

**BESLISSING OP BEZWAAR****117264-200330**

Bij brief van 25 februari 2015, die is ingekomen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 25 februari 2015, is door het Ziekenhuis Bernhoven te Uden (bezwaarde) bezwaar gemaakt tegen de beschikkingen van 5 februari 2015 met de kenmerken 0102211-PT-2012-Z4T-DT01 en 0102211-PT-2013-Z4T-DT01. In deze beschikkingen is het definitief verrekenbedrag 2012 en het definitief verrekenbedrag 2013 vastgesteld.

Naar aanleiding van dit bezwaar zijn belanghebbenden op 1 september 2015 gehoord. Bij brief van 24 september 2015 heeft de NZa bezwaarde verzocht om enkele vragen te beantwoorden en deze antwoorden te voorzien van een accountantscontrole. Deze antwoorden heeft bezwaarde op 29 oktober 2015 verstrekt samen met een rapport van feitelijke bevindingen van accountantskantoor BDO. Tussen 30 november 2015 en 7 januari 2016 zijn naar aanleiding van de reactie van bezwaarde nadere vragen gesteld door de NZa die zijn beantwoord door bezwaarde.

Op grond van het Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa is de directeur Strategie 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 in strijd met artikel 3:2 (zorgvuldigheid), artikel 3:4 (belangenafweging) en artikel 3:46 (motivering) van de Algemene wet bestuursrecht vier posten niet heeft gehonoreerd op grond van de, bij de opgave geleverde, accountantsverklaring van KPMG. Het gaat om de posten

- Onderhanden Werk 2011
- Materiële controles 2012 (3 posten)

Bezwaarde voert aan dat de controleverklaring van KPMG niet de strekking had dat de aangeleverde gegevens onzekerheden bevatten, doch dat de normstelling van de NZa de accountant onvoldoende zekerheid bood om een controleverklaring op te baseren.

**A1 Onderhanden werk**

Bezwaarde voert aan de post *Onderhanden Werk DBC's geopend in 2011* € [vertrouwelijk ] hoger te hebben gewaardeerd dan in het formulier *Voorlopige Vaststelling Transitiebedrag 2012*. Bezwaarde brengt naar voren dat bij de opstelling van het formulier *Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012* op grond van een schattingswijziging de waardering van het onderhanden werk is aangepast. Dit onder een gelijke waarderingsgrondslag. De schattingswijziging is het gevolg van nieuw verworven inzichten in de omvang van de gefactureerde bedragen voor in 2012 gesloten DBC's 2011. Het onderhanden werk is van een begroting van 60% productie naar 100% productie volgens de grouper (met aftrek bevoorschotting) gewijzigd.

Bezwaarde heeft de accountant gevraagd de bevindingen ten aanzien van de correctheid van de onderliggende schatting te bevestigen. Op 1 juli 2015 heeft het accountantskantoor KPMG een toelichting verstrekt over de achtergrond van de verklaring met beperking die bij het formulier *Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012* van bezwaarde zat gevoegd. Ten aanzien van de herziening schatting OHW 2011 merkt de accountant op dat het bestuur van bezwaarde heeft verklaard dat er sprake is van een schattingswijziging en daarmee geen sprake is van een stelselwijziging. Uit de jaarrekening 2011 van bezwaarde volgt dat de grondslag voor de onderhanden werk bepaling is gebaseerd op 60% van de opbrengstwaarde van de DBC. Uit de jaarrekening 2012 volgt dat deze grondslag in de jaarrekening 2012 gehandhaafd is. De accountant merkt ten slotte op geen accountantscontrole te hebben toegepast op de interne berekening van bezwaarde. Hetgeen betekent dat de accountant de berekening niet heeft aangesloten met achterliggende lijsten uit de productiesystemen en analyses op de verschillen.

Bezwaarde voert aan dat, voor zover de brief van de accountant de suggestie wekt dat er geen accountant naar het cijfermateriaal zou hebben gekeken, dit onjuist is. De cijfers zijn wel degelijk gecontroleerd, omdat de accountant anders geen verklaring bij het transitieformulier zou hebben kunnen geven. Het cijfermateriaal van bezwaarde sluit aan bij de opgave. Bezwaarde merkt daarnaast op dat de opmerking dat er geen sprake is van een stelselwijziging niet juist is. In het boekjaar 2012 is wel degelijk sprake van een stelselwijziging. Het onderhanden werk 2012 is gewaardeerd tegen opbrengstwaarde (100%) en het onderhanden werk 2011 is gewaardeerd tegen 60% van de opbrengstwaarde. Bezwaarde verwijst hiervoor naar pagina 11 van de jaarrekening 2012 en pagina 13 van de jaarrekening 2013.

