

Zorgverzekeraars Nederland

'Spelen met regels én systeem in transitie'

**Onderzoek mogelijk misbruik
transitiemodel**

Eindrapportage

Dit rapport heeft 95 pagina's
Eindrapportage def versie.docx
Breukelen, 4 maart 2013

Inhoudsopgave

Introductie

Managementsamenvatting	5
1 Opdracht	7
1.1 Achtergrond	7
1.2 Doel van de opdracht	7
1.3 Leeswijzer	9
1.4 Aard van de opdracht	9
2 Totstandkoming van de regels rondom het transitie­model	10
2.1 Wijze van totstandkoming van het transitie­model	10
2.2 Het consultatie­proces	11
2.3 Oorzaken van de complexiteit van het systeem	11
3 Theoretische misbruik­mogelijkheden	15
3.1 Spelen met regels: de mogelijkheden	15
3.2 DOT­contractering	15
3.3 Hoogte van het schaduw­FB	18
3.4 Administratieve afwikkeling en bepaling transitie­bedrag	19
3.5 Overige factoren	21
3.6 Administratieve afwikkeling	21
3.7 Conclusie van de inventarisatie	21
4 Normenkader en methode van onderzoek	23
4.1 Noodzaak normenkader	23
4.2 Normenkader	23
4.3 Methode van onderzoek	24
5 Relatie inkoop en het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord (BHA)	26
5.1 Afspraken in het BHA	26
5.2 Berekening groeiruimte ZN	26
5.3 Selectieve inkoop	27
6 Systeem in transitie	28
6.1 Het eindmodel	28
6.2 De techniek van de contractering 2012	28
6.3 Systematiek van de zorginkoop	29
6.4 Uitkomsten van de analyse	32

7	Bijzondere items	36
7.1	Inleiding	36
7.2	Kapitaallasten	36
7.2.1	Wet- en regelgeving kapitaallasten	36
7.2.2	Kapitaallasten in het eindmodel	37
7.2.3	Conclusie	38
7.3	Doelmatigheid	40
7.3.1	Wet- en regelgeving doelmatigheid	40
7.3.2	Doelmatigheid in het eindmodel	41
7.3.3	Conclusie	41
7.4	A/B-schuif	42
7.4.1	Wet- en regelgeving A/B-schuif	42
7.4.2	Conclusie ten aanzien van de A/B-schuif	42
7.5	Verhoging schaduw-FB	43
7.5.1	Aard van de problematiek	43
7.5.2	Verhoging schaduw-FB in eindmodel	43
7.5.3	Conclusie ten aanzien van verhoging schaduw-FB	44
7.6	Contractering umc's	44
7.6.1	Aard van de problematiek	44
7.6.2	UMC's in het eindmodel	44
7.6.3	Conclusie ten aanzien van de umc's	45
7.7	Marktaandelen	45
7.7.1	Rol van de marktaandelen bij de contractering	45
7.7.2	Gebrek aan consistentie in te gebruiken cijfers	45
7.7.3	Conclusie	46
8	Casuïstiek	47
8.1	Kapitaallasten	47
8.2	A-B schuif	48
9	Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA)	50
9.1	Rol van de NBA	50
9.2	Brief van 20 december 2012 aan het ministerie van VWS	50
9.3	Werkzaamheden door het veld	51
9.4	De NBA Alert van februari 2013	51
9.5	Gevolgen controleverklaringen	52
9.6	De NBA Alert in relatie tot het onderhavige onderzoek	52
9.7	Conclusie	53
10	Conclusie van het onderzoek	54
10.1	Beoordeling transitie-model in de praktijk	54
10.2	Beoordeling van de complexiteit van het systeem	57
10.3	Samenvattende conclusie	58

11	Advies vervolgstappen	59
11.1	Consistentie van handelen	59
11.2	De ex post claim op het Zorgverzekeringsfonds	59
11.3	Nog te nemen vervolgstappen	59
11.3.1	Acties op korte termijn met betrekking tot de contractering 2012	60
11.3.2	Acties op het moment dat de werkelijke claims op het Zorgverzekeringsfonds bekend zijn	60
11.3.3	Acties met betrekking tot de contractering 2013 en 2014	60
11.3.4	Acties met betrekking tot de umc's	61
12	Afronding opdracht	62
A	Kapitaallasten in DOT-prijzen en korting voor doelmatigheid	63
B	Juridisch kader beschikbaarheidbijdrage	83
C	Lijst met geïnterviewde personen	85
D	Geraadpleegde literatuur	86
E	Format informatievraag zorgverzekeraars	90
F	Brief verstuurd aan ziekenhuizen/umc's	91
G	Lijst gehanteerde definities	93

drs. D.W. Voetelink RA
Postbus 74500
1070 DB Amsterdam
Telefoon 06 51384853

mr. W.K. Bischot
Postbus 75265
1070 AC Amsterdam
Telefoon 06 53127045

prof. dr. mr. M. Pheijffer RA
Postbus 130
3620 AC Breukelen
Telefoon 06 42229669

Aan de Directie van
Zorgverzekeraars Nederland
De heer dr. P.F. Hasekamp
Postbus 520
3700 AM ZEIST

Breukelen, 4 maart 2013

Betreft: Eindrapportage onderzoek mogelijk misbruik transitie-model

Geachte heer Hasekamp,

Hierbij ontvangt u de eindrapportage van het onderzoek naar het mogelijk misbruik van het transitie-model curatieve zorg.

De Commissie Mogelijk Misbruik transitie-model (hierna: de Commissie) heeft onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden tot misbruik van het transitie-model en vervolgens naar het zich al dan niet feitelijk voordoen van het misbruik. De Commissie heeft zich bij het laatstbedoelde onderzoek zowel gericht op het contracteerbeleid, als op de uitvoering hiervan in het onderhandelingsproces en de afgesloten contracten. Deze eindrapportage is gebaseerd op een breed onderzoek naar de feitelijke contractering van medisch-specialistische zorg 2012 bij alle zorgverzekeraars, onderzoek van de contractering bij alle umc's en specifiek onderzoek bij ziekenhuizen die zich bij de Commissie hebben gemeld. Voorts heeft diepgaand onderzoek plaatsgevonden betreffende de verzamelde wet- en regelgeving.

Het verkrijgen van de gevraagde informatie van de zorgverzekeraars heeft veel tijd gevegd. Op 15 november 2012 is een verzoek uitgegaan naar alle zorgverzekeraars om informatie aan te leveren volgens een vastgesteld format. Het heeft uiteindelijk tot medio januari 2013 geduurd voordat de laatste zorgverzekeraar informatie had aangeleverd. Tot en met 7 februari 2013 zijn aanvullende vragen beantwoord.

De Commissie sluit het onderzoek tot zover af met het beantwoorden van de vraag of zij aan de hand van het opgestelde normenkader, feitelijk misbruik en/of fraude heeft kunnen constateren.

Ten slotte geeft de Commissie een aantal adviezen over de te nemen vervolgstappen.

Gaarne willen wij deze rapportage aan u toelichten.

Hoogachtend,

D.W. Voetelink/Mw. W.K. Bischot/M. Pheijffer

Managementsamenvatting

In de periode september 2012 tot en met februari 2013 heeft de Commissie een onderzoek uitgevoerd naar mogelijk misbruik bij de toepassing van het transitie-model. De Commissie heeft het onderzoek de ondertitel gegeven: **Spelen met regels én systeem in transitie**.

Er zijn op aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) **regels** opgesteld om een transitie naar een helder gedefinieerd eindmodel mogelijk te maken, waarin inkoop door zorgverzekeraars plaatsvindt op basis van *marktconforme prijzen*, op basis van *integrale prijzen* en met een maximale inzet op *kwaliteit en doelmatigheid*.

Het **transitie-model** is bedoeld om een soepele overgang naar dit eindmodel te bereiken: systeemrisico's voor ziekenhuizen moeten worden ondervangen. Het transitie-model is niet bedoeld om ziekenhuizen en/of zorgverzekeraars kortstondig te bevoordelen. Een beroep op het transitie-model is alleen te rechtvaardigen als door partijen werkelijk wordt gewerkt aan het bereiken van het eindmodel en daarbij consistent wordt gehandeld, maar zich desondanks voor ziekenhuizen een te abrupte omzetsdaling voordoet.

De belangrijkste conclusies van de Commissie zijn:

- Het onderzoek heeft geleid tot een normenkader voor de beoordeling van contractering van zorg door zorgverzekeraars en ziekenhuizen in het licht van de toepasselijke wet- en regelgeving en contractuele afspraken. Het onderzoek heeft een reinigende werking gehad: onder het motto 'beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald' zijn diverse reeds afgesloten contracten nogmaals gezien. Waar noodzakelijk in het licht van de conclusies van het onderzoek zijn en worden reparaties uitgevoerd.
- Regelgeving, die ondanks de aanzienlijke omvang ervan niet op alle vragen antwoorden geeft, leidt tot het risico van opportunistische interpretaties. Zeker daar waar sprake is van onzekerheden. Getoetst aan het opgestelde normenkader kan er in geval van onvoldoende duidelijke regelgeving niet snel sprake zijn van 'misbruik'.
- In een aantal gevallen is een risico op misbruik of fraude geconstateerd bij de contractering met individuele ziekenhuizen. Vooralsnog is de Commissie niet gebleken dat dit risico zich zal materialiseren, omdat zorgverzekeraars, waar noodzakelijk – naar aanleiding van het onderzoek van de Commissie – (doende zijn te) repareren wat initieel vermoedelijk niet toelaatbaar was.
- Misbruik of fraude bij het door zorgverzekeraars gevoerde beleid is de Commissie niet gebleken. De definitieve beoordeling van de contractering 2012 dient in de komende jaren plaats te vinden op basis van consistentie. Een uiteindelijke conclusie, vooral ten aanzien van Normalisatie Kapitaallasten en Doelmatigheidskorting, is eerst in 2014 te trekken.
- De Commissie doet aanbevelingen voor aanvullende controles op de werking en uitvoering van het transitie-model in de komende jaren.
- Zorgverzekeraars en ziekenhuizen zullen een gezamenlijke inspanning moeten leveren om zo snel mogelijk volledig inzicht te verschaffen inzake het verschil tussen schadelast en omzet.

Ondanks de constatering ten aanzien van de initiële contractering bij een enkel ziekenhuis, stelt de Commissie vast dat aan het beoogde doel (het eindmodel), te weten inkoop door zorgverzekeraars op basis van marktconforme prijzen en integrale prijzen met een maximale inzet op kwaliteit en doelmatigheid, door zorgverzekeraars en ziekenhuizen in zijn algemeenheid in de goede richting wordt gewerkt.

1 Opdracht

1.1 Achtergrond

Door zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn signalen afgegeven dat er door betrokkenen mogelijk misbruik wordt gemaakt van het transitie-model dat is gecreëerd voor de overgang van budgetbesteding naar prestatiebesteding. Dit is aanleiding geweest voor de onderzoeksopdracht aan de Commissie. De overgang naar prestatiebesteding, de invoering van een nieuwe productstructuur en de toepassing van het transitie-model hebben geleid tot een veelheid aan complexe regelgeving. Omdat de omzet van ziekenhuizen niet een-op-een aansluit met de schadelast van zorgverzekeraars, nemen de onduidelijkheden, de complexiteit en de sturingsmogelijkheden van het systeem van besteding en financiering toe. Voor de jaren 2012 en 2013 is sprake van uitkeringen van transitiebedragen uit het Zorgverzekeringsfonds, welke uitkeringen niet ten laste van een specifieke zorgverzekeraar komen.

Voor dezelfde jaren als waarin het transitie-model van kracht is, zijn contractuele afspraken gemaakt tussen (onder andere) zorgverzekeraars en ziekenhuizen, bij monde van hun koepels, die gericht zijn op structurele beheersing van de uitgavengroei. Deze zijn vastgelegd in het 'Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord'¹ (hierna: BHA). Waar deze afspraken voor individuele partijen knellen, neemt de prikkel tot mogelijk misbruik van het transitie-model toe.

De signalen van mogelijk misbruik van het transitie-model en/of schending van het BHA hebben betrekking op situaties waarin bewust wordt gestuurd op onderdekking van het schaduw-FB die potentieel leidt tot een uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds aan het ziekenhuis. De onderdekking levert een lagere schadelast voor de verzekeraar op. Deze verkrijgt daardoor een voordeel ten opzichte van andere verzekeraars indien deze niet dergelijke afspraken maken.

Voor het ziekenhuis kan onderdekking in het A-segment ook aantrekkelijk zijn, bijvoorbeeld indien een lagere productieafpraak in het A-segment gepaard gaat met een hogere afspraak in het B-segment. Indien het totaal van deze afspraak binnen de afgesproken groeirimte blijft, suggereert dit dat er sprake is van een trendbreuk in het kostenniveau van het ziekenhuis, zoals is bedoeld in het BHA. Als het ziekenhuis naast de betalingen door zorgverzekeraars echter op grond van het transitie-model nog twee jaar een uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt, wordt het totale kostenniveau macrobudgettair alsnog verhoogd ten opzichte van de uitkomst van de prestatiebesteding. Daardoor treedt de trendbreuk in feite niet, dan wel in mindere mate op.

1.2 Doel van de opdracht

De directie van Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) heeft opdracht gegeven aan een aantal experts (hierna de Commissie) om een onderzoek in te stellen naar het mogelijk misbruik van het transitie-model.

Het eerste deel van het onderzoek is gericht geweest op:

- het opstellen van een beschrijving van het transitie-model;

¹ Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 d.d. 4 juli 2011

- het uitvoeren van een nadere analyse van de robuustheid van het transitie-model;
- het opstellen van een beschrijving en het uitvoeren van een analyse naar de contractering en het contracteringsproces in relatie tot het BHA;
- het opstellen van een normenkader om vast te stellen of er sprake is van mogelijk misbruik (normenkader).

In deel I van het onderzoek heeft de Commissie vastgesteld dat er sprake is van contractering van zorg tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen/umc's, die zodanig is vormgegeven, dat deze ex ante leidt tot claims op het Zorgverzekeringsfonds en dat er binnen het systeem mogelijkheden zijn om het transitie-model te misbruiken. Gelet op de uitkomsten van het eerste deel heeft het bestuur van ZN opdracht gegeven tot het uitvoeren van een vervolgonderzoek naar de vraag of deze ex ante claims ook daadwerkelijk het gevolg zijn van misbruik. Hierbij gaat het om zowel het contracteerbeleid, als de uitvoering hiervan in het onderhandelingsproces bij het sluiten van de contracten.

De volgende aspecten behoren tot het tweede deel van het onderzoek:

- Analyse van de feitelijke contractering bij zorgverzekeraars.
- Analyse van de uit het veld ontvangen signalen van specifieke ziekenhuizen.
- Analyse van de contractering bij de umc's.

In deze eindrapportage trekt de Commissie conclusies ten aanzien van de vraag of er feitelijk sprake is van vormen van mogelijk misbruik aan de hand van het door haar opgestelde normenkader. Voorts geeft de Commissie adviezen aangaande te nemen vervolgstappen.

Schematisch kan het door de Commissie uitgevoerde onderzoek als volgt worden weergegeven:

Deel van het onderzoek	Subtitel van het onderzoek	Aspecten van het onderzoek
Deel I	<i>Spelen met regels</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Theorie wet- en regelgeving. • Signaleren mogelijke risico's.
Deel II	<i>Systeem in transitie</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Wet- en regelgeving in de praktijk. • Manifestatie gesignaleerde risico's.

1.3 Leeswijzer

In de hoofdstukken 2 en 3 wordt ingegaan op de uitkomsten van deel I van het onderzoek: ‘Spelen met regels’. Hoofdstuk 2 gaat in op de relevante regelgeving en hoofdstuk 3 op de inventarisatie van de mogelijkheden om de uitkomsten van het transitie-model te beïnvloeden.

In hoofdstuk 4 worden het door de Commissie gehanteerde normenkader en de methode van het onderzoek uiteengezet. In hoofdstuk 5 wordt kort aandacht besteed aan de relatie tussen de contractering 2012 en de afspraken uit het BHA.

In hoofdstuk 6 en volgende wordt ingegaan op het ‘Systeem in transitie’. Hoofdstuk 6 behandelt de kwantitatieve uitkomsten van het onderzoek naar de contractering en hoofdstuk 7 gaat in op een aantal bijzondere onderwerpen, zoals kapitaallasten, doelmatigheid, de A/B-schuif en enkele gerelateerde onderwerpen.

Hoofdstuk 8 behandelt enige casusposities. Hoofdstuk 9 gaat in op de activiteiten van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (hierna: NBA) met betrekking tot de jaarrekeningen van ziekenhuizen over 2012.

De conclusies van de Commissie worden weergegeven in hoofdstuk 10, waarna in hoofdstuk 11 de aanbevelingen zijn opgenomen voor de te nemen vervolgstappen.

1.4 Aard van de opdracht

De Commissie heeft de opdracht uitgevoerd in overeenstemming met Nederlands recht, waaronder begrepen de Verordening Gedragscode en de Nadere voorschriften onafhankelijkheid van de openbaar accountant.

Voor de goede orde merken wij op dat ons onderzoek zich heeft beperkt tot de in de opdracht opgenomen aspecten en gelimiteerd is tot de beoordeling van de inhoud van ter beschikking gestelde documenten, informatie en interviews. Door de zorgverzekeraars is uitgebreide informatie ter beschikking gesteld over het beleid, de uitvoering en de uitkomsten van de contractering 2012. Alle bij zorgverzekeraars opgevraagde informatie is ontvangen en alle aan zorgverzekeraars gestelde vragen zijn beantwoord. Bij de onderzochte cases is door ziekenhuizen relevante informatie aan de Commissie ter beschikking gesteld. Daarnaast heeft de Commissie de relevante wet- en regelgeving bij haar beoordeling betrokken. Bij de uitvoering van het onderzoek heeft de Commissie geen beperkingen ondervonden.

Door de Commissie is een groot aantal interviews (72) gehouden met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

Op basis van de in de eerste alinea genoemde regelgeving en de wijze waarop de opdracht is uitgevoerd, houdt deze opdracht in dat wij geen accountantscontrole of beoordelingsopdracht hebben verricht en daarmee ook geen zekerheid verschaffen omtrent de getrouwheid van de financiële informatie.

2 Totstandkoming van de regels rondom het transitie­model

2.1 Wijze van totstandkoming van het transitie­model

Veranderingen

In maart 2011 heeft de minister van VWS bekendgemaakt dat zij per 1 januari 2012 in de ziekenhuissector prestatie­bekostiging, de DOT-systematiek en een beheersmodel voor de medisch specialisten wil invoeren. De wijzigingen zijn door de NZa onder meer uitgewerkt in het programma ‘Implementatie prestatie­bekostiging medisch specialistische zorg’.

In de voorbereiding heeft de NZa de sector intensief betrokken bij de invoering, onder meer door het organiseren van technische overleggen, het opstellen van een consultatiedocument, het organiseren van consultatie­bijeenkomsten en een schriftelijke consultatieronde. De uitkomsten van dit proces heeft de NZa vastgelegd in een Verantwoordingsdocument² dat als basis heeft gediend voor de opgestelde beleidsregels.

In het eindmodel van de medisch-specialistische zorg geldt prestatie­bekostiging, waarin ziekenhuizen per geleverde prestatie worden betaald, op basis van integrale tarieven. Om vanuit het oude systeem van bekostiging via budgetten over te gaan naar het gewenste eindmodel geldt voor de jaren 2012 en 2013 een transitie­model. De bedoeling van het transitie­model is het dempen van systeemrisico’s voor de instellingen voor medisch-specialistische zorg waarop de FB-budgettering van toepassing is (geweest) (hierna te noemen ‘ziekenhuizen’).

Doel van de veranderingen

In de brief ‘Zorg die Loont’ van 14 maart 2011 van de minister van VWS wordt beschreven hoe is beoogd per 2012 prestatie­bekostiging in te voeren voor ongeveer 70% van de ziekenhuiszorg.³ Dit met als doel de situatie waarin ziekenhuizen door het systeem van budgettering nog te weinig worden uitgedaagd tot het leveren van *doelmatige* kwaliteit en vernieuwing. De minister treft overgangsmaatregelen die enerzijds voldoende zekerheid bieden, terwijl tegelijkertijd sprake is van dynamiek, waardoor ook in de transitie­periode ziekenhuizen die het goed doen kunnen groeien en ziekenhuizen die patiënten verliezen zullen krimpen.

De minister beschrijft een overgangsmodel voor 2012 en 2013 dat beoogt systeemrisico's te verzachten, maar niet de reguliere omzetrisico's. Onder *systeemrisico's* vallen volgens de minister (gewenste) verschuivingen in omzet en schadelast die uitsluitend het gevolg zijn van de *technische* verandering van het bekostigingssysteem. Onder *omzetrisico's* vallen volgens de minister (eveneens gewenste) verschuivingen in patiëntenstromen en de daarbij behorende omzetverschuivingen. Die omzetverschuivingen zijn een *beoogd effect* van de invoering van prestatie­bekostiging.

De systeemrisico's moeten worden afgedekt door het per ziekenhuis vaststellen van een transitie­bedrag, dat is gebaseerd op het verschil tussen de schaduwomzet 2012 (gebaseerd op het FB) en de bijbehorende DOT-omzet 2012. Het transitie­bedrag wordt in 2012 voor 95% en in 2013 voor 70% gecompenseerd.

² NZa Verantwoordingsdocument ‘Invoering prestatie­bekostiging medisch specialistische zorg’. Uitwerking van implementatie per 2012, d.d. juli 2011.

³ Brief minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 14 maart 2011, kenmerk CP-IPZ3056686 ‘Zorg die Loont’.

Kapitaallasten

In het eindmodel maken de kapitaallasten integraal deel uit van de tarieven. Voor de overgang van de huidige systematiek van de vergoeding voor kapitaallasten naar de integrale tarieven heeft de NZa in 2010 een overgangsregeling vastgesteld.

Het betreft een aflopende garantie op de WTZi-kapitaallasten voor de periode 2011-2016 (zie hiervoor Bijlage C inzake de kapitaallasten). Het ministerie van VWS heeft in de brief 'Zorg die Loont' aangegeven dat de kapitaallasten in 2012 onderdeel moeten zijn van het transitie­model. Dit impliceert dat de kapitaallasten worden opgenomen in het schaduw-FB en dat op deze lasten wordt nagecalculeerd. Hierdoor is in 2012 vergoeding van minimaal 95% van de kapitaallasten gegarandeerd.

2.2 Het consultatie­proces

In het consultatiedocument 'Invoering prestatie­bekostiging medisch specialistische zorg'⁴ en in de notitie 'Invoering prestatie­bekostiging medisch specialistische zorg, reactie op het consultatiedocument'⁵ doet de NZa verslag van het proces van voorbereiding, consultatie en invoering. De NZa constateert dat de technische overleggen geleid hebben tot gedeelde beelden over de richting en de te maken keuzes.

Kanttekeningen zijn onder meer gemaakt bij de volgende onderwerpen:

- de juistheid van het te berekenen transitie­bedrag als gevolg van verschuivingen tussen de segmenten;
- het ontbreken van DOT-producten voor bepaalde zorgvormen;
- verschuivingen in het onderhanden werk;
- het betrekken van de overloop A-segment DBC's bij de berekening van het transitie­bedrag;
- de registratiediscipline en de benodigde geautomatiseerde ondersteuning;
- de samenloop van de overgangsregeling kapitaallasten en de transitie­bekostiging.

Door meerdere partijen, zoals de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en enkele individuele ziekenhuizen is gewezen op de opeen­stapeling van wijzigingen die in 2012 in de bekostiging van de medisch specialistische zorg worden ingevoerd. Dit leidt naar de mening van betrokkenen tot grote risico's en onzekerheden.

2.3 Oorzaken van de complexiteit van het systeem

Schadelast versus omzet

Vóór de invoering van het DBC-systeem was er sprake van bekostiging door budgettering en financiering van deze budgetten door het declareren van verrichtingen.

⁴ NZa Consultatiedocument 'Invoering prestatie­bekostiging medisch specialistische zorg'. Uitwerking van implementatie per 2012, d.d. mei 2011.

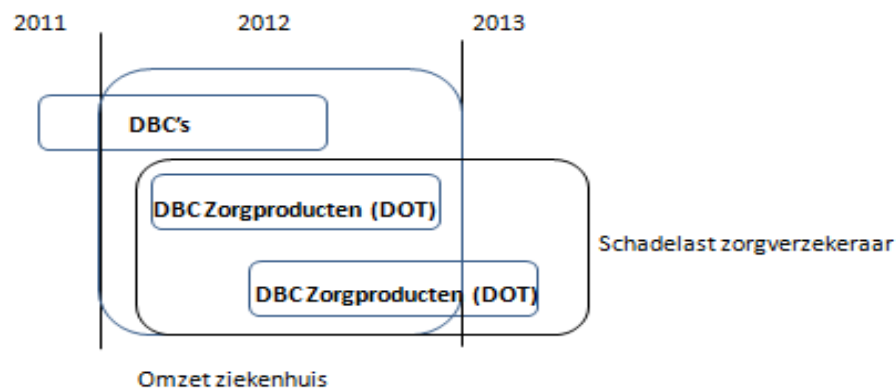
⁵ NZa 'Invoering prestatie­bekostiging medisch specialistische zorg', reacties op consultatiedocument', d.d. juli 2011.

De afgesproken budgetten voor ziekenhuizen waren, rekening houdende met de nog in de tarieven te verrekenen bedragen, vrijwel gelijk aan de schadelast van de zorgverzekeraars. Met de invoering van het DBC-systeem is een substantieel verschil ontstaan tussen de omzet van de ziekenhuizen en de schadelast van de zorgverzekeraars. Dit verschil wordt in belangrijke mate veroorzaakt door het onderhanden werk.

Voor de zorgaanbieder bestaat de omzet uit de waarde behorend bij alle in een kalenderjaar uitgevoerde activiteiten. In declaratietermen is dit gelijk aan alle in een jaar gesloten en gefactureerde DBC-zorgproducten (thans DOT geheten), onder aftrek van het onderhanden werk op 31 december van het voorgaande jaar en vermeerderd met het onderhanden werk op 31 december van het kalenderjaar. Voor de zorgverzekeraar is de schadelast de declaratiewaarde van alle in een kalenderjaar geopende zorgproducten. Voor de zorgaanbieder bestaat het onderhanden werk uit de *bestede kosten* aan de nog lopende zorgtrajecten. Het onderhanden werk is voor de zorgverzekeraar de *schadelast* voortkomend uit de nog lopende zorgtrajecten.

In onderstaande figuur worden de hiervoor omschreven verschillen geschetst.

