



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. E. I. Schippers  
Postbus 20350  
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht  
T 030 296 81 11  
F 030 296 82 96  
E info@nza.nl  
I www.nza.nl

**Behandeld door**  
EGES/swag/CURE

**Telefoonnummer**  
0900 770 70 70

**E-mailadres**  
vragencure@nza.nl

**Kenmerk**  
78486/109494

**Onderwerp**  
Rapportage voorlopige transitiebedragen medisch specialistische zorg

**Datum**  
1 april 2014

Mevrouw de Minister,

In deze brief licht ik toe hoe de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de voorlopige transitiebedragen voor de medisch specialistische zorg heeft bepaald. In de Marktscan Medisch specialistische zorg 2013 kondigde de NZa aan te rapporteren over de voorlopige transitiebedragen. In de bijlage bij deze brief ontvangt u deze rapportage.

Voordat ik inga op de resultaten van de voorlopige vaststelling van de transitiebedragen, schets ik hieronder kort de gevolgde procedure.

#### *Besluitvorming en regelgeving*

Onze beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (BR/CU-2107) is als volgt tot stand gekomen.

Op 14 maart 2011 heeft u de voorhangbrief 'Zorg die loont' aan de Tweede Kamer toegezonden, waarin u uw plannen bekend heeft gemaakt om ziekenhuizen te gaan belonen naar prestaties. In deze brief heeft u de contouren van het transitieproces geschetst. In juli 2011 publiceerde de NZa, na een consultatie bij veldpartijen over de uitwerking van het door u voorgenomen transitieproces, het 'Verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg'. In 2011 heeft u ons aanwijzingen<sup>1</sup> gestuurd met betrekking tot de vaststelling van de regelgeving voor de transitie. Eind 2011 hebben we de eerste versie van de beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg bekend gemaakt, waarin het transitieproces was vastgesteld.

<sup>1</sup> Brieven van 21 juli 2011, kenmerk MU-C-3072825, van 27 juni 2011, kenmerk MC-U-3070836, en van 21 december 2011, kenmerk MC-3098541

In 2012 bracht de NZa een 'Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg'<sup>2</sup> uit. Hierin staat welke risico's en onzekerheden het transitie model met zich meebrengt door de combinatie van de gemaakte systeemkeuzes<sup>3</sup> en de nieuwe contractvormen<sup>4</sup> die partijen hebben gehanteerd.

**Kenmerk**  
78486/109494

**Pagina**  
2 van 7

Na overleg met veldpartijen is besloten geen aanpassingen te doen aan het transitie model, omdat die de reguleringszekerheid zouden aantasten. Partijen hebben vervolgens initiatieven genomen om de risico's en onzekerheden zoveel mogelijk in te dammen:

Op 7 februari 2013 brachten de NVZ en de NFU een 'Handreiking omzetverantwoording 2012' uit. Deze had als doel om onzekerheden over de omzet zoveel mogelijk weg te nemen en bovendien om partijen richtlijnen te geven bij de omzetverantwoording, waarbij maatschappelijk ongewenste uitkomsten vermeden worden.

De NZa heeft met een circulaire<sup>5</sup> bevestigd dat deze handreiking een juiste aanvulling en toelichting op de beleidsregels en nadere regels van de NZa bevat. Op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) functioneert sinds begin 2013 bovendien het platform omzetverantwoording, waarin VWS, veldpartijen, NZa en NBA/Coziek participeren. Dit platform behandelt nagekomen vraagstukken op het gebied van omzetverantwoording, die zijn opgekomen na het vaststellen van de Handreiking.

ZN heeft daarnaast een centraal team van zorgverzekeraars ingesteld dat alle aanvragen voor een transitiebedrag van instellingen en lokale verzekeraars beoordeelt voordat deze bij de NZa worden ingediend. Dit naar aanleiding van aanbevelingen van de commissie die in opdracht van ZN de mogelijkheden van oneigenlijk gebruik van het transitie model heeft onderzocht<sup>6</sup>.