In reactie op door de NZa gestelde vragen licht bezwaarde ten slotte toe dat bij de *voorlopige* opgave het OHW 2011 is gewaardeerd tegen 60% van de opbrengstwaarde. Op 31 maart 2012 heeft bezwaarde beoordeeld welk deel van het OHW 2011 al was afgesloten en welk deel nog open stond. Van de afgesloten DBC's is de werkelijk gefactureerde eindwaarde genomen en van de openstaande DBC's is de werkelijke gemiddelde opbrengstwaarde van de in 2011 geopende en gesloten DBC's genomen (34,4% van de verwachte opbrengstwaarde). Bij de *definitieve* opgave is het OHW 2011 gewaardeerd tegen 60,49% van de werkelijk gerealiseerde (gefactureerde) opbrengstwaarde. In relatie tot de Handreiking omzetverantwoording 2013 wordt bij de voorlopige opgave de waarderingsgrondslag B (verwachte opbrengstwaarde) gehanteerd en bij de definitieve opgave de waarderingsgrondslag A (huidige opbrengstwaarde) benaderd. Bezwaarde licht toe de productiedata niet door de grouper te hebben gehaald, teneinde een berekening van de huidige opbrengstwaarde te maken. Bezwaarde heeft daarom de afgeleide opbrengstwaarde benaderd op basis van de werkelijk gerealiseerde (gefactureerde) opbrengstwaarde.

Op verzoek van de NZa is de reactie van bezwaarde voorzien van een rapport van feitelijke bevindingen van het accountantskantoor BDO. De accountant bevestigt dat de berekening van het OHW heeft plaatsgevonden, zoals door bezwaarde is beschreven.

De accountant merkt verder op dat zowel bij de voorlopige als de definitieve opgave het OHW 2011 is gewaardeerd op basis van de opbrengstwaarde. In de jaarrekeningen 2011 en 2012 is de waarde van het OHW 2011 op € [vertrouwelijk ] opgevoerd. In de jaarrekeningen 2013 en 2014 is de aanpassing van de vordering uit hoofde van de transitierегeling als gevolg van de correctie op het OHW niet verwerkt.

A2 Materiële controle: extrapolatie zelfassessment

Bezwaarde voert aan dat als gevolg van materiële controles de omzet uit de prestatiebekostiging is bijgesteld. De eerste mutatie is het gevolg van de uitkomst van het zelfassessment voor het B-segment. De uitkomst van dit assessment heeft bezwaarde doorgetrokken naar het A-segment en naar rato bepaald. Het bestuur van bezwaarde verklaart de impact voor het A-segment te hebben bepaald door de totale omzet A-segment 2012 te delen door de beoordeelde omzet uit het zelfonderzoek en dit vervolgens te vermenigvuldigen met de uitkomsten van het zelfonderzoek per controlepunt. Dit bedrag is niet in de omzet DBC's/DBC-zorgproducten A/B-segment in de jaarrekening verwerkt.

Bezwaarde erkent dat deze omzetcorrectie effect zou kunnen hebben op de parameters van het schaduwbudget. Bezwaarde kan geen berekening maken van de eventuele impact, maar schat in dat deze beperkt zal zijn.

A3 Materiële controle: klinische opname

Bezwaarde voert aan een correctie op de klinische eendaagse DBC's te hebben bepaald en genuanceerd in de omzetverantwoording 2012 voor € [vertrouwelijk ]. Deze correctie vindt plaats op grond van de definitie van verpleegdag zonder overnachting en niet op basis van een eventuele dubbele registratie. Het bedrag is niet in de omzet DBC's/DBC-zorgproducten A/B-segment in de jaarrekening verwerkt. Er heeft, met het oog op de circulaire CI/12/63c van de NZa, daarom geen correctie plaatsgevonden op de parameters in het schaduwbudget.