Complexiteit van het systeem: omzet versus schadelast



Complexe regelgeving

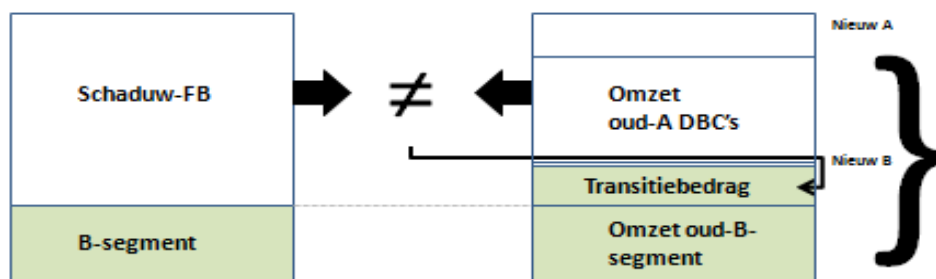
Een tweede oorzaak van de complexiteit van het transitie­model is de gelijktijdige overgang naar prestatiebekostiging en de invoering van de nieuwe DOT-productstructuur. In plaats van het oude A-seg­ment is in 2012 sprake van een nieuw A-seg­ment en van een nieuw B-seg­ment. Hiernaast blijft overigens wel het oude B-seg­ment bestaan. Omdat ook een nieuwe DOT-productstructuur is ingevoerd is het zogenaamde oude B-seg­ment niet identiek aan het nieuwe B-seg­ment in 2011. Op basis van een conversie is het oude B-seg­ment opnieuw vastgesteld. Daarbij is ernaar gestreefd de macro-omvang van het oude B-seg­ment gelijk te houden. Het is echter wel zo dat er producten zijn die tot 2012 in het B-seg­ment zaten die met ingang van 2012 tot het A-seg­ment of nieuw-B behoren en omgekeerd.

De omzet over het jaar 2012 van het ziekenhuis bestaat uit de som van de DOT-omzet A en nieuw-B, vermeerderd met 95% van het transitie­bedrag en vermeerderd met DOT-B-oud. De financiering van deze omzet vindt plaats door contractering van zorgproducten, nieuw-A, nieuw-B en DOT-B-oud. Het schaduw-FB wordt door de NZa ex ante vastgesteld op basis van een gezamenlijke aanvraag van verzekeraars en zorgaanbieder. Op dit ex ante schaduw-FB vindt nacalculatie plaats.

Het transitie­bedrag wordt ontleend aan het schaduw-FB verminderd met de gecontracteerde nieuw-A en nieuw-B zorgproductie volgens het omzetbegrip van het ziekenhuis. Het vastgestelde transitie­bedrag geldt voor 2012 en 2013; het wordt niet meer aangepast aan de hand van de omzet/schadelast 2013.

In onderstaand overzicht wordt deze overgang geschetst.

Complexiteit van het systeem: complexe regelgeving



Ten slotte wordt het berekende transitiebedrag voor het ziekenhuis voor 2012 gekort tot 95%, hetgeen ertoe leidt dat het ziekenhuis 95% van het bedrag ontvangt van het Zorgverzekeringsfonds (bij een onderdekking van het FB), dan wel 95% van het berekende transitiebedrag moet betalen aan het Zorgverzekeringsfonds (bij een overdekking van het FB).

Voor de facturering van de DOT-zorgproducten is de 'Grouper', gebouwd, een centraal landelijk computersysteem dat vanuit het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) te benaderen is. De Grouper leidt DBC-zorgproducten en add-ons (de separaat declarabele prestaties) af uit de zorginformatie die de ziekenhuizen invoeren. De zorgaanbieder voorziet de retourinformatie zelf van een prijs en declareert de zorg bij de zorgverzekeraar of de patiënt. Medio februari 2013 is de Grouper gecertificeerd. Dat betekent dat de juiste werking van dit computersysteem door een onafhankelijke partij is geverifieerd.

3 Theoretische misbruikmogelijkheden

3.1 Spelen met regels: de mogelijkheden

In deel I van het onderzoek heeft de Commissie een inventarisatie uitgevoerd naar de mogelijkheden die het systeem biedt om de uitkomsten van het model te beïnvloeden. De focus ligt hierbij in eerste instantie op het signaleren van activiteiten die ertoe leiden dat ten onrechte een uitkering wordt ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds. In tweede instantie wordt gekeken naar handelwijzen die ertoe kunnen leiden dat er ten onrechte geen terugstortingen plaatsvinden in het Zorgverzekeringsfonds.⁶ De mogelijke activiteiten zijn ingedeeld naar de verschillende onderdelen van het contracterings- en administratieve proces, te weten:

- activiteiten tijdens de DOT-contractering;
- beïnvloeding van de ex ante hoogte van het schaduw-FB;
- activiteiten bij de administratieve afwikkeling en de bepaling van het transitiebedrag;
- overige factoren.

In de tabellen in de volgende paragrafen zijn de activiteiten weergegeven, waarbij de beïnvloedingsmogelijkheden door en de effecten voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen zijn gedeut.

3.2 DOT-contractering

Mogelijkheid	Te beïnvloeden door zorgverzekeraar	Te beïnvloeden door ziekenhuis	Effecten voor zorgverzekeraar	Effecten voor ziekenhuis	Opmerkingen
1. Lage prijzen DOT-A en DOT-B-nieuw	Ja	Ja	De schadelast daalt voor de zorgverzekeraar.	Zeer beperkt, uiteindelijk wordt het schaduw-FB ontvangen gecorrigeerd voor 5% van het verschil tussen de omzet en het schaduw-FB.	De opbrengst van de A-DOT-producten dient ter dekking van het schaduw-FB. Geconstateerd wordt dat de prijzen van deze producten (nog) niet stabiel zijn. Een neerwaartse aanpassing leidt mogelijk tot een claim uit het Zorgverzekeringsfonds. Indien een verzekeraar de prijzen meer verlaagt dan het gemiddelde is er sprake van een voordeel voor de zorgverzekeraar. Als de verzekeraar prijzen en volume lager weet te houden dan die waarmee in het budgettaire kader rekening is gehouden, heeft hij ook een absoluut voordeel (winst). Indien een aanneemsom is afgesproken met het ziekenhuis is er geen sprake van voordeel voor de zorgverzekeraar.

⁶ In dit theoretische deel van het onderzoek staat de Commissie neutraal ten opzichte van de mogelijkheden om de uitkomsten van het systeem te beïnvloeden. Deel II van het uit te voeren onderzoek geeft een antwoord op de vraag of er sprake is van gebruik, creatief gebruik, oneigenlijk gebruik, misbruik of fraude en op de vraag of is gehandeld conform de gemaakte afspraken in het BHA.

Mogelijkheid	Te beïnvloeden door zorgverzekeraar	Te beïnvloeden door ziekenhuis	Effecten voor zorgverzekeraar	Effecten voor ziekenhuis	Opmerkingen
2. Lage prijzen voor dure medicijnen	Ja	Ja	Wel een lagere schadelast maar geen beter resultaat, omdat dit onder de vaste kosten valt. Wel makkelijker binnen BHA blijven.	Zeer beperkt, uiteindelijk wordt het schaduw-FB ontvangen gecorrigeerd voor 5% van het verschil tussen de omzet en het schaduw-FB.	Dure medicijnen vallen onder een apart regime. Binnen het schaduw-FB worden deze bekostigd op basis van de netto-inkoop­prijs. Schaduw-FB-afspraken zijn vaak gemaximeerd, maar regelmatig met uitzonderingen voor de dure geneesmiddelen. Verzekeraars lopen op dure geneesmiddelen geen risico, deze vallen geheel onder de vaste kosten. Dat betekent echter ook dat ze geen resultaat hierop kunnen behalen. Wel zullen lagere prijzen voor dure medicijnen helpen om de afspraken te maken binnen de kaders van het BHA. Het verschil tussen de bekostiging in het schaduw-FB en de omzetafspraken kan wel leiden tot claims uit het Zorgverzekerings­fonds.
3. Bij bepaling van de te contracteren zorgkosten een hoge aftrekpost voor kapitaallasten op schaduw-FB in vergelijking met de omvang van de contractering DOT-A en DOT-B-nieuw	Ja	Ja	Kans op voordeel, daar de bovengemiddelde kapitaallasten worden afgewenteld op het Zorgverzekerings­fonds.	Het ziekenhuis ontvangt het verschil tussen de eigen bovengemiddelde kapitaallasten uit het Zorgverzekerings­fonds.	Indien de DOT-afspraken worden gebaseerd op de gemiddelde kapitaallasten (8,7%), is voor het meerdere sprake van een claim op het Zorgverzekerings­fonds. Als dit alleen gebeurt bij de ziekenhuizen waar de kapitaallasten hoger zijn dan het gemiddelde is er ook sprake van een overschrijding van het BHA.
4. Bij bepaling van de te contracteren zorgkosten een hoge aftrekpost voor beschikbaarheidsvergoedingen en verkeerde bedden op schaduw-FB in vergelijking met de omvang van de contractering DOT-A en DOT-B-nieuw	Ja	Ja	Kans op voordeel, indien deze aftrek niet door alle zorgverzekeraars in gelijke mate wordt uitgevoerd.	Het ziekenhuis ontvangt de beschikbaarheidsvergoedingen als vaste bedragen.	De beschikbaarheidsvergoedingen worden rechtstreeks uit het Zorgverzekerings­fonds vergoed.

Mogelijkheid	Te beïnvloeden door zorgverzekeraar	Te beïnvloeden door ziekenhuis	Effecten voor zorgverzekeraar	Effecten voor ziekenhuis	Opmerkingen
5. Bij bepaling van de te contracteren zorgkosten een hoge aftrekpost voor bovenregionale functies op schaduw-FB in vergelijking met de omvang van de contractering DOT-A en DOT-B-nieuw	Ja	Ja	Kans op voordeel/nadeel indien de zorgverzekeraars deze correctie niet op een gelijke wijze uitvoeren.	Het ziekenhuis kan een nadeel oplopen indien er in totaliteit te veel neerwaarts wordt gecorrigeerd.	Het ligt in de lijn van de transitie-regelingen dat zorgverzekeraars bij het contracteren corrigeren voor een teveel/te weinig aan bovenregionale functies. Het in het schaduw-FB opgenomen bedrag moet passen bij het marktaandeel.
6. Bij bepaling van de te contracteren zorgkosten een aftrekpost voor doelmatigheid op schaduw-FB in vergelijking met de omvang van de contractering DOT-A en DOT-B-nieuw	Ja	Ja	Kans op voordeel.	Het ziekenhuis heeft in 2012 weinig last van een dergelijke correctie. Voor de jaren 2013 en verder is wel sprake van een effectieve korting.	De onderbouwing van de aftrek voor doelmatigheid dient te worden onderzocht alvorens een oordeel kan worden gegeven.
7. Bewuste verschuiving van DOT-A en B-nieuw-contractering naar DOT-B-oud	Ja	Ja	Verschuiving van een deel van de schadelast naar het Zorgverzekeringsfonds.	Hogere omzet dan met een contract dat binnen het BHA wordt afgesproken mogelijk is.	In de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis kan worden afgesproken dat de totale productie, binnen de kaders van het BHA c.q. plafond of aanneemsom, enigszins wordt geschoven van DOT-A en DOT-nieuw-B-producten naar oud-B. Als gevolg hiervan ontstaat een onderdekking van het schaduw-FB welke tot een claim op het Zorgverzekeringsfonds kan leiden.
8. Keuze contractvorm algemene ziekenhuizen	Ja	Neen	Kans op voordeel, door verschuiving van een deel van de schadelast naar het Zorgverzekeringsfonds.	Per saldo geen effect.	Onderhandelaars hebben keuzen in de contractvorm. Er is in het veld sprake van 'p maal q'-afspraken, van plafonds en van aanneemsommen. Bij een welbewuste sturing op een (te) lage aanneemsom of een te laag plafond kan een deel van de schadelast worden verschoven naar het Zorgverzekeringsfonds. 'P maal q'-afspraken en plafondafspraken kunnen, bij onjuiste prijzen, ertoe leiden dat een deel van de schadelast van de zorgverzekeraar wordt verschoven naar het Zorgverzekeringsfonds.

Mogelijkheid tot beïnvloeding uitkomsten transitie-model	Te beïnvloeden door zorgverzekeraar	Te beïnvloeden door ziekenhuis	Effecten voor zorgverzekeraar	Effecten voor ziekenhuis	Opmerkingen/toelichting
9. Keuze contractvorm umc's	Ja	Neen	Kans op voordeel, door verschuiving van een deel van de schadelast naar het Zorgverzekeringsfonds. Kans op nadeel voor verzekeraars die aanneemsommen afspreken met umc's.	Per saldo geen effect.	Dit is een zelfde item als 8. Daar echter bij de umc's sprake is van een substantieel zwart gat, is de kans dat hier claims op het Zorgverzekeringsfonds ontstaan groot. Van belang hierbij is dat zorgverzekeraars gelijk optrekken. Indien sommige 'p maal q'-afspraken of plafondafspraken maken, is er voor deze zorgverzekeraars sprake van een voordeel ten koste van die zorgverzekeraars die een aanneemsom afspreken (mits deze laatste is gebaseerd op de totale kosten/omzet van het marktaandeel bij het betreffende umc).

3.3 Hoogte van het schaduw-FB

Mogelijkheid tot beïnvloeding uitkomsten transitie-model	Te beïnvloeden door zorgverzekeraar	Te beïnvloeden door ziekenhuis	Effecten voor zorgverzekeraar	Effecten voor ziekenhuis	Opmerkingen/toelichting
10. Te hoog schaduw-FB in relatie tot de te verwachten omzet in A en nieuw-B	Niet individueel maar wel als representerende verzekeraars samen.	Ja	Geen; collectief wel gezien afspraken FB in representatie en gemaakte afspraken in BHA.	Het ziekenhuis profiteert door een bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.	Indien het schaduw-FB hoger wordt vastgesteld dan de te verwachten omzet in nieuw-A en nieuw-B tezamen, ontstaat mogelijk een claim op het Zorgverzekeringsfonds. Voorts zal sprake zijn van een mogelijke overschrijding van het BHA.

3.4 Administratieve afwikkeling en bepaling transitie­bedrag

Mogelijkheid	Te beïnvloeden door zorg­verzekeraar	Te beïnvloeden door ziekenhuis	Effecten voor zorgverzekeraar	Effecten voor ziekenhuis	Opmerkingen
11. Lage vaststelling afloop onderhanden werk A-segment 2011	Neen	Ja	Geen.	Verschuiving kan een bate opleveren voor het ziekenhuis.	De afloop van de DBC's A-segment uit 2011 dienen ter dekking van het schaduw-FB. Bij het opmaken van de jaarrekening was dit bekend. Voor het ziekenhuis was het voordelig het onderhanden werk ultimo 2011 hoog vast te stellen om hiermee de dekking in 2012 te verlagen en zo mogelijk een uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds te creëren. De waardering van het onderhanden werk ultimo 2011 gecontroleerd door accountants. Het is van belang dat het bedrag uit de afloop van deze DBC's correct wordt verwerkt als dekking. Opgemerkt wordt dat deze overloop uit 2011 een verstoring effect heeft op de juiste vaststelling van het transitie­bedrag.
12. Voortijdig afsluiten A-DBC's in 2011	Neen	Ja	Mogelijk hogere schadelast over de jaren heen door splitsing van DBC's.	Kans op voordeel.	Door de A-DBC's vroegtijdig af te sluiten verhoogt de instelling de dekking van 2011. Dat heeft echter geen resultaat­effect. Doordat de waardering van het onderhanden werk in het algemeen lager is dan de volledige facturatie­waarde op 31 december valt ten opzichte van de ongewijzigde situatie een deel van de dekking in 2012 weg. Deze lagere dekking in 2012 veroorzaakt mogelijk een uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds.
13. Lage waardering onderhanden werk DOT-A, DOT-B-nieuw en onderhanden werk honoraria medisch specialisten in loondienst per 31 december 2012	Neen	Ja	Geen.	Kans op voordeel.	De waarde van het onderhanden werk van de A-DOT-producten is een dekking van het schaduw-FB. Indien de waarde van het onderhanden werk lager wordt vastgesteld dan de werkelijkheid, kan er een claim op het Zorgverzekeringsfonds worden gecreëerd. Het feit dat de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds ultimo 2012 wordt vastgesteld voor 2012 en 2013, impliceert dat elke euro lager gewaardeerd onderhanden werk, ook een voordelig effect heeft voor het ziekenhuis in 2013.

Mogelijkheid	Te beïnvloeden door zorgverzekeraar	Te beïnvloeden door ziekenhuis	Effecten voor zorgverzekeraar	Effecten voor ziekenhuis	Opmerkingen
14. Toerekening lumpsum-afspraken	Neen	Ja	Geen.	Kans op voordeel als gevolg van het complexe toerekeningsvraagstuk.	Ultimo 2012 dienen de afgesproken lumpsumeffecten van de plafondafspraken door ziekenhuizen toegerekend te worden aan 2012 en 2013. Een lagere toerekening aan 2012 impliceert voor het ziekenhuis een claim op het Zorgverzekeringsfonds, terwijl het resterende deel van de aanneemsom in 2013 ten gunste van het ziekenhuis komt.
15. Aanpassing parameters schaduw-FB	Neen	Ja	Geen.	Kans op voordeel.	Daar het schaduw-FB ncalculatorisch wordt bepaald, is het essentieel dat ziekenhuizen de juiste parameters in het schaduw-FB verwerken. Tussen bijna alle ziekenhuizen en representerende verzekeraars zijn productieafspraken schaduw-FB gemaakt. Deze afspraken bevatten over het algemeen een clause dat alleen negatief wordt nagecalculeerd en dat positieve ncalculatie mogelijk is voor zover dit kan worden gesubstitueerd met negatieve ncalculatie op andere parameters. Hierop zijn wel enkele uitzonderingen gemaakt vanwege de overheveling van TNF-alfaremmers naar de regeling dure geneesmiddelen. Over het algemeen zijn de schaduw-FB's dus al gemaximeerd.

3.5 Overige factoren

Mogelijkheid	Te beïnvloeden door zorgverzekeraar	Te beïnvloeden door ziekenhuis	Effecten voor zorgverzekeraar	Effecten voor ziekenhuis	Opmerkingen
16. Onzekerheid over marktaandelen	Ja	Neen	Kans op (onbedoeld) voordeel.	Kans op (onbedoeld) nadeel.	Onduidelijkheid over en een gebrek aan uniformiteit in de wijze van berekening van de marktaandelen van zorgverzekeraars, impliceert onzekerheid bij de contractering. Hierbij gaat het zowel om de marktaandelen van verzekerden, als om die van de zorggebruikers.
17. Verschuiving door de Grouper	Neen	Neen	Kans op (onbedoeld) voordeel.	Kans op (onbedoeld) nadeel.	Dit onderwerp is geen mogelijk misbruik, maar een gevolg van de werking van de Grouper. Uit het veld komen signalen naar voren dat de Grouper meer DOT-producten afleidt naar oud-B dan verwacht. Voor het ziekenhuis betekent dit minder parameters in het schaduw-FB en meer omzet oud-B, die normaliter onder een plafond valt. Per saldo leidt dit voor ziekenhuizen tot een nadeel. De zorgverzekeraar op zijn beurt heeft een onbedoeld voordeel, indien het plafond/de aanneemsom gesplitst naar A en B is afgesproken.

3.6 Administratieve afwikkeling

In de opdracht aan de Commissie is ook gevraagd een onderzoek te doen naar de normen en spelregels voor de administratieve afwikkeling van het transitie-model (mogelijkheden 11 tot en met 17 van de Inventarisatie). Aan dit deel van het onderzoek is gedurende de afgelopen maanden gewerkt door een brede werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van ZN, NVZ, NFU, NZa en vertegenwoordigers uit het veld. De Commissie is middels de voorzitter betrokken bij dit overleg en heeft de nodige input geleverd. De werkgroep heeft de ‘Handreiking omzetverantwoording 2012’ op 7 februari 2013 afgerond.⁷

In hoofdstuk 9 wordt nader ingegaan op dit onderdeel van het onderzoek.

3.7 Conclusie van de inventarisatie

Deel I van het door de Commissie uitgevoerde onderzoek heeft zich gericht op de theorie van de wet- en regelgeving en op het signaleren van de mogelijke risico's. De werkzaamheden van dit deel van het onderzoek hebben geleid tot het beschrijven van een aantal mogelijkheden om de uitkomsten van het transitie-model te beïnvloeden. Het betreft mogelijkheden bij de vaststelling van de hoogte van het schaduwbudget, bij de contractering, evenals bij de administratieve afwikkeling en enige overige mogelijkheden.

⁷ ‘Handreiking omzetverantwoording 2012’. Opgesteld door een brede werkgroep onder verantwoordelijkheid van de NVZ en de NFU. Vastgesteld in het bestuurlijk overleg Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord 7 februari 2013.

In paragraaf 3.2 tot en met 3.5 zijn de uitkomsten weergegeven van de inventarisatie van de mogelijkheden die het systeem biedt om de uitkomsten van het model te beïnvloeden. De focus ligt hierbij in eerste instantie op het signaleren van activiteiten die ertoe leiden dat ten onrechte een uitkering wordt ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds. In tweede instantie wordt gekeken naar activiteiten die ertoe leiden dat er ten onrechte geen terugstorting plaatsvindt in het Zorgverzekeringsfonds.

Deel II van het door de Commissie uitgevoerde onderzoek heeft zich gericht op de toepassing van de wet- en regelgeving in de praktijk en op de manifestatie van de gesignaleerde risico's. In dit deel van het onderzoek ligt de focus op de activiteiten van zorgverzekeraars en ziekenhuizen tijdens de DOT-contractering en op de beïnvloeding van de hoogte van het schaduw-FB. Deze activiteiten betreffen de in hoofdstuk 3 "Theoretische misbruikmogelijkheden" genoemde mogelijkheden 1 tot en met 10.

4 Normenkader en methode van onderzoek

4.1 Noodzaak normenkader

In de opdracht aan de Commissie wordt gerefereerd aan ‘mogelijk misbruik en oneigenlijk gebruik’. In het eerste deel van het onderzoek heeft de Commissie gekeken naar theoretische vormen van ‘mogelijk misbruik’, nog zonder deze te kwalificeren. In deel II, bij de beantwoording van de vraag of de gesignaleerde misbruikmogelijkheden zich ook hebben gemanifesteerd, heeft die kwalificatie wel plaatsgevonden. In de conclusie van dit onderzoek beantwoordt de Commissie de vraag of sprake is geweest van misbruik of fraude. De andere vormen van gebruik – inclusief oneigenlijk gebruik in de door de Commissie gehanteerde definitie – vallen niet onder misbruik en heeft de Commissie niet per misbruikmogelijkheid van elkaar onderscheiden.

Het bij de beantwoording van deze vraag door de Commissie gehanteerde normenkader wordt weergegeven in paragraaf 4.2.

4.2 Normenkader

Precisering van de gehanteerde termen:

Gebruik

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast naar ‘letter’ en ‘geest’. Dit geheel conform de bedoeling van de opsteller(s) daarvan.

Creatief gebruik

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast naar de ‘letter’ daarvan. Weliswaar niet op een wijze die door de opsteller(s) daarvan was voorzien, maar desondanks wel passend binnen de ‘geest’ van wet- en regelgeving en/of andere afspraken.

Oneigenlijk gebruik

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast naar de ‘letter’ daarvan. Dit op een wijze die door de opsteller(s) daarvan niet was voorzien en daarom niet passend binnen de ‘geest’ van die wet- en regelgeving en/of andere afspraken. Dit is echter niet verwijtbaar aan de ‘overtreder(s)’ omdat de opsteller(s) hebben verzuimd die wet- en regelgeving en/of andere afspraken zodanig te formuleren dat klip en klaar is wat daarmee wordt beoogd.

Misbruik

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast naar de ‘letter’, maar niet naar de ‘geest’ daarvan. Dit op een wijze die verwijtbaar is aan de overtreder(s), omdat de opsteller(s) voldoende helder hebben gemaakt wat met die wet- en regelgeving en/of andere afspraken wordt beoogd.

Fraude

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast noch conform de ‘letter’, noch conform de ‘geest’ daarvan. Dit door een opzettelijk handelen of nalaten waarbij misleiding wordt gebruikt om een wederrechtelijk⁸ voordeel te behalen.

4.3 Methode van onderzoek

Het onderzoek bij de zorgverzekeraars naar de contractering en de vaststelling van het schaduw-FB is ingestoken aan de hand van de door alle zorgverzekeraars opgestelde samenvattende overzichten van de contractering.

Aan alle zorgverzekeraars zijn per ziekenhuis/umc de volgende vergelijkingen gevraagd:

1. *Schaduw-FB * marktaandeel versus gecontracteerd DOT-A en DOT-B -nieuw.*
2. *Contractering B-oud 2012 ten opzichte van contractering B-oud 2011.*

Voor het gehanteerde format wordt verwezen naar bijlage E.

De vergelijking van het schaduw-FB maal het marktaandeel met de gecontracteerde DOT-A en DOT-B-nieuw-productieafspraken geeft een indicatie of er ex ante sprake is van een claim op het Zorgverzekeringsfonds (transitieclaim). Dit is het geval als met het totaal van de gemaakte afspraken voor DOT-A en DOT-B-nieuw, het schaduw-FB niet volledig wordt gedekt. Dit gebrek aan dekking wordt veroorzaakt door prijs- en/of volume-effecten van de contractering.

Een sterke toename van de overeengekomen oud-B-zorgproductie, tezamen met een onderdekking van het schaduw-FB is een indicatie voor de verschuiving zoals genoemd onder mogelijkheid 1 in paragraaf 3.2. en behoeft dus nader onderzoek.

De methode die door de Commissie bij de analyses is gehanteerd gaat uit van de veronderstelling dat de inkoop van zorg door zorgverzekeraars **consistentie** vertoont. Binnen de prestatiebekostiging is het de bedoeling dat zorgverzekeraars selectief gaan inkopen: dit kan betekenen dat bij de ene zorgaanbieder wat meer en bij de andere wat minder wordt ingekocht of dat een betere prijs voor een kwalitatief beter product wordt betaald. Ziekenhuizen kunnen zich gaan specialiseren: dit kan leiden tot verschuiving van zorgproducten tussen ziekenhuizen.

Door zorgverzekeraars gekozen speerpunten, voorkeur voor bepaalde ziekenhuizen en gekozen specialisaties hebben effecten op de uitkomsten van de contractering. Voorts zullen zorgverzekeraars gesignaleerde ondoelmatigheden bij ziekenhuizen willen elimineren. Ten slotte zullen zorgverzekeraars ‘marktconform’ willen inkopen, hetgeen een effect heeft op de uiteindelijk gecontracteerde prijzen.

⁸ Het begrip wederrechtelijk, dat letterlijk betekent ‘in strijd met het recht’, verdient in het kader van onderhavige rapportage extra aandacht. Vraag is immers welk recht onder dit begrip dient te vallen. De Commissie staat een brede interpretatie van het begrip voor; niet alleen het objectieve recht zoals vastgelegd in wet- en regelgeving moet daaronder worden verstaan, maar ook subjectieve rechten (waaronder vermogensrechten) en ongeschreven recht. Deze uitleg sluit aan bij de algemene en ruime uitleg die door de wetgever en Hoge Raad aan het bestanddeel wederrechtelijk in strafrechtelijke zin wordt gegeven. Vgl. bijv. HR 9 februari 1971, NJ 1972, 1 (*wederrechtelijkheid als overschrijding van de grenzen van de maatschappelijke betamelijkheid*) en HR 9 maart 2010, NJ 2010, 530 (*wederrechtelijkheid als handelen zonder enig subjectief recht of enige bevoegdheid*).

De hier geschetste ontwikkelingen zijn geleidelijke processen. Voor de contractering 2012 impliceert dit dat verschuivingen van gecontracteerde zorg moeten passen in ingezette ontwikkelingen.

Het voorgaande impliceert dat inherent aan het systeem is dat er feitelijk ook verschillen zullen ontstaan tussen de omvang van het bedrag als product van marktaandeel vermenigvuldigd met het schaduw-FB en de feitelijke DOT-contractering DOT-A en DOT-B-nieuw. Het transitie-model is bedoeld om de financiële gevolgen van bedoelde verschillen voor ziekenhuizen te compenseren. Voor een beoordeling van het mogelijk misbruik van het transitie-model is essentieel hoe de waargenomen verschillen door de zorgverzekeraars worden geduid en verklaard binnen hun beleid.

