

BESLISSING OP BEZWAAR**123718-214111**
123719-214105

Bij brieven van 30 april 2015, die zijn ingekomen bij de NZa op 4 mei 2015, is door het Radboud UMC te Nijmegen (bezwaarde) bezwaar gemaakt tegen de beschikkingen van 5 maart 2015 met de kenmerken 0200700-NT-2012-Z4T-DT01 en 0200700-NT-2013-Z4T-DT01. In deze beschikkingen is het definitief verrekenbedrag 2012 en het definitief verrekenbedrag 2013 vastgesteld. De besluiten zijn later aan bezwaarde bekend gemaakt dan op de beschikking staat vermeld. De publicatie op het NZa portaal heeft op 26 maart 2015 plaatsgevonden. De bezwaren zijn daarom ontvankelijk.

Op 26 oktober 2015 heeft bezwaarde een nieuw formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 in de bezwaarprocedure ingebracht. Naar aanleiding van de bezwaren heeft op 29 oktober 2015 een hoorzitting plaatsgevonden.

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

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan dat de NZa niet bevoegd was de bestreden besluiten te nemen. Bezwaarde brengt naar voren dat zowel het schaduwbudget als de omzet uit prestatiebekostiging op basis van andere gegevens vastgesteld moet worden.

A1 Bevoegdheid vaststellen vaste grens

Bezwaarde voert aan dat de NZa op grond van artikel 50, tweede lid sub a Wmg bevoegd is een vaste grens vast te stellen *voorafgaand* aan de periode waarover de vaste grens is bepaald. De besluiten van de NZa zijn gedateerd op 5 maart 2015 en zien op 2012 en 2013. De NZa was op dat moment niet bevoegd om de vaste grenzen vast te stellen. De besluiten hebben daardoor geen rechtsgevolg en moeten ingetrokken worden.

A2 Formulier 29 augustus 2014

Bezwaarde verzoekt de NZa primair het schaduwbudget overeenkomstig het formulier van 29 augustus 2014 vast te stellen, in plaats van het latere formulier van 4 februari 2015 waarin de parameteractualisatie is doorgevoerd.

A2a *Schaduwbudget*

Bezwaarde voert aan dat de NZa gebonden is aan de tweezijdige opgave van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.

Uit artikel 47.2 van de beleidsregel volgt dat het schaduwbudget wordt berekend door het totaal van de in het lokaal overleg overeengekomen volume-eenheden te vermenigvuldigen met de parameterwaarden. Het in augustus ingediende schaduwbudget is met de zorgverzekeraars overeengekomen. Alleen op het moment er geen tweezijdige indiening plaatsvindt kan de NZa per aanvraag de laagste parameter honoreren. De NZa heeft niet conform de in artikel 14 van de beleidsregel vastgestelde procedure gehandeld door het schaduwbudget uit het formulier van 29 augustus 2014 niet over te nemen. Hierdoor heeft de NZa de (formele) zorgvuldigheid niet in acht genomen en in strijd met het rechtszekerheidsbeginsel gehandeld.

Bezwaarde voert daarnaast aan dat de NZa op basis van bijzondere omstandigheden anders had moeten besluiten. De bijzondere omstandigheden zijn er in gelegen dat bezwaarde duidelijke afspraken met de zorgverzekeraars hebben gemaakt, waarin de NZa niet behoort te treden. De handelwijze van de NZa is onevenredig nadelig voor bezwaarde omdat de NZa feitelijk tweemaal een nacalculatie toepast. Eerst op basis van fictieve omzetgegevens bij het vaststellen van het schaduwbudget en vervolgens om basis van daadwerkelijke omzetgegevens bij de vaststelling van de omzet uit prestatiebekostiging.

A2b *Omzet uit prestatiebekostiging*

Bezwaarde voert aan dat de neerwaartse bijstelling van het schaduwbudget ten opzichte van de afspraak met de zorgverzekeraars ook moet leiden tot een neerwaartse bijstelling van de omzet uit de prestatiebekostiging. Bezwaarde verwijst hiervoor naar de aanwijzing van de minister waarin staat opgenomen dat de omzet uit de prestatiebekostiging bestaat uit "*de som van de tarieven die met betrekking tot zorg of delen van die zorg als bedoeld in artikel 4 (... ..)*". 'Die zorg' ziet aldus bezwaarde op de zorg die onder het schaduwbudget is opgenomen. Wordt de zorg die bij de vaststelling van het schaduwbudget is betrokken gewijzigd, dan wordt ook de zorg die betrokken is bij de vaststelling van de omzet uit prestatiebekostiging gewijzigd. Door dit niet te doen heeft de NZa in strijd met het (formele) zorgvuldigheid- en het evenredigheidsbeginsel gehandeld.