A4 Materiële controle: hartrevalidatie

Bezwaarde voert aan een fout te hebben gemaakt ten aanzien van de declaraties rondom hartrevalidatie. In de software XCare/facturering was ingesteld dat een verrichting hartrevalidatie als OZP werd gedeclareerd, terwijl dezelfde verrichting ook werd gebruikt in de afleiding naar een DOT-zorgproduct. De verrichting kwam derhalve twee keer tot declaratie. Voor het boekjaar 2013 is deze fout op basis van de opbrengstenrapportage OPV afkomstig uit het datawarehouse bepaald op € [vertrouwelijk ]. Aangezien deze procesgang ook in 2012 van toepassing was heeft bezwaarde de omvang van deze correctie overgenomen voor 2012 A-segment. Dit bedrag is niet in de omzet DBC's/DBC-zorgproducten A/B-segment in de jaarrekening verwerkt. Bezwaarde merkt op dat de correctie geen invloed heeft op de parameters van het schaduwbudget.

A5 Proceskostenvergoeding

Bezwaarde verzoekt ten slotte om een vergoeding van de in bezwaar gemaakte kosten voor rechtsbijstand.

**B. STANDPUNT VAN DE VERZEKERAARS**

De zorgverzekeraars hebben niet op het bezwaar gereageerd.

**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.<sup>1</sup> Deze beleidsregel bepaalde uit welke posten de aanvaardbare kosten waren opgebouwd, en verwees voorts naar andere beleidsregels die de hoogte van elke van de posten bepaalden.

Een viertal categorieën van posten viel te onderscheiden:

- beschikbaarheidskosten (kosten die kunnen worden toegeschreven aan de beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis);
- capaciteitsgebonden kosten (kosten waarvan in het budgetstelsel wordt aangenomen dat het ziekenhuis deze maakt naar rato van de capaciteit van het ziekenhuis);

<sup>1</sup> 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<sup>e</sup>-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.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> 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.<sup>4</sup> 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 omzetriscico's en systeemrisico's. Systeemrisico's zijn de risico's die samenhangen met de technische verandering van het bekostigingssysteem. Reguliere omzetriscico'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).<sup>5</sup>

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

<sup>3</sup> Uitzonderingen zijn onder andere longrevalidatie en epilepsie.

<sup>4</sup> Bijvoorbeeld voor traumazorg en post mortem orgaanuitname bij donoren.

<sup>5</sup> Brief 'zorg die loont' van minister van VWS aan de 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 omzetsstijgingen 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.<sup>6</sup> 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 2011<sup>7</sup> 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 verantwoordingsdocument<sup>8</sup> 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.

<sup>6</sup> Artikel 57 Wmg.

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

<sup>8</sup> 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 wetswijziging van de Wmg op 1 januari 2012 had plaatsgevonden. Met deze wijziging is de NZa bevoegd geworden een vaste grens vast te stellen voor de som van de tarieven voor de betrokken prestaties.<sup>9</sup> Deze bevoegdheid is ingevoerd om de kosten van de gezondheidszorg beter beheersbaar te maken.<sup>10</sup> De NZa is daarnaast per 1 januari 2012 bevoegd een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen.<sup>11</sup> 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 wetswijziging van kracht is geworden, stelt de NZa de beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg vast (BR/CU-2061).<sup>12</sup>

### C3e *Aanwijzing beschikbaarheidsbijdragen*

Op 21 december 2011<sup>13</sup> en 12 december 2012<sup>14</sup> 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.

<sup>9</sup> Artikel 50 lid 2 Wet marktordening gezondheidszorg.

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3.

<sup>11</sup> Wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging Wet marktordening gezondheidszorg.

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

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

<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup>

#### 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).<sup>17</sup> 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:

<sup>15</sup> Brief van 26 april 2013 met het kenmerk 113209-102820-CZ.

<sup>16</sup> Bekend gemaakt met Circulaire CI/13/9c van 11 februari 2013.

<sup>17</sup> 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 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 2011<sup>18</sup> 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 transitiemodel vallen) plus het verrekenbedrag.<sup>19</sup>

### 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.<sup>20</sup>

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

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

<sup>20</sup> 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.<sup>21</sup>

#### 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.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup> Met het formulier moeten de instellingen opgave doen van de omzet uit de prestatiebekostiging en het schaduwbudget. Op verzoek van NVZ, NFU en ZN heeft de NZa deze indieningstermijn verschoven naar 1 september 2014.<sup>25</sup> De nieuwe indieningstermijn is door de NZa neergelegd in de gewijzigde Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107).