De uitgevoerde analyse heeft zich gericht op de verschillen tussen de omvang van het bedrag als product van marktaandeel vermenigvuldigd met het schaduw-FB en de feitelijke DOT-contractering DOT-A en DOT-B-nieuw per ziekenhuis (voor alle zorgverzekeraars). In het onderzoek is de zorgverzekeraars gevraagd de oorzaken van de grote verschillen per ziekenhuis toe te lichten. De Commissie heeft de gesignaleerde verschillen per ziekenhuis getoetst aan de tien beïnvloedingsmogelijkheden zoals genoemd in paragraaf 3.2 en 3.3.

Ten slotte heeft de Commissie de uitkomsten van de analyses bij de zorgverzekeraars getoetst aan de mededelingen die de Commissie heeft ontvangen van de individuele ziekenhuizen, mede naar aanleiding van de uitgezonden verzoeken om informatie. Voor de inhoud van de verzonden brief aan ziekenhuizen wordt verwezen naar bijlage F.

De uitkomsten van de analyse zijn weergegeven in hoofdstuk 6 en volgende.

5 Relatie inkoop en het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord (BHA)

5.1 Afspraken in het BHA

Overheid (ministerie van VWS), ziekenhuizen (NFU, NVZ, ZKN) en zorgverzekeraars hebben op 4 juli 2011 een BHA gesloten, gericht op het bereiken van een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg.

De ambitie van het BHA is om de uitgavengroei in de ziekenhuizen en de zelfstandige behandelcentra (ZBC's), die de laatste jaren op nominaal 6 tot 7% per jaar lag terug te brengen naar een significant lager niveau. Deze afspraak is een trendbreuk en daarom een majeure opgave voor de betrokken partijen.

Het BHA stelt dat deze opgave alleen door een samenstel van maatregelen vanuit de verschillende verantwoordelijkheden kan worden gerealiseerd. Het BHA stelt dat partijen de mogelijkheid hebben om zowel door verbetering van efficiency de kostenontwikkeling te beheersen als door een scherpere toepassing van het wettelijk beginsel 'gepast gebruik' het volume te beheersen.

De ambitie van het BHA is om uit te komen op een structurele uitgavengroei van 2,5% exclusief loon en prijsbijstelling.

Het BHA stelt dat de maximering van de uitgavengroei met 2,5%, gelet op de wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars, een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting is. Invulling moet worden gegeven aan de inspanningsverplichting door diverse op hoofdlijnen beschreven maatregelen, waaronder:

- Sterke uitbreiding van de selectieve zorginkoop. Er moet worden gecontracteerd op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. Ongewenste praktijkvariatie moet worden teruggedrongen.
- Veldpartijen moeten spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen daar waar dit vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is.
- Veldpartijen substitueren op basis van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie tussen zelfzorg, eerste, tweede en derde lijn.
- Overbodig geworden capaciteit wordt afgebouwd.
- Doelmatig geneesmiddelengebruik moet worden bevorderd.
- Veiligheidsmanagementsystemen moeten verder worden ontwikkeld.

5.2 Berekening groeiruimte ZN

Door ZN is een berekening gemaakt van de voor 2012 beschikbare ruimte op basis van het BHA. (Zorginkooprichtlijn schaduw-FB 2012; 11 november 2011). Deze berekening komt uit op een groei van EUR 367 miljoen voor de jaren 2011 en 2012 tezamen. In procenten uitgedrukt betekent dit bedrag een stijging van de medisch-specialistische zorg van 3,55% voor de jaren 2011 en 2012 tezamen.

In genoemde Zorginkooprichtlijn is een correctie gemaakt voor de kapitaallasten. ‘Daar ziekenhuizen recht hebben op deze vergoeding en het om substantiële bedragen gaat, dreigt immers een verdringing van andere (groei)mogelijkheden’, aldus de Zorginkooprichtlijn. ‘Dit doet zich met name voor in regio’s waar ziekenhuizen nieuwbouw opleveren, waardoor bij ongedifferentieerd inzetten van de groeiruimte in een dergelijke regio alle middelen aangewend zullen worden voor de kapitaallasten’, eveneens volgens de Zorginkooprichtlijn.

Door ZN is aangegeven aan haar leden dat van de eerder genoemde EUR 367 miljoen een bedrag van EUR 100 miljoen wordt gereserveerd voor deze kapitaallasten. Dit impliceert dat exclusief de reservering voor kapitaallasten EUR 267 miljoen beschikbaar is voor toename van de zorgproductie, welk bedrag overeenkomt met een toename van 2,58% ten opzichte van de realisatie 2010.

Niet alleen voorziet het BHA in een trendbreuk door de uitgavengroei vergaand te beheersen, vlak nadat het BHA in werking treedt wordt in 2012 een nog grotere beperking dan structureel beoogd gesignaleerd. Te weten een maximaal toegestane groei van 2,58% over een periode van twee jaar. Uit de cijfers van ZN volgt dat die beperking groter is dan al voorzien in het BHA.

Het is in dit kader van belang te vermelden dat de genoemde EUR 100 miljoen niet expliciet is gelabeld aan specifieke ziekenhuizen. Als dat wel het geval was geweest, zou dit bedrag bij de contractering van zorg bij de betreffende ziekenhuizen eenvoudig kunnen worden geïdentificeerd. Door het niet labelen van de EUR 100 miljoen is dat dus niet mogelijk.

5.3 Selectieve inkoop

De NZa stelt in een brief van 3 juli 2012⁹ dat een bewuste keuze van convenantspartijen bij het aangaan van het BHA is dat individuele zorgverzekeraars en ziekenhuizen strikt genomen niet gebonden zijn aan het BHA en hun eigen strategie kunnen bepalen. Dit – zo geeft de NZa als voorbeeld – om differentiatie in groei tussen ziekenhuizen mogelijk te maken.

De Commissie is van oordeel dat zorgverzekeraars, om te voldoen aan het BHA, ten aanzien van het totaal van hun contractering wel moeten inzetten op de maximaal overeengekomen groei. Dit betekent dat zij actief volume zullen moeten verplaatsen als zij individuele ziekenhuizen harder willen laten groeien dan past binnen het BHA.

Meer expliciet: de marktwerking in de zorg is er juist op gericht dat zorgverzekeraars door kostenefficiënt, kwalitatief hoogwaardig en doelmatig inkopen, beter dan hun concurrenten, voor zichzelf en hun verzekerden voordelen creëren en daardoor mede bijdragen aan het beheersbaar houden van de kosten van de zorg.

⁹ Brief NZa d.d. 3 juli 2012 aan de minister van VWS inzake de Evaluatie contractering medisch specialistische zorg 2012.

6 System in transitie

6.1 Het eindmodel

Alvorens in te gaan op de gedetailleerde bevindingen van het onderzoek wil de Commissie ingaan op het eindmodel, zoals bedoeld in de regelgeving van de NZa.

In het Verantwoordingsdocument ‘Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg’, schetst de NZa het eindmodel van de medisch-specialistische zorg. In dit eindmodel is de medische-specialistische zorg ingedeeld in drie segmenten: een vrij segment, een gereguleerd segment en een vast segment. In het vrije segment is sprake van volledige prestatiebekostiging (vrije volumes) en vrije prijsvorming. De prijzen die tot stand komen zijn integraal: dit betekent dat ook het honorarium voor vrijgevestigde medisch specialisten en kapitaallasten in de prijs worden meegenomen. Zorgverzekeraars mogen in het vrije segment in principe contracteren wat ze willen. Randvoorwaarden worden gevormd door het wettelijk kader, de regelgeving van de NZa en het BHA.

Volgens de verwachtingen van de NZa zou deze contractering vorm krijgen in ‘p maal q’-afspraken. Voor de mogelijke nadelige effecten van het verschil tussen de ‘p maal q’-omzet en de omzet waarop ziekenhuizen op basis van de oude bekostigingssystematiek konden rekenen is het transitie-model ontwikkeld.

Prestatiebekostiging moet ertoe leiden dat ziekenhuizen betaald krijgen voor wat ze werkelijk aan zorg hebben geleverd. Gereguleerde marktwerking moet in de visie van de beleidsmakers leiden tot concurrentie op prijs, kwaliteit en doelmatigheid.

In het eindmodel mogen drie effecten worden verwacht:

- Inkoop door zorgverzekeraars op basis van *marktconforme prijzen*, zonder binding met de oude bekostigingssystematiek.
- Inkoop van zorg op basis van *integrale prijzen*, ook hier zonder rekening te houden met erfenissen van de oude bekostigingssystematiek.
- Inkoop door zorgverzekeraars met een maximale inzet op *kwaliteit en doelmatigheid*.

Het eindmodel van de prestatiebekostiging en de afspraken binnen het BHA lopen parallel: de Commissie meent dat te verwachten valt dat zorgverzekeraars op basis van beide documenten sterk zullen inzetten op doelmatigheid en marktconforme prijzen.

6.2 De techniek van de contractering 2012

Bij de contractering 2012 ziet de Commissie zowel zorgverzekeraars die in totaliteit *onder* het marktaandeel van het schaduw-FB contracteren, als zorgverzekeraars die in totaliteit *boven* het marktaandeel van het schaduw-FB contracteren. De opdracht aan de Commissie is het vaststellen of er feitelijk sprake is (geweest) van mogelijk misbruik aan de hand van het opgestelde normenkader. Contractering van DOT-A- en DOT-B-nieuw-zorgproducten voor een bedrag dat lager ligt dan het schaduw-FB maal het marktaandeel is een indicatie voor mogelijk misbruik. Zeker daar waar tegelijkertijd sprake is van een sterke stijging van de productieafspraken voor zorgproducten uit het oude B-segment.

Voor een kwalificatie van het gedrag van die zorgverzekeraars die onder het schaduw-FB hebben gecontracteerd en die daardoor een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds creëren, moet worden gekeken naar de *intentie* van dit gedrag.

Indien het de intentie van de zorgverzekeraar zou zijn bij de contractering voor 2012 en 2013 maximaal gebruik te maken van het (tijdelijke) transitie-model, door tijdelijk (te) lage(re) prijzen af te spreken in DOT-A en DOT-B-nieuw (eventueel in combinatie met hoge(re) prijzen in DOT-B-oud) en indien dan een prijsaanpassing zou plaatsvinden na vaststelling van het transitiebedrag, dan zou sprake kunnen zijn van misbruik of frauduleus handelen:

- Dan wordt het transitie-model immers niet gebruikt voor het hiervoor in paragraaf 2.1 (en uitgebreider in Bijlage A) omschreven – voor zorgverzekeraars kenbare – doel, het opvangen van systeemrisico's van ziekenhuizen in een systeem in transitie, maar wel voor een tijdelijk voordeel voor een zorgverzekeraar.
- Dan wordt mogelijk opzettelijk een voordeel behaald (meer zorg voor minder schadelast, afgewenteld op het Zorgverzekeringsfonds), als kortstondig gebruik wordt gemaakt van lagere prijzen (misleiding) en is dit voordeel wederrechtelijk (want in strijd met letter en/of geest van de regelgeving en het BHA).

Ook indien het de intentie van de zorgverzekeraar is om reeds in 2012 naar het eindmodel toe te werken (een eindmodel met marktconforme en integrale prijzen, kwaliteit en doelmatigheid), kunnen echter ex ante claims op het Zorgverzekeringsfonds ontstaan. Sterker nog, dat deze ontstaan is een verwacht effect, waarvoor het transitie-model is bedoeld. Cruciaal is dus voor de vraag of sprake is van misbruik of fraude of de intentie is gericht op gebruikmaking van het transitie-model, op een wijze die in strijd is met de geest daarvan of zelfs wederrechtelijk.

Een zorgverzekeraar kan met het eindmodel voor ogen gebruikmaken van het transitie-model door tegen een ziekenhuis te zeggen: je bent niet doelmatig genoeg en daar ga ik nu niet meer voor betalen, maar maak je geen zorgen door het transitie-model heb je nog even te tijd om je kostenniveau aan de prijs die ik wil betalen aan te passen. Hiervoor is het transitie-model bedoeld. De enkele gebruikmaking van het transitie-model is niet genoeg om van misbruik of fraude te kunnen spreken. Om dat wel te kunnen doen moet immers aan alle bestanddelen van de definities van deze begrippen worden voldaan.

6.3 Systematiek van de zorginkoop

Bij de uitvoering van de analyse heeft de Commissie vastgesteld dat voor het jaar 2012 sprake is van grote verschillen tussen de zorgverzekeraars in de wijze waarop de contractering is vormgegeven. De verschillen hebben te maken met:

1. het inkoopbeleid;
2. de mate van decentralisatie van en de control op het inkoopproces;
3. de betekenis van het schaduw-FB bij de contractering.

1. Het inkoopbeleid

Voor de opdracht aan de Commissie zijn met name het schaduw-FB bij de contractering en de splitsing in de contractering tussen DOT-A en DOT-B-nieuw enerzijds en B-oud anderzijds relevant. Voor de rol van het schaduw-FB verwijst de Commissie naar het gestelde in het vervolg van deze paragraaf. Voor wat betreft de splitsing tussen DOT-A en DOT-B-nieuw en B-oud constateert de Commissie dat bij een aantal contracten geen splitsing is gemaakt tussen deze twee categorieën. Dit bemoeilijkt een oordeel over de zogeheten A/B-schuif (zie ook paragraaf 7.4).

Met betrekking tot het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars dient vermeld te worden dat in 2012 van lang niet alle DOT-producten goede prijzen waren te bepalen, omdat sprake was van nieuwe producten.

Ten slotte vermeldt de Commissie dat in 2012 aanneemsommen zijn afgesproken en afspraken op basis van 'p maal q' met en zonder plafonds zijn gemaakt. De verschillende contractvormen hebben een verschillend effect op mogelijke transitieclaims. Bij aanneemsommen is het effect vooraf direct te bepalen; bij 'p maal q'-afspraken hangt een en ander sterk af van de ontwikkeling van de productie.

Een van de door de Commissie bezochte ziekenhuizen meldt de spanning tussen enerzijds de 'echte' kostprijzen en de op die kostprijzen gebaseerde verkoopprijzen van zijn zorgproducten en anderzijds de NZa-prijzen. Deze laatste prijzen liggen naar de mening van deze zorgaanbieder op een te laag niveau. De oorzaak hiervan ligt zijns inziens in de schoning die in de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden op het FB. Een te royale schoning heeft geleid tot relatief lage prijzen voor oud-A-zorgproducten. Deze zorgaanbieder vreest voorts voor benchmarking, daar zijn prijzen, gebaseerd op kostprijzen, hoger liggen dan hetgeen in de markt gangbaar is.

Deze opmerking geeft aan dat er alvorens gewerkt kan worden met echte, transparante, marktconforme prijzen nog een weg is te gaan.

2. De mate van decentralisatie van en control op het inkoopproces

Voor de beoordeling van de wijze van contractering dient bedacht te worden dat 2012 het eerste jaar was waarin op de nieuwe wijze moest worden gecontracteerd (**prestatiebekostiging**). Voorts is ingaande 2012 de nieuwe productstructuur ingevoerd (**DOT**). Zorgverzekeraars geven aan dat het door het invoeren van de nieuwe productstructuur, moeilijk was zowel de prijzen als de volumes goed in te schatten. Ten slotte betekenden de afspraken uit het **BHA** een serieuze beperking van de groeimogelijkheden van individuele ziekenhuizen. Zie hiervoor ook hoofdstuk 2.

In het licht van de hiervoor geschetste complexiteit is het de taak van de zorgverzekeraars om de regionale zorginkopers, die het specifieke inkoopbeleid van de eigen zorgverzekeraar, waarin de gemaakte keuzes naar aanleiding van prestatiebekostiging en het BHA zijn verwerkt, moeten uitvoeren strak te monitoren voor wat betreft de uitkomsten van de onderhandelingen. Gelet op alle ontwikkelingen mocht worden verwacht dat dit in 2012 niet eenvoudig zou zijn.

De door de Commissie ten behoeve van het onderzoek gevraagde informatie is bij vrijwel alle zorgverzekeraars de aanleiding geweest om (nogmaals) zelf een diepgaand onderzoek naar de uitkomsten van de contractonderhandelingen uit te voeren.

De Commissie constateert dat het onderzoek een reinigende werking heeft gehad. Onder het motto ‘beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald’ zijn diverse reeds gemaakte ‘p maal q’-afspraken of afgesloten contracten nogmaals bezien. Waar noodzakelijk zijn en worden reparaties uitgevoerd.

De Commissie stelt vast dat een aantal zorgverzekeraars beleidsmatig zwaarder heeft ingezet op een eerste stap naar prestatiebekostiging dan andere. Met name deze zorgverzekeraars hebben hun inkopers met een lastiger taak op pad gestuurd.

Het had op de weg van deze zorgverzekeraars gelegen van meet af aan goed te monitoren of die taak werd vervuld met inachtneming van wet- en regelgeving. In zoverre heeft het onderzoek dus een ‘reparerend effect’ gehad.

Geconstateerd moet worden dat sprake is van een leercurve: in het eerste jaar van de contractering onder de prestatiebekostiging, met de nieuwe productstructuur en onder de afspraken van het BHA is nog lang niet bij alle zorgverzekeraars sprake van ‘solide controls’, ook niet daar waar sprake zou kunnen zijn van ‘Spelen met regels’. De zorgverzekeraars zitten op verschillende punten in de leercurve.

3. De betekenis van het schaduw-FB bij de contractering

Een belangrijke factor bij de analyse van de contractering is de vaststelling van de omvang van het schaduw-FB van de zorgaanbieder. Dit schaduw-FB wordt vastgesteld door de marktleider en de tweede verzekeraar voor wat betreft de marktpositie bij de zorgaanbieder. Dit betekent dat niet alle zorgverzekeraars aan tafel zitten bij het afsluiten van het schaduw-FB.

Hoewel de vrijheidsgraden bij het vaststellen van de omvang van het schaduw-FB beperkt zijn door het gedetailleerde NZa-beleid, is het mogelijk dat zorgverzekeraars die niet aan tafel zitten, afwijkende meningen hebben over de ontwikkeling van de productie van de zorgaanbieder en daardoor over de omvang van het schaduw-FB. Indien dit zich ook vertaalt in de contractering, ontstaat per definitie een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds.

De schaduw-FB's van de ziekenhuizen zijn eerst in de loop van 2012 overeengekomen. De contractering van DOT-zorgproducten is bij een aantal ziekenhuizen eerder op gang gekomen. Dit betekent dat ten tijde van de contractering, bij een deel van de contracten nog geen informatie beschikbaar was over de exacte omvang van het schaduw-FB.

Niet alle zorgverzekeraars hebben bij hun onderhandelingen gebruikgemaakt van het schaduw-FB als referentie. In een aantal gevallen zijn het macrokader, het marktaandeel van de zorgverzekeraar en de regionale verdeling de uitgangspunten geweest voor de contractering.

Een van de door de Commissie bezochte ziekenhuizen schetst de complexiteit waarmee ziekenhuizen en zorgverzekeraars in 2012 te maken hebben gehad en die naar zeggen van het ziekenhuis door de NZa in haar regelgeving niet altijd is voorzien. Volgens deze zorgaanbieder heeft het vangnet op basis van het schaduw-FB directe gevolgen voor de prijsvorming van de DOT-producten. De oorzaak hiervan ligt volgens deze zorgaanbieder in het feit dat het geschoonde FB te laag is geworden in relatie tot de zorg die werd geleverd. Deze omstandigheid maakte het noodzakelijk niet zozeer te kijken naar de kostprijzen van de zorgproducten, maar meer naar de totale dekking van het schaduw-FB.

Deze opmerking toont dat bij de contractering 2012 de oude bekostigingsparameters nog een (belangrijke) rol hebben gespeeld.

Het schaduw-FB wordt bepaald tegelijkertijd met de vaststelling van de voorlopige en van de definitieve transitieclaim over 2012. In het Bestuurlijk overleg van 7 februari 2013 is overeengekomen dat op basis van de opgaven van de ziekenhuizen uiterlijk 1 juni 2013 een voorlopige transitieclaim wordt vastgesteld.

De definitieve vaststelling vindt plaats in 2014, nadat alle facturen over 2012 zijn verzonden. In de circulaire van de NZa van 11 februari 2013¹⁰ en in de brief van de minister van 15 februari 2013¹¹ wordt nader op (de complexiteit) van deze problematiek ingegaan.

6.4 Uitkomsten van de analyse

1. *Opgeleverde analyses*

Door alle zorgverzekeraars is een gedetailleerde analyse op geleverd van de contractering 2012 per zorgaanbieder, volgens het model zoals is toegelicht in paragraaf 4.3 (zie verder Bijlage F).

a. *Schaduw-FB * marktaandeel versus gecontracteerd DOT-A en DOT-B-nieuw.*

b. *Contractering B-oud 2012 ten opzichte van contractering B-oud 2011.*

De vergelijking van het schaduw-FB maal het marktaandeel met de gecontracteerde DOT-A en DOT-B-nieuw-productieaf­sprake (zie 4.3) geeft een indicatie of er ex ante sprake is van een claim op het Zorgverzekeringsfonds (transitieclaim). Dit is het geval als met het totaal van de gemaakte afspraken voor DOT-A en DOT-B-nieuw, het schaduw-FB niet volledig wordt gedekt. Dit gebrek aan dekking wordt veroorzaakt door prijs- en/of volume-effecten van de contractering.

2. *Kanttekeningen bij de analyse*

Een kanttekening die hierbij wordt gemaakt is dat nog niet alle contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen definitief zijn. In een aantal gevallen zijn de onderhandelingen nog (steeds) gaande.

Een tweede kanttekening betreft de constatering dat zorgverzekeraars op verschillende wijzen hebben gecontracteerd, veelal niet uitsluitend op basis van ‘p maal q’-afspraken, maar gecombineerd met een vaste aanneemsom, dan wel een plafond voor het geheel van DOT-A, DOT-B-nieuw en DOT-B-oud. In die gevallen is geen separate afspraak gemaakt over de omvang van de oud-B zorgproductie. Waar mogelijk hebben de zorgverzekeraars voor de analyse schattingen gemaakt van de te verwachten DOT-B-oud-zorgproductie.

Een derde kanttekening betreft de omstandigheid dat één zorgverzekeraar bij de contractering geen gebruik heeft gemaakt van het schaduw-FB. De analyse zoals geschetst onder punt 1 van deze paragraaf kan in dat geval alleen met veel schattingen worden gemaakt. Bij deze zorgverzekeraar heeft aanvullend een uitgebreide detailcontrole van de contracten plaatsgevonden.

¹⁰ Circulaire van de NZa van 11 februari 2013, kenmerk CI/13/9c.

¹¹ Brief van de minister van VWS van 15 februari 2013, kenmerk CZ-3154785.

3. Analyse van de gesignaleerde verschillen

De verschillen tussen het schaduw-FB vermenigvuldigd met het marktaandeel en de DOT-afspraken zijn door de zorgverzekeraars zo goed als mogelijk verklaard. Als belangrijkste verklarende factoren voor ex ante claims op het Zorgverzekeringsfonds worden genoemd doelmatigheidsafspraken, correcties voor kapitaallasten en verschuivingen van marktaandelen. In enkele gevallen is sprake van een mogelijke toepassing van de zogeheten A/B-schuif. Op deze onderwerpen wordt nader ingegaan in hoofdstuk 7.

In lang niet alle gevallen konden de verschillen tussen het marktaandeel van het schaduw-FB en de DOT-A- en DOT-B-nieuw-productieafspraken volledig kwantitatief worden verklaard. Door zorgverzekeraars gegeven kwalitatieve verklaringen voor de resterende verschillen betreffen:

- contracten gesloten vóór het bekend worden van het schaduw-FB;
- ‘niet aan tafel’ bij het overeenkomen van het schaduw-FB;
- door zorgverzekeraar voordelig ingestoken contractering, die door de zorgaanbieder is geaccepteerd;
- resterende onderhandelingsresultaten, zowel in positieve zin als in negatieve zin.

Diverse ziekenhuizen hebben de Commissie in dit kader gewezen op het tijdstraject van de inkoop. Veel contracten zijn eerst in de loop van 2012 afgerond. Door het uitblijven van de contracten kwamen ziekenhuizen in een aantal gevallen in liquiditeitsproblemen, zeker daar waar zorgverzekeraars de bevoorschotting als drukmiddel hebben gehanteerd. Met het voortschrijden van de tijd resteerde er voor de ziekenhuizen niet veel anders dan het voorliggende contract te accepteren.

Ten slotte vermeldt de Commissie dat door een aantal zorgverzekeraars ook nog op dit moment nadere analyses worden uitgevoerd; deze analyses leiden in een aantal gevallen tot corrigerende acties, zoals het aanpassen/verhogen van de plafonds en/of de aanneemsommen en het bijstellen van prijzen voor zorgproducten.

4. Omvang van het gesignaleerde verschil

Uit de uitgevoerde analyse blijkt indicatief een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds ter grootte van per saldo circa EUR 100 tot 150 miljoen. Dit is het verschil tussen de som van de schaduw-FB's en de som van de contracteerde DOT-A- en DOT-B-nieuw-zorgproducten. De claim slaat voor een belangrijk deel neer bij de umc's; in paragraaf 7.6 wordt hierop nader ingegaan.

Op zich past een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds binnen de bedoeling van het transitie-model. Het past binnen de door de minister getroffen overgangsmaatregelen, gericht op zekerheid voor de ziekenhuizen, met behoud van de gewenste dynamiek. Zie hiervoor ook paragraaf 3 van Bijlage A.

Volledigheidshalve vermeldt de Commissie dat het feitelijke realiseren van deze claim afhankelijk is van tal van factoren, zoals de uitloop van het onderhanden werk 2011, de werkelijke zorgproductie en de daaruit voortvloeiende nacalculatie van het schaduw-FB, de werking van de Grouper en de administratieve afwikkeling (onder meer de toerekening van de omzet van ziekenhuizen aan de juiste jaren en segmenten). Voor de administratieve afwikkeling wordt verwezen naar paragraaf 9.2.

Een van de zorgverzekeraars richt zich tot de Commissie om te benadrukken dat de uiteindelijke uitkomst van 2012 in de vorm van declaraties niet gelijk zal zijn aan de ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds. De werkelijke zorgproductie zal bepalend zijn voor de uiteindelijke claims. Wat ex ante een goede afspraak is in relatie tot het marktaandeel in het schaduw-FB, kan achteraf door de prijsafspraken in combinatie met de realisatie qua declaraties heel anders uitpakken. Deze zorgverzekeraar benadrukt dat de volumes zeer moeilijk van te voren in te schatten waren, en het dus lastig is om vast te stellen of aantallen echt bewust verkeerd zijn vastgesteld, of dat dit nou net datgene is waarvoor het transitie-model is bedoeld.

Deze uitspraak is in overeenstemming met hetgeen de Commissie in de voorgaande alinea heeft gesteld.

5. Conclusie van de uitgevoerde analyse

De conclusie van de uitgevoerde kwantitatieve analyse is dat de verschillen die voortvloeien uit de vergelijking van het schaduw-FB maal het marktaandeel met de gecontracteerde DOT-A- en DOT-B-nieuw-productieafspraken in belangrijke mate konden worden verklaard.