Desgevraagd heeft bezwaarde op de hoorzitting aangegeven dat zij geen berekening heeft gemaakt van deze omzetverlaging.

A3 Formulier 26 oktober 2015

Bezwaarde brengt op 26 oktober 2015 een nieuw formulier in de bezwaarprocedure in. Bezwaarde voert secundair aan dat de NZa dit formulier, in haar heroverweging moet meenemen en als uitgangspunt moet nemen voor het vast te stellen schaduwbudget. Ook is in het formulier de omzet uit prestatiebekostiging opnieuw berekend.

A3a *Schaduwbudget*

Bezwaarde voert aan dat het schaduwbudget vastgesteld moet worden op € [vertrouwelijk]. Onder de overige mutaties heeft bezwaarde daarom de post 'aanpassing afspraak met verzekeraars over schaduwbudget 2012' van € [vertrouwelijk] opgenomen.

A3b *Omzet uit prestatiebekostiging*

De verantwoorde omzet uit prestatiebekostiging is in het nieuwe formulier eveneens gewijzigd. Bezwaarde voert aan dat in het oude formulier de omzet voor een bedrag van € [vertrouwelijk] te hoog is berekend. De nieuwe omzetopgave kent drie oorzaken:

- a) Bij de herijking van de transitieomzet is de schadelast 2012 op basis van feitelijke facturatie bepaald. Als gevolg hiervan is de transitieomzet naar beneden bijgesteld. Het effect is € [vertrouwelijk].
- b) Bij de definitieve indiening is een correctie die op de omzet 2012 in de jaarrekening 2013 is opgenomen ten onrechte niet tevens gecorrigeerd op de omzet in het transitie-model. Bezwaarde heeft zichzelf hiermee tekort gedaan door een afwijkende interpretatie van de Handreiking omzetverantwoording 2013. Het effect is € [vertrouwelijk].
- c) De overige mutaties met een totaal effect van € [vertrouwelijk] worden voornamelijk verklaard doordat:
 - Bij de definitieve indiening de omzet DBC-zorgproducten voor [vertrouwelijk] % is toegerekend aan het boekjaar 2012. Op basis van de gerealiseerde gegevens blijkt dit [vertrouwelijk] % te zijn.
 - Bij de definitieve indiening de omzet DBC-zorgproducten voor [vertrouwelijk] % is toegerekend aan het A-segment. Op basis van de gerealiseerde gegevens blijkt dit [vertrouwelijk] % te zijn.

B. STANDPUNT VAN DE VERZEKERAARS

Bij brief van 26 oktober 2015 heeft het Centraal Team van de Zorgverzekeraars Nederland namens de zorgverzekeraars gereageerd op het nieuwe formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 dat op 26 oktober 2015 door bezwaarde bij de NZa is ingediend. Het Centraal Team geeft aan niet te kunnen instemmen met dit formulier om de navolgende redenen.

Met de zorgaanbieder is een reguliere nacalculatieafpraak schaduwbudget gemaakt en geen vaste afspraak. Er dient derhalve nacalculatie plaats te vinden op de FB-parameters conform de NZa beleidsregels. De zorgverzekeraars houden daarom vast aan het op 4 februari 2015 tweezijdig ingediende formulier.

Ten aanzien van de opgevoerde wijziging in de omzet uit prestatiebekostiging merken de zorgverzekeraars op dat in de voorlopige aanvraag van het transitiebedrag het Onderhanden Werk (OHW) 2011 en 2012 gewaardeerd is volgens de grondslagen van de jaarrekening.

Het OHW 2011 sluit in deze aanvraag één op één aan met het nacalculatieformulier 2011. In de definitieve aanvraag zijn de balansposten OHW ultimo 2011 en ultimo 2012 niet opnieuw gewaardeerd, maar is alleen de mutatie OHW 2012 geactualiseerd. Bij het verwerken van deze geactualiseerde mutatie OHW 2012 zijn verschuivingen ontstaan op de regels OHW waardoor het OHW ultimo

2011 niet meer aansluit op het nacalculatieformulier 2011. Er heeft geen herwaardering plaatsgevonden van het OHW.