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.<sup>26</sup>

<sup>21</sup> art. 76 lid 2 Wmg

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

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

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

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

<sup>26</sup> Artikel 7 van de Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233).

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.

Voor de vaststelling van het definitieve transitiebedrag en de daaruit voortvloeiende definitieve verrekenbedragen moesten de instellingen op 1 september 2014 wederom een formulier Vaststelling Transitiebedrag aanleveren. Als in deze beslissing wordt gesproken over het formulier Vaststelling Transitiebedrag wordt daarmee het formulier bedoeld ten behoeve van de 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.<sup>27</sup> 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.

---

<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup> 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.<sup>29</sup>

## 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.

<sup>28</sup> Brief van VWS van 8 februari 2013 met het kenmerk CZ-3154516.

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

Onder het transitie­model 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 volume­eenheden mee te nemen bij de vaststelling van het schaduw­budget.<sup>30</sup>

Voor de vaststelling van het schaduw­budget 2012 worden deze volume­eenheden 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.<sup>31</sup>

#### C9 De accountants­controle

Zoals eerder vermeld moet de zorgaanbieder bij haar formulier een controle­verklaring van de accountant toevoegen.<sup>32</sup> De accountant dient op grond van het Controle­protocol vaststelling transitie­bedrag 2012 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<sup>3</sup> zijn berekend conform het rente­calculatiemodel;
- de verantwoorde gerealiseerde productie aansluit met de intern beschikbare registraties.

#### 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 transitie­model behoren, omdat de omzet binnen het transitie­model 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.

<sup>30</sup> Paragraaf 47.2 van de Beleids­regel Transitie Bekostigings­structuur Medisch specialistische zorg, BR/CU-2107.

<sup>31</sup> Paragraaf 13 van de Beleids­regel Transitie Bekostigings­structuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107.)

<sup>32</sup> Artikel 7 van de Regeling Transitie bekostigings­structuur Medisch specialistische zorg (NR/CU-213).

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.<sup>33</sup> In deze brief is onder meer aangegeven dat de uitkomsten van een aanvullend omzetonderzoek over 2012 niet worden meegenomen in de afwikkeling van het transitieproces dat is ingevoerd voor de overgang van budget- naar prestatiebekostiging.

De minister van VWS heeft de NZa bij brief van 10 november 2014<sup>34</sup> 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.

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.

<sup>33</sup> Brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 mei 2014 met het kenmerk 349886-118680-CZ.

<sup>34</sup> Brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 10 november 2014 met het kenmerk 685283-128939-CZ.



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 positief verrekenbedrag 2012 van € [vertrouwelijk ] en een positief verrekenbedrag 2013 van € [vertrouwelijk ]

Het bezwaar richt zich tegen de vastgestelde omzet uit prestatiebekostiging.

##### **D1 Herwaardering Onderhanden Werk**

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan dat de post *Onderhanden Werk DBC's geopend in 2011* op grond van een schattingswijziging € [vertrouwelijk ] hoger moet worden vastgesteld.

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

##### **D1a *Feitencomplex***

Op 1 september 2014 heeft bezwaarde een eenzijdig ondertekend formulier ingediend dat niet is voorzien van een accountantsverklaring. Ook de zorgverzekeraars dienden een eenzijdig ondertekend formulier in (begin oktober). De zorgverzekeraars geven in de toelichting op hun (eenzijdig) formulier aan een correctie op de omzet te hebben doorgevoerd om de werking van de overfinanciering 2011 op het verrekenbedrag 2013 te corrigeren.

Op 8 oktober 2014 ontvangt de NZa van bezwaarde wederom een eenzijdig ondertekend formulier. In dit formulier is het onderhanden werk 2011 € [vertrouwelijk ] hoger dan in het formulier ten behoeve van het *voorlopige* transitiebedrag. Bij het formulier zit een accountantsverklaring van het accountantskantoor KPMG (verklaring 1). Dit is een verklaring met oordeelonthouding. Ten aanzien van het onderhanden werk 2011 staat in de verklaring opgenomen dat:

*"Stichting Ziekenhuis Bernhoven heeft bezwaar aangetekend tegen de 'Tariefbeschikking inzake het positieve verrekenbedrag 2012 en 2013' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) d.d. 19 december 2013. Wij vestigen uw aandacht op de bijlage, waarin de inhoud van het bezwaar door Stichting Ziekenhuis Bernhoven wordt toegelicht. De uitkomsten van de bezwaarprocedure (... ..) kunnen de opbrengsten beïnvloeden voor een bedrag van EUR [vertrouwelijk ]]. (... ..)"*