Begin februari 2013 heeft u, na Bestuurlijk Overleg met de partijen van het Hoofdlijnenakkoord, besloten om de procedure rond de vaststelling van de transitiebedragen te wijzigen. Dit hield vooral verband met de verwachte knelpunten rond de omzetbepaling die eind 2012 door veldpartijen zijn aangedragen. In het Bestuurlijk Overleg is daarom besloten om de vaststelling in twee stappen te doen: een eerste voorlopige vaststelling in 2013 (najaar), gevolgd door een definitieve vaststelling in 2014 (zomer 2014).

Ook dit draagt bij aan het reduceren van onzekerheden en vermindert de mogelijkheden om de aanvraag voor het transitiebedrag op schattingen te baseren, waarmee het risico zou bestaan op 'berekenende' schattingen en daarmee op te hoge transitiebedragen.

---

<sup>2</sup> Brief NZa aan VWS – Evaluatie transitie model medisch specialistische zorg (25 juli 2012, kenmerk 9603)

<sup>3</sup> Het betreft o.a. de systeemkeuze om het uitgebreide B-segment gedeeltelijk onder het transitie model te brengen, en het oude B-segment buiten het transitie model te houden

<sup>4</sup> Het betreft bijvoorbeeld aanneemsommen en plafondafspraken, vaak integrale afspraken over het totaal van A- en B-segment, ziekenhuiskosten en specialistenhonoraria, in termen van schadelast

<sup>5</sup> Circulaire CI/13/9c van 11 februari 2013

<sup>6</sup> Rapport 'Spelen met regels en systeem in transitie' in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, maart 2013

De NZa heeft op uw verzoek<sup>7 8</sup> in augustus 2013 de gewijzigde procedure voor de vaststelling van de transitiebedragen vastgelegd in de beleidsregel BR/CU-2107, en de regeling NR/CU 236<sup>9</sup>. Na overleg met veldpartijen hebben we daarbij tevens besloten om bij de voorlopige vaststelling van de transitiebedragen ook daadwerkelijke verrekening via het Zorgverzekeringsfonds mogelijk te maken. De reden daarvoor was gelegen in het feit dat de transitieperiode al grotendeels voorbij was; vanuit de liquiditeitsbehoefte van instellingen werd de mogelijkheid van tussentijdse uitbetaling van het voorlopige transitiebedrag wenselijk geacht. Bij de definitieve vaststelling van de transitiebedragen zullen de voorlopige bedragen verrekend worden.

Kenmerk  
78486/109494  
Pagina  
3 van 7

In de aangepaste procedure is daarnaast de indieningstermijn voor de opgave van het voorlopige transitiebedrag uitgesteld van 1 juni naar 1 september 2013<sup>10</sup>. Dit naar aanleiding van een verzoek van de NVZ, NFU en ZN, waarin zij aangaven dat de complexiteit rondom de omzet 2012 en het ingewikkelde jaarrekeningentraject ertoe hebben geleid dat de aanvraag van het ziekenhuis en het overleg hierover met de lokale verzekeraars in een forse tijds-klem was gekomen.

Inmiddels hebben wij een aanvullend verzoek van u ontvangen<sup>11</sup>, waarin u vraagt de tijdlijn voor het vaststellen van het transitiebedrag aan te passen, zodat in 2015 een correctie op het definitieve transitiebedrag kan worden doorgevoerd. Deze correctie houdt vooral verband met materiele controles op declaraties uit 2012. Ook hierbij gaat het om het verminderen van schattingen in de omzet, in dit geval voor materiele controles, in de aanvraag voor het transitiebedrag. U heeft dit verzoek gedaan na overleg met de partijen van het bestuurlijk akkoord, om een zo zuivere mogelijke afwikkeling van het transitie-model te bewerkstelligen. De partijen betrokken bij het Hoofdlijnenakkoord hebben daarbij bestuurlijke afspraken gemaakt over het afronden van de declaraties en controles over 2012. Op dit moment treffen we de voorbereidingen voor de besluitvorming naar aanleiding van dit verzoek.