Voor een belangrijk deel zit die verklaring in het feit dat enkele zorgverzekeraars beleidsmatig hebben ingezet op Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting. In hoofdstuk 7 beoordeelt de Commissie die beleidsmatige keuzes aan de hand van het in hoofdstuk 4 opgenomen normenkader. Voor een ander deel wordt het verschil veroorzaakt door de “zwartegatproblematiek”. Deze wordt eveneens in hoofdstuk 7 behandeld.

Voor een klein deel is geen expliciete verklaring voor het verschil te geven. Bij het beoordelen van de uitkomsten van het zorginkooptraject 2012 moet echter rekening worden gehouden met de factoren zoals genoemd in paragraaf 6.3, zoals het specifieke inkoopbeleid van de zorgverzekeraars, de mate van decentralisatie van de zorginkoop, de gebrekkige control op het inkoopproces en de rol van het schaduw-FB bij de contractonderhandelingen. Deze factoren gevoegd bij de omstandigheid dat voor het jaar 2012 voor het eerst op deze wijze is ingekocht (prestatiebekostiging met een nieuwe productstructuur), maken het voorkomen van niet specifiek verklaarde onderhandelingsresultaten begrijpelijk. Het feit dat er in 2012 sprake is van een vangnet (transitie-model) maakte het volledig uitonderhandelen van de contracten ook minder noodzakelijk.

De Commissie heeft enkele voorbeelden gezien van individuele afspraken met ziekenhuizen, die erop duiden dat – steeds in een poging om “*er met elkaar uit te komen*” in de laatste fase van de onderhandelingen – een afspraak is gemaakt op basis van het besef dat het effect daarvan door het transitie-model werd weggenomen of gemitigeerd.

Dergelijk gedrag is naar het oordeel van de Commissie een te verwachten effect van een systeem dat – zoals de NZa erkent – ‘perverse prikkels’ bevat, naast een zeer krap macrokader, een afspraak over beperkte groei en een steeds groeiende zorgvraag. Die combinatie van factoren is een voedingsbodemp voor het opzoeken van de grenzen van het regelgevend kader en de contractuele ruimte.

Dit effect heeft zich blijkens het onderzoek van de Commissie in een aantal gevallen in eerste instantie voorgedaan. Waar noodzakelijk hebben zorgverzekeraars, mede naar aanleiding van het onderhavige onderzoek, een nadere analyse gemaakt van hun initiële contractering. De Commissie heeft vastgesteld dat bij deze analyse onvolkomenheden in de initiële contractering, die konden leiden tot een transitieclaim, zijn of zullen worden hersteld.

Samenvattend heeft de Commissie vastgesteld dat onjuiste contractering in de gesignaleerde gevallen is hersteld en/of zal worden hersteld. Hiernaast adviseert de Commissie in hoofdstuk 11 over de nog aanvullend te nemen stappen in deze.

7 Bijzondere items

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste factoren die een verschil veroorzaken tussen het marktaandeel en het schaduw-FB enerzijds en de DOT-afspraken anderzijds nader toegelicht en beoordeeld.

7.2 Kapitaallasten

7.2.1 Wet- en regelgeving kapitaallasten

Beleid

Met de invoering van prestatiebekostiging is beoogd ziekenhuizen zelf verantwoordelijk te maken voor investeringsbeslissingen en de daarmee gemoeide financiële consequenties¹². De kapitaallasten dienen te worden gedekt uit tarieven en prijzen die de aanbieder (op basis van afspraken met zorgverzekeraars) in rekening brengt. Doel is dat ziekenhuizen zelf bepalen welk bedrag in het DOT-tarief wordt versleuteld om de kapitaallasten te dekken.

Tot 2011 was het NZa-beleid anders. De kapitaallasten waren (na invoering van twee segmenten alleen) in het A-segment productieonafhankelijk en bestonden uit een vaste vergoeding in het FB-budget voor de werkelijke rente- en afschrijvingskosten verband houdend met onroerend goed dat met vergunning van het ministerie van VWS was gebouwd. Daarnaast bestond (lange tijd) een systeem van (normatieve) vergoeding voor jaarlijkse instandhouding en trekkingsrechten.

Overgangsregeling

In de brief van 1 april 2010 gaat de minister van VWS in op de invoering van prestatieafhankelijke kapitaallasten en de beoogde overgangsregeling voor het A-segment. De minister benoemt daarin drie uitgangspunten voor het bepalen van een overgangsregeling:

- Er dient een ruime overgangsregeling te komen die ten minste vijf jaar de daadwerkelijke, maar afnemende zekerheid biedt voor dekking van kapitaallasten;
- De te treffen voorzieningen moeten daadwerkelijk het karakter hebben van een overgangsregeling, in die zin dat zij de ziekenhuizen geen verderstrekkende of andersoortige voordelen biedt dan die welke de ziekenhuizen bij ongewijzigde voortzetting van het kapitaallastenregime zouden hebben genoten; en
- Niet objectieve criteria die ongerechtvaardigde onderscheidingen maken tussen ziekenhuizen, die gerelateerd zijn aan de vermogens- of solvabiliteitspositie van de ziekenhuizen of die selectief voordelen bieden aan bepaalde (groepen van) ziekenhuizen, moeten worden vermeden.

¹² Brief minister van VWS aan de voorzitter van de Eerste Kamer van 1 april 2010, kenmerk CZ/FBI-2996986, tevens verzonden aan de voorzitter van de Tweede Kamer, kenmerk CZ/FBI-2987492

Vervolgens wordt in de brief een overgangsregeling geïntroduceerd – in aanvulling op de dan al bestaande regeling voor overheveling naar het B-segment – waarbij een garantie wordt gegeven die stapsgewijs wordt afgebouwd. Deze garantie dient ertoe tegemoet te komen aan het geheel en de variëteit van problemen, risico's en uitdagingen waar ziekenhuizen mee worden geconfronteerd.

Consultatie

De NZa heeft in mei 2011 een consultatie gehouden onder marktpartijen over de invoering van prestatiebekostiging.¹³

De uitkomsten van die consultatie zijn opgenomen als bijlage bij een verantwoordingsdocument van juli 2011 waarin de NZa de gemaakte keuzes over de invoering van prestatiebekostiging uiteenzet en antwoord geeft op reacties uit het veld naar aanleiding van het voorafgaande consultatiedocument ('Verantwoordingsdocument')¹⁴

De NZa merkt daarin over de kapitaallasten op: *“In het nieuwe bekostigingsmodel moeten instellingen onderhandelen over de integrale prijs en (dus) ook over de vergoeding voor rente en afschrijving die zij willen ontvangen. De 8,7% die de NZa hanteert als opslag voor de gereguleerde tarieven komt overeen met de gemiddelde vergoeding die instellingen nu in hun budget ontvangen. Daar waar nog sprake is van investeringen die onder het bouwregime van de WTZi zijn goedgekeurd, vult de overgangsregeling eventuele tekorten (grotendeels) aan waarmee instellingen in voldoende mate worden gevrijwaard voor zowel prijs- als volumerisico's ten aanzien van hun vastgoed.”*¹⁵

In paragraaf 7.4 van het Verantwoordingsdocument 'Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg' concludeert de NZa dat de kapitaallasten in 2012 deel zullen uitmaken van het transitie-model en zullen de kapitaallasten, net als in voorgaande jaren, binnen het schaduw-FB worden nagecalculeerd. Hiermee is voor het jaar 2012 een garantieniveau van ten minste 95% bereikt; dit biedt dus een hoger garantieniveau dan de oorspronkelijke overgangsregeling die in 2012 een garantie van 90% zou hebben geboden.

7.2.2 Kapitaallasten in het eindmodel

Met de invoering van prestatiebekostiging is beoogd ziekenhuizen zelf verantwoordelijk te maken voor investeringsbeslissingen en de daarmee gemoeide financiële consequenties. De kapitaallasten dienen te worden gedekt uit tarieven en prijzen die de aanbieder (op basis van afspraken met zorgverzekeraars) in rekening brengt. Doel is dat ziekenhuizen zelf bepalen welk bedrag in het DOT-tarief wordt versleuteld om de kapitaallasten te dekken.

In 2012 werden (en ook nu worden) ziekenhuizen in die contracteerruimte nog beperkt door het NZa-beleid dat van toepassing was (en nog is) op het gereguleerde segment, het A-segment. In de DOT-tarieven voor het A-segment, die een maximumkarakter hebben, is een opslag opgenomen van 8,7% voor kapitaallasten.¹⁶

¹³ NZa, *Consultatiedocument. 'Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg'. Uitwerking van implementatie per 2012*, mei 2011

¹⁴ NZa, *Verantwoordingsdocument. 'Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg', uitwerking van implementatie per 2012*, juli 2011

¹⁵ Zie Verantwoordingsdocument, bijlage, pagina 30 onder 7.4

¹⁶ Zie o.a. Gebruikersdocument uitlevering deel 2 Verantwoording tariefswijzigingen v20110901 van DBC-Onderhoud, pagina 54.

Deze opslag is vastgesteld ten tijde van de invoering van de DBC-systematiek, op basis van de gemiddelde omvang van de kapitaallastenvergoeding in het voordien geldende FB-budget als percentage van het totale FB-budget.

Dit betreft een gemiddelde voor verschillende categorieën ziekenhuizen (van umc tot categoriaal) en was daarom per instelling, noch per categorie representatief voor de werkelijke kapitaallasten.¹⁷

Zoals in paragraaf 6.1 gesteld kan in het eindmodel worden verwacht dat er sprake is van marktconforme, integrale prijzen, derhalve inclusief een dekking van de kapitaallasten. In het licht daarvan is een ‘normalisatie’ bij die aanbieders die hoge kapitaallasten hebben naar het gemiddelde (naar beneden) een logische, te verwachten – en bovendien in het eindmodel ook gewenste – actie van zorgverzekeraars.

Binnen een systeem van prestatiebekostiging zullen ziekenhuizen in ‘kapitaallastenintensieve’ jaren tekort komen op de gemiddelde kapitaallasten die zij ontvangen en in ‘goedkopere jaren’ – lees: de jaren waarin bouw goeddeels is afgeschreven, maar nog geen nieuwe investeringen zijn gedaan – reserveringen kunnen maken. Dit werkt alleen als in de gehele relevante periode een gemiddelde vergoeding wordt ontvangen. Zo ontstaat evenwicht in de prijsvorming.

7.2.3 Conclusie

Normalisatie van de bovennormatieve kapitaallasten

Door een tweetal zorgverzekeraars wordt in het inkoopbeleid een normalisatie van de bovennormatieve kapitaallasten gehanteerd bij de contractering. Zij baseren het gehanteerde normatieve percentage voor de kapitaallasten bij de contractering van DOT-A en DOT-B-nieuw op het landelijk gemiddelde dat is berekend door de NZa. Bij ziekenhuizen met een hoger percentage aan kapitaallasten dan de gehanteerde norm, ontstaat hierdoor ex ante een claim op het Zorgverzekeringsfonds. Bij ziekenhuizen met kapitaallasten onder de norm vindt geen correctie plaats.

Bij haar beoordeling van het handelen van zorgverzekeraars neemt de Commissie als uitgangspunt dat nadrukkelijk door de wetgever is beoogd om de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen vrij te laten en te laten plaatsvinden op basis van integrale productprijzen.

Waar voor zorgverzekeraars schadelastbeperking logischerwijs een belangrijke doelstelling is, mag het – mede in het licht van het BHA – niet verbazen dat iedere zorgverzekeraar probeert zo veel mogelijk kwalitatief goede zorg in te kopen tegen zo laag mogelijke tarieven.

Uitgaande van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, zal de uitkomst van de onderhandelingen die met deze inzet worden gevoerd, gegeven het beoogde eindmodel, voorzichtig moeten worden beoordeeld.

Contracteerbeleid van de zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars voeren ieder een eigen contracteerbeleid. De NZa heeft hen die vrijheid in het transitie-model uitdrukkelijk willen laten. Tegenover de zorgverzekeraars die Normalisatie Kapitaallasten hebben toegepast, staan zorgverzekeraars die op andere thema's hebben geprobeerd hun zorginkoop te optimaliseren.

¹⁷ Vergelijk ook concept-NZa-notitie ‘Uitvoering overgangsregeling kapitaallasten’ van 20 april 2011.

Zorgverzekeraars die in 2012 nog niet vol hebben voorgesorteerd op integrale en marktconforme tarieven hebben daartoe een beleidsmatige afweging gemaakt (althans hadden dit in het licht van de veranderingen in de regelgeving moeten doen).

Dit neemt niet weg dat de cijfermatige inventarisatie van de contractering die zorgverzekeraars op verzoek van de Commissie hebben gemaakt, wel uitwijst dat de zorgverzekeraars die Normalisatie Kapitaallasten hebben toegepast, in combinatie met een vaste aanneemsom of een plafondafpraak, ex ante een claim onder het transitie-model veroorzaken.

Beoordeling van de normalisatie

Voor de vraag of het optreden van deze ex ante effecten door het hanteren van een beleid dat bestaat uit een combinatie van Normalisatie Kapitaallasten en vaste aanneemsommen of plafondafspraken meer is dan ‘gebruik’ (zie normenkader in paragraaf 4.2), is naar het oordeel van de Commissie het antwoord op de volgende vragen cruciaal:

- Allereerst de vraag of het effect dat optreedt een *systeemrisico* of een *omzetrisico* is. Immers, het transitie-model wordt geacht de eerste risico's te dekken, de tweede uitdrukkelijk niet.
- Vervolgens de vraag of het motief van de zorgverzekeraars die het effect door het contracteerbeleid of de feitelijke contractering hebben veroorzaakt, gericht was op contractering op grond van reële en integrale marktprijzen of op een incidentele afwenteling van schadelast op het Zorgverzekeringsfonds.

Voor de Normalisatie Kapitaallasten geldt dat uit Bijlage A bij dit rapport blijkt dat het niet contracteren van de werkelijke kapitaallasten door de minister van VWS met zoveel woorden onder ogen is gezien als een van de redenen waarom het nodig was een overgangsregeling te treffen. Dit betekent dat Normalisatie Kapitaallasten kan worden geduid als een systeemrisico dat ziekenhuizen lopen als gevolg van de afschaffing van de FB-budgettering. Zij leveren dezelfde hoeveelheid en kwaliteit van zorg als in 2011, maar als gevolg van het feit dat zorgverzekeraars daarvoor geen vaste prijs meer hoeven (en willen) betalen, genereren ze daarvoor niet meer dezelfde omzet. Weliswaar is geen sprake van een omzetverschuiving als gevolg van technische veranderingen in letterlijke zin, maar zeker ook niet van verschillen in aard en omvang van de zorg die een andere omzet rechtvaardigen.

Het bovenstaande betekent dat zorgverzekeraars die beleid maken dat erop is gericht om in hun tariefafspraken niet (langer) meer te betalen voor kapitaallasten dan het landelijk gemiddelde, met als intentie te contracteren op grond van marktconforme, integrale tarieven, gelet hierop niet in strijd met de geest van het transitie-model handelen. Zij doen in feite ook niets anders dan zorgverzekeraars die als beleid hanteren dat de integrale prijs per DOT-product niet hoger mag zijn dan het landelijk gemiddelde of de gemiddelde prijs die zij zelf betalen. Ook dat kan, op andere onderdelen, leiden tot een claim onder het transitie-model. Deze claim is echter, als het beleid gecombineerd wordt met een plafondafpraak, ex ante nog niet in volle omvang zichtbaar.

Voorwaarde is consistentie in beleid

Het oordeel van de Commissie over de toelaatbaarheid van de beleidsmatige keuzes van zorgverzekeraars gaat er wel van uit dat zij consistent zijn in dit beleid, met als doel het toewerken naar het eindmodel en dat zij het beleid dus niet alleen in de jaren waarin het transitie-model en de Garantierегeling Kapitaallasten van toepassing zijn, hanteren.

Wél in strijd met de geest van het transitie-model zou het zijn om de Normalisatie Kapitaallasten tijdelijk toe te passen met de intentie een claim op het Zorgverzekeringsfonds te creëren en zodra het transitie-model is uitgewerkt – lees: de facto vanaf 2013, want het transitiebedrag wordt in 2012 bepaald, ook voor 2013 – de Normalisatie Kapitaallasten te redresseren.

Zouden ziekenhuizen met bovengemiddelde kapitaallasten deze in of na 2013 wel weer (voor een hoger percentage dan het landelijk gemiddelde of integraal) vergoed krijgen, dan wijst dat er – zonder goede verklaring – op dat de contractering in 2012 niet (uitsluitend) het effect van marktwerking is geweest, maar (toch ook) heeft plaatsgevonden met het oog op de mogelijkheid tot afwenteling die het transitie-model biedt. Dat zou dan *wel* misbruik of zelfs fraude kunnen opleveren.

Een oordeel over een eventueel gebrek aan consistentie kan nu nog niet worden geveld. Daarvoor is zicht nodig op de contractering in 2013 (en latere jaren).

De Commissie heeft op grond van de gesprekken met de verschillende zorgverzekeraars geen indicatie dat het gehanteerde beleid ten aanzien van Normalisatie Kapitaallasten niet structureel bedoeld is. Integendeel, bevestigd wordt dat het beleid wordt doorgezet in 2013 en het is het voornemen het in de jaren na 2013 ook door te zetten.

Beoordeling Normalisatie Kapitaallasten in licht van geest BHA

De Commissie heeft niet kunnen vaststellen of partijen bij het BHA bij het vaststellen van de groeirimte voor 2012 nadrukkelijk beoogd hebben rekening te houden met het saldo van betalingen en ontvangsten aan/uit het Zorgverzekeringsfonds. Ook zonder dat kan worden gezegd dat wat niet in strijd met de geest van het transitie-model is, ook niet in strijd met de geest van het BHA kan zijn. Beide zouden immers qua bedoeling volledig op elkaar moeten aansluiten. Als het maken van een verdergaande afspraak dan het beleid van de NZa strekt, c.q. van een van dat beleid afwijkende afspraak, de bedoeling was geweest van de partijen bij het BHA, dan hadden partijen dat expliciet moeten opschrijven. Een dergelijke oprekking of afwijking blijkt nergens uit.

Ook hier geldt daarom naar het oordeel van de Commissie dat de beleidsmatige keus tot Normalisatie Kapitaallasten de grens van gebruik/creatief gebruik niet overschrijdt.

Voor een integrale analyse over de kapitaallasten verwijzen wij naar Bijlage A.

7.3 Doelmatigheid

7.3.1 Wet- en regelgeving doelmatigheid

De argumentatie met betrekking tot de doelmatigheid is in grote lijnen gelijk aan de argumentatie met betrekking tot de kapitaallasten.

Bij haar beoordeling van het handelen van zorgverzekeraars neemt de Commissie als uitgangspunt dat nadrukkelijk door de wetgever is beoogd om de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen vrij te laten en te laten plaatsvinden op basis van integrale productprijzen. Waar voor zorgverzekeraars schadelastbeperking logischerwijs een belangrijke doelstelling is, mag het – mede in het licht van het BHA – niet verbazen dat iedere

zorgverzekeraar probeert zo veel mogelijk kwalitatief goede zorg in te kopen tegen zo laag mogelijke tarieven.

Zorgverzekeraars voeren ieder een eigen contracteerbeleid. De NZa heeft hen die vrijheid in het transitie-model uitdrukkelijk willen laten. Tegenover de zorgverzekeraars die Doelmatigheidskortingen hebben toegepast, staan als het goed is zorgverzekeraars die op andere thema's hebben geprobeerd hun zorginkoop te optimaliseren. Zorgverzekeraars die in 2012 nog niet vol hebben voorgesorteerd op integrale en marktconforme tarieven hebben daartoe een beleidsmatige afweging gemaakt.

Dit neemt niet weg dat de cijfermatige inventarisatie van de contractering die zorgverzekeraars op verzoek van de Commissie hebben gemaakt, wel uitwijst dat de zorgverzekeraars die Doelmatigheidskortingen hebben toegepast, ex ante een claim onder het transitie-model veroorzaken.

7.3.2 Doelmatigheid in het eindmodel

Zoals in paragraaf 6.1 gesteld, moet prestatiebekostiging ertoe leiden dat ziekenhuizen betaald krijgen voor wat ze werkelijk aan zorg hebben geleverd. Gereguleerde marktwerking moet in de visie van de beleidsmakers leiden tot concurrentie op prijs en kwaliteit. Bij de schets van het eindmodel moet dan ook inkoop door zorgverzekeraars worden verwacht met een maximale inzet op *kwaliteit en doelmatigheid*.

7.3.3 Conclusie

De Commissie heeft vastgesteld dat enige zorgverzekeraars beleidsmatig hebben ingezet op een contractkorting in verband met ondoelmatigheid. De Commissie is van oordeel dat een korting in verband met ondoelmatigheid geheel past binnen de afspraken gemaakt in het BHA. De ambitie van het BHA is immers om de uitgavengroei in de ziekenhuizen en de ZBC's die de laatste jaren op nominaal 6 tot 7% per jaar lag terug te brengen naar een significant lager niveau. Deze afspraak is een trendbreuk en daarom een majeure opgave voor de betrokken partijen.

Het BHA stelt dat deze opgave alleen door een samenstel van maatregelen vanuit de verschillende verantwoordelijkheden gerealiseerd kan worden. Het BHA stelt dat veldpartijen de mogelijkheid hebben om zowel door verbetering van efficiency de kostenontwikkeling te beheersen, als door een scherpere toepassing van het wettelijk beginsel 'gepast gebruik' het volume te beheersen. In een dergelijke context passen maatregelen om doelmatigheid af te dwingen en daadwerkelijk te realiseren.

Bij dit oordeel gaat de Commissie er wel van uit dat zorgverzekeraars die beleidsmatig een aftrek voor doelmatigheid toepassen, consistent zijn in dit beleid, met als doel het toewerken naar het eindmodel en het beleid dus niet alleen in de jaren waarin het transitie-model van toepassing is, hanteren. Wel in strijd met de geest van het transitie-model zou het zijn om de aftrek voor doelmatigheid toe te passen met de intentie een claim op het Zorgverzekeringsfonds te creëren. In die situatie zou er sprake kunnen zijn van misbruik of fraude.

Voor een integrale analyse over de doelmatigheid verwijzen wij naar Bijlage A.

7.4 A/B-schuif

7.4.1 Wet- en regelgeving A/B-schuif

In de opdracht aan de Commissie is de A/B-schuif expliciet genoemd als vorm van mogelijk misbruik. In de tussenevaluatie van de NZa van het transitie-model werd deze mogelijkheid ook genoemd en gekwalificeerd als oneigenlijk gebruik van het oude B-segment (vergelijk brief NZa van 25 juli 2012).

Onder de A/B-schuif verstaat de Commissie die contractering van zorg, waarbij een kunstmatige verschuiving plaatsvindt van omzet van het segment DOT-A/DOT-B-nieuw naar het segment DOT-B-oud door de prijzen – en daardoor de omzet – van DOT-A en DOT-B-nieuw te verlagen ten gunste van een verhoging van de omzet – prijzen en/of volume – van DOT-B-oud. De kunstmatig lage prijzen van DOT-A en DOT-B-nieuw leiden tot een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds. Het is een vorm van contracteren van zorg waar de intentie aan ten grondslag kan liggen een claim op het Zorgverzekeringsfonds te creëren. Voor de zorgverzekeraar ontstaat door deze wijze van contracteren een voordeel: meer zorg voor minder of evenveel geld. Voor het ziekenhuis ontstaat een kortstondig voordeel daar in totaliteit, inclusief de ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds, meer omzet wordt gerealiseerd.

Bij de contractering 2012 doet zich het feit voor dat een aantal zorgverzekeraars contracten met ziekenhuizen heeft gesloten, waarbij sprake is van vaste aanneemsommen, dan wel plafonds voor het geheel van de DOT-A-, DOT-B-nieuw en DOT-B-oud-zorgproducten. Indien dergelijke contracten zijn afgesloten, zonder dat daarbinnen een subaanneemsom of subplafonds per segment zijn overeengekomen, is het per definitie onmogelijk om ex ante DOT-A en DOT-B-nieuw te kunnen onderscheiden van DOT-oud-B-zorgproducten. Het is in die gevallen dan ook niet mogelijk om vast te stellen of partijen bij hun contractering actief hebben gestuurd op een A/B-schuif.

De Commissie heeft een aantal concrete situaties aangetroffen waarin het vermoeden bestaat dat partijen hun verschil van mening over de omvang van de productieafspraken hebben opgelost door actief te sturen op een A/B-schuif. Hierbij dient vermeld te worden dat niet alle contracten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn getoetst. De Commissie is uitgegaan van de totaalanalyses van de zorgverzekeraars, heeft van die analyses alle opvallende contracten beoordeeld en heeft gebruikgemaakt van de individuele meldingen van een beperkt aantal ziekenhuizen.

Voor een deel van deze situaties geldt dat het signaleren ervan aanleiding is geweest voor de zorgverzekeraar het uiteindelijke contract uiteindelijk niet goed te keuren. Op de andere door de Commissie onderzochte contracten waar een indicatie voor een A/B-schuif is gesignaleerd, worden door de zorgverzekeraar nog nadere analyses uitgevoerd.

7.4.2 Conclusie ten aanzien van de A/B-schuif

De conclusie van de Commissie met betrekking tot de A/B-schuif is dat in geval van actieve sturing op toepassing hiervan, sprake kan zijn van misbruik, dan wel fraude. De Commissie heeft in paragraaf 6.2 omschreven aan welke criteria moet worden voldaan, wil er sprake kunnen zijn van misbruik of fraude.

Voor de vraag of voldaan is aan de definitie van een van beiden in het kader van de A/B-schuif, moet blijken het in paragraaf 6.2 uiteengezette, worden gekeken naar de intentie van dit gedrag.

Het springende punt bij de beantwoording van de vraag of bij de A/B-schuif al dan niet sprake is van misbruik of fraude, zit in het handelen in de strijd met de geest van de regelgeving, respectievelijk de wederrechtelijkheid. Een zorgverzekeraar mag best opzettelijk een claim onder het Zorgverzekeringsfonds creëren met zijn contractering, als die claim voortvloeit uit de wens om marktconform te contracteren en dit voor het ziekenhuis een systeemrisico oplevert. Voor de opvang van dit systeemrisico is het transitie-model bedoeld. De intentie mag echter niet gericht zijn op het misbruiken van het transitie-model voor het afwentelen van omzetrisico's of het voorkomen van onwenselijk geachte schadelast (bijvoorbeeld in het licht van het BHA). Is de intentie wel op het laatste gericht, dan is sprake van misbruik en/of fraude.

Voor de contractering 2012 constateert de Commissie dat een eventueel aanwezige verkeerde intentie niet is doorgezet of lijkt te worden doorgezet. In die gevallen waar het vermoeden is ontstaan van het hanteren van een A/B-schuif zijn inmiddels naar aanleiding van het onderhavige onderzoek corrigerende acties en reparaties in gang gezet. Het misbruik, cq de fraude heeft in die gevallen niet plaatsgevonden.

Ook in deze gevallen geldt dat het verifiëren of inderdaad geen sprake is geweest van misbruik of fraude, eerst in 2014 en latere jaren kan plaatsvinden. In dat jaar zijn er geen vangnetten meer; als betreffende zorgverzekeraars dan terugkeren naar de vóór 2012 geldende verhouding A/B-segment, moet mogelijk alsnog worden geconcludeerd dat in 2012 sprake was van de intentie (tijdelijk) maximaal gebruik te maken van het transitie-model.