In de betreffende bijlage is door de financieel directeur van bezwaarde ten aanzien van het onderhanden werk 2011 onder meer verklaard dat:

*"Ten aanzien van de verwerking van de omzet Overloop DBC's A ad. € [vertrouwelijk ] heeft Bernhoven aangegeven dat dit bedrag de berekende overfinanciering 2011 betreft, die in de voorlopige vaststelling niet was verwerkt maar een van de gronden voor het ingediende bezwaarschrift tegen de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag betreft. (... ..)"*

Blijkens de verklaringen van de accountant en de verklaring van de financieel directeur van bezwaarde heeft bezwaarde in het formulier van 8 oktober 2014 de overfinanciering van de overloop DBC's 2011 in het onderhanden werk 2011 opgenomen. Het opgevoerde bedrag van € [vertrouwelijk ] komt overeen met het in het bezwaar, dat is gericht tegen de voorlopige verrekenbedragen, genoemde bedrag.

Op 29 oktober 2014 wijst de NZa bezwaarde er in een e-mail op dat het niet is toegestaan om technische correcties van een vermeend nadelig effect van overfinanciering uit overloop DBC's 2011-2012 in de herwaardering van het onderhanden werk ultimo 2011 te verwerken.

Op 24 november 2014 verklaart de financieel directeur van bezwaarde dat de mutatie in het onderhanden werk 2011 het gevolg is van een herziene toepassing van de waarderingsgrondslag, waarbij een rekenfout is gemaakt van € [vertrouwelijk ].<sup>35</sup> Het juiste bedrag betreft aldus bezwaarde € [vertrouwelijk ].

Op 9 december 2014 stelt de NZa de instelling naar aanleiding van de oordeelonthouding van de accountant enkele vragen, waaronder een vraag over het onderhanden werk 2011. De vraag luidt:

*"In uw opgave corrigeert u het onderhanden werk ultimo 2011 met een bedrag van € [vertrouwelijk ]. Uit uw toelichting op de door ons gestelde vragen blijkt dat er geen sprake is van een andere waarderingsystematiek in het onderhanden werk. Het bedrag komt exact overeen met het bedrag dat u in uw bezwaarschrift heeft vermeld voor het effect van de overfinanciering in overloop DBC's. Wij zijn dan ook voornemens deze correctie af te wijzen, omdat naar ons inzicht u opnieuw het vermeende effect van de overfinanciering corrigeert. Dit is in strijd met de regelgeving. Voor de onderbouwing verwijzen we naar onze beslissing op bezwaar."*

Bezwaarde verklaart op 22 december 2014 nogmaals dat er ten aanzien van het onderhanden werk 2011 sprake is van een herziene schatting op basis van een consistente waarderingsystematiek. Het effect hiervan is volgens bezwaarde gelijk aan het in het bezwaarschrift opgenomen bedrag voor overfinanciering, maar heeft een geheel andere grondslag.

Na telefonisch contact en verdere e-mailwisseling tussen de instelling en de NZa stelt de instelling voor een hernieuwde indiening van het formulier te organiseren, inclusief een nieuwe verklaring van de accountant en een handtekening van de zorgverzekeraars.

Op 27 januari 2015 ontvangt de NZa van bezwaarde een nieuw tweezijdig ondertekend formulier met een nieuwe verklaring van de accountant van KPMG (verklaring 2). In het formulier is het onderhanden werk 2011 € [vertrouwelijk ] hoger dan in het formulier ten behoeve van het *voorlopige* transitiebedrag. Het bedrag is daarmee voor € [vertrouwelijk ] gewijzigd ten opzichte van het formulier dat in oktober 2014 is ingediend. De verklaring van de accountant is een verklaring met beperking.

---

<sup>35</sup> Verklaring van 24 november 2014 naar aanleiding van door de NZa gestelde vragen.

