijke afspraak over een generieke aftrek op het productiebudget. Dit in het geval zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn overeengekomen dat minder dan de gerealiseerde productie wordt vergoed. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer partijen een lumpsumafpraak of plafondatafpraak hebben gemaakt over de te leveren productie 2012 en de realisatie hier bovenuit komt.

Er bestaat vanuit het beleid van de NZa geen verplichting tot het maken van dergelijke afspraken. De NZa verwerkt de post daarom alleen als de (civielrechtelijke) afspraak door beide partijen wordt erkend.

C8c *Lokale Productiegebonden Toeslag*

De beleidsregel bepaalt in paragraaf 61 dat de zorgverzekeraar en aanbieder een Lokale Productiegebonden Toeslag (LPT) overeen kunnen komen. Dit ter financiering van activiteiten en projecten waarvoor geen dekking wordt verkregen via de parameters van het schaduwbudget.³³

D. BEOORDELING VAN HET BEZWAAR

De NZa heeft op basis van twee eenzijdige formulieren aan het ziekenhuis twee beschikkingen afgegeven met positieve verrekenbedragen. Voor 2012: € [vertrouwelijk] en voor 2013: € [vertrouwelijk].

³¹ Artikel 13.3 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2132).

³² Artikel 14.3 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg, BR/CU-2132.

³³ Artikel 61 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg, BR/CU-2132.

Het bezwaar is gericht tegen het schaduwbudget.

D1 Parameters hoofd-halsoncologie

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan dat de NZa de hoofd-halsoncologie zoals opgenomen in haar formulier op regel 508 had moeten verwerken in haar schaduwbudget. Bezwaarde verwijst hiervoor naar de beslissingen op bezwaar van de NZa over de nacalculatie 2011 en over de voorlopige verrekenbedragen.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen. Hieronder wordt dit toegelicht.

D1a *Het beleid*

Voor zowel de nacalculaties (zoals deze onder de functiegerichte budgettering ingediend moesten worden) als voor het schaduwbudget is het beleid van de NZa dat in het geval de NZa van de zorgaanbieder en van de zorgverzekeraar twee van elkaar afwijkende opgaven ontvangt, de NZa als hoofdregel per parameter de laagst ingediende opgave verwerkt. Op basis van de beleidsregel of bijzondere omstandigheden kan de NZa van deze hoofdregel afwijken.

D1b *Besluit NZa over de nacalculatie 2011*

Bij de opgave voor de nacalculatie 2011 bestond er tussen bezwaarde en de zorgverzekeraars onduidelijkheid over de te vergoeden kosten voor de hoofd-halsoncologie. Bezwaarde had in het beleid van de NZa voor de parameters hoofd-halsoncologie een passage verkeerd geïnterpreteerd. In plaats van de mutatie van de patiëntenpopulatie ten opzichte van 2005 had bezwaarde de nieuwe patiënten ten opzichte van 2005 in kaart gebracht. Dit resulteerde in een lagere vergoeding voor de met de zorgverzekeraars afgesproken volume-eenheden dan op basis van de beleidsregel voorgeschreven was. De zorgaanbieder heeft dit hersteld door de juiste aantallen op te voeren. De zorgverzekeraars waren het niet eens met de toename aan budgetvergoeding die de juiste registratie voor bezwaarde betekende en hebben de NZa in bezwaar verzocht de volledige vergoeding voor de hoofd-halsoncologie op de regel verschil productieafpraak vs. realisatie te korten.

Door de NZa is dit verzoek afgewezen omdat tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieder geen blijk van geschil was over de opgevoerde volume-eenheden (de productieafpraak) maar over de vergoeding die hier tegenover stond. Voor de vergoeding geldt dat deze wordt berekend op basis van de volume-eenheden maal de parameterwaarden zoals opgenomen in de destijds geldende beleidsregel. Het is mogelijk voor de zorgverzekeraar om een korting op dit budget af te spreken en deze op te voeren onder productie vs. realisatie, maar dan dient deze korting wel overeen te zijn gekomen. Dit was in casu niet het geval. Het bezwaar van de zorgverzekeraars is daarom op 31 juli 2013 ongegrond verklaard.³⁴

³⁴ Beslissing op bezwaar van 31 juli 2013 met het kenmerk 19341-39678/19936-39676.