Dit betekent volgens de zorgverzekeraars dat, om aansluiting met de nacalculatie 2011 te herstellen, in het aangepaste formulier de OHW-standen ultimo 2011 en 2012 aangepast hadden moeten worden. Bij een dergelijke aanpassing muteert het transitiebedrag niet. De zorgverzekeraars concluderen dat de opgevoerde omzet in het herrekenende formulier niet logisch en derhalve niet acceptabel is.

C. ACHTERGROND VAN HET BELEID

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

C1 Tarief- en budgetregulering ziekenhuizen tot en met 2011

C1a *Het A- en B-segment*

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

C1b *Omzet in het B-segment*

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

C1c *Omzet in het A-segment*

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

¹ Beleidsregel Aanvaardbare kosten, CI-1014.

- capaciteitsgebonden kosten (kosten waarvan in het budgetstelsel wordt aangenomen dat het ziekenhuis ze maakt naar rato van de capaciteit van het ziekenhuis);
- productiegebonden kosten (kosten waarvan wordt aangenomen dat ze variëren naar gelang de omvang van de dienstverlening); en
- kapitaallasten.

C1d *Functiegerichte budgettering*

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

C1e *Productieafspraken en nacalculatie*

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

C1f *Opbrengstverrekening*

Uitgangspunt bij de functiegerichte budgettering was dat de inkomsten die het ziekenhuis ontvangt uit de declaraties van de DBC's in het A-segment aansluiten bij de aanvaardbare kosten.

Om de inkomsten met de aanvaardbare kosten te laten overeenkomen, vond jaarlijks een verrekening plaats tussen het ziekenhuis en zorgverzekeraars: de zogenaamde opbrengstverrekening.

C2 Prestatiebekostiging en 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

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 minister van VWS aan Tweede Kamer van 14 maart 2011, kenmerk CZ-IPZ3056686 (Kamerstukken II, 2010/11, 32620, nr. 6).

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 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 Wmg.

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 worden 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 geconstateerde knelpunten, zoals de beoordeling van het onderhanden werk, wegnemen. De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd deze afspraken te volgen.¹⁵ In overeenstemming met dit verzoek heeft de NZa de vaststelling opgesplitst in een voorlopige vaststelling in 2013 en een definitieve vaststelling in 2014. Deze gesplitste vaststelling heeft de NZa neergelegd in een gewijzigde Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107): hierna de beleidsregel.¹⁶

C4 Transitiemodel: De zorg die onder het model 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 bekostigings-systematiek (en dus de A- en B-segmentverdeling) zoals deze in 2011 van kracht was.

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

Ter uitvoering van de aanwijzing diende de NZa een tabel op te stellen waaruit blijkt welk zorgproduct in welk segment is ingedeeld. Dit omdat in 2012 het B-segment is uitgebreid naar 70% en de DOT's zijn ingevoerd. Voor elk zorgproduct (DOT) moest worden aangegeven of dit zorgproduct wel of niet onder het transitie-model valt.

Omdat er geen één-op-één conversie van DBC's naar DOT mogelijk is, heeft de NZa gekozen om geen conversietabel te hanteren, maar een tabel waarmee elke DOT gelabeld is: binnen of buiten transitie-model. Dit is de "tabel zorgprestaties onder transitie-model". Deze oplossing is op 12 juli 2011 in een technisch overleg aan de brancheorganisaties voorgelegd. De tabel is onderdeel van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2035).¹⁷ In het veld wordt deze tabel omschreven als de kruisjestabel. De NZa spreekt daarom hierna ook van de kruisjestabel.

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

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

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

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

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 maximum­prijzen gelden. Deze vallen onder het transitie­model.
- DOT-B-oud Deze DOT's vallen buiten het transitie­model.
- DOT-B-nieuw Deze DOT's vallen onder het transitie­model.

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

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

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

Van de resterende DOT's is gekeken welk aandeel van de omzet (macro) uit het B-segment komt. Dit is gebeurd op basis van destijds beschikbare gegevens van DBC-Onderhoud. De DOT's zijn vervolgens gerangschikt op het percentage waarmee zij (macro) tot het B-segment behoorden in 2011. De NZa heeft de DOT's met de hoogste B-segmentpercentages uit het transitie­model gehaald totdat de 34% van het totaal aan DOT's was bereikt.

Ook deze producten komen, via de gekozen benadering, voor een groot deel (echter niet 100%) zorginhoudelijk overeen met het B-segment in 2011. De resterende DOT's zijn als DOT-B-nieuw onder het transitie­model geschaard.