In de verklaring staat ten aanzien van het onderhanden werk 2011 opgenomen:

*"Stichting Ziekenhuis Bernhoven heeft bezwaar aangetekend tegen de 'Tariefbeschikking inzake het positieve verrekenbedrag 2012 en 2013'. Na analyse heeft Stichting Ziekenhuis Bernhoven besloten om deze vordering in te dienen als een onderhandenwerk overloop post 2011. De vordering is berekend op EUR[vertrouwelijk ]. (... ..)"*

De NZa geeft op 5 februari 2015 de bestreden besluiten af. De aanpassing van het onderhanden werk 2011 wordt niet gehonoreerd. Ter motivering hiervoor staat in de begeleidende brief bij de bestreden besluiten opgenomen dat:

*"De herziene schatting onderhanden werk ultimo 2011 hebben we niet gehonoreerd. In de controleverklaring van de accountant is deze post een van de redenen voor een oordeel met beperking. Daarmee staat de juistheid van deze herziene schatting voor ons niet vast. Het OHW ultimo 2011 hebben we gecorrigeerd voor € [vertrouwelijk ]. Dit is de correctie die u in de opgave heeft gedaan, en toegelicht in uw e-mail van 24 november 2014. U heeft aangegeven dat er geen sprake is van een herwaardering van het onderhanden werk in verband met de stelselwijziging, maar van een herziene schatting. Wij kunnen de juistheid hiervan niet beoordelen zonder het oordeel van de accountant. Uit de controleverklaring van de accountant blijkt dat het gaat om het bedrag dat in de bezwaarprocedure tegen de voorlopige vaststelling is afgewezen."*

#### D2b *Beoordeling bezwaar*

De beleidsregel 'Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg' bepaalt dat de omzet uit prestatiebekostiging onder meer bestaat uit de tariefopbrengst van de DBC's uit het A-segment die overlopen uit 2011, minus het onderhanden werk per ultimo 2011. Hoe hoger het bedrag van het onderhanden werk 2011 is, hoe lager de omzet uit prestatiebekostiging. Een hoger onderhanden werk 2011 (ten opzichte van de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag) leidt daarmee tot een hoger (definitief) transitiebedrag en hogere definitieve verrekenbedragen.

Bezwaarde heeft aangevoerd voor haar onderhanden werk berekening in relatie tot de Handreiking omzetverantwoording 2013 bij de voorlopige opgave de waarderingsgrondslag *verwachte opbrengstwaarde* te hebben gehanteerd en bij de definitieve opgave de waarderingsgrondslag *huidige opbrengstwaarde* te hebben benaderd. Blijkens de in de bezwaarprocedure overgelegde toelichting van het accountantskantoor KPMG van 1 juli 2015 (verklaring 3) en het door accountantskantoor BDO opgestelde rapport van feitelijke bevindingen van 29 oktober 2015 (verklaring 4) is de berekening die bezwaarde heeft doorgevoerd in het nieuwe formulier teneinde te komen tot de herziene toepassing van de waarderingsgrondslag rekenkundig juist. De vraag die voorligt is of de herziene schatting in het formulier voor de definitieve vaststelling door bezwaarde had mogen worden opgevoerd.

De NZa oordeelt hierover als volgt.

Er bestaan verschillende methodes voor de bepaling van het onderhanden werk, waaronder:

1. OHW bepaling op basis van de kostprijs van zorgactiviteiten behorend tot openstaande zorgproducten per balansdatum. Uiteraard is het in dit kader van belang rekening te houden met de verslaggevingsregeling die voorschrijft om de waardering te toetsen op een mogelijk lagere marktwaarde;
2. OHW bepaling op basis van het tussentijds afgeleide product (huidige opbrengstwaarde);
3. OHW bepaling op basis van de te verwachten eindproducten (verwachte opbrengstwaarde).

De NZa heeft geen beperkingen opgelegd aan de door zorgaanbieders te hanteren methodiek bij het bepalen van hun onderhanden werk.<sup>36</sup> Voor het vaststellen van het onderhanden werk wordt door de NZa aangesloten bij de jaarrekening 2012 van de instelling.<sup>37</sup> Dit betekent onder meer dat het onderhanden werk op dezelfde wijze moet worden bepaald en meeloopt in de omzetopgave als in voorgaande (budget)jaren.<sup>38</sup> Er moet met andere woorden een bestendige gedragslijn worden gehanteerd. Op deze consistentieverplichting geldt een uitzondering, in het geval de waardering van het onderhanden werk als het gevolg van een stelselwijziging wijzigt. Dit is het geval indien de zorgaanbieder de hierboven genoemde methodiek nummer 1 hanteerde en door de wijzigingen in de RJ en de introductie van DOT een betrouwbare inschatting van de marge kan worden gemaakt. Dan moet en kan een herwaardering van het onderhanden werk plaatsvinden en worden overgestapt naar methode 2 of 3.<sup>39</sup>