De hierboven genoemde regels zijn leidend voor de beoordeling van de aanvragen die in het najaar van 2013 zijn ingediend voor de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag. Voor zorgaanbieders is de aanlevering van de aanvraag voor het transitiebedrag verplicht. Bij instellingen die niet hebben aangeleverd, hebben wij handhaving ingezet.

Hoewel we ernaar streefden om eind december 2013 een besluit te hebben genomen op alle ingediende aanvragen voor het voorlopige transitiebedrag, is dit voor een deel van de aanvragen niet haalbaar gebleken. Dat hangt samen met het grote aantal eenzijdig ingediende aanvragen.

Bij een eenzijdig ingediende aanvraag is er geen sprake van overeenstemming tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars over de aanvraag.

<sup>7</sup> Brief van 8 februari 2013 (kenmerk CZ-3154516)

<sup>8</sup> Brief van 26 april 2013 (kenmerk:113209-102820-CZ)

<sup>9</sup> Zie ook circulaire CI/13/32c van 28 augustus 2013

<sup>10</sup> Zie ook circulaire CI/13/21c van 24 mei 2013

<sup>11</sup> Brief van 25 februari 2014 (kenmerk 195263-116905-CZ)

De behandeling van eenzijdig ingediende aanvragen kost, onder andere vanwege de mogelijkheid voor partijen om te reageren op een eenzijdige aanvraag, meer tijd dan een aanvraag op basis van wederzijdse overeenstemming. Hierdoor is de totale doorlooptijd voor de beoordeling langer geweest dan voorzien.

**Kenmerk**  
78486/109494

**Pagina**  
4 van 7

Begin februari 2014 hebben wij de laatste beschikkingen afgegeven voor het voorlopige transitiebedrag. Hieronder gaan we in op de resultaten van de voorlopige vaststelling van de transitiebedragen.

#### *Voorlopige verrekenbedragen<sup>12</sup>*

Zoals hiervoor weergegeven, was vooraf bekend dat de voorlopige verrekenbedragen op dit moment voor een groot deel op onzekere cijfers zijn gebaseerd. Deze onzekerheden zijn het logische gevolg van gemaakte systeemkeuzes en gekozen contractvormen.

In de wetenschap dat de cijfers met veel onzekerheden omgeven zijn, rapporteren we de resultaten van de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag.

De macro te verrekenen bedragen bij de voorlopige vaststelling zijn als volgt<sup>13</sup>:

	2012	2013	2014
Macro voorlopig verrekenbedrag	€ 267,6 miljoen	€ 189,2 miljoen	€ 0

Deze bedragen zijn de saldi van de positieve en negatieve voorlopige verrekenbedragen, dat wil zeggen de bedragen die instellingen uitbetaald kunnen krijgen uit het Zorgverzekeringsfonds (positieve bedragen) en bedragen die instellingen verplicht moeten afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds (negatieve bedragen).

In deze cijfers zijn alle instellingen meegenomen die onder de transitieregeling vallen: algemene ziekenhuizen, UMC's, revalidatie-instellingen, klinisch genetische centra, dialysecentra, radiotherapeutische centra, en audiologische centra.

In 2012 is al voor € 148,7 miljoen aan voorschotten op het verrekenbedrag 2012 verstrekt. Dit voorschotbedrag is onderdeel van de hierboven vermelde € 267,6 miljoen.

In de marktscan rapporteerden we een voorlopig transitiebedrag van € 343,3 miljoen voor de algemene en academische ziekenhuizen (dus exclusief de categorale instellingen).

<sup>12</sup> Het verrekenbedrag 2012 is 95% van het transitiebedrag 2012, het verrekenbedrag 2013 is 70% van het transitiebedrag 2012. Voor revalidatie-instellingen en audiologische centra is geen voorlopig verrekenbedrag 2013 vastgesteld.