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

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

Per instelling kan de omvang van het gedefinieerde 'oude' B-segment bij toepassing van de lijst afwijken ten opzichte van het eigen B-segment van 2011. Een voorbeeld: DOT X kan zorg omschrijven die overeenkomt met twee DBC's die onder het A-segment vielen en 2 DBC's die onder het B-segment vielen. Dat betekent ook dat DOT X, afhankelijk van de productmix van het ziekenhuis, voor het ene ziekenhuis grotendeels een herkomst kan hebben in het oude A-segment, en voor het andere ziekenhuis in het oude B-segment.

In een circulaire van 1 september 2011¹⁸ heeft de NZa er daarom op gewezen dat, binnen de kaders van de beleidsregel, op lokaal niveau desgewenst een budgetaanpassing in het schaduwbudget kan worden afgesproken. Dit kan conform beleid door middel van een schoning of ophoging van de parameters, waarbij de grens ligt bij de gerealiseerde productie. Er mogen in het schaduwbudget geen hogere aantallen dan de gerealiseerde productie worden opgevoerd.

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

C5a *Transitiebedrag*

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

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

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.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

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

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

²⁰ Artikel 35 lid 7 aanhef en onder a Wmg.

Wanneer een zorgaanbieder de grens toch overschrijdt, verplicht de NZa die zorgaanbieder door middel van een aanwijzing een bedrag ter hoogte van de overschrijding af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.²¹

C5e *Positief verrekenbedrag*

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

C6 Formulier Vaststelling Transitiebedrag 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 2014 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. De zorgaanbieder moet er daarnaast zorg voor dragen dat een accountant de juistheid van de te verstrekken gegevens en inlichtingen bevestigt overeenkomstig de wijze als beschreven in het Controleprotocol vaststelling transitiebedrag 2012.²⁵ Door middel van accountantsonderzoek stelt de externe accountant vast dat het door de zorgaanbieder verantwoorde schaduwbudget en de omzet uit prestatiebekostiging in het formulier op juiste wijze zijn ontleend aan de jaarrekening en juist zijn berekend met inachtneming van de geldende NZa beleidsregels, nadere regels en de Handreiking omzetverantwoording 2012.

²¹ art. 76 lid 2 Wmg

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

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

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

²⁵ Artikel 7 van de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-213).

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.²⁶ Op verzoek van NVZ, NFU en ZN heeft de NZa deze indieningstermijn verschoven naar 1 september 2014.²⁷ 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.

C6b *Tweezijdig ondertekend formulier*

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

C6c *Één eenzijdig ondertekend formulier*

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

C6d *Twee eenzijdig ondertekende formulieren*

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

C6e *Centraal Team Zorgverzekeraars*

De NZa is in het Bestuurlijk Overleg van 13 juni 2013 tussen de partijen die betrokken zijn bij het Hoofdlijnenakkoord op de hoogte gebracht dat ZN met de NFU en NVZ heeft afgesproken dat de zorgverzekeraars de formulieren gezamenlijk afhandelen.²⁸ 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.

²⁶ Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-236).

²⁷ Circulaire van 28 mei 2014 (CI-14-18c).

²⁸ Memo ZN aan Bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakkoord van 7 juni 2013 met het kenmerk N-13-7075mred1.

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.²⁹ 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.³⁰

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.

²⁹ Brief van VWS van 8 februari 2013 met het kenmerk CZ-3154516.

³⁰ Circulaire van 11 februari 2013 (CI/13/9c).

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.³¹

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.³²

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.

C8b *Productieafpraak versus realisatie*

De toets of er niet meer productie wordt opgevoerd dan gerealiseerd vindt plaats op de individuele parameters. In het formulier 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 plafondafpraak 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.

C9 De controle van de accountant

Zoals eerder vermeld moet de zorgaanbieder bij haar formulier een controleverklaring van de accountant te voegen.³³

³¹ Paragraaf 47.2 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg, BR/CU-2107.

³² Paragraaf 13 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107.)

³³ Artikel 7 van de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-213).