D1c *Besluit NZa over de voorlopige verrekenbedragen*

Zowel de zorgverzekeraars als de zorgaanbieder hebben in hun eenzijdig ingediende formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 (ten behoeve van de voorlopige vaststelling) op regel 508 bij de hoofd-halsoncologie [vertrouwelijk] volume-eenheden verantwoord. Dit resulteert in een budgettaire vergoeding van € [vertrouwelijk]. Voor de loonkosten € [vertrouwelijk] en voor de materiële kosten € [vertrouwelijk]. Door de zorgverzekeraars is in hun eenzijdig ingediende formulier vervolgens een korting opgenomen op de regel productieafspraken vs. realisatie van € [vertrouwelijk]. Deze korting zag op de hoofd-halsoncologie en de dure geneesmiddelen.

Door de NZa is deze parametervergoeding en de korting in het schaduwbudget opgenomen. Tegen dit besluit is door de zorgaanbieder bezwaar aangetekend. In haar besluit van 18 november 2014³⁵ heeft de NZa de zorgaanbieder in het gelijk gesteld en conform de nacalculatie 2011 en de circulaire van 28 mei 2014 (CI/14/18c) de korting in het schaduwbudget ongedaan gemaakt.

D1d *De definitieve verrekenbedragen*

Door de zorgaanbieder is in haar eenzijdige opgave voor de definitieve vaststelling van haar schaduwbudget 2012 de volume-opgave voor de parameter hoofd-halsoncologie van [vertrouwelijk] verhoogd naar [vertrouwelijk]. Bij de zorgverzekeraars is de volume-opgave op [vertrouwelijk] gebleven.

De hoofdregel van het beleid van de NZa is dat, indien twee eenzijdige opgaven worden ontvangen, per parameter de laagste opgave wordt verwerkt. In dit geval is dat de opgave van de zorgverzekeraars. De NZa heeft daarom in de bestreden besluiten ten aanzien van de definitieve verrekenbedragen de parameter hoofd-halsoncologie op het niveau [vertrouwelijk] laten staan.

De NZa wijkt slechts van deze hoofdregel af op basis van de beleidsregel of op basis van bijzondere omstandigheden. In dit geval is van geen van beide sprake. De zorgverzekeraars hebben onderbouwd aangegeven dat zij met de zorgaanbieder een schaduwbudgetafspraken hebben gemaakt van [vertrouwelijk] volume-eenheden hoofd-halsoncologie. Anders dan bij de nacalculatie 2011 verzoeken de zorgverzekeraars niet om de vergoeding van de opgevoerde parameters volledig ongedaan te maken wegens onduidelijkheid over de manier waarop de parameters verantwoord dienen te worden, maar stemmen zij niet in met een uitbreiding van de aantallen hoofd-halsoncologie ten opzichte van de budgetafspraken. De NZa velst geen oordeel over de interpretatie cq. uitleg van deze afspraak tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars. In een dergelijk geval geldt de hoofdregel zoals in het beleid van de NZa opgenomen, dat bij twee eenzijdige opgaven de laagste parameter wordt gevolgd.

D1e *Conclusie*

³⁵ Beslissing op bezwaar van 18 november 2014 met het kenmerk 77123-124743.

Het bezwaar is ten aanzien van deze post ongegrond.