De NZa stelt vast dat in de jaarrekeningen 2011 en 2012 van bezwaarde het onderhanden werk 2011 gewaardeerd staat op € [vertrouwelijk ]. Dit bedrag is ook in het formulier *Voorlopige Vaststelling Transitiebedrag 2012* door bezwaarde opgevoerd. De opgave van bezwaarde in het formulier *Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012* wijkt daarmee af van de door bezwaarde verantwoorde post onderhanden werk 2011 in haar jaarrekening.

De NZa stelt verder vast dat in de toelichting van het accountantskantoor KPMG (verklaring 3) staat opgenomen dat bij de correctie van het onderhanden werk sprake is van een schattingswijziging en geen sprake van een stelselwijziging. Bezwaarde heeft onderbouwd dat bij de herwaardering van het onderhanden werk, in plaats van de verwachte opbrengstwaarde, de huidige opbrengstwaarde is benaderd. De NZa onderschrijft daarom de conclusie van het accountantskantoor KPMG en stelt vast dat er geen sprake is van een herwaardering ten gevolge van een stelselwijziging, maar van een herwaardering ten gevolge van een schattingswijziging. Het is in strijd met het beleid van de NZa om bij de opgave van het onderhanden werk 2011 niet een bestendige gedragslijn te hanteren ten opzichte van voorgaande (budget)jaren.

<sup>36</sup> Pagina 12 van de Handreiking Omzetverantwoording 2012.

<sup>37</sup> Artikel 11.4 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg, BR/CU-2107.

<sup>38</sup> Circulaire van 1 september 2011 (CI/11/28c).

<sup>39</sup> Voetnoot 9 op pagina 12 van de Handreiking Omzetverantwoording 2012.

De door bewaarde opgevoerde mutatie wordt om bovengenoemde redenen niet gehonoreerd. Het bezwaar is op dit punt ongegrond.

D2 Materiële controle: extrapolatie zelfassessment

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan de uitkomst van het zelfassessment voor het B-segment te hebben doorgetrokken naar het A-segment en naar rato een correctie in de omzet A-segment te hebben bepaald. Bezwaarde erkent dat deze omzetcorrectie effect zou kunnen hebben op de parameters van het schaduwbudget. Bezwaarde kan geen berekening maken van de eventuele impact, maar schat in dat deze beperkt zal zijn. De correctie moet, aldus bezwaarde, in de omzet uit prestatiebekostiging worden meegenomen.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

Onder het transitie-model wordt de vergoeding van zorg vergeleken onder de oude bekostigingssystematiek (het schaduwbudget) en de nieuwe bekostigingssystematiek (de omzet uit prestatiebekostiging). Het is voor deze vergelijking van belang dat voor zowel het schaduwbudget als de omzet uit prestatiebekostiging dezelfde 'zorg' als uitgangspunt wordt genomen. Immers, alleen op deze manier kan worden berekend of een stijging, dan wel een daling aan omzet plaatsvindt.

Door uitsluitend een correctie op de omzet uit prestatiebekostiging door te voeren zonder een parallelle correctie op het schaduwbudget vraagt bezwaarde de NZa nu feitelijk voor de berekening van de omzet uit prestatiebekostiging uit te gaan van minder geleverde zorg dan voor de berekening van het schaduwbudget. Dit leidt tot een niet wenselijke scheefftrekking van het transitie-model. Materiele controles worden door de NZa in zoverre alleen meegenomen als het effect hiervan zowel in het schaduwbudget als de omzet uit prestatiebekostiging wordt meegenomen. De NZa kan om die reden niet akkoord gaan met de door bezwaarde opgevoerde mutatie.

Bovendien heeft de minister besloten dat de uitkomsten van het aanvullend onderzoek (het zelfassessment) om bovengenoemde reden niet worden meegenomen in de afwikkeling van het transitie-model. De minister acht het niet wenselijk dat instellingen opgevoerde correcties naar aanleiding van het onderzoek weer terugkrijgen via het transitie-model.<sup>40</sup>

Het bezwaar is op dit punt ongegrond.