De accountant heeft de opdracht vast te stellen dat:

- het formulier juist en volledig is ingevuld;
- de cijfermatige gegevens niet strijdig zijn met de jaarrekening en, voor zover niet uit de jaarrekening af te leiden, op juiste wijze zijn ontleend aan de intern beschikbare registraties;
- de cijfermatige gegevens zijn opgenomen in overeenstemming met de van toepassing zijnde de NZa-beleidsregels, nadere regels en de Handreiking omzetverantwoording 2012;
- de rentekosten zijn berekend conform het rentecalculatiemodel;
- de verantwoorde gerealiseerde productie aansluit met de intern beschikbare registraties.³⁴

C9a *Verklaringen met beperking*

Bij vrijwel alle opgaven van het Formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 hebben de accountants over hun controle een verklaring met beperking afgegeven. Het ging daarbij in de meeste gevallen om generieke beperkingen ten aanzien van drie thema's:

1. Onzekerheden in de omzetverantwoording van DBC's die tot de omzet van het transitiebedrag behoren, omdat de omzet binnen het transitiebedrag deels DBC-omzet bevat (overloop DBC's 2011-2012);
2. Onzekerheden in de verantwoording van DOT-omzet bij de invoering van prestatiebekostiging;
3. Actualisatie FB-parameters en onderhanden werk.³⁵

Hierdoor ontbrak voor de NZa voldoende betrouwbare en objectieve informatie om de definitieve verrekenbedragen vast te stellen. De sectorcommissie Coziek van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (Coziek) heeft om die reden in de vorm van een 'bijsluiter' een toelichting gegeven over hoe de generieke beperkingen precies geïnterpreteerd moeten worden.

C9b *Onzekerheden in de omzetverantwoording (thema 1 en 2)*

Ten aanzien van de thema's 1 en 2 heeft Coziek aangegeven dat de onzekerheid in de definitieve opgaven voortkomt uit de bestuurlijke afspraken over de aanpak van de jaarrekeningenproblematiek, zoals beschreven in de Kamerbrief van 22 mei 2014.³⁶ In deze brief is onder meer aangegeven dat de uitkomsten van een aanvullende omzetonderzoek over 2012 niet worden meegenomen in de afwikkeling van het transitiebedrag dat is ingevoerd voor de overgang van budget- naar prestatiebekostiging.

De minister van VWS heeft de NZa bij brief van 10 november 2014³⁷ verzocht de onzekerheden, die samenhangen met de bestuurlijke afspraken om bij de uitvoering van de aanvullende omzetonderzoeken geen controle uit te voeren op het oude A-segment in 2012, te accepteren bij het vaststellen van de transitiebedragen.

³⁴ Controleprotocol vaststelling transitiebedrag 2012.

³⁵ Zie ook de circulaire van 27 oktober 2014 (CI/14/54c 0101836/0142946).

³⁶ Brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 mei 2014 met het kenmerk 349886-118680-CZ.

³⁷ Brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 november 2014 met het kenmerk 685283-128939-CZ.

C9c *Actualisatie parameters en onderhanden werk (thema 3)*

Ten aanzien van thema 3 heeft de NZa de individuele instellingen om een bestuurlijke verklaring gevraagd.

Instellingen die een mutatie op het onderhanden werk 2011 hebben opgevoerd, waarvan uit de accountantsverklaring niet blijkt dat deze mutatie in overeenstemming met het beleid van de NZa is opgevoerd, heeft de NZa om een bestuurlijke verklaring gevraagd met een specificatie van de mutatie. Op deze manier is de NZa in staat om een controle uit te oefenen.

De instellingen die geen mutaties in de parameters hebben opgevoerd zijn gevraagd via een bestuurlijke verklaring te bevestigen dat de opgevoerde parameters de daadwerkelijke (geactualiseerde) realisatie niet overschrijden. In enkele gevallen is gebleken dat de zorgaanbieder geen actualisatie van de parameters had doorgevoerd en de realisatie op individuele parameters lager uitviel dan bij de voorlopige vaststelling van het schaduwbudget (en daarmee dus de daadwerkelijke realisatie overschreden). Deze instellingen zijn in de gelegenheid gesteld een nieuw formulier aan te leveren. Indien de actualisatie op andere parameters leidt tot hogere parameters dan in het eerder ingediende formulier waren opgevoerd is de instelling verzocht om een controleverklaring van de accountant over deze hogere parameters aan te leveren conform het Controleprotocol vaststelling transitiebedrag 2012.

D. BEOORDELING VAN HET BEZWAAR

De NZa heeft op basis van een tweezijdig formulier aan de instelling een beschikking afgegeven met een negatief verrekenbedrag 2012 van € [vertrouwelijk] en een negatief verrekenbedrag 2013 van € [vertrouwelijk].