<sup>13</sup> In de tabel zijn in 2013 en 2014 geen voorlopige cijfers opgenomen voor categorale instellingen waarvoor de transitieperiode loopt van 2012-2014 (audiologische centra en revalidatie-instellingen) en van 2013-2014 (longrevalidatie-instellingen en epilepsiecentra). Voor deze instelling categorieën wordt over 2013 een transitiebedrag berekend; hierover zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Dit cijfer was gebaseerd op ramingen die zorgaanbieders in hun jaarrekening 2012 hadden gemaakt, vooruitlopend op het overleg met de zorgverzekeraars over de aanvraag voor het transitiebedrag, en de beoordeling door de NZa. De algemene en academische ziekenhuizen hebben, na het overleg met de zorgverzekeraars, in totaal voor € 305,4 miljoen (verrekenbedrag 2012) aangevraagd bij de NZa.

**Kenmerk**  
78486/109494

**Pagina**  
5 van 7

De NZa heeft, vanuit haar wettelijke bevoegdheid om de transitiebedragen vast te stellen, een eigen beoordeling van de aanvragen uitgevoerd op basis haar beleidsregels. We hebben ons daarbij in dit stadium van de voorlopige vaststelling vooral gericht op de beoordeling van het schaduwbudget. Binnen het schaduwbudget wordt de oude systematiek van functiegerichte budgettering feitelijk voortgezet; de regelgeving voor het schaduwbudget is niet anders dan in voorgaande jaren en is reeds lange tijd bekend bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en accountants.

De omzet 2012 hebben we niet beoordeeld bij de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag. De NZa is niet in staat om de omzetopgave te beoordelen en moet voor de juistheid van de omzet afgaan op het oordeel van de accountant. Dat is inherent aan het gekozen transitie-model. We kunnen slechts een marginale toets op de omzet uitvoeren, bovendien alleen als deze met specifieke toelichtingen is onderbouwd. Daarnaast kunnen we een plausibiliteitscontrole uitvoeren. De omzet bevat op het moment van de voorlopige vaststelling nog veel onzekerheden; dat is de voornaamste reden dat de definitieve vaststelling van het transitiebedrag is uitgesteld.

De onzekerheden in de omzet blijken ook uit een sector breed generiek voorbehoud dat accountants hebben gemaakt ten aanzien van de juistheid van de omzet 2012 in de aanvraag voor het transitiebedrag. Ook verzekeraars hebben een disclaimer gegeven bij de omzetgegevens in de aanvraag.

De NZa heeft de omzetgegevens uit de aanvragen ongewijzigd overgenomen bij de berekening van het voorlopige transitiebedrag. Het verschil tussen aangevraagde en toegekende verrekenbedragen is dus geheel het gevolg van afwijzingen van aangevraagde vergoedingen voor het schaduwbudget.

We hebben geconstateerd dat een deel van het (zowel door ziekenhuizen als zorgverzekeraars) aangevraagde bedrag in het schaduwbudget in strijd is met de beleidsregels. Bedragen die in strijd zijn met de beleidsregels hebben wij niet gehonoreerd. Dit geldt ook als zorgaanbieder en zorgverzekeraars lokaal een vaste afspraak (lumpsum) over het schaduwbudget hebben gemaakt. Afsproken bedragen moeten onderbouwd worden door partijen, en passen binnen de beleidsregels.

Voor de algemene en academische ziekenhuizen hebben we voor 2012 een voorlopig verrekenbedrag van € 224,1 miljoen vastgesteld, een verschil van bijna € 120 miljoen met de ramingen in de jaarrekeningen, en € 81,3 miljoen met de (laagst<sup>14</sup>) aangevraagde bedragen.

Kenmerk  
78486/109494  
Pagina  
6 van 7

Wanneer we naar de voorlopige resultaten van het transitie­model kijken, dan zien we dat een groot aantal ziekenhuizen in 2012 een omzettekort in het oude A-segment heeft, als de omvang van het schaduwbudget als ijkpunt wordt beschouwd. Deze omzettekorten in 2012 worden in het transitie­model bijgepast met het verrekenbedrag: voor 2012 voor 95% en voor 2013 voor 70%.