7.5 Verhoging schaduw-FB

7.5.1 Aard van de problematiek

Bij een van de onderzochte ziekenhuizen leek aanvankelijk sprake te zijn van een verhoging van het schaduw-FB met toekomstige kapitaallasten. Nader onderzoek heeft uitgewezen dat dit niet het geval is geweest. Bij bedoeld ziekenhuis is weliswaar sprake van een substantiële toename van rente en afschrijving, maar deze kon worden onderbouwd.

Wel is deze verhoging van het schaduw-FB door een zorgverzekeraar slechts ten dele doorvertaald in hogere prijzen voor DOT-A- en DOT-B-nieuw-zorgproducten. Deze handelwijze leidt tot een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds. Feitelijk komt deze handelwijze overeen met Normalisatie Kapitaallasten, zoals beschreven in paragraaf 7.2.

7.5.2 Verhoging schaduw-FB in eindmodel

In het eindmodel van de prestatiebekostiging speelt het schaduw-FB geen rol meer en is deze beïnvloedingsmogelijkheid niet meer relevant.

7.5.3 Conclusie ten aanzien van verhoging schaduw-FB

Bij de vaststelling van het schaduw-FB en bij de definitieve berekening van de claim/vordering op het Zorgverzekeringsfonds dienen de door de NZa gestelde regels in deze door de ziekenhuizen te worden nageleefd en door de accountants te worden gecontroleerd.

7.6 Contractering umc's

7.6.1 Aard van de problematiek

Een specifiek onderzoek naar de 'zwartegatproblematiek' van de umc's valt buiten de werkzaamheden van deze Commissie. Desondanks meent de Commissie enkele opmerkingen te moeten maken.

Onder de 'zwartegatproblematiek' verstaat de Commissie de situatie dat de zorgproductie van umc's niet volledig is vertaald in DOT-producten en dat de prijsstelling van de topreferente zorg nog niet volledig is uitgekristalliseerd. Hierdoor kan een verschil ontstaan tussen de bekostiging op basis van de oude (FB-)parameters en afgesloten contracten op basis van 'p maal q'.

Indien de 'zwartegatproblematiek' van umc's aan de orde is, hebben de verschillende contractvormen effecten op de betaling van de zorgproductie die samenhangt met het zwarte gat van de umc's. Bij een aanneemsom zal de zorgverzekeraar in het algemeen betalen voor de zwartegatproductie, terwijl bij een 'p maal q'-afspraken een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds ontstaat.

De Commissie heeft vastgesteld dat er bij de umc's zowel sprake is van contractering op basis van aanneemsommen, als van 'p maal q'-afspraken en plafonds voor de zorgproductie. Uit het onderzoek van de Commissie blijkt dat bij de umc's sprake is van een substantiële ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds. Zie ook paragraaf 6.4 punt 4.

Van belang is te vermelden dat door de verschillende vormen van contractering in de vorm van aanneemsommen en plafonds, deze claim uiteindelijk verschillende effecten heeft voor de individuele zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars die aanneemsommen hebben afgesloten betalen met de aanneemsom hun relatieve aandeel in het zwarte gat. Zorgverzekeraars die 'p maal q'-afspraken hebben gemaakt en plafonds hebben afgesproken laten de kosten van het zwarte gat in het Zorgverzekeringsfonds belanden, als de werkelijke productie onder het plafond blijft.

Door een aantal umc's is aangegeven dat zij het risico dat de plafonds niet vol kunnen worden gedeclareerd, reëel achten. Indien dit de realiteit zal worden, zal de hiervoor genoemde ex ante claim zich ook ex-post gaan voordoen en dan voor een hoger bedrag.

7.6.2 UMC's in het eindmodel

Het doorontwikkelen van de voor de umc's relevante productstructuur zal de komende jaren prioriteit moeten hebben. Het doel hierbij is alle door umc's te leveren zorgproducten te definiëren en in de productstructuur in te passen. Vervolgens dient een juiste prijsbepaling plaats te vinden.

7.6.3 Conclusie ten aanzien van de umc's

Bij het vaststellen van de prestatiebekostiging is aangegeven dat umc's een bijzondere positie hebben binnen de bekostiging van de medisch-specialistische zorg. Tijdens de consultatieperiode hebben de umc's aangegeven dat er binnen het beschreven transitiepad voldoende aandacht moet zijn voor de specifieke omstandigheden van de umc's.¹⁸

Geconstateerd moet worden dat bij gebrek aan richtlijnen zorgverzekeraars deze contractering zelf vorm hebben gegeven. Hierdoor ontstaan de eerder gesignaleerde verschillen.

De Commissie heeft vastgesteld dat enige zorgverzekeraars bij umc's kortingen hebben toegepast in verband met doelmatigheid, bovengemiddelde kapitaallasten en 'zwartegatproblematiek'. De Commissie is van oordeel dat dergelijke kortingen in beginsel (kunnen) passen binnen het transitie­model en de afspraken gemaakt in het BHA.

Zorgverzekeraars die beleidsmatig Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting bij de umc's hebben toegepast, zullen wel consistent dienen te zijn in dit beleid, met als doel het toewerken naar het eindmodel en beide dus niet alleen in de jaren waarin het transitie­model van toepassing is, mogen hanteren. Wel in strijd met de geest van het transitie­model zou het zijn om de aftrekken toe te passen met de intentie een claim op het Zorgverzekeringsfonds te creëren.

Met betrekking tot de 'zwartegatproblematiek' stelt de Commissie dat alleen monitoring van de consistentie bij de contractering in komende jaren de ware intentie van de zorgverzekeraars duidelijk kan maken.

7.7 Marktaandelen

7.7.1 Rol van de marktaandelen bij de contractering

In de door de Commissie uitgevoerde analyse speelt de omvang van het marktaandeel van de zorgverzekeraar een belangrijke rol. De vergelijking van het schaduw-FB maal het marktaandeel met de gecontracteerde DOT-A- en DOT-B-nieuw-productie geeft immers een indicatie of er ex ante sprake is van een claim op het Zorgverzekeringsfonds (transitieclaim). Indien door een zorgverzekeraar wordt uitgegaan van een onjuist (te laag) marktaandeel en de andere zorgverzekeraars het verschil niet aanvullen, ontstaat ex ante een claim op het Zorgverzekeringsfonds.

7.7.2 Gebrek aan consistentie in te gebruiken cijfers

Uit het onderzoek is gebleken dat marktaandelen op verschillende, niet consistente wijzen worden gehanteerd. Er is sprake van verschillende bronnen en verschillende peiljaren. Voorts zijn er verschillen tussen de marktaandelen op basis van de verzekerden en van de zorggebruikers. Deze verschillen hebben een effect op de contractering, zeker waar de marktaandelen niet optellen tot 100%. De Commissie heeft vastgesteld dat de ongewogen gemiddelde som van de marktaandelen per zorgaanbieder circa 96% bedraagt. Een kanttekening hierbij is dat voor een klein aantal contracten (nog) geen marktaandeel bekend is, zodat het uiteindelijke getal van 96% hoger zal uitkomen.

¹⁸ NZa Uitvoeringstoets Prestatie­bekostiging binnen de medisch specialistische zorg

7.7.3 Conclusie

Bij de contractering 2012 zijn veelal marktaandelen van het jaar 2010 gehanteerd. In een omgeving waar sprake is van substantiële mutaties in marktaandelen, moeten schattingen worden gemaakt van de te hanteren marktaandelen. Geconstateerd moet worden dat deze schattingen voorzichtig, dus laag zijn ingestoken. Per saldo leidt dit tot een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds. De Commissie adviseert ZN om een uniforme methode te ontwikkelen voor het vaststellen van de (mutaties in de) marktaandelen.

8 Casuïstiek

Het onderzoek van de Commissie heeft zich gericht op de verschillen tussen de omvang van het bedrag als product van marktaandeel vermenigvuldigd met het schaduw-FB en de feitelijke DOT-contractering DOT-A en DOT-B-nieuw per ziekenhuis (voor alle zorgverzekeraars). In het onderzoek is aan de zorgverzekeraars gevraagd de oorzaken van de grote verschillen per ziekenhuis toe te lichten. De Commissie heeft de gesignaleerde verschillen per ziekenhuis getoetst aan de tien beïnvloedingsmogelijkheden zoals genoemd in paragraaf 3.2 en 3.3.

Vervolgens heeft de Commissie de uitkomsten van de analyses bij de zorgverzekeraars getoetst aan de mededelingen die de Commissie heeft ontvangen van individuele ziekenhuizen, mede naar aanleiding van de uitgezonden verzoeken om informatie. In dit hoofdstuk geeft de Commissie een samenvatting van de bevindingen bij die ziekenhuizen die zich hebben gemeld, voor zover die hiervoor nog niet afdoende zijn behandeld.

Voor de volledigheid vermeldt de Commissie dat er geen integraal onderzoek heeft plaatsgevonden naar alle contracten tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. De in het navolgende uiteengezette cases zijn derhalve alleen gebaseerd op de meldingen van individuele ziekenhuizen. Een integraal onderzoek kan tot meer signaleringen leiden.

8.1 Kapitaallasten

Casus 1

In het begin van de onderhandelingen is door de zorgverzekeraar fors ingezet op onderdekking van het schaduw-FB. Het ziekenhuis heeft hier in eerste instantie over meegesproken. In de periode februari/maart 2012 heeft de zorgverzekeraar het inkoopbeleid gewijzigd en is de verantwoordelijke inkoper vervangen. Uiteindelijk is sprake van een transitieclaim van EUR 1 miljoen, als gevolg van de aftrek van bovennormatieve kapitaallasten.

Het beleid van de desbetreffende zorgverzekeraar is erop gericht om in zijn tariefafspraken niet (langer) meer te betalen voor kapitaallasten dan het landelijk gemiddelde, met als intentie te contracteren op grond van marktconforme, integrale tarieven. De Commissie beoordeelt deze handelwijze niet in strijd met de geest van het transitie-model en verwijst naar paragraaf 7.2.3.

Casus 2

In deze casus is sprake van een zeer substantiële toename van de kapitaallasten in het schaduw-FB. De afspraken 2012 betreffen een verdubbeling van rente en afschrijving ten opzichte van het jaar 2010. Zowel de toename in de afschrijvingskosten als de toename van de rentekosten is tijdens het onderzoek door het ziekenhuis onderbouwd. Hierdoor is feitelijk geen discussie meer over de omvang van het schaduw-FB.

Bij deze zorgaanbieder is overeengekomen dat géén nacalculatie plaatsvindt op het schaduw-FB, welke afspraak niet in overeenstemming is met de beleidsregels van de NZa.

De Commissie is van oordeel dat bij de nacalculatie van het schaduw-FB en bij de definitieve berekening van de claim/vordering op het Zorgverzekeringsfonds, de door de NZa gestelde regels in deze dienen te worden nageleefd en dat dit door de accountants dient te worden gecontroleerd.

8.2 A-B schuif

Casus 3

Tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar ontstaat een dispuut over de te hanteren DOT-prijzen. De zorgverzekeraar heeft een omzetplafond gegeven, maar wil volgens het ziekenhuis geen tarieven afspreken waarmee de verwachte DOT-productie dit plafond gaat dekken. Met andere woorden de omzet vanuit p maal q blijft fors onder het plafond.

De zorgverzekeraar stelt dat het vooral gaat om een marktconforme prijs en dat er geen sprake is van misbruik/gebruik van het transitie-model. Het ziekenhuis heeft het vermoeden dat de zorgverzekeraar aanstuurt op een zo hoog mogelijke onderdekking.

Onderzoek van de Commissie heeft niet uitgewezen of de zorgverzekeraar in deze casus aanvankelijk heeft aangestuurd op bewuste onderdekking. De zorgverzekeraar stelt dat van meet af aan is uitgegaan van gemiddelde (markt)prijzen. Uiteindelijk zijn ziekenhuis en zorgverzekeraar tot een vergelijk gekomen door middel van licht verhoogde prijzen in vergelijking met de prijzen volgens het conceptcontract.

De Commissie is van mening dat uit deze casus de spanning blijkt tussen enerzijds de omvang van het schaduw-FB en anderzijds de dekking ervan op basis van marktconforme prijzen. Het transitie-model was juist bedoeld voor het ‘gat’ dat hiertussen zou kunnen ontstaan. Het uiteindelijke contract past binnen de regels van het transitie-model en de prestatiebekostiging.

Casus 4

Het ziekenhuis heeft het vermoeden geuit dat de zorgverzekeraar aanstuurt op een onderdekking van het schaduw-FB. De DOT-A-afspraken is lager dan het van het schaduw-FB afgeleide marktaandeel van de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis is naar de mening van de zorgverzekeraar te duur. Het bod voor DOT-B-oud is eveneens verlaagd. De afgelopen jaren is door de zorgverzekeraar in DOT-B-oud al een traject ingezet van dalende prijzen.

De ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds bedraagt circa EUR 1,3 miljoen; de argumentatie van de zorgverzekeraar hiervoor is een correctie voor doelmatigheid.

De Commissie is van oordeel dat een korting in verband met doelmatigheid in beginsel past binnen het eindmodel van de prestatiebekostiging en de afspraken gemaakt in het BHA en verwijst daarvoor naar paragraaf 7.3.3.

Casus 5

In deze casus gaat het dispuut tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar over het verschil tussen het schaduw-FB en de productieafspraken voor DOT-A/DOT-B-nieuw. De zorgaanbieder veronderstelt dat de zorgverzekeraar hierbij een marge hanteert van maximaal 3% en dat deze dus beleidsmatig is geaccordeerd.

De betreffende zorgverzekeraar heeft aangegeven dat dit niet zijn beleid is geweest. Een van de – naar aanleiding van het onderzoek door de Commissie ingestelde – controles van deze zorgverzekeraar is gericht op het voorkomen van de A/B-schuif. Voor deze controle gold dat in het geval de productieafspraken DOT-B-oud met meer dan 3% stijgt, deze moet worden voorgelegd aan het management voor akkoord. Het onderhavige contract bevatte een dergelijke stijging en was daarom ten tijde van de afronding van het onderzoek nog niet goedgekeurd.

Nu het onderhavige contract nog niet definitief is, kan de Commissie over deze casus nog geen eendoordeel vellen.

Casus 6

In deze casus geeft het ziekenhuis aan dat de zorgverzekeraar door middel van een ‘technische correctie’ heeft getracht de zorgkosten lager te contracteren dan het product van marktaandeel maal schaduw-FB. De oorspronkelijke ‘technische correctie’ bedroeg circa 7% van het totale zorgvolume. Het ziekenhuis wilde hier niet aan mee werken. Uiteindelijk heeft het ziekenhuis een ‘technische correctie’ ter grootte van EUR 0,7 miljoen geaccepteerd, om het contract rond te krijgen.

Omdat niet duidelijk is wat bedoeld wordt met ‘technische correctie’ is niet vast te stellen of in deze casus is gewerkt aan het in strijd met de regels sturen op onderdekking. De betreffende zorgverzekeraar heeft, mede naar aanleiding van het door de Commissie ingestelde onderzoek, aangegeven dat het onderhavige contract ten tijde van de afronding van het onderzoek nog niet is goedgekeurd.

Nu het onderhavige contract nog niet definitief is, kan de Commissie over deze casus nog geen eendoordeel vellen.

9 Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA)

9.1 Rol van de NBA

De NBA beoogt accountants aanwijzingen te geven via zogenaamde Audit Alerts ter zake van een specifiek onderdeel van de uitoefening van het accountantsberoep. Verwacht wordt dat accountants kennisnemen van deze aanwijzingen en deze overwegingen voor zover relevant voor de opdracht.

9.2 Brief van 20 december 2012 aan het ministerie van VWS

Op 20 december 2012 heeft de NBA een brief¹⁹ gestuurd aan de minister van VWS om haar zorgen te uiten over de grote onzekerheden in de jaarrekeningen en daaraan gerelateerde verantwoordingen over 2012 van instellingen voor medisch-specialistische zorg, waaronder ziekenhuizen en umc's.

De NBA benoemt expliciet de complexe DOT-systematiek, de correcte afleiding van zorgproducten door de landelijke Grouper en interpretatieverschillen over de toe te passen regels van de NZa. De NBA meent dat de diversiteit aan contractvormen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, de uitbreiding van de prestatiebekostiging, de transitiebudgettering en diverse landelijke overgangsregelingen tot een opeenstapeling van onzekerheden leiden. In dit kader benoemt de NBA ook de problematiek van het transitiebudget, onderwerp van onderzoek door ZN (het onderhavige onderzoek).

De NBA geeft in de brief van 20 december aan dat er voor instellingen voor medisch-specialistische zorg landelijke onzekerheid bestaat over de volledigheid en juistheid van de omzet en omzetgerelateerde posten. Concreet noemt de NBA de gefactureerde omzet DBC's/DBC-zorgproducten, het onderhanden werk en nog te factureren posten, de omzet inzake het transitiebedrag en overige compensatieregelingen en de hieraan gerelateerde vorderingen en schulden. Op 20 december concludeert de NBA dat bij de verantwoordingen 2012 van ziekenhuizen en umc's geen goedkeurende verklaringen kunnen worden afgegeven.

De NBA stelt in de brief: *'Op grond van een inventarisatie door Coziek, het landelijk platform van accountants van zorginstellingen, kan nu reeds geconcludeerd worden, dat in ieder geval bij de verantwoordingen van ziekenhuizen en UMC's geen goedkeurende verklaring kan worden afgegeven.'*

De NBA heeft de minister gevraagd in deze problematiek de regierol op te pakken.

¹⁹ Brief van de NBA aan het ministerie van VWS d.d. 20 december 2012, referentie MA2012/12.

9.3 Werkzaamheden door het veld

Gedurende de periode december 2012 tot en met medio februari 2013 hebben de betrokken partijen in de zorgsector (ziekenhuizen, zorgverzekeraars, overheid en accountants) de aanwezige risico's en onzekerheden waar mogelijk proberen op te lossen.

Deze mitigerende maatregelen bestonden uit het verduidelijken van regelgeving, het opstellen van een handreiking voor de omzetverantwoording over 2012 en het laten certificeren van de landelijke Grouper²⁰.

De Commissie is in de persoon van de voorzitter betrokken bij dit overleg en heeft de nodige input geleverd. De werkgroep heeft de 'Handreiking omzetverantwoording 2012' op 7 februari 2013 afgerond.²¹

9.4 De NBA Alert van februari 2013

In februari 2013 heeft de NBA een Alert²² uitgebracht inzake de omzetproblematiek van instellingen voor medisch-specialistische zorg. Deze Alert bevat aanwijzingen voor de controle van de jaarrekening en de aan de omzet gerelateerde deelverantwoordingen van de ziekenhuizen over 2012.

In deze Alert verwijst de NBA naar het feit dat door ZN opdracht is gegeven tot een onderzoek naar mogelijk oneigenlijk gebruik van het transitie-model door zorgverzekeraars en ziekenhuizen. De uitkomsten van dit onderzoek zijn naar verwachting niet eerder bekend dan begin maart 2013. Op het moment van publicatie van de Alert kan daarom nog geen uitspraak worden gedaan over de eventuele effecten ervan voor de financiële overzichten van de ziekenhuizen en voor de aard, omvang en diepgang van de controlewerkzaamheden van de accountant.

De Alert stelt dat '...de hiervoor genoemde mitigerende maatregelen lossen veel van de gesignaleerde onzekerheden in de normstelling op, maar betekenen niet dat de risico's en onzekerheden in de controle van de deelverantwoordingen en jaarrekening 2012 van de individuele instelling daarmee ook zijn opgelost.

De kwaliteit van de basisregistratie, de administratieve organisatie en de interne beheersing en de mate waarin een instelling op toetsbare wijze invulling kan geven aan de standpunten uit de Handreiking omzetverantwoording 2012 zijn mede bepalend voor de mate waarin de accountant in staat zal zijn voldoende en geschikte controle-informatie te verkrijgen over de verantwoording van een individuele instelling. Relevant is de vermelding van de IT-auditor in zijn assurance-rapport van 12 februari 2013 over de Grouper dat bij de individuele instelling nog steeds een aantal aanvullende werkzaamheden nodig is om vast te kunnen stellen of de DBC zorgproducten juist, rechtmatig en volledig zijn afgeleid en gefactureerd.

²⁰ De Grouper is een centraal landelijk computersysteem dat vanuit het Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) te benaderen is. Het systeem leidt DBC-zorgproducten en add-ons (de declareerbare prestaties) af uit de zorginformatie die de ziekenhuizen invoeren. Het ziekenhuis voorziet de retourinformatie zelf van een prijs en declareert de zorg bij de zorgverzekeraar of de patiënt.

²¹ 'Handreiking omzetverantwoording 2012'. Opgesteld door een brede werkgroep onder verantwoordelijkheid van de NVZ en de NFU. Vastgesteld in het bestuurlijk overleg Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord 7 februari 2013.

²² NBA Alert 28. Controleverklaringen bij de financiële overzichten 2012 van instellingen voor medisch specialistische zorg. Februari 2013.

Bovengenoemde problematiek zorgt voor attentiepunten in de aanpak en de uitvoering van de controles van de deelverantwoordingen en de jaarrekening 2012. Het risico van een materiële afwijking hangt veelal samen met de juistheid, volledigheid en afgrenzing van de omzet en omzet-gerelateerde posten.'

9.5 Gevolgen controleverklaringen

In de paragraaf over de gevolgen van de onzekerheden voor de controleverklaringen stelt de NBA zich genuanceerder op dan in december 2012 het geval was.

De NBA stelt: '.... De accountant betreft eventuele onjuistheden in de deelverantwoordingen en/of de beperkingen in de uitvoering van zijn controle in de bepaling of en hoe deze doorwerken in de jaarrekening van de instelling over boekjaar 2012. Het betreft zowel balansposten als posten in de resultatenrekening. Hierbij houdt de accountant rekening met de mitigerende maatregelen zoals beschreven.....'

De NBA vervolgt: '...

'Ook de bevindingen voortvloeiend uit de jaarrekeningcontrole waaronder de uitvoerings- en verantwoordingsissues zoals genoemd in deze Alert en lokale problematiek betreft de accountant in de foutevaluatie. Gegeven de aard, samenhang en omvang van de in deze Alert beschreven thematiek moet ermee rekening worden gehouden dat het in veel gevallen niet mogelijk zal zijn om voldoende zekerheid te krijgen en dat de foutevaluatie zal resulteren in niet-goedkeurende controleverklaringen bij de jaarrekening over boekjaar 2012. Alleen in die situatie waarin de foutevaluatie de controletolerantie voor de jaarrekening aantoonbaar niet overschrijdt, kan de accountant een goedkeurende controleverklaring afgeven.

Instellingen zullen de risico's en onzekerheden die met de elf thema's samenhangen en de (mogelijke) gevolgen hiervan verwerken in de jaarrekening en toelichting daarop. Het lijkt reëel te veronderstellen dat de Raad van Bestuur van een instelling hier in het directieverslag aandacht aan besteedt en zo ook de Raad van Toezicht in haar verslag.

Gelet op het fundamentele belang van deze problematiek voor het inzicht in de jaarrekening adviseert de NBA de gebruikers van de jaarrekening via een 'paragraaf ter benadrukking van aangelegenheden' in de controleverklaring hierop te attenderen.'

9.6 De NBA Alert in relatie tot het onderhavige onderzoek

De Commissie concludeert dat de NBA in haar brief van 20 december 2012 en in de Alert van februari 2013 een veelheid aan risico's signaleert. De complexiteit van de regelgeving, zoals hiervoor in hoofdstuk 2 gesignaleerd, is hiervan een belangrijke oorzaak.

Geconstateerd kan worden dat door het veld in de periode december 2012 tot en met februari 2013 is gewerkt aan het oplossen van tal van knelpunten, door de NBA omschreven als "mitigerende maatregelen".

De NBA heeft geen concrete manifestaties van risico's gesignaleerd. Gelet op de eerder genoemde mitigerende maatregelen, stelt de NBA dat, onder voorwaarden een goedkeurende controleverklaring tot de mogelijkheden behoort.

9.7 Conclusie

In de opdracht aan de Commissie is ook gevraagd een onderzoek te doen naar de normen en spelregels voor de administratieve afwikkeling van het transitie-model (mogelijkheden 11 tot en met 17 van de Inventarisatie). Met het uitbrengen van de genoemde 'Handreiking omzetverantwoording 2012' en de NBA Alert van februari 2012 zijn er naar de mening van de Commissie voldoende normen en spelregels voor de administratieve afwikkeling van het transitie-model. De toerekening van de omzet van ziekenhuizen aan de juiste jaren en de juiste segmenten bevat nog wel enige vrijheden die derhalve risico's inhouden.

Een toets medio 2014, na afronding van de facturering over het schadejaar 2012 en na afronding van de accountantscontroles over de jaren 2012 en 2013, op het naleven van deze normen en spelregels voor de administratieve afwikkeling van het transitie-model acht de Commissie raadzaam.

10 Conclusie van het onderzoek

10.1 Beoordeling transitie-model in de praktijk

De Commissie dient een antwoord te geven op de vraag of er feitelijk sprake is van misbruik aan de hand van het opgestelde normenkader (zie paragraaf 4.2).

Ten aanzien van de in paragraaf 3.2 genoemde beïnvloedingsmogelijkheden bij de contractering en vaststelling van het schaduw-FB heeft de Commissie het volgende vastgesteld.

1. Lage prijzen DOT-A en DOT-B-nieuw.

Lage prijzen DOT-A en DOT-B zijn geen probleem op zich. Prestatiebekostiging richt zich juist op het tot stand komen van zo laag mogelijke prijzen voor kwalitatief goede en toegankelijke zorg. Het gaat om de onderbouwing van de lage prijzen en om de vraag of kortstondig wordt gestuurd op lage prijzen in verband met de aanwezigheid van het transitie-model.

Voor haar conclusie ten aanzien van kortingen op prijzen in verband met kapitaallasten en doelmatigheid verwijst de Commissie naar de punten 3 en 6 van deze paragraaf. Voor haar conclusie ten aanzien van bewuste verschuiving van DOT-A/DOT-B-nieuw naar DOT-B-oud door prijsmanipulatie, verwijst de Commissie naar punt 7 van deze paragraaf.

De Commissie wijst op het feit dat in 2012 sprake is van een nieuwe productstructuur DOT. De oude DBC's zijn vervangen door een veel kleiner aantal DOT-zorgproducten. Voor het jaar 2012 waren voor deze nieuwe zorgproducten niet alle (kost)prijzen berekend. Bij de umc's is nog lang niet voor alle topklinische en topreferente producten een prijs bepaald. Ook de te verwachten volumes in DOT-zorgproducten waren veelal nog niet bekend. Dit impliceert dat bij vrijwel alle contracten uiteindelijk is rondgerekend naar de aanneemsom en/of het plafond, bepaald aan de hand van het marktaandeel en het schaduw-FB.

Het werken met marktconforme prijzen, zoals geschetst in het eindmodel in paragraaf 6.1 is in 2012 nog geen realiteit. Het systeem ontwikkelt zich, maar is nog lang niet in de eindfase.

2. Lage prijzen voor dure medicijnen.

Niet vastgesteld.

3. Bij bepaling van de te contracteren zorgkosten een hoge aftrekpost voor kapitaallasten op schaduw-FB in vergelijking met de omvang van de contractering DOT-A en DOT-B-nieuw.

De Commissie verwijst voor wat betreft haar oordeel over Normalisatie Kapitaallasten naar paragraaf 7.2.

Bij dit oordeel gaat de Commissie er wel van uit dat zorgverzekeraars die beleidsmatig Normalisatie Kapitaallasten toepassen, consistent zijn in dit beleid, met als doel het toewerken naar het eindmodel en dat zij het beleid dus niet alleen in de jaren waarin het transitie-model en de Garantieregeling Kapitaallasten van toepassing zijn, hanteren. In strijd met de geest van het transitie-model zou het zijn om de Normalisatie Kapitaallasten alleen in 2012 toe te passen met de intentie een claim op het Zorgverzekeringsfonds te creëren.