Het bezwaar is zowel gericht tegen het vastgestelde schaduwbudget als de omzet uit prestatiebekostiging.

D1 Bevoegdheid vaststellen vaste grens

Bezwaarde voert aan dat de NZa niet bevoegd was de besluiten vast te stellen omdat deze niet voorafgaand aan de periode waarover de vaste grens is bepaald zijn vastgesteld.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

Conform artikel 50, tweede lid kan de NZa voorafgaand aan een aangegeven periode een vaste grens vaststellen. Blijkens de Memorie van Toelichting³⁸ dient de NZa van te voren aan de individuele zorgaanbieders in een beschikking de te hanteren grens mee te delen.

³⁸ Kamer II, 2009-2010, 32 393, nr. 3, pagina 49-50.

De NZa heeft de te hanteren grens voor 2012 op 14 december 2011³⁹ in een beschikking vastgesteld en medegedeeld⁴⁰ en de te hanteren grens voor 2013 op 27 november 2012⁴¹ in een beschikking vastgesteld en medegedeeld. De cijfermatige uitwerking van deze besluiten heeft onder andere in het nu bestreden besluit plaatsgevonden. Van onbevoegd genomen besluiten is dan ook geen sprake.

De NZa verklaart het bezwaar op dit punt ongegrond.

D2 Formulier 29 augustus 2014

D2a *Schaduwbudget*

Bezwaarde verzoekt de NZa primair het schaduwbudget overeenkomstig het formulier van 29 augustus 2014 vast te stellen, in plaats van het latere formulier van 4 februari 2015.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

Op 29 augustus 2014 heeft de NZa van bezwaarde een Formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 ontvangen. Uit de bestuursverklaring van bezwaarde en de door bezwaarde op 27 november 2014 toegestuurde specificatie blijkt dat enkele door bezwaarde in het formulier opgevoerde parameters (op individueel parameterniveau) de werkelijk gerealiseerde realisatie overschrijden. Dit is in strijd met het beleid van de NZa. Op 19 december 2014 ontvangt de NZa van bezwaarde een nieuw eenzijdig formulier. In dit formulier zijn, zoals door de accountant bevestigd, alleen daadwerkelijk gerealiseerde parameters opgevoerd.

De NZa heeft het formulier van 19 december 2014 (dat op 4 februari 2015 is medeondertekend door de zorgverzekeraars) als uitgangspunt genomen voor de bestreden besluiten. Dit om de navolgende redenen.

Het schaduwbudget wordt begrensd door de daadwerkelijke realisatie. Het is instellingen niet toegestaan hogere parameters op te voeren dan zijn gerealiseerd.⁴² 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.

De toets of er niet meer productie wordt opgevoerd dan is gerealiseerd vindt plaats op de individuele parameters. Omdat in het formulier van 29 augustus 2014 parameters zijn opgevoerd die niet door de instelling zijn gerealiseerd heeft de NZa de informatie uit dit formulier niet verwerkt. In het formulier van 19 december 2014 zijn de gerealiseerde parameters opgevoerd overeenkomstig het beleid van de NZa. Om die reden heeft de NZa de informatie uit dit formulier wel gebruikt voor de bestreden besluiten.

³⁹ Beschikking Transitiebedrag 14 december 2011 TB/CU 2004-01

⁴⁰ Zie ook de circulaire van 23 december 2011 (CI/11/55c 11D0057761).

⁴¹ Beschikking Transitiebedrag 27 november 2012 TB/CU 2008-01

⁴² Artikel 47.2 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107.)

De NZa kan afspraken met de zorgverzekeraars die in strijd zijn met het beleid van de NZa niet honoreren. Voor zover bezwaarde aanvoert met de zorgverzekeraars te zijn overeengekomen hogere parameters op te mogen voeren dan daadwerkelijk zijn gerealiseerd dan kan de NZa een dergelijke afspraak reeds om die reden niet verwerken.

Bezwaarde verzoekt de NZa secundair van haar beleid af te wijken omdat het formulier van 19 december 2014 geen recht doet aan de afspraken die bezwaarde met de zorgverzekeraars heeft gemaakt.

Hierover oordeelt de NZa als volgt.