In 2011 was er nog sprake van een opbrengstoverschot bij de meeste ziekenhuizen. Hoewel in 2012 met de invoering van DOT en de add-on systematiek meer zorg in declarabele prestaties is omschreven, is er bij algemene ziekenhuizen toch sprake van een daling in de gedeclareerde productie (oud A segment), terwijl het schaduwbudget licht stijgt. De oorzaken van deze omslag tussen 2011 en 2012 kunnen bijvoorbeeld liggen in systeemwijzigingen, contracteergedrag en autonome ontwikkelingen.

#### *Voorlopige cijfers*

We benadrukken dat deze cijfers een zeer voorlopig karakter hebben. De volgende factoren kunnen zorgen voor een bijstelling van het transitiebedrag bij de definitieve vaststelling:

1. Zowel de omzet als het schaduwbudget kunnen nog wijzigen als gevolg van het uit declareren van het onderhanden werk 2012. Immers pas bij het afsluiten van een DBC-zorgproduct staat vast of dit zorgproduct onder het oude A-segment (en daarmee onder het transitie­model) of het oude B-segment (buiten het transitie­model) valt;
2. De omzet en het schaduwbudget kunnen wijzigen als gevolg van herziening van contracten, zoals bijvoorbeeld het alsnog nacalculeren van productie die niet in contract was overeengekomen, of prijsbijstellingen;
3. Materiele controles op declaraties kunnen (afhankelijk van de contractvorm) een effect hebben op de omzet, en mogelijk ook op het schaduwbudget;
4. De NZa heeft in veel gevallen de aanvragen voor bepaalde vergoedingen in het schaduwbudget niet gehonoreerd, omdat deze onvoldoende waren onderbouwd. Dit geldt met name voor de kapitaallasten. Indien partijen bij de definitieve aanvraag een betere onderbouwing aanleveren, dan is niet uit te sluiten dat de NZa deze vergoedingen alsnog (deels) toekent;
5. Eventuele bezwaarprocedures tegen de voorlopige vaststelling van het transitiebedrag.

De kans bestaat dat het macro transitiebedrag nog oploopt als gevolg van de laatste twee genoemde factoren. Zoals vermeld heeft de NZa voor € 81,3 miljoen afgewezen bij de algemene en academische ziekenhuizen.

---

<sup>14</sup> In het geval het ziekenhuis en de zorgverzekeraar elk een verschillende eenzijdige aanvraag hebben ingediend. De beleidsregel gaat in die gevallen uit van de laagste aanvraag.

Het is niet uit te sluiten dat een deel van dit bedrag alsnog wordt toegekend bij de definitieve aanvraag als de aanvraag beter is onderbouwd, of naar aanleiding van bezwaar en beroep. De mate en richting waarin de overige factoren het transitiebedrag zullen beïnvloeden kunnen we niet voorspellen.

We hebben in de beschikkingen voor de verrekenbedragen vermeld dat instellingen geen rechten kunnen ontleenen aan de uitkomsten van de voorlopige vaststelling voor de definitieve vaststelling.

**Kenmerk**  
78486/109494

**Pagina**  
7 van 7

Hoewel de voorspellende waarde van de voorlopige transitiebedragen voor de definitieve uitkomsten beperkt is, vinden wij het belangrijk de resultaten in dit stadium op onderdelen (ontwikkelingen in schaduwbudget en omzet) te analyseren. Dit maakt het mogelijk later dit jaar, bij de definitieve vaststelling de vergelijking te maken met de voorlopige vaststelling, en te evalueren of het besluit om de vaststelling gefaseerd te laten plaatsvinden het beoogde effect heeft gehad, dat wil zeggen het zo zuiver mogelijk kunnen afwikkelen van het transitie-model. Bij de definitieve vaststelling van de transitiebedragen in de tweede helft van dit jaar zullen wij u opnieuw een rapportage toesturen.

Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur

**Bijlage:**  
Rapport Voorlopige vaststelling transitiebedragen medisch specialistische zorg