4. Bij bepaling van de te contracteren zorgkosten een hoge aftrekpost voor beschikbaarheidsvergoedingen en verkeerde bedden op schaduw-FB in vergelijking met de omvang van de contractering DOT-A en DOT-B-nieuw.

De Commissie heeft vastgesteld dat waar deze aftrek is toegepast bij de in het onderzoek betrokken ziekenhuizen dit onderbouwd heeft plaatsgevonden. Deze aftrek is inherent aan het bekostigingssysteem. De Commissie heeft niet geconstateerd dat een te hoge aftrek heeft plaatsgevonden. Zie hiervoor ook Bijlage B.

5. Bij bepaling van de te contracteren zorgkosten een hoge aftrekpost voor bovenregionale functies op schaduw-FB in vergelijking met de omvang van de contractering DOT-A en DOT-B-nieuw.

De Commissie heeft vastgesteld dat waar deze aftrek is toegepast bij de in het onderzoek betrokken ziekenhuizen dit onderbouwd heeft plaatsgevonden. De Commissie heeft niet geconstateerd dat een te hoge aftrek heeft plaatsgevonden.

6. Bij bepaling van de te contracteren zorgkosten een aftrekpost voor doelmatigheid op schaduw-FB in vergelijking met de omvang van de contractering DOT-A en DOT-B-nieuw.

De Commissie verwijst voor wat betreft haar oordeel over de Doelmatigheidskorting naar paragraaf 7.3.

De Commissie is van oordeel dat Doelmatigheidskorting in beginsel past binnen het eindmodel van de prestatiebekostiging en de afspraken gemaakt in het BHA. Het BHA stelt dat veldpartijen de mogelijkheid hebben om door verbetering van efficiency de kostenontwikkeling te beheersen en door een scherpere toepassing van het wettelijk beginsel ‘gepast gebruik’ het volume te beheersen. In een dergelijke context passen maatregelen om doelmatigheid af te dwingen en daadwerkelijk te realiseren.

Bij dit oordeel gaat de Commissie er wel van uit dat zorgverzekeraars die beleidsmatig Doelmatigheidskorting toepassen, consistent zijn in dit beleid, met als doel het toewerken naar het eindmodel en het beleid dus niet alleen in de jaren waarin het transitie-model van toepassing is, hanteren. In strijd met de geest van het transitie-model zou het zijn om Doelmatigheidskorting alleen in 2012 toe te passen met de intentie een claim op het Zorgverzekeringsfonds te creëren.

Een aanvullende opmerking heeft de Commissie daar waar het de onderbouwing betreft van Doelmatigheidskorting. Immers, slechts een deel van de prijsvorming van producten van ziekenhuizen is gebaseerd op werkelijke kostprijzen. In het merendeel van de onderhandelingsituaties wordt gekeken naar de bekostiging uit het verleden. Dat wil zeggen bekostiging op basis van FB-parameters.

In dit kader wil de Commissie niet onvermeld laten dat uit het onderzoek is gebleken dat de spreiding van overeengekomen productprijzen voor bijvoorbeeld heup- en knieervangingen in een kleine regio in Nederland nog ruim 13% bedraagt. De Commissie wil hiermee aangeven dat de weg naar transparante, marktconforme prijzen nog lang is.

7. Bewuste verschuiving van DOT-A- en DOT-B-nieuw-contractering naar DOT-B-oud (A/B-schuif).

De Commissie verwijst voor wat betreft haar oordeel over de A/B-schuif naar paragraaf 7.3.

De conclusie van de Commissie met betrekking tot de A/B-schuif is dat bij actieve sturing op toepassing daarvan in beginsel sprake kan zijn van misbruik dan wel fraude. In de onderzochte gevallen is hiervan niet gebleken.

8. Keuze contractvorm algemene ziekenhuizen.

De Commissie heeft niet vastgesteld dat er bij algemene ziekenhuizen contractvormen zijn gekozen met louter de intentie een claim op het Zorgverzekeringsfonds te realiseren.

9. Keuze contractvorm umc's

Bij de contractering 2012 bij umc's is op grond van het onderzoek sprake van een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds. Oorzaken zijn voornamelijk de 'zwartegatproblematiek' en Normalisatie Kapitaallasten. Door de verschillende contractvormen, aanneemsommen en plafonds, kunnen deze claims uiteindelijk verschillend neerslaan bij de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars die een aanneemsom zijn overeengekomen, betalen ongeacht het werkelijke volume en de werkelijke prijzen mee aan de 'zwartegatproblematiek', terwijl het bij de zorgverzekeraars die plafonds en 'p maal q'-afspraken hebben gesloten afhankelijk is van de overeengekomen prijzen en werkelijk gerealiseerde zorgvolumes.

De Commissie heeft niet vastgesteld dat er bij umc's contracten zijn afgesloten met louter de intentie een claim op het Zorgverzekeringsfonds te realiseren. Misbruik of fraude is derhalve niet gebleken.

10. Te hoog schaduw-FB in relatie tot de te verwachten omzet in A en nieuw-B.

Niet vastgesteld.

11 tot en met 15. Administratieve afwikkeling en bepaling transitiebedrag

In de opdracht aan de Commissie is gevraagd een onderzoek te doen naar de normen en spelregels voor de administratieve afwikkeling van het transitie-model (mogelijkheden 11 tot en met 17 van de theoretische mogelijkheden zoals uiteengezet in hoofdstuk 3). Aan dit deel van het onderzoek is gedurende de afgelopen maanden gewerkt door een brede werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van ZN, NVZ, NFU, NZa en vertegenwoordigers uit het veld. De Commissie is middels de voorzitter betrokken bij dit overleg en heeft de nodige input geleverd. De werkgroep heeft de 'Handreiking omzetverantwoording 2012' op 7 februari 2013 afgerond.²³

Met het uitbrengen van de genoemde 'Handreiking omzetverantwoording 2012' en de NBA Alert van februari 2012 zijn er naar de mening van de Commissie voldoende normen en spelregels voor de administratieve afwikkeling van het transitie-model. De toerekening van de omzet van ziekenhuizen aan de juiste jaren en de juiste segmenten bevat nog wel enige vrijheden die derhalve risico's inhouden.

16. Onzekerheid over marktaandelen

Het gebruik van te lage marktaandelen door zorgverzekeraars leidt tot een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds. In een omgeving waarin sprake is van substantiële mutaties in marktaandelen, moeten schattingen worden gemaakt van de te hanteren marktaandelen.

²³ 'Handreiking omzetverantwoording 2012'. Opgesteld door een brede werkgroep onder verantwoordelijkheid van de NVZ en de NFU. Vastgesteld in het bestuurlijk overleg Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord 7 februari 2013.

Geconstateerd moet worden dat deze schattingen voorzichtig, dus laag zijn ingestoken. Er is echter geen richtlijn aanwezig over de wijze van berekenen van marktaandeelen.

De Commissie adviseert ZN om een uniforme methode te ontwikkelen voor het vaststellen van de (mutaties in de) marktaandeelen. Voor de toekomst gaat het hierbij met name om het vraagstuk hoe moet worden omgegaan met mutaties als gevolg van overstappers, zeker omdat zich dat voordoet nadat in principe de contracten zijn gesloten (streven is voorafgaand aan het jaar).

17. Verschuivingen door de Grouper

Dit aspect kan eerst na de afwikkeling van het schadejaar 2012, dus medio 2014, afdoende worden onderzocht.

10.2 Beoordeling van de complexiteit van het systeem

In paragraaf 2.3 zijn twee oorzaken geïdentificeerd als oorzaak van de complexiteit van het systeem, te weten het onderscheid tussen de omzet van de zorgaanbieder versus de schadelast van de zorgverzekeraar en de complexe regelgeving.

Schadelast zorgverzekeraar versus omzet zorgaanbieder

Een complicerende factor wordt gevormd door het verschil tussen de schadelast van de zorgverzekeraars en de omzet van de ziekenhuizen. De perioden waarop schadelast en omzet betrekking hebben zijn verschillend. Een transitie-model dat is bedoeld om een fluctuatie in de omzet te dempen, maar hierbij gebruikmaakt van de schadelast, leidt tot keuzen en interpretaties over de juiste afgrenzing.

De risico's zouden kleiner zijn geweest als de beide grootheden minder van elkaar zouden verschillen, of beter op elkaar zouden aansluiten.

Ziekenhuizen zullen een inspanning moeten leveren om zo snel mogelijk volledig inzicht te verschaffen in het verschil tussen schadelast en omzet. Dit kan aan de hand van voorspellingen over de uitloop van het onderhanden werk.

Complexe regelgeving

Het onderzoek heeft aangetoond dat de wet- en regelgeving met betrekking tot de contractering van zorg in 2012 en het transitie-model complex is. Slechts enkelen kunnen het volledige speelveld overzien. Ook de NBA geeft in haar Alert van februari 2013 aan dat de regelgeving complex en lastig te doorgronden is.

Oorzaken van deze complexiteit is het grote aantal betrokken partijen, zoals het ministerie van VWS, de NZa, ZN, de NVZ en NFU en de individuele zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Tegelijkertijd is er een veelheid aan thema's, zoals de prestatiebekostiging, de nieuwe productstructuur, het transitie-model en de Overgangsregeling Kapitaallasten. Het geheel leidt tot onzekerheden voor zowel zorgverzekeraars als ziekenhuizen.

Regelgeving, die ondanks de omvang ervan niet op alle vragen antwoorden geeft, leidt tot het risico van opportunistische interpretaties, zeker daar waar sprake is van genoemde onzekerheden.

De conclusie van de Commissie is dat de complexe regelgeving mede oorzaak is geweest van de grote variatie in interpretatie, toepassing en gedrag van zorgverzekeraars en ziekenhuizen bij de zorgcontractering 2012.

10.3 Samenvattende conclusie

Samenvattend concludeert de Commissie het volgende:

- Regelgeving, die ondanks de omvang ervan niet op alle vragen antwoorden geeft, leidt tot het risico van opportunistische interpretaties. Zeker daar waar sprake is van onzekerheden. Getoetst aan het opgestelde normenkader kan er in geval van onvoldoende duidelijke regelgeving niet snel sprake zijn van ‘misbruik’.
- Het risico van opportunistische interpretatie heeft zich naar de waarneming van de Commissie zeer beperkt gemanifesteerd:
 - In elk geval **niet** bij de beleidsmatige keus voor Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting. Deze zaken passen in een systeem in transitie naar een eindmodel met prestatiebekostiging en een vangnet voor systeemrisico's. Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting worden pas opportunistisch – en daarmee misbruik of fraude – als zij enkel en alleen worden toegepast om een claim op het Zorgverzekeringsfonds te creëren en in de jaren na het wegvallen van het vangnet dat het transitie-model biedt weer ongedaan worden gemaakt.
 - Naar het zich laat aanzien in eerste instantie **wel** door toepassing van de A/B-schuif in incidentele gevallen. In een aantal gevallen kon tijdens het onderzoek aan de Commissie geen goede verklaring gegeven worden voor een ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds in relatie tot een groei in DOT-B-oud die boven het BHA uitsteeg als uitkomst van de onderhandelingen/contractering. In die gevallen heeft de zorgverzekeraar de contractering aangepast c.q. aanpassing in onderzoek genomen.
- Zou in de gevallen waarin geen verklaring gegeven kan worden voor een A/B-schuif, die past binnen letter en geest van transitie-model en BHA, geen aanpassing van de onderhandelingsuitkomst c.q. het contract plaatsvinden, dan zou vermoedelijk sprake zijn van misbruik of fraude.
- In een aantal gevallen is een risico op misbruik of fraude geconstateerd bij de contractering met individuele ziekenhuizen. Vooralsnog is de Commissie niet gebleken dat dit risico zich zal materialiseren, omdat zorgverzekeraars, waar noodzakelijk – naar aanleiding van het onderzoek van de Commissie – (doende zijn te) repareren wat initieel vermoedelijk niet toelaatbaar was.
- Misbruik of fraude bij het door zorgverzekeraars gevoerde beleid is de Commissie niet gebleken. De definitieve beoordeling van de contractering 2012 dient in de komende jaren plaats te vinden op basis van consistentie. Een uiteindelijke conclusie, vooral ten aanzien van Normalisatie Kapitaallasten en Doelmatigheidskorting, is eerst in 2014 te trekken (vgl. ook paragraaf 11.1 en 11.2 hierna).
- Aan de beleidsdoelstelling, te weten inkoop door zorgverzekeraars op basis van *marktconforme prijzen*, op basis van *integrale prijzen* en met een maximale inzet op *kwaliteit en doelmatigheid*, wordt door zorgverzekeraars en ziekenhuizen zichtbaar – en soms met vallen en opstaan – gewerkt.

11 Advies vervolgstappen

11.1 Consistentie van handelen

De toetssteen van de beoordeling van de contractering 2012/2013 ligt uiteindelijk in de **consistentie van handelen**. Voor een daadwerkelijk goed oordeel over en de kwalificatie van het handelen dienen de handelwijzen in de jaren 2011, 2012, 2013 én 2014 in ogenschouw te worden genomen. Contracten die ex ante een claim creëren op het Zorgverzekeringsfonds kunnen worden gekwalificeerd als gewenst of beoogd gebruik, indien de bij deze contracten ingezette weg, gericht op het realiseren van de doelstellingen van het eindmodel, ook in komende jaren wordt doorgezet. Met andere woorden: doelmatigheid in 2012 is pas daadwerkelijke doelmatigheid als deze in de komende jaren ook wordt doorgezet. Een normalisatie van de kapitaallasten past bij de bedoeling van de prestatiebekostiging en is geen misbruik dan wel fraude als deze niet alleen in 2012 wordt toegepast, maar ook in de volgende jaren. Stopt de zorgverzekeraar dan met het afdwingen van doelmatigheid en/of het normaliseren van de kapitaallasten, dan ontstaat door dat handelen alsnog het vermoeden dat de intentie bestond maximaal gebruik te maken van het transitie-model.

Een toets medio 2014, na afronding van de facturering over het schadejaar 2012 en na afronding van de accountantscontroles over de jaren 2012 en 2013, op het hanteren van deze consistentie door zorgverzekeraars is dan ook noodzakelijk.

11.2 De ex post claim op het Zorgverzekeringsfonds

In het voorgaande is een aantal mogelijkheden geschetst waardoor ex ante claims op het Zorgverzekeringsfonds kunnen ontstaan. Het feitelijke realiseren van deze claims is afhankelijk van tal van factoren, zoals uitloop onderhanden werk 2011, werkelijke zorgproductie en daaruit voortvloeiende nacalculatie van het schaduw-FB, uitkomst van de afgesloten aanneemsommen en administratieve afwikkeling. Zie hiervoor ook paragraaf 6.4.

Voor de uiteindelijke beoordeling van de contractering 2012/2013 is het gewenst de werkelijke (ex post) transitieclaims te evalueren. Dit geldt evenzeer voor op grond van de regelgeving aan het Zorgverzekeringsfonds terug te betalen bedragen. Deze beoordeling kan plaatsvinden tezamen met de in paragraaf 11.1 genoemde toets, medio 2014, na afronding van de facturering over het schadejaar 2012 en na afronding van de accountantscontroles over de jaren 2012 en 2013 en na het indienen van de definitieve aanvraag transitie-model door ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

11.3 Nog te nemen vervolgstappen

De Commissie adviseert haar opdrachtgever ZN nog een aantal vervolgstappen te nemen. De Commissie maakt hierbij een onderscheid tussen:

- acties op korte termijn met betrekking tot de contractering 2012;
- acties op het moment dat de werkelijke claims op het Zorgverzekeringsfonds bekend zijn;
- acties met betrekking tot de contractering 2013 en 2014;
- acties met betrekking tot de umc's.

11.3.1 Acties op korte termijn met betrekking tot de contractering 2012

De door de Commissie opgevraagde informatie is bij vrijwel alle zorgverzekeraars de aanleiding geweest om (nogmaals) een onderzoek naar de uitkomsten van de contractering uit te voeren. In het eerste jaar van de contractering onder de prestatiebekostiging, met de nieuwe productstructuur en onder de afspraken van het BHA, is nog lang niet bij alle zorgverzekeraars sprake van ‘solide controls’.

De Commissie acht het noodzakelijk dat alle zorgverzekeraars hun contracten 2012 toetsen aan de uitkomsten van onderhavig onderzoek, voor zover dit nog niet heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat bij die contracten waar sprake is van niet te onderbouwen ex ante claims op het Zorgverzekeringsfonds, door de zorgverzekeraar moet worden bezien of een aanpassing van het contract, door verhoging van de aanneemsom dan wel het plafond, passend is gelet op de uitkomsten van het onderzoek van de Commissie.

De Commissie adviseert ZN om te laten verifiëren dat de door zorgverzekeraars voorgenomen correcties van contracten en de uit de in de voorgaande alinea bedoelde toets noodzakelijk gebleken correcties, ook daadwerkelijk worden doorgevoerd.

Het evalueren van de noodzakelijke control rondom de zorgcontractering door de zorgverzekeraars heeft een hoge prioriteit.

11.3.2 Acties op het moment dat de werkelijke claims op het Zorgverzekeringsfonds bekend zijn

Op het moment dat de werkelijke claims op het Zorgverzekeringsfonds bekend zijn, naar verwachting medio 2014, na afronding van de facturering over het schadejaar 2012 en na afronding van de accountantscontroles over de jaren 2012 en 2013, acht de Commissie een onderzoek naar de juistheid van de claims noodzakelijk.

De claims op het Zorgverzekeringsfonds zullen door de ziekenhuizen worden berekend, zonder dat een directe koppeling aan een individuele zorgverzekeraar mogelijk is. Per zorgaanbieder zal een controle moeten worden uitgevoerd om vast te stellen of de claim, dan wel het aan het Zorgverzekeringsfonds terug te betalen bedrag op de correcte wijze is berekend. Vervolgens zal per ziekenhuis een analyse moeten worden uitgevoerd wat de factoren zijn die de claim veroorzaken en deze factoren zullen nogmaals tegen het normenkader aangelegd moeten worden.

11.3.3 Acties met betrekking tot de contractering 2013 en 2014

De consistentie van handelen, een belangrijke toetssteen voor de beoordeling van het gedrag van zorgverzekeraars, zal ook aan de hand van de contractering 2013 en 2014 moeten worden beoordeeld. Het toetsen van die consistentie en het vellen van een uiteindelijk oordeel daarover kan echter eerst volledig in 2014 plaatsvinden. In dat jaar zijn er geen vangnetten meer; als zorgverzekeraars dan terugkeren naar het prijsniveau van voor de vangnetten, moet worden geconcludeerd dat er mogelijk sprake was van de intentie (maximaal) gebruik te maken van het (tijdelijke) transitie-model. Aan de hand van de contractering over 2013 kan al wel een eerste beeld worden verkregen van de mate van consistentie.

De Commissie acht het noodzakelijk dat alle zorgverzekeraars ook hun contracten 2013 toetsen aan de uitkomsten van onderhavig onderzoek. Dit betekent dat bij die contracten waar sprake is van inconsistentie in vergelijking met de contractering 2012, door de zorgverzekeraar moet worden gezien of een aanpassing van het contract passend is gelet op de uitkomsten van het onderzoek van de Commissie.

11.3.4 Acties met betrekking tot de umc's

Bij de contractering 2012 bij umc's is op grond van het onderzoek sprake van een substantiële ex ante claim op het Zorgverzekeringsfonds. Oorzaken zijn voornamelijk de 'zwartegat-problematiek' en de Normalisatie Kapitaallasten. Door de verschillende contractvormen, aanneemsommen en plafonds, kunnen deze claims uiteindelijk verschillend neerslaan bij de zorgverzekeraars.

De Commissie is van oordeel dat het noodzakelijk is om betere spelregels voor de contractering van zorg bij de umc's vast te (laten) stellen.

12 Afronding opdracht

De Commissie heeft de opdracht van de directie van ZN ontvangen op 14 september 2012.

In de periode van 14 september 2012 tot heden heeft de Commissie een inventarisatie uitgevoerd van de mogelijkheden tot mogelijk misbruik van het transitie-model: de risico's. Voorts heeft de Commissie onderzocht of er feitelijk sprake was van misbruik: de manifestatie van de risico's.

Het onderzoek is gebaseerd op gesprekken met medewerkers van ZN, onderzoek van relevante documentatie, gesprekken met en onderzoeken bij alle zorgverzekeraars en gesprekken met en onderzoeken bij twintig ziekenhuizen, waaronder alle umc's.

De conclusies van het onderzoek alsmede de aanbevelingen voor vervolgstappen zijn opgenomen in deze rapportage.

Tot het geven van nadere toelichting is de Commissie gaarne bereid.

Breukelen, 4 maart 2013

D.W. Voetelink/ Mw. W.K. Bischof/M. Pheijffer

A Kapitaallasten in DOT-prijzen en korting voor doelmatigheid

1 Inleiding

- 1.1 In deel I van het Onderzoek zijn de volgende handelwijzen geconstateerd die mogelijk als misbruik van het transitie-model kunnen kwalificeren:
- 1.1.1 Er zijn zorgverzekeraars die als beleid hanteren dat zij bij de contractering van de DOT-prijzen een aftrek toepassen op de DOT-prijzen die zouden resulteren op basis van de rekensom ‘*schaduw-FB x marktaandeel*’ bij ziekenhuizen waarvoor een percentage aan kapitaallasten in het schaduw-FB is opgenomen dat uitstijgt boven het gemiddelde percentage aan kapitaallasten dat deel uitmaakt van de NZa-tarieven. De DOT-prijzen van ziekenhuizen die een kapitaallastenpercentage onder dit gemiddelde hebben, zijn door de zorgverzekeraars die de Normalisatie Kapitaallasten hebben toegepast, niet opwaarts aangepast. Dit beleid wordt hierna aangeduid als de ‘**Normalisatie kapitaallasten**’.
- 1.1.2 Er zijn zorgverzekeraars die als onderhandelingsinzet hebben gehanteerd dat ziekenhuizen een doelmatigheidswinst moesten realiseren en hiertoe op de (optelsom van de) DOT-prijzen die zouden resulteren op basis van de rekensom ‘*schaduw-FB x marktaandeel*’ of op basis van extrapolatie van de productie in het jaar 2011 (of 2010) een korting hebben toegepast. Dit beleid wordt hierna aangeduid als de ‘**Doelmatigheidskorting**’.
- 1.2 De Normalisatie Kapitaallasten en de Doelmatigheidskorting leiden – als alle overige omstandigheden gelijk blijven – ex ante tot een claim onder het transitie-model. Als na toepassing daarvan gebruikgemaakt wordt van de maximale groeiruimte die het BHA biedt, leidt de Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting, tenzij de overschrijding van het BHA ergens anders in de contractering van de betreffende verzekeraar of door andere verzekeraars wordt gecompenseerd, tot een overschrijding van het macrokader.
- 1.3 In deze notitie wordt beoordeeld hoe de Normalisatie Kapitaallasten en de Doelmatigheidskorting zich verhouden tot het beleid van de NZa op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en tot de afspraken uit het BHA.

2 Toetsingskader

- 2.1 Beoordeling zal plaatsvinden aan de hand van de definities zoals ten behoeve van het rapport in het eerste deel van het onderzoek opgesteld door de Commissie. Die luiden als volgt:

2.2 Gebruik

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast naar 'letter' en 'geest'. Dit geheel conform de bedoeling van de opsteller(s) daarvan.

2.3 Creatief gebruik

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast naar de 'letter' daarvan. Weliswaar niet op een wijze die door de opsteller(s) daarvan was voorzien, maar desondanks wel passend binnen de 'geest' van wet- en regelgeving en/of andere afspraken.

2.4 Oneigenlijk gebruik

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast naar de 'letter' daarvan. Dit op een wijze die door de opsteller(s) daarvan niet was voorzien en daarom niet passend binnen de 'geest' van die wet- en regelgeving en/of andere afspraken. Dit is echter niet verwijtbaar aan de overtreder(s) omdat de opsteller(s) hebben verzuimd die wet- en regelgeving en/of andere afspraken zodanig te formuleren dat klip en klaar is wat daarmee wordt beoogd.

2.5 Misbruik

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast naar de 'letter' maar niet naar de 'geest' daarvan. Dit op een wijze die verwijtbaar is aan de overtreder(s) omdat de opsteller(s) voldoende helder hebben gemaakt wat met die wet- en regelgeving en/of andere afspraken wordt beoogd.

2.6 Fraude

De van toepassing zijnde wet- en regelgeving en/of andere afspraken worden toegepast noch conform de 'letter', noch conform de 'geest' daarvan. Dit door een opzettelijk handelen of nalaten waarbij misleiding wordt gebruikt om een wederrechtelijk voordeel te behalen.

2.7 De Commissie ontleent de definitie van fraude aan artikel 36 Besluit Toezicht Accountantsorganisaties en staat in het kader van dit rapport een brede interpretatie van het begrip wederrechtelijk voor. Niet alleen het objectieve recht zoals vastgelegd in wet- en regelgeving moet daaronder worden verstaan, maar ook subjectieve rechten (waaronder vermogensrechten) en ongeschreven recht.

Die uitleg sluit aan bij de algemene en ruime uitleg die door de wetgever en Hoge Raad aan het bestanddeel wederrechtelijk in strafrechtelijke zin wordt gegeven.²⁴

3 Achtergrond beleid NZa op grond van Wmg

Ten aanzien van de overgang van budget- naar prestatiebekostiging in het algemeen

- 3.1 In de brief ‘Zorg die Loont’ van 14 maart 2011 van de minister van VWS wordt beschreven hoe is beoogd per 2012 prestatiebekostiging in te voeren voor ongeveer 70% van de ziekenhuiszorg.²⁵ Dit met als doel de situatie waarin ziekenhuizen door de budgettering nog te weinig worden uitgedaagd tot het leveren van doelmatige kwaliteit en vernieuwing. De minister treft overgangsmaatregelen die enerzijds voldoende zekerheid bieden, terwijl tegelijkertijd al sprake is van dynamiek, waardoor ook in de transitieperiode ziekenhuizen die het goed doen kunnen groeien en ziekenhuizen die patiënten verliezen zullen krimpen.
- 3.2 De minister beschrijft een overgangsmodel voor 2012 en 2013 dat beoogt systeemrisico's te verzachten, maar niet de reguliere omzetriscio's.
- 3.2.1 Onder systeemrisico's vallen volgens de minister (gewenste) verschuivingen in omzet en schadelast die uitsluitend het gevolg zijn van de *technische* verandering van het bekostigingssysteem.
- 3.2.2 Onder omzetriscio's vallen volgens de minister (eveneens gewenste) verschuivingen in patiëntenstromen en de daarbij behorende omzetverschuivingen. Die omzetverschuivingen zijn een *beoogd effect* van de invoering van prestatiebekostiging.
- 3.3 In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (dat een vergelijkbaar transitie-model als voor medisch-specialistische zorg beschrijft) worden systeemrisico en omzetriscio als volgt beschreven:
- 3.4 - *“Een systeemrisico dat een instelling loopt is het verschil tussen de opbrengst die een zorginstelling voor een bepaalde hoeveelheid en kwaliteit zorg zou hebben gekregen onder het oude systeem en wat hij voor diezelfde hoeveelheid en kwaliteit zorg krijgt onder het nieuwe systeem. Systeemrisico's betreffen dus uitsluitend de omzetverschuivingen tussen ziekenhuizen die te maken hebben met de technische veranderingen van het bekostigingssysteem en staan los van omzetmutaties die het gevolg zijn van verschuivingen in de omvang en aard van de door de instelling geleverde zorg.” (...)*

²⁴ Vgl. bijv. HR 9 februari 1971, NJ 1972, 1 (*wederrechtelijkheid als overschrijding van de grenzen van de maatschappelijke betamelijkheid*) en HR 9 maart 2010, NJ 2010, 530 (*wederrechtelijkheid als handelen zonder enig subjectief recht of enige bevoegdheid*)

²⁵ Brief minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 14 maart 2011, kenmerk CP-IPZ3056686 “Zorg die Loont”.