Een uitzondering op het hiervoor weergegeven beleid is niet mogelijk behoudens de situatie dat de bijzondere omstandighedentoets ex artikel 4:84 Algemene wet bestuursrecht (Awb) daartoe noodzaakt. Een bestuursorgaan wijkt, ingevolge artikel 4:84 van de Awb, van een beleidsregel af als sprake is van bijzondere omstandigheden en bij onverkorte toepassing van de beleidsregel dit voor één of meer bezwaarden gevolgen zou hebben die onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen.

Bij de vraag of wegens bijzondere omstandigheden afwijking van beleidsregels geboden kan zijn, is van belang of het gaat om omstandigheden die geacht kunnen worden in de beleidsregel te zijn verdisconteerd, respectievelijk omstandigheden waarvan bewust in de beleidsregel is geabstraheerd. Is het een of het ander het geval, dan doen zich geen bijzondere omstandigheden voor die afwijking van de beleidsregel kunnen rechtvaardigen.

De NZa merkt op dat het formulier van 19 december 2014 door zowel de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar is ondertekend. De NZa heeft, buiten het bezwaar om, geen informatie ontvangen dat met het latere formulier geen recht wordt gedaan aan de tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar gemaakte afspraken. In tegenstelling, de zorgverzekeraars hebben verklaard dat het formulier van 19 december 2014 juist recht doet aan de met de zorgaanbieder gemaakte afspraak. De NZa ziet in de aangedragen bezwaargrond dan ook geen reden om van haar beleid af te wijken.

Overigens merkt de NZa op dat ook indien de zorgverzekeraars het bezwaar zouden ondersteunen, dit niet tot een andere oordeel voor de NZa zou leiden. Indien bezwaarde een dergelijke afspraak heeft gemaakt dan dient dit voor haar eigen rekening en risico te komen. Het beleid van de NZa is op dit punt duidelijk. Door bezwaarde zijn verder geen omstandigheden naar voren gebracht die verklaren waarom het ziekenhuis een afspraak heeft gemaakt die in strijd is met het beleid van de NZa.

Het bezwaar is in zoverre ongegrond.

D2b *Omzet uit prestatiebekostiging*

Bezwaarde voert verder aan dat de neerwaartse bijstelling van het schaduwbudget ten opzichte van de afspraak met de zorgverzekeraars ook moet leiden tot een neerwaartse bijstelling van de omzet uit prestatiebekostiging. Bezwaarde verwijst hiervoor naar de aanwijzing van de minister.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

De passage uit de aanwijzing waar bezwaarde naar verwijst ziet niet op de zorg die onder het *schaduwbudget* valt, maar de zorg die onder het *transitiemodel* valt. De NZa heeft in de bestreden besluiten geen zorg uit het transitie-model gehaald, maar de niet gerealiseerde parameters niet meegenomen. Hieronder wordt dit nader toegelicht.

Onder het transitie-model dienen de zorgaanbieders de DBC's A-segment en de DOT's die op basis van de kruisjestabel onder het transitie-model vallen als uitgangspunt te gebruiken voor hun afspraken. Over deze zorg maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken aan de schaduwbudgetkant (afspraken in de vorm van aantal verpleegdagen, aantal medisch specialisten, aantal beademingsdagen IC, etc). Over dezelfde zorg maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook afspraken aan de omzetkant (afspraken in de vorm van aantallen DBC's/DOT's en prijzen). Beide afspraken hebben dezelfde zorg als uitgangspunt, maar worden op een andere manier ingestoken, namelijk via de functiegerichte budgettering en via de prestatiebekostiging. Het is niet mogelijk beide manieren van bekostiging per zorgproduct één op één tegen elkaar af te zetten. Juist om die reden is het transitie-model van kracht. De NZa merkt op dat bezwaarde haar bezwaargrond dan ook niet heeft onderbouwd met een rekenkundige uitwerking van de hoogte van de gewenste omzetverlaging.

In het formulier van bezwaarde van 19 december 2014 is een parameteractualisatie doorgevoerd. Dit betekent dat de daadwerkelijk gerealiseerde parameters zijn berekend. De gerealiseerde DBC's en DOT's zijn echter niet gewijzigd, alsmede de daaruit afgeleide omzet niet. Dat bezwaarde eventueel haar DOT-afspraken anders had ingekleed, indien zij op de hoogte zou zijn geweest van haar schaduwbudget-realisatie is een omstandigheid die voor rekening en risico van bezwaarde komt.

Gezien het voorgaande verklaart de NZa dit bezwaar ongegrond.

D3 Formulier 26 oktober 2015

Bezwaarde brengt op 26 oktober 2015 een nieuw formulier in de bezwaarprocedure in. Bezwaarde voert secundair aan dat de NZa dit formulier in haar heroverweging moet meenemen.