D3 Materiële controle: eendaagse klinische opname

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan een correctie op de klinische eendaagse DBC's te hebben bepaald en genuanceerd in de omzetverantwoording 2012 voor € [vertrouwelijk ], die door de NZa ten onrechte niet is gehonoreerd.

De NZa kan bezwaarde hierin volgen.

<sup>40</sup> Brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 mei 2014 met het kenmerk 349886-118680-CZ.

De NZa stelt vast dat de door bezwaarde doorgevoerde materiële controle, conform het beleid van de NZa, verwerkt kan worden in de omzet uit prestatiebekostiging. Bezwaarde heeft bevestigd dat de correctie het gevolg is van de definitie verpleegdag. Er hoeft daarom geen correctie plaats te vinden aan de schaduwbudgetkant, aangezien het schaduwbudget een voortzetting is van de oude budgetsystematiek.<sup>41</sup>

Uit de door bezwaarde overgelegde brieven blijkt verder dat de controle tot daadwerkelijke verrekening met de zorgverzekeraars zal leiden.

Het bezwaar is op dit punt gegrond. De omzet van bezwaarde wordt in heroverweging voor € [vertrouwelijk ] bijgesteld. De NZa sluit hierbij aan bij het door het accountantskantoor BDO vastgestelde bedrag van € [persoonlijk ] (verklaring 4) in plaats van het door het accountantskantoor KPMG vastgestelde bedrag van € [vertrouwelijk ] (verklaring 3). Dit omdat het bedrag genoemd in verklaring 4 aansluit bij de totaalsom zoals door bezwaarde opgevoerd in het formulier Vaststelling Definitief Transitiebedrag 2012 en door bezwaarde is herhaald in de bezwaarprocedure.

#### D4 Materiële controle: hartrevalidatie

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan een fout te hebben gemaakt ten aanzien van de declaraties rondom hartrevalidatie. Bezwaarde merkt op dat de correctie geen invloed heeft op de parameters van het schaduwbudget en verzoekt de NZa de correctie in de omzet uit prestatiebekostiging mee te nemen.

De NZa kan bezwaarde hierin volgen.

De NZa stelt vast dat de door bezwaarde opgevoerde materiële controle, conform het beleid van de NZa, verwerkt kan worden in de omzet uit prestatiebekostiging. Er hoeft geen correctie plaats te vinden in het schaduwbudget. Uit de door bezwaarde overgelegde brieven blijkt daarnaast dat de controle tot daadwerkelijke verrekening met de zorgverzekeraars zal leiden.

Het bezwaar is op dit punt gegrond. De omzet van bezwaarde wordt in heroverweging voor € [vertrouwelijk ] bijgesteld.

#### D5 Bijzondere omstandigheden

Afwijken van de beleidsregel kan in beginsel alleen als er sprake is van een bijzondere omstandigheid ex artikel 4:84 Algemene wet bestuursrecht. Bijzondere omstandigheden zijn niet gesteld, noch gebleken.

---

<sup>41</sup> Circulaire van 21 februari 2012 (CI/12/63c) en pagina 21 van de Handreiking Omzetverantwoording 2012.

D6 Proceskostenvergoeding

Met betrekking tot vergoeding van de in bezwaar gemaakte kosten is van belang dat ingevolge artikel 7:15, tweede lid, van de Awb daarop recht bestaat indien het besluit wordt herroepen wegens een aan het bestuursorgaan te wijten onrechtmatigheid. Van herroeping van een primair besluit is hier (gedeeltelijk) sprake. Een en ander betekent dat in dit geval aan de toepassingsvoorwaarden van artikel 7:15, tweede lid, van de Awb is voldaan.

De NZa merkt bij de vaststelling van de hoogte van de toe te kennen kosten in bezwaar de zaak als van gemiddeld gewicht aan. Derhalve wordt een forfaitaire vergoeding toegekend op grond van het Besluit proceskosten bestuursrecht à € 980.

Dit bedrag is als volgt opgebouwd: 2 punten (indienen van het bezwaarschrift en verschijnen hoorzitting) x € 490<sup>42</sup> (waarde per punt) x (wegingsfactor) 1.

**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 tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.

Hoogachtend,  
De Nederlandse Zorgautoriteit

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

---

<sup>42</sup> Omdat het bezwaarschrift is ingediend in 2015 zijn de vergoedingen uit 2015 van toepassing.