- 3.5 - “Reguliere omzetriscico's betreffen omzetverschuivingen die puur het gevolg zijn van mutaties in aard en omvang van de door een instelling geleverde zorg.”
- 3.6 De Commissie neemt deze uitvoeriger definitie van de bedoelde risico's mee bij haar uitleg van de bedoeling van de minister met het transitie-model. Zij toetst de Normalisatie Kapitaallasten namelijk onder meer aan de vraag of de gevolgen hiervan voor ziekenhuizen een systeem- of een omzetriscico vormen.
- 3.7 De minister mitigeert systeemrisico's, om ziekenhuizen een redelijke termijn te geven om zich op deze verschuivingen in te stellen. Tegelijkertijd ontstaat daardoor ruimte om de DOT-systematiek te verbeteren, zonder dat ziekenhuizen of zorgverzekeraars onbedoeld (groot) financieel voor- of nadeel lijden en/of dat de systeemrisico's leiden tot onbedoelde stijging van de macro-uitgaven. Het overgangsmoedel is vastgelegd op aanwijzing van de minister van VWS van 29 juli 2011 (**‘Aanwijzing II’**)²⁶ in NZa beleidsregel BR/CU-2080 (hiervoor en hierna: het **‘transitiemoedel’**).²⁷
- 3.8 De werking van het transitie-model was door de NZa al beschreven in een uitvoeringstoets uit 2009.²⁸ De NZa constateert dat dit model ertoe leidt dat prikkels gelijk gericht zijn als in het eindmodel van prestatiebekostiging, omdat een zorgaanbieder (deels) wordt afgerekend op zijn (nieuwe) inkomsten. Tegelijkertijd heeft dit model als nadeel dat omzestijgingen door daadwerkelijk hoger volume slechts deels worden vergoed. Strikt genomen mitigeert het transitie-model daarom ook omzetriscico's. De NZa stelt daarbij dat dit in gelijke mate voor vergelijkbare ziekenhuizen geldt, waardoor volgens de NZa de *‘relatieve prikkel’* (het behalen van meer marktaandeel) intact blijft.²⁹
- 3.9 In het kader van beheerste groei van zorguitgaven kondigt de minister voorts in de brief aan dat eventuele overschrijdingen van het makro-kader voor medisch-specialistische zorg (dat onderdeel is van het Budgettair Kader Zorg, BKZ) zullen worden geredresseerd via het makro-beheersingsinstrument (**‘MBI’**). De minister geeft aan dat het MBI een ultimom remedium is, dat zal worden ingezet om te voorkomen dat andere onderdelen van de zorg (niet zijnde ziekenhuizen of ZBC's) worden belast met de overschrijding.

²⁶ Stert. 2011, 13950.

²⁷ BR/CU-2080 was van kracht in 2012. Voor 2013 is er een nieuwe beleidsregel vastgesteld met nummer BR/CU-2087.

²⁸ NZa, *Uitvoeringstoets Van Budget naar Prestatie*, oktober 2009, hoofdstuk 5.

²⁹ In de brief *‘Zorg die Loont’* is bij de uitwerking van het transitie-model het element geïntroduceerd dat de verrekening van het transitiebedrag plaatsvindt via tussenkomst van het Zorgverzekeringsfonds. Zie ook: Verantwoordingsdocument over deze keuze en over de (onverwachte) gevolgen daarvan de brief van de NZa van 25 juli 2012.

Specifiek ten aanzien van kapitaallasten

- 3.10 Met de invoering van prestatiebekostiging is beoogd ziekenhuizen zelf verantwoordelijk te maken voor investeringsbeslissingen en de daarmee gemoeide financiële consequenties. De kapitaallasten dienen te worden gedekt uit tarieven en prijzen die de aanbieder (op basis van afspraken met zorgverzekeraars) in rekening brengt. Doel is dat ziekenhuizen zelf bepalen welk bedrag in het DOT-tarief wordt versleuteld om de kapitaallasten te dekken.
- 3.11 In 2012 werden (en ook nu worden) ziekenhuizen in die contracteerruimte nog beperkt door het NZa-beleid dat van toepassing was (en nog is) op het gereguleerde segment, het A-segment. In de DOT-tarieven voor het A-segment, die een maximumkarakter hebben, is een opslag opgenomen van 8,7% voor kapitaallasten.³⁰ Deze opslag is vastgesteld ten tijde van de invoering van de DBC-systematiek, op basis van de gemiddelde omvang van de kapitaallastenvergoeding in het voordien geldende FB-budget als percentage van het totale FB-budget. Dit betreft een gemiddelde voor verschillende categorieën ziekenhuizen (van UMC tot categoriaal) en was daarom per instelling, noch per categorie representatief voor de werkelijke kapitaallasten.³¹
- Van het percentage maken de afschrijvingen op inventarissen geen deel uit. De kapitaallasten in het B-segment zijn vrij onderhandelbaar; dat geldt voor alle elementen van de kapitaallastenvergoeding.
- 3.12 Tot 2011 was het NZa-beleid anders. De kapitaallasten waren (na invoering van twee segmenten alleen) in het A-segment productieonafhankelijk en bestonden uit een vaste vergoeding in het FB-budget voor de werkelijke rente- en afschrijvingskosten verband houdend met onroerend goed dat met vergunning van het ministerie van VWS was gebouwd. Daarnaast bestond (lange tijd) een systeem van (normatieve) vergoeding voor jaarlijkse instandhouding en trekkingsrechten.
- 3.13 Gelet op het toetsingskader is van belang de achtergrond, de ‘geest’, van (het overgangsregime voor) de stapsgewijze vervanging van deze vaste vergoeding voor kapitaallasten door een systeem van prestatiebekostiging in kaart te brengen. Logisch startpunt daarvoor is het advies van de Commissie-Havermans van 30 september 2008 (‘Advies-Havermans’).
- 3.14 Het Advies-Havermans beschrijft drie bouwstenen, die nodig zijn om tot een verantwoorde vervanging te komen, te weten: een overgangsregeling, een rekenmodel en nadeelcompensatie. Met de overgangsregeling doelde het Advies-Havermans primair op een overgangsregeling voor de overheveling van zorg van het A-segment naar het B-segment. Het Advies-Havermans stelt dat het mede vanuit de optiek van nadeelcompensatie belangrijk is dat bij een omvangrijke

³⁰ Zie o.a. Gebruikersdocument uitlevering deel 2 Verantwoording tariefswijzigingen v20110901 van DBC-Onderhoud, pagina 54.

³¹ Vergelijk ook concept NZa-notitie Uitvoering overgangsregeling kapitaallasten van 20 april 2011.

stelselwijziging, waaronder de invoering van risicodragende kapitaallasten wordt geschaard, een nieuw systeem geleidelijk wordt ingevoerd met behulp van een rechtmatige en zorgvuldige overgangsregeling (Havermans, p. 27).

- 3.15 In de aanbiedingsbrief van de minister van VWS bij het Advies-Havermans geeft de minister aan dat naast de overgangsregeling bij overheveling van zorg naar het B-segment waarop het Advies-Havermans doelt, ook bij een verdere afbouw van de FB-systematiek een gefaseerde overgangsregeling zal gelden voor de op dat moment nog in het FB-budget opgenomen gebouwgebonden kapitaallasten.
- 3.16 Uitgangspunt voor de minister is dat de overgangsregeling³² niet tot additionele kosten zal leiden omdat deze alleen betrekking heeft op onder het oude systeem goedgekeurde bouwprojecten.

Die bouwprojecten zijn al verdisconteerd in het BKZ. Dat leidt er, aldus de minister, per definitie toe dat er geen additionele kosten zijn. De minister constateert wel dat wanneer ziekenhuizen extra gaan investeren als gevolg van de overgangsregeling, dat via de nacalculatie tot een budgettair effect zou kunnen leiden. Gelet op de toenemende risicodragendheid van ziekenhuizen met betrekking tot de kapitaallasten, verwacht de minister niet dat hun investeringsgedrag zal wijzigen en dat dit risico zich voor zal doen.

- 3.17 Op 1 april 2010 gaat de minister van VWS in een brief in op de invoering van prestatieafhankelijke kapitaallasten en de beoogde overgangsregeling voor het A-segment.³³ De minister benoemt daarin drie uitgangspunten voor het bepalen van een overgangsregeling:
- 3.17.1 Er dient een ruime overgangsregeling te komen die ten minste vijf jaar de daadwerkelijke, maar afnemende zekerheid biedt voor dekking van kapitaallasten.
 - 3.17.2 De te treffen voorzieningen moeten daadwerkelijk het karakter hebben van een overgangsregeling, in die zin dat zij de ziekenhuizen geen verderstrekkende of andersoortige voordelen biedt dan die welke de ziekenhuizen bij ongewijzigde voortzetting van het kapitaallastenregime zouden hebben genoten.
- en
- 3.17.3 Niet-objectieve criteria die ongerechtvaardigde onderscheidingen maken tussen ziekenhuizen, die gerelateerd zijn aan de vermogens- of

³² Noot: De Minister bedoelt hier nog de regeling voor overheveling naar het B-segment. Die regeling is in beginsel in 2012 niet meer van kracht maar heeft een vrijwel vergelijkbaar doel als de garantieregeling 2011-2016. In het Advies-Havermans wordt al opgemerkt dat bij afschaffing van de FB-systematiek ook voor het A-segment een regeling nodig lijkt.

³³ Brief minister van VWS aan de voorzitter van de Eerste Kamer van 1 april 2010, kenmerk CZ/FBI-2996986, tevens verzonden aan de voorzitter van de Tweede Kamer, kenmerk CZ/FBI-2987492.

solvabiliteitspositie van de ziekenhuizen of die selectief voordelen bieden aan bepaalde (groepen van) ziekenhuizen, moeten worden vermeden.

- 3.18 Vervolgens wordt in de brief een overgangsregeling geïntroduceerd – in aanvulling op de dan al bestaande regeling voor overheveling naar het B-segment – waarbij een garantie wordt gegeven die stapsgewijs wordt afgebouwd. Deze garantie dient ertoe tegemoet te komen aan het geheel en de variëteit van problemen, risico's en uitdagingen waar ziekenhuizen mee worden geconfronteerd. De minister constateert dat de overgangsregeling budgettair neutraal zal worden ingepast. Aangegeven wordt dat de gevolgen worden geraamd op maximaal EUR 75 miljoen en dat daarvoor taakstellend passende maatregelen zullen worden genomen.
- 3.19 In een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg van 22 juni 2010 ('**Aanwijzing I**') draagt de minister van VWS aan de NZa op een voorziening te treffen waarbij ziekenhuizen in verband met de beëindiging van de FB-systematiek van 2011 tot en met 2016 een jaarlijks afbouwende garantie voor de kapitaallastenvergoeding krijgen die zij onder de budgetbekostiging zouden hebben gehad (artikel 3).³⁴ De Aanwijzing I schrijft een gefixeerde looptijd van de regeling voor. Als de budgetbekostiging later dan 2011 wordt beëindigd, wijzigen de begin- en einddatum niet. Artikel 6 van de Aanwijzing I bepaalt dat de NZa erop toe dient te zien dat de regeling de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars niet zal verstoren. De NZa heeft aan Aanwijzing I invulling gegeven met beleidsregel BR/CU-2001 ('**Garantieregeling**').³⁵
- 3.20 Ten aanzien van de kapitaallasten geeft de minister in de brief '*Zorg die Loont*' aan dat per 2014 – conform advies van de NZa – voor het dan resterende gereguleerde segment een gedifferentieerde, landelijke kapitaallastenvergoeding in de tarieven zou moeten worden verwerkt, waarbij wordt aangesloten bij de gemiddelde kapitaallasten in de sector. Met een gedifferentieerde kapitaallastenvergoeding wordt bedoeld een opslag per zorgproduct, die rekening houdt met de kapitaalintensiteit van het zorgproduct.³⁶ In 2012 en 2013 zal nog worden vastgehouden aan de vaste procentuele opslag op alle zorgproducten in het A-segment van 8,7% zoals gebruikelijk was onder de DBC-systematiek.
- 3.21 In een brief van 15 juli 2011 gaat de minister van VWS onder andere in op de relatie tussen kapitaallasten en het MBI. Daarin wordt geconstateerd dat bij het bepalen van de realisatie, om vast te stellen of het macrokader al dan niet is overschreden en vervolgens of het MBI moet worden toegepast, de uitgaven aan de kapitaallasten (in de tarieven) volledig worden meegerekend.

³⁴ Staatscourant. 2010, 10255.

³⁵ Daarnaast gold een separate regeling voor de overheveling van zorg naar het B-segment vastgelegd in beleidsregel CI-1085. Deze overgangsregeling is na 2011 in principe – op een enkele uitzondering na – niet meer van kracht en deels vervangen door het transitie-model.

³⁶ NZa, Uitvoeringstoets Van Budget naar Prestatie, oktober 2009, pagina 41.

- 3.22 Dit geldt echter niet voor de Garantieregeling. Het voornemen van de minister is om de overgangsregeling kapitaallasten niet onder het MBI te laten vallen, aangezien het een garantieregeling is. Concreet betekent dit volgens de minister dat eerst de totale uitgaven worden bepaald, inclusief het transitiebedrag, en daarna het MBI (indien nodig) wordt ingezet. Als laatste wordt de Garantieregeling toegepast.
- 3.23 De invoering van het transitie-model houdt dus een fundamentele verandering in op dit punt: betalingen onder het transitie-model tellen mee voor het MBI, maar betalingen onder de Garantieregeling vanaf 2013 niet. Zij worden daarmee in feite buiten het macrokader geplaatst.
- 3.24 De NZa heeft in mei 2011 een consultatie gehouden onder marktpartijen over de invoering van prestatiebekostiging.³⁷ De uitkomsten van die consultatie zijn opgenomen als bijlage bij een verantwoordingsdocument van juli 2011 waarin de NZa de gemaakte keuzes over de invoering van prestatiebekostiging uiteenzet en antwoord geeft op reacties uit het veld naar aanleiding van het voorafgaande consultatiedocument (**‘Verantwoordingsdocument’**).³⁸
- 3.25 De NZa merkt daarin over de kapitaallasten op: *“In het nieuwe bekostigingsmodel moeten instellingen onderhandelen over de integrale prijs en (dus) ook over de vergoeding voor rente en afschrijving die zij willen ontvangen. De 8,7% die de NZa hanteert als opslag voor de gereguleerde tarieven komt overeen met de gemiddelde vergoeding die instellingen nu in hun budget ontvangen. Daar waar nog sprake is van investeringen die onder het bouwregime van de WTZi zijn goedgekeurd, vult de overgangsregeling eventuele tekorten (grotendeels) aan waarmee instellingen in voldoende mate worden gevrijwaard voor zowel prijs- als volumerisico’s ten aanzien van hun vastgoed.”*³⁹
- 3.26 De NZa lijkt hiermee nadrukkelijk oog te hebben gehad voor de mogelijkheid dat ziekenhuizen niet meer hun werkelijke kapitaallasten konden uitonderhandelen met zorgverzekeraars. Voor die situatie beoogt het transitie-model tijdelijk opvang te bieden.

Eerste evaluatie transitie-model door NZa

- 3.27 De NZa heeft in juli 2012 in een tweetal brieven een evaluatie uitgevoerd van zowel de contractering van medisch-specialistische zorg in 2012 als de werking van het transitie-model.⁴⁰

³⁷ NZa Consultatiedocument ‘Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg’. Uitwerking van implementatie per 2012, mei 2011.

³⁸ NZa Verantwoordingsdocument ‘Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg’. Uitwerking van implementatie per 2012, juli 2011.

³⁹ Zie Verantwoordingsdocument, bijlage, pagina 30 onder 7.4.

⁴⁰ NZa-brief ‘Evaluatie contractering medisch specialistische zorg 2012’, kenmerk 12D0022450, 3 juli 2012 en NZa-brief ‘Evaluatie transitie-model medisch specialistische zorg’, kenmerk 9603, 25 juli 2012.

In de eerste brief stelt de NZa vast dat door een viertal knelpunten de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen lijken te zijn vertraagd. Die knelpunten zijn (i) knelpunten als gevolg van de complicerende werking van het transitie-model op de onderhandelingen, (ii) inhoudelijke geschillen tussen veldpartijen, waaronder de kapitaallastenvergoeding in de tarieven, (iii) de interpretatie van het BHA (welke zorg valt er wel/niet onder) en (iv) praktische problemen (doorlooptijden offertes, elkaars taal niet spreken etc.).

- 3.28 De NZa adviseert vervolgens over deze knelpunten en geeft daarbij aan dat knelpunt (i) van tijdelijke aard is en gelet op de zekerheid geboden met het transitie-model een goede ruil lijkt. Ook in de knelpunten (ii) en (iv) wil de NZa zich niet mengen, gelet op de contract- en contracteervrijheid van partijen. Het betreft individuele keuzes in bedrijfsvoering en professionalisering waardoor marktpartijen zich kunnen onderscheiden van elkaar. Het laten van deze keuzes aan marktpartijen past volledig bij de marktwerking die met het eindmodel wordt beoogd. Wel blijkt uit de inventarisatie van de NZa dat er draagvlak lijkt te bestaan voor meer uniforme contractering, zowel qua procedure als qua contracteercriteria. De NZa geeft in overweging de partijen bij het BHA dergelijke afspraken te laten maken. De onduidelijkheid bij knelpunt (iii) stelt de NZa op te lossen door de tekst van het BHA aan te (laten) scherpen.
- 3.29 In haar brief van 25 juli 2012 concludeert de NZa aan de hand van (onder meer) input van de NVZ, NFU en ZN dat er (nieuwe) feiten aan het licht zijn gekomen die in elk geval maken dat het transitie-model niet verlengd of verzaamd zou moeten worden. De NZa constateert dat het feit dat transitiebedragen via het Zorgverzekeringsfonds lopen, maakt dat er *perverse prikkels* zijn om in te zetten op onderdekking van het schaduw-FB. De NZa kwalificeert dit verderop in de brief als “*oneigenlijk gebruik*” en stelt dat dergelijk gedrag, dat inzet van het MBI tot gevolg zal hebben, niet past bij de verantwoordelijkheid van partijen voor een beheerste uitgavenontwikkeling. Naast het directe gevolg, toename van de macro-uitgaven, ziet de NZa met enkele jaren vertraging mogelijk onjuiste uitkomsten van de risicoverevening als gevolg van *onrealistische prijsstelling*.
- 3.30 Daar staat volgens de NZa echter tegenover dat door die keuze zorgverzekeraars zich per 2012 al zijn gaan richten op DOT-inkoop volgens het eindmodel. Bovendien zijn problemen lokaal op te vangen met plafond- of lumpsumafspraken en leidt doorontwikkeling van de DOT-systematiek ertoe dat het verschil tussen DOT-omzet en schaduw-FB kleiner zou moeten worden.
- 3.31 De NZa constateert verder dat het werken met plafond- of lumpsumafspraken niet voorzien was en dat dit de werking van het transitie-model lijken te compliceren. Dit omdat het (administratief) moeilijker wordt met deze contractvorm om omzet aan het transitie-model toe te rekenen. De NZa noemt dit, in samenhang met voornoemde perverse prikkel, een “*nieuw systeemrisico*”. De NZa merkt daarbij op dat als partijen in de geest van het BHA handelen, het daarmee gemoeide risico beperkt is.

- 3.32 De NZa stelt vast dat, ondanks de geschetste risico's, aanpassing van het transitie-model of tussentijds ingrijpen door middel van wet- en regelgeving (voor het B-segment) niet mogelijk of wenselijk is. In plaats daarvan zouden de partijen bij het BHA op hun verantwoordelijkheid voor een beheerste uitgavenontwikkeling moeten worden aangesproken. Uitgavenontwikkeling bedoelt de NZa zowel in termen van DOT-afspraken in een realistische verhouding tussen bekostigingssegmenten en omzetjaren, als in termen van de omvang van schaduw-FB's.
- 3.33 De NZa adresseert in de brief van 25 juli 2012 heel expliciet de mogelijkheid tot oneigenlijk gebruik van het oude B-segment door bewuste verschuiving van DOT-A- en DOT-B-nieuw-contractering naar DOT-B oud (de A/B-schuif, zie ook paragraaf 7.4 van het hoofdrapport). Zij constateert dat door relatief hoge tarieven te hanteren in het oude B-segment de tarieven in het nieuwe B-segment laag gehouden kunnen worden en een positief transitiebedrag kan worden gegeneerd. De NZa stelt vast dat als dit effect zich voordoet, dit ander gedrag van marktpartijen inhoudt dan bij de vaststelling van het transitiebeleid voorgehouden. Volgens de NZa hebben partijen bij de consultatie aangegeven dat bij de prijsvorming in het B-segment het verschil tussen *oud* B en *nieuw* B geen rol zou spelen.⁴¹ Die constatering van partijen staat echter haaks op de *perverse prikkels* die de NZa signaleert.
- 3.34 De NZa geeft aan dat ze door verdiepende analyses zal proberen te onderzoeken of oneigenlijk gebruik van de open einden in de transitiebekostiging zich daadwerkelijk op grote schaal voordoet.

4 Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord

- 4.1 Op 4 juli 2011 is tussen NVZ, NFU, ZKN, ZN en het ministerie van VWS het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 gesloten. In dit BHA hebben partijen afspraken vastgelegd om te komen tot structurele beheersing van uitgavengroei.
- 4.2 Ambitie daarbij is te komen tot een structurele uitgavengroei van (maximaal) 2,5% exclusief loon- en prijsbijstelling. Die ambitie is volgens het BHA alleen haalbaar als zowel overheid als veldpartijen maatregelen nemen. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen kunnen volgens het BHA zowel door verbetering van efficiency de kostenontwikkeling beheersen, als door een scherpere toepassing van het wettelijk beginsel van '*gepast gebruik*' het volume beheersen. Het begrip '*gepast gebruik*' is geen wettelijk vastgelegd begrip maar moet, zo blijkt uit Nza-beleidsregel TH/BR-006, worden gezien als onderdeel van de zorgplicht van zorgverzekeraars op grond van de Zorgverzekeringswet.

⁴¹ De reacties van partijen tijdens de consultatie waar de NZa naar verwijst zijn, voor zover de Commissie bekend, niet schriftelijk beschikbaar en de Commissie heeft dan ook niet de juistheid van deze constatering kunnen vaststellen. De minister van VWS stelt in meer algemene bewoordingen, in antwoord op kamervragen op 8 november 2012, dat "*alle partijen hebben aangegeven dat zij een eventueel onjuist gebruik van het transitie-model verwerpen.*"

- 4.3 Deze ambitie leidt ertoe dat in het BHA voor de periode 2011 tot en met 2015 een bedrag per jaar is overeengekomen als bovengrens voor de uitgaven van ziekenhuizen en ZBC's in dat jaar. Het betreft het totaal van uitgaven in het A- en B-segment, inclusief intramurale dure en weesgeneesmiddelen, IC en kapitaallasten. Het in het BHA voor 2012 opgenomen bedrag is – met een enkele correctie – in de Aanwijzing MBI aangewezen als bovengrens voor toepassing van het MBI.⁴²
- 4.4 Het BHA stelt dat de maximering van de uitgavengroei met 2,5%, gelet op de wettelijke zorgplicht van zorgverzekeraars, een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting is. Invulling moet worden gegeven aan de inspanningsverplichting door diverse op hoofdlijnen beschreven maatregelen, waaronder:
- 4.4.1 Sterke uitbreiding van de selectieve zorginkoop. Er moet worden gecontracteerd op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik. Ongewenste praktijkvariatie moet worden teruggedrongen. Bij voorkeur moet de contractering voorafgaand aan een jaar worden afgerond en in principe vóór 1 april.
 - 4.4.2 Veldpartijen moeten spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen daar waar dit vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is. Om eventuele desinvesteringen te accommoderen zullen zorgverzekeraars het initiatief nemen tot een herstructureringsfonds, dat in gevallen met een bewezen maatschappelijke meerwaarde kan overgaan tot overname of compensatie van versnelde afschrijving van productiecapaciteit.
 - 4.4.3 Veldpartijen substitueren op basis van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie tussen zelfzorg, eerste, tweede en derde lijn.
 - 4.4.4 Overbodig geworden capaciteit wordt afgebouwd.
 - 4.4.5 Doelmatig geneesmiddelengebruik moet worden bevorderd.
 - 4.4.6 Veiligheidsmanagementsystemen moeten verder worden ontwikkeld.
- 4.5 Uit een notitie van ZN van 11 november 2011 ('Inkooprichtlijn schaduw-FB 2012') volgt dat ten opzichte van de realisatie 2010 in 2012 een groei van ongeveer 3,55% beschikbaar is (exclusief loon- en prijsstijgingen). Dat leidt in absolute getallen tot een beschikbaar bedrag van EUR 367 miljoen, waarvan EUR 100 miljoen wordt gereserveerd voor kapitaallasten. ZN berekent echter ook in een bijlage bij voornoemde notitie dat ultimo 2011 de uitgaven aan medisch-specialistische zorg waarschijnlijk al boven het macrokader voor 2012 zoals overeengekomen in het BHA uitkomen (prijspeil 2011).

⁴² Staatscourant. 2011, 23196

- 4.6 Niet alleen voorziet het BHA in een trendbreuk door de uitgavengroei vergaand te beheersen, vlak nadat het BHA in werking treedt wordt in 2012 een nog grotere beperking dan structureel beoogd gesignaleerd. Uit cijfers van ZN volgt dat die extra beperking mogelijk (nog) groter is dan al voorzien in het BHA.
- 4.7 Voor wat betreft de zorginkoop merkt het BHA expliciet op dat problemen bij ‘*ordentelijke contractering*’ in de context van prestatiebekostiging lokaal moeten worden opgelost. Partijen zouden daarbij de rechtsmiddelen moeten benutten die in het normale economische verkeer beschikbaar zijn. Op landelijk niveau zullen partijen bij het BHA nog periodiek overleggen om tijdens de transitieperiode algemene knelpunten en de voortgang van de contractering te bespreken.
- 4.8 De NZa stelt in haar brief van 3 juli 2012 dat een bewuste keuze van convenantpartijen bij het aangaan van het BHA is dat individuele zorgverzekeraars en ziekenhuizen strikt genomen *niet gebonden* zijn aan het BHA en hun eigen strategie kunnen bepalen. Dit – zo geeft de NZa als voorbeeld – om differentiatie in groei tussen ziekenhuizen mogelijk te maken. De specifieke rol die convenantpartijen voor zorgverzekeraars hebben omschreven houdt in dat zij “*bij de zorginkoop letten op doelmatige en gepaste zorg*” en een “*doelmatige inrichting van het zorglandschap, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid het uitgangspunt zijn*”.
- 4.9 De Commissie is van oordeel dat zorgverzekeraars, om te voldoen aan het BHA, ten aanzien van het totaal van hun contractering *wel* moeten inzetten op de maximaal overeengekomen groei. Hun beleid moet erop gericht zijn dat de optelsom van de contractering van individuele ziekenhuizen de maximale groeiruimte niet overschrijdt. Dit betekent dat zij actief volume zullen moeten verplaatsen als zij individuele ziekenhuizen harder willen laten groeien dan past binnen het BHA.
- 4.10 Het BHA zal het handelen van zorgverzekeraars mede normeren bij de vraag of sprake is van misbruik van het transitie-model.