D2 Lokale productiegebonden toeslag (LPT)

Bezwaarde voert aan met de zorgverzekeraars een hogere vergoeding te zijn overeengekomen voor de LPT dan door de zorgverzekeraars/het Centraal Team is opgevoerd. Bezwaarde vraagt de NZa daarom haar opgave in plaats van die van de zorgverzekeraars te volgen.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

D2a *Beleid: Afspraken met zorgverzekeraars*

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

Het beleid van de NZa heeft verder geen regels gesteld over wanneer de afspraken die zorgaanbieders en verzekeraars kunnen maken over het schaduwbudget moeten plaatsvinden. Het staat ziekenhuizen en zorgverzekeraars vrij om productieafspraken vooraf te maken en hier hun schaduwbudget uit af te leiden, dan wel achteraf een schaduwbudget overeen te komen. Het beleid van de NZa schrijft slechts voor dat van de afspraak ten aanzien van het schaduwbudget uiterlijk 1 september 2014 bij de NZa opgave wordt gedaan ten behoeve van de definitieve vaststelling van het transitiebedrag.

In de praktijk blijken instellingen veelal productieafspraken te hebben gemaakt waar zij hun schaduwbudgetafpraak uit afleiden. Deze productieafspraken zijn neergelegd in verschillende vormen. Er zijn ziekenhuizen die met hun afspraken met de zorgverzekeraars hebben aangesloten bij de oude budgetteringssystematiek, ziekenhuizen die budgetplafonds hebben afgesproken en ziekenhuizen die lumpsumafspraken hebben gemaakt. Deze, maar ook andere vormen van budgetafspraken, zijn in het beleid van de NZa niet uitgesloten.

D2b *Beleid: schaduwbudget*

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

Onder het beleid van de NZa bestaat een schaduwbudget uit een viertal kostensoorten: beschikbaarheidskosten, capaciteitsgebonden kosten, productiegebonden kosten en kapitaallasten.

Binnen de eerste drie kostensoorten bestaat ruimte voor de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder om instelling specifieke afspraken te maken. Deze afspraken kunnen onder andere worden neergelegd in de specialisteneenheden en de LPT.

Het beleid ten aanzien van de kapitaallasten bepaalt dat investeringen worden afgeschreven tegen de in de beleidsregel opgenomen afschrijvingspercentages.³⁶ Deze omschrijving is limitatief. Een hogere kapitaallastenvergoeding is in strijd met de beleidsregel.

D2c *Afspraak*

Uit de stukken die de NZa tot haar beschikking heeft, blijkt dat ten aanzien van de post LPT overeenstemming tussen zorgverzekeraars en bezwaarde bestaat over een bedrag van € [vertrouwelijk]. Bezwaarde meent dat dit bedrag op grond van de LPT-afspraken uit 2011 € [vertrouwelijk] hoger zou moeten zijn en aldus zou moeten uitkomen op een bedrag van € [vertrouwelijk]. Bezwaarde heeft echter geen stukken overgelegd waaruit blijkt dat ook over het meerdere (€[vertrouwelijk]) overeenstemming met de zorgverzekeraars is bereikt in het schaduwbudget 2012. Ook uit de informatie die de NZa van de zorgverzekeraars heeft ontvangen, is de NZa niet gebleken van een dergelijke overeenstemming. Bij afwezigheid van dergelijke (bewijs)stukken gaat de NZa overeenkomstig haar beleid³⁷ uit van het bedrag waarvan vaststaat dat daarover wél overeenstemming tussen partijen bestaat, in casu € [vertrouwelijk]. Het meerdere (€[vertrouwelijk]) wordt afgewezen.

D2d *Conclusie*

Het bezwaar is ten aanzien van deze post ongegrond.

D3 Proceskostenvergoeding

Bezwaarde heeft tenslotte een beroep gedaan op artikel 7:15 lid 2 Awb. Met betrekking tot dit verzoek tot vergoeding van de kosten van rechtsbijstand is de NZa van oordeel dat dit niet gehonoreerd kan worden. Om in aanmerking te komen voor een proceskostenvergoeding dient het primaire besluit te worden herroepen wegens een aan de NZa te wijten onrechtmatigheid. In de onderhavige situatie is hiervan geen sprake.

E. **CONCLUSIE**

E1 Dictum

³⁶ Paragraaf 3.5 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2132).

³⁷ Zie artikel 61 van de beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2132).

De NZa verklaart het bezwaar ongegrond.

E2 Mogelijkheid tot indienen van beroep

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

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

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