D3a *Schaduwbudget*

Bezwaarde voert aan dat het schaduwbudget met € [vertrouwelijk] dient te stijgen. Bezwaarde heeft daarom de post 'aanpassing afspraak met verzekeraars over schaduwbudget 2012' als overige mutatie

opgevoerd. De NZa leest hierin het verzoek van bezwaarde om de post 'productieafspraken vs. realisatie' in de rekenstaat aan te passen.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

De post 'productieafspraken versus realisatie' ziet op een door de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder gemaakte afspraak. Bij een verschil van opvatting tussen partijen over wat tussen hen heeft te gelden kan eventueel een beroep op de burgerlijke rechter worden gedaan. De rol van de NZa beperkt zich tot het vaststellen van het schaduwbudget, waarbij de NZa conform de beleidsregel meer in het bijzonder nagaat of de overeengekomen parameters conform beleid zijn afgesproken. Bij een gebrek aan overeenstemming tussen partijen geldt voor de NZa dat de betreffende post buiten beschouwing dient te worden gelaten.

In de circulaire van 28 mei 2014 (CI/14/18c) heeft de NZa ten aanzien van de definitieve formulieren voor het transitiebedrag partijen hier uitdrukkelijk op gewezen:

Indien u aansluiting bij een schaduwbudgetafspraken wilt bereiken door middel van een korting op de regel productie versus realisatie dan geldt dat de NZa deze alleen kan honoreren als er sprake is van een tweezijdige indiening. Het gaat hierbij immers om een civielrechtelijke afspraak, die geen onderdeel is van de NZa beleidsregels.

Uit de stukken die de NZa tot haar beschikking heeft blijkt dat bij de voorlopige opgave van het schaduwbudget 2012 de zorgaanbieder en zorgverzekeraar overeenstemming hadden over de post 'productieafspraken versus realisatie'. Het formulier van 26 oktober 2015 is niet door partijen gezamenlijk ingediend. Navraag bij de zorgverzekeraar heeft uitgewezen dat het verzoek van bezwaarde om de post te wijzigen niet door de zorgverzekeraars wordt ondersteund.

Conform het beleid van de NZa verwerkt de NZa deze post alleen indien er overeenstemming bestaat over de hoogte van de post. De NZa stelt vast dat bij de voorlopige opgave overeenstemming bestond tussen partijen over de hoogte van de post. De NZa stelt verder vast dat bij de definitieve vaststelling geen overeenstemming bestaat over een eventuele aanpassing van de post. Om die reden laat de NZa conform haar beleid een eventuele aanpassing van de post buiten beschouwing.

Het bezwaar is op dit punt ongegrond.

D3b *Omzet uit prestatiebekostiging*

Bezwaarde voert aan dat in de eerdere formulieren de omzet voor een bedrag van € [vertrouwelijk] te hoog is berekend. Bezwaarde doet daarom een nieuwe omzetopgave en verzoekt de NZa deze te verwerken.

De NZa kan bezwaarde hierin volgen.

Uit de onderbouwing van bezwaarde komt naar voren dat het grootste effect van de gewijzigde omzet het gevolg is van een herberekening op basis van feitelijke facturatie en het wegvallen van een voorziening in de

omzet 2012. De NZa stelt vast dat, blijkens de door bezwaarde verstrekte uitleg, de nieuwe omzetopgave overeenkomstig het beleid van de NZa is opgevoerd.

De NZa stelt verder vast dat de door bezwaarde opgevoerde informatie is voorzien van een verklaring van een accountant. De accountant trekt in deze verklaring de eerder afgegeven verklaring bij het formulier van 19 december 2014 in. De NZa stelt verder vast dat door de accountant geen onvolkomenheden in de omzetopgave zijn aangetroffen dan wel een strijdigheid met het beleid van de NZa.

De NZa neemt daarom de nieuw aangeleverde informatie mee in haar heroverweging.

Het bezwaar is op dit punt gegrond.

E. CONCLUSIE

E1 Dictum

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar gedeeltelijk gegrond.

E2 Nieuwe definitieve verrekenbedragen

Bijgevoegd bij deze beslissing op bezwaar zitten twee nieuwe beschikkingen. De beschikkingen maken onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar. De beschikkingen worden ook op het NZa portaal gepubliceerd.

E3 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 ten minste 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

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

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