5 Beoordeling

De ‘letter’ van het transitie-model

- 5.1 Uit het bovenstaande blijkt dat noch het wettelijk kader, bestaande uit het transitie-model, noch het contractuele kader, bestaande uit het BHA, in de letterlijke tekst normeert op welke wijze kapitaallasten en doelmatigheid in de tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen overeen te komen DOT-prijzen moeten worden meegenomen.
- 5.2 Uit de achterliggende stukken van het transitie-model blijkt dat de wetgever dit aan de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders heeft willen laten

(vgl. 3.26). Dat standpunt past ook bij de algemene beleidslijn om de tarieven integraal en prestatieafhankelijk te maken.

- 5.3 Dat zo zijnde, is voor de toets van Normalisatie Kapitaallasten en Doelmatigheidskorting aan het hiervoor beschreven toetsingskader de resterende vraag of deze wijze van contractering past binnen de geest van het transitie-model of het BHA, al dan niet bezien in onderlinge samenhang.

De 'geest' van het transitie-model

- 5.4 De geest van het transitie-model blijkt uit het hele hiervoor uiteengezette traject van totstandkoming van het transitie-model, maar vooral uit de brief 'Zorg die Loont'. De minister van VWS geeft daarin aan dat zij beoogt *systeemrisico's* op te vangen en nadrukkelijk geen *omzetrisico's*. Voor de beoordeling van Normalisatie Kapitaallasten en Doelmatigheidskorting is de brief 'Zorg die Loont' dus belangrijk. Het handelen van zorgverzekeraars zal onder andere aan die bedoeling moeten worden getoetst.
- 5.5 Met name vindt de Commissie de volgende elementen uit de totstandkoming van het transitie-model relevant:
- 5.6
- Het standpunt dat systeemrisico's niet mogen leiden tot een stijging van het macro-uitgavenkader (vgl. sub 3.5);
 - De constatering van de NZa dat het transitie-model gelijkgerichte prikkels kent als het beoogde eindmodel, doordat de focus ligt bij de DOT-prijzen (vgl. sub 3.6);
 - Betalingen uit het Zorgverzekeringsfonds op grond van het transitie-model tellen wel mee bij de totale zorgkosten die bepalend zijn voor toepassing van het MBI en, vanaf 2013, betalingen op grond van de Garantieregeling niet (vgl. sub 3.19 en 3.20);
 - Het transitie-model bevat een (perverse) prikkel om in te zetten op onderdekking van het schaduw-FB en de NZa acht het de verantwoordelijkheid van de partijen bij het BHA daar verantwoord mee om te gaan (vgl. sub 3.27);
 - Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben niet voorzien dat het werken met plafond- of vaste prijsafspraken de werking van het transitie-model kon beïnvloeden (vgl. sub 3.29).
- 5.7 Vanaf 2012 gelden diverse (complexe) regelgeving, de nieuwe DOT-productstructuur, het transitie-model, de Garantieregeling en het BHA, die elk met eigen uitgangspunten en looptijden ingrijpen op het handelen van marktpartijen (vgl. hoofdrapport paragraaf 2.3).

Specifiek ten aanzien van Normalisatie Kapitaallasten:

- De veronderstelling van de minister van VWS dat het garanderen van kapitaallasten geen additionele kosten zal meebrengen (vgl. sub 3.14).
- Het transitie-model beoogt de mogelijkheid dat ziekenhuizen niet meer hun werkelijke kapitaallasten kunnen verdisconteren in de DOT-prijzen op te vangen (vgl. sub 3.23 en 3.24).

Specifiek ten aanzien van Doelmatigheid:

- 5.8 Het feit dat zorgverzekeraars op grond van het BHA de ‘opdracht’ hebben doelmatig zorg in te kopen.

De ‘geest’ van het BHA

- 5.9 De geest van het BHA is duidelijk: beheersing van de uitgavengroei met een samenstel van maatregelen.
- 5.10 Uit het BHA blijkt echter niet of partijen hebben beoogd ook de betalingen die op grond van het transitie-model moeten worden gedaan uit het Zorgverzekeringsfonds, te betrekken bij hun afspraken. Uit de uitdrukkelijke koppeling van de bovengrens voor de uitgaven van ziekenhuizen en ZBC’s aan de Aanwijzing MBI, in welke Aanwijzing de betalingen uit het Zorgverzekeringsfonds wel meetellen voor het vaststellen van een overschrijding, zou kunnen worden afgeleid dat partijen deze betalingen bij de afspraak over maximale groei hebben willen betrekken.

Dat past echter niet goed bij de gedachte dat het transitie-model geacht wordt systeemrisico’s op te vangen, omdat dit risico’s zijn waarvoor veldpartijen niet verantwoordelijk zijn. Van die gedachte gaat de minister van VWS in elk geval bij de Garantieregeling (wel) uit.

Toets Normalisatie Kapitaallasten en Doelmatigheidskorting aan de geest van transitie-model en BHA

- 5.11 Het bovenstaande geeft aanleiding tot de volgende overwegingen:
- Zorgverzekeraars die met ziekenhuizen een vaste aanneemsom afspreken, die niet afhankelijk is van hun werkelijke productie, kiezen ervoor volledig te abstraheren van prijs. Immers, de prijs per product wordt volstrekt irrelevant door de keuze voor een aanneemsom. Deze prijs wordt achteraf vastgesteld of aangepast, aan de hand van de gerealiseerde productie, om ervoor te zorgen dat de vaste aanneemsom wordt ‘inverdiend’.
 - Bij een vaste aanneemsom wordt niet alleen van prijs geabstraheerd, maar ook van volume. De aanneemsom wordt betaald, ongeacht de omvang van de productie. Partijen gaan er echter vanuit dat het volume harder zal groeien dan het BHA toelaat en bij gelijkblijvende prijzen zal leiden tot een overschrijding

van het BHA. Ze zien de vaste aanneemsom dus als het creëren van zekerheid vooraf. Voor de zorgaanbieder een ‘omzetzekerheid’, met als risico dat voor deze omzet meer productie moet worden geleverd dan gehoopt. Voor de zorgverzekeraar een ‘zorgplichtzekerheid’. De vraag van verzekeren zal hij kwijt kunnen bij de gecontracteerde ziekenhuizen.

- In zoverre kunnen zich binnen een vaste aanneemsom niet meer de ‘omzetrisico’s’ voordoen die de minister van VWS volgens de brief ‘Zorg die Loont’ niet beoogt te dekken en past het principe van een vaste aanneemsom goed bij de bedoeling van de wetgever bij het transitie-model.
- Ook ‘systeemrisico’s’ doen zich binnen de vaste aanneemsom niet voor.
- De Normalisatie Kapitaallasten en Doelmatigheidskorting vinden echter geen effect binnen de vaste aanneemsom, maar bij het vaststellen van de hoogte daarvan. Door niet schaduw-FB x marktaandeel te contracteren, maar eerst de kapitaallasten te normaliseren naar het gemiddelde in de DOT-prijzen en/of een korting toe te passen in verband met de veronderstelde mogelijkheid een doelmatigheidswinst te realiseren, wordt ex ante een gat gecreëerd tussen schaduw-FB en vaste aanneemsom, dat ziekenhuizen – als het ex post nog aanwezig is – uit het Zorgverzekeringsfonds vergoed krijgen.
- Door de vaste aanneemsomafpraak zal voor de zorgverzekeraar die de combinatie vaste aanneemsom-Normalisatie Kapitaallasten/Doelmatigheidskorting hanteert, de ex ante claim ook ex post nog aanwezig zijn. In geval van achterblijvende productie kan de claim hoogstens iets zijn afgenomen, omdat het schaduw-FB wordt nagecalculeerd.
- Als de claim ex post niet meer bestaat/kleiner is geworden, betekent dit dus dat andere zorgverzekeraars meer zorg hebben afgenomen of hogere prijzen hebben betaald dan hun marktaandeel groot is (of was ten tijde van het maken van de afspraak). Als die meerproductie – door het ex ante ‘gat’, dat de meerproductie in feite absorbeert – niet leidt tot een overschrijding van het schaduw-FB, vindt geen afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds plaats, waar dat zonder de Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting – ceteris paribus – wel het geval was geweest.
- De combinatie van ex ante ‘gat’ bij de ene zorgverzekeraar en meerproductie ten opzichte van marktaandeel bij de andere zorgverzekeraar kan intussen tegelijkertijd *wel* leiden tot een overschrijding van het macrokader, omdat zowel de schadelast van alle zorgverzekeraars, als betalingen uit het Zorgverzekeringsfonds daarvoor ‘meetellen’.
- Als het ‘gat’ ex post nog steeds bestaat, ontvangt het ziekenhuis een bedrag uit het Zorgverzekeringsfonds. Dit bedrag telt in 2012 mee bij de beoordeling van de vraag of het MBI moet worden toegepast en kan dus leiden tot een afroming

van reeds ontvangen omzet bij alle ziekenhuizen. De Normalisatie Kapitaallasten wordt in dat geval ‘uitgesmeerd’ over alle ziekenhuizen.

- Als na toepassing van het transitie-model (en eventueel MBI) een tekort in het Zorgverzekeringsfonds resteert, zal in het opvolgende jaar de rekenpremie met het tekort worden verhoogd. Dat leidt – ceteris paribus – tot een lagere uitkering aan zorgverzekeraars. Resultaat zal zijn dat het tekort in het Zorgverzekeringsfonds wordt ‘uitgesmeerd’ over alle zorgverzekeraars.
- Ten aanzien van de Normalisatie Kapitaallasten zou de gedachte kunnen ontstaan dat zorgverzekeraars kapitaallasten wel moeten normaliseren als zij bovengemiddeld zijn, omdat betaling van kapitaallasten die uitstijgen boven het gemiddelde dat in het A-segment in de DOT-tarieven is opgenomen, in strijd met de Wmg is. Die gedachte is naar de mening van de Commissie echter niet juist. De DOT-tarieven zijn integrale tarieven. Alleen als betaling van de werkelijke kapitaallasten in combinatie met de ‘rest’ van het DOT-tarief boven het maximumtarief zou uitstijgen, ontstaat een probleem. De Commissie is niet gebleken dat dit probleem zich heeft voorgedaan.
- Tegenover de Normalisatie Kapitaallasten, die zoals gezegd alleen benedenwaarts plaatsvindt, heeft bij de zorgverzekeraars die dit hebben toegepast, geen normalisatie van kapitaallasten plaatsgevonden van ziekenhuizen waarvan de werkelijke kapitaallasten onder het gemiddelde in de DOT-prijzen liggen. Daar laten de zorgverzekeraars dus schadelastbeperking ‘liggen’, evenals een mogelijkheid om het Zorgverzekeringsfonds te vullen. Vreemd is dit echter niet, in het licht van de bedoeling van de prestatiebekostiging. Daarbij past dat geabstraheerd wordt van de werkelijke kosten van een ziekenhuis, ook als deze lager zijn dan het landelijk gemiddelde.

Beoordeling Normalisatie Kapitaallasten en Doelmatigheidskorting in het licht van de geest van het transitie-model

- 5.12 Bij haar beoordeling van het handelen van zorgverzekeraars neemt de Commissie als uitgangspunt dat nadrukkelijk door de wetgever is beoogd om de contractering tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen vrij te laten en te laten plaatsvinden op basis van integrale productprijzen. Waar voor zorgverzekeraars schadelastbeperking logischerwijs een belangrijke doelstelling is, mag het – mede in het licht van het BHA – niet verbazen dat iedere zorgverzekeraar probeert zoveel mogelijk kwalitatief goede zorg in te kopen tegen zo laag mogelijke tarieven. Uitgaande van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, zal de uitkomst van de onderhandelingen die met deze inzet worden gevoerd, voorzichtig moeten worden beoordeeld.
- 5.13 Zorgverzekeraars voeren ieder een eigen contracteerbeleid. De NZa heeft hen die vrijheid in het transitie-model uitdrukkelijk willen laten. Tegenover de zorgverzekeraars die Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting

hebben toegepast, staan als het goed is zorgverzekeraars die op andere thema's hebben geprobeerd hun zorginkoop te optimaliseren. Zorgverzekeraars die in 2012 nog niet vol hebben voorgesorteerd op integrale en marktconforme tarieven, hebben daartoe een beleidsmatige afweging gemaakt (althans hadden dit in het licht van de veranderingen in de regelgeving moeten doen).

- 5.14 Dit neemt niet weg dat de cijfermatige inventarisatie van de contractering die zorgverzekeraars op verzoek van de Commissie hebben gemaakt, wel uitwijst dat de zorgverzekeraars die Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting hebben toegepast, in combinatie met een vaste aanneemsom of een plafondafpraak, ex ante een claim onder het transitie-model veroorzaken. De maximale omvang van de ex ante claim staat bij een vaste aanneemsom vast, deze vormt immers het verschil tussen de aanneemsom en het schaduw-FB x marktaandeel. Bij een plafondafpraak is de claim niet in volle omvang ex ante te berekenen, want afhankelijk van het te realiseren productievolume.

Anders gezegd: bij een vaste prijsafpraak is de Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting alleen verwerkt in de vaste aanneemsom en bij een plafondafpraak daarnaast ook in de prijs per DOT-product.

- 5.15 Dit ex ante effect heeft de contractering van de zorgverzekeraars die vanuit hun schadelast of gemiddelde productprijzen onderhandelingen over prijzen en volume hebben gevoerd, in combinatie met een plafondafpraak niet. Uit deze vorm van contractering kan ex post echter ook een (grotere) claim uit het Zorgverzekeringsfonds voortvloeien.

- 5.16 Voor de vraag of het optreden van deze ex ante effecten door het hanteren van een beleid dat bestaat uit een combinatie van Normalisatie Kapitaallasten/Doelmatigheidskorting en vaste aanneemsommen of plafondafspraken meer is dan 'gebruik', is naar het oordeel van de Commissie het antwoord op de volgende vragen cruciaal:

- 5.16.1 Allereerst de vraag of het effect dat optreedt een *systeemrisico* of een *omzetrisico* is. Immers het transitie-model wordt geacht de eerste risico's te dekken, de tweede uitdrukkelijk niet.
- 5.16.2 Vervolgens de vraag of de intentie van de zorgverzekeraar die het effect door het contracteerbeleid of de feitelijke contractering hebben veroorzaakt, gericht was op contractering op grond van reële en integrale marktprijzen of op incidentele afwenteling van schadelast op het Zorgverzekeringsfonds.

- 5.17 Voor de Normalisatie Kapitaallasten geldt dat uit deze notitie blijkt dat het niet contracteren van de werkelijke kapitaallasten door de minister van VWS met zoveel woorden onder ogen is gezien als een van de redenen waarom het nodig was een overgangsregeling te treffen. Dit betekent dat Normalisatie Kapitaallasten

kan worden geduid als een systeemrisico dat ziekenhuizen lopen als gevolg van de afschaffing van de FB-budgettering.

Zij leveren de zelfde hoeveelheid en kwaliteit van zorg als in 2011, maar als gevolg van het feit dat zorgverzekeraars daarvoor geen vaste prijs meer hoeven (en willen) betalen, genereren ze daarvoor niet meer dezelfde omzet. Weliswaar is geen sprake van een omzetverschuiving als gevolg van technische veranderingen in letterlijke zin, maar zeker ook niet van verschillen in aard en omvang van de zorg die een andere omzet rechtvaardigen.

- 5.18 Het bovenstaande betekent dat zorgverzekeraars die beleid maken dat erop is gericht om in hun tariefafspraken niet (langer) meer te betalen voor kapitaallasten dan het landelijk gemiddelde, met als intentie contracteren op grond van marktconforme, integrale tarieven, gelet hierop niet in strijd met de geest van het transitie-model handelen.
Zij doen in feite ook niets anders dan zorgverzekeraars die als beleid hanteren dat de integrale prijs per DOT-product niet hoger mag zijn dan het landelijk gemiddelde of de gemiddelde prijs die zij zelf betalen. Ook dat kan, op andere onderdelen, leiden tot een claim onder het transitie-model. Deze claim is echter, als het beleid gecombineerd wordt met een plafondatafspraak, ex ante nog niet in volle omvang zichtbaar.
- 5.19 Het oordeel van de Commissie over de toelaatbaarheid van de beleidsmatige keuzes van zorgverzekeraars gaat er wel van uit dat zij consistent zijn in dit beleid, met als doel het toewerken naar het eindmodel en het beleid dus niet alleen in de jaren waarin transitie-model en de Garantierегeling Kapitaallasten van toepassing zijn, hanteren. Wel in strijd met de geest van het transitie-model zou het zijn om de Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting tijdelijk toe te passen met de intentie een claim op het Zorgverzekeringsfonds te creëren en zodra het transitie-model is uitgewerkt – lees: de facto vanaf 2013, want het transitiebedrag wordt in 2012 bepaald, ook voor 2013 – de Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting te redresseren.
- 5.20 Anders gezegd: de contractering in 2013 zal bepalend zijn voor het antwoord op de tweede vraag onder 5.13. Uit die contractering kan de intentie van de zorgverzekeraars ten aanzien van de contractering in 2012 worden afgeleid.
- 5.21 Zouden ziekenhuizen met bovengemiddelde kapitaallasten deze in 2013 wel weer (voor een hoger percentage dan het landelijk gemiddelde of integraal) vergoed krijgen, of zouden ziekenhuizen niet structureel, maar alleen in 2012 een Doelmatigheidskorting moeten accepteren, dan wijst dat er – zonder goede verklaring – op dat de contractering in 2012 niet (uitsluitend) het effect van marktwerking is geweest, maar (toch ook) heeft plaatsgevonden met het oog op de mogelijkheid tot afwenteling die het transitie-model biedt. Dat zou dan *wel* misbruik of zelfs fraude kunnen opleveren.

- 5.22 Een oordeel over een eventueel gebrek aan consistentie kan nu nog niet worden geveld. Daarvoor is zicht nodig op de contractering in 2013 (en latere jaren).
- 5.23 De Commissie heeft op grond van de gesprekken met de verschillende zorgverzekeraars geen indicatie dat het gehanteerde beleid ten aanzien van Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting niet structureel is. Integendeel, bevestigt dat het beleid wordt doorgezet in 2013. Wel heeft de Commissie enkele voorbeelden gezien van individuele afspraken met ziekenhuizen, die erop zouden kunnen duiden dat – steeds in een poging om “*er met elkaar uit te komen*” in de laatste fase van de onderhandelingen – een afspraak is gemaakt op basis van het besef dat het effect daarvan door het transitie-model werd weggenomen of gemitigeerd.
- 5.24 Dergelijk gedrag is naar het oordeel van de Commissie overigens een te verwachten effect van een systeem dat – zoals de NZa erkent – perverse prikkels bevat, naast een zeer krap macrokader, een afspraak over beperkte groei en een steeds groeiende zorgvraag. Die combinatie van factoren is een voedingsbodemp voor het opzoeken van de grenzen van het regelgevend kader en de contractuele ruimte.
- 5.25 Dit effect heeft zich blijkens het onderzoek van de Commissie op een enkele plek in eerste instantie voorgedaan. Alle zorgverzekeraars hebben echter, mede naar aanleiding van het onderhavige onderzoek, een nadere analyse gemaakt van hun initiële contractering. De Commissie heeft in een aantal gevallen vastgesteld dat bij deze analyse onvolkomenheden in de initiële contractering, die konden leiden tot een claim onder het transitie-model, zijn hersteld. De conclusie dat de grens van gebruik/creatief gebruik daar uiteindelijk niet wordt overschreden, is daarmee mede het gevolg van het onderzoek van de Commissie zelf. Een aantal andere gevallen was ten tijde van het schrijven van het rapport nog in onderzoek. De Commissie is gemeld dat de intentie is ook die gevallen te herstellen als blijkt dat zij op gespannen voet staan met het transitie-model en/of BHA.

Beoordeling Normalisatie Kapitaallasten/Doelmatigheidskorting in het licht van geest BHA

- 5.26 De Commissie heeft niet kunnen vaststellen of partijen bij het BHA bij het vaststellen van de groeirimte voor 2012 beoogd hebben rekening te houden met het saldo van betalingen en ontvangsten aan/uit het Zorgverzekeringsfonds. Ook zonder dat kan worden gezegd dat wat niet in strijd met de geest van het transitie-model is, ook niet in strijd met de geest van het BHA kan zijn. Beide zouden immers qua bedoeling volledig op elkaar moeten aansluiten.

Als het maken van een verdergaande afspraak dan het beleid van de NZa strekt, c.q. van een van dat beleid afwijkende afspraak, de bedoeling was geweest van de partijen bij het BHA, dan hadden partijen dat expliciet moeten opschrijven. Een dergelijke oprekking of afwijking blijkt nergens uit.

- 5.27 Ook hier geldt daarom naar het oordeel van de Commissie dat de beleidsmatige keus tot Normalisatie Kapitaallasten en/of Doelmatigheidskorting de grens van gebruik/creatief gebruik niet overschrijdt.

B Juridisch kader beschikbaarheidsbijdrage

Wettelijk kader

De wettelijke grondslag voor het instrument beschikbaarheidsbijdrage is te vinden in artikel 56a Wmg. Hierin is bepaald: “de zorgautoriteit kan een beschikbaarheidsbijdrage toekennen ten behoeve van de beschikbaarheid van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg (...) Een zorgaanbieder kan de beschikbaarheidsbijdrage bij het College voor zorgverzekeringen in rekening brengen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds dan wel het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten”. Voor welke vormen van zorg de NZa een beschikbaarheidsbijdrage mag vaststellen, is vastgelegd in het Interimbesluit beschikbaarheidsbijdrage WMG, een algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 56a Wmg. Op basis van het Interimbesluit kan de NZa ook een beschikbaarheidsbijdrage aan instellingen toekennen in het kader van het transitie-model.

In de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage 2012 BR/CU-2071 (**‘Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage’**) heeft de NZa vastgelegd hoe zij in 2012 gebruik zal maken van haar bevoegdheid tot het vaststellen van beschikbaarheidsbijdragen. In deze beleidsregel heeft de NZa een aantal aanbieders aangewezen dat in 2012 een vergoeding zal ontvangen voor de volgende in de beleidsregel aangewezen vormen van zorg: academische zorg; brandwondenzorg; zorg verleend door het calamiteitenhospitaal; post mortem orgaanuitname bij donoren; spoedeisende hulp en traumazorg. In artikel 4 van de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage is bepaald: “*Bij de verlening van de beschikbaarheidsbijdrage wordt – behoudens bijzondere omstandigheden – bepaald dat de NZa de zorgaanbieder voorschotten verleent. Na afloop van het jaar waarop de beschikbaarheidsbijdrage betrekking heeft, stelt de NZa de bijdrage vast.*”

In de Zorgverzekeringswet (artikel 39 lid 3 aanhef en onder g) is opgenomen dat de bedragen als bedoeld in artikel 56a Wmg ten laste van het Zorgverzekeringsfonds komen. Dit is ook vastgelegd in de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage, waarin is opgenomen dat een voorschot of vastgestelde beschikbaarheidsbijdrage door de zorgaanbieder in rekening kan worden gebracht bij het College voor zorgverzekeringen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

Tussenconclusie

De grondslag voor de beschikbaarheidsbijdrage is de Wmg en de daarop gebaseerde regelgeving. De beschikbaarheidsbijdragen worden op grond van de Wmg en de Zorgverzekeringswet ten laste van het Zorgverzekeringsfonds gebracht. Ziekenhuizen ontvangen beschikbaarheidsbijdragen derhalve buiten de zorgverzekeraars om.

Vraag is vervolgens hoe de beschikbaarheidsbijdragen verwerkt (moeten) worden in het schaduwbudget en in de omzet uit prestatiebekostiging.

Kader verwerking beschikbaarheidsbijdrage in transitiebedrag

In het transitie-model is de berekening van het transitiebedrag beschreven. Het transitiebedrag is het verschil tussen de omzet uit prestatiebekostiging en het schaduwbedrag, ofwel *transitiebedrag = schaduwbudget - omzet uit prestatiebekostiging*.

Hoe de omzet uit prestatiebekostiging wordt vastgesteld is vastgelegd in artikel 11 van het transitie-model. Lid 3 van dat artikel bepaalt dat bij het bepalen van de omzet uit prestatiebekostiging “*beschikbaarheidsbijdragen op basis van de beleidsregel Beschikbaarheidsbijdragen 2012*” niet worden meegerekend. Uit de toelichting bij artikel 11

volgt dat beschikbaarheidsbijdragen buiten het omzetbedrag worden gebracht omdat zij geen tarief in de zin van de Wmg zijn.

Het schaduwbudget voor 2012 wordt volgens het Transitie­model berekend op basis van het voor 2011 vastgestelde budget (aanvaardbare kosten). Artikel 13 lid 5 van het transitie­model bepaalt daarbij dat het schaduwbudget op budgetneutrale wijze wordt gecorrigeerd voor de opbrengsten uit beschikbaarheidsbijdragen. Het artikel werkt niet uit waaruit deze ‘*budgetneutrale correctie*’ bestaat. De correctie is nodig omdat in hoofdstuk 3 van het Transitie­model is vastgelegd dat de beschikbaarheidsbijdragen voor brandwondenzorg en spoedeisende hulp die in 2011 in het budget waren opgenomen, gehandhaafd blijven.

Conclusie

De systematiek van het transitie­model houdt de beschikbaarheidsbijdragen buiten de berekening van het transitie­bedrag. Dit door:

- bij de vast te stellen omzet uit prestatie­bekostiging de beschikbaarheidsbijdragen in het geheel niet te betrekken; en
- het schaduw-FB ‘budgetneutraal’ te corrigeren voordat het transitie­bedrag wordt vastgesteld. Voordat voornoemde ‘budgetneutrale’ correctie heeft plaatsgevonden bevat het schaduw-FB nog wel de beschikbaarheidsbijdragen volgens (de parameters uit) de beleidsregels uit 2011.

C Lijst met geïnterviewde personen

De Commissie heeft gedurende haar onderzoek gesproken met een groot aantal functionarissen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

In deel I van het onderzoek is dankbaar gebruikgemaakt van de kennis aanwezig bij ZN over de wet- en regelgeving en van het transitie-model.

In het tweede deel van het onderzoek heeft de Commissie gesproken met 37 functionarissen van zorgverzekeraars, als volgt te rubriceren:

- Raad van bestuur en/of directie 9
- Zorginkoopfunctionarissen 13
- Controle en administratief 10

In het tweede deel van het onderzoek heeft de Commissie gesproken met 35 functionarissen van ziekenhuizen en umc's, als volgt te rubriceren:

- Raad van bestuur en/of directie 7
- Zorgverkoopfunctionarissen 14
- Controle en administratief 13

Uit hoofde van de vertrouwelijkheid ziet de Commissie af van een integrale vermelding van de geïnterviewde functionarissen.

D Geraadpleegde literatuur

NZa

Transitiemodel

1. NZa beleidsregel 'Functiegerichte budgettering algemene en academische ziekenhuizen', BR/CU-2032
2. NZa beleidsregel 'Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg ' BR/CU-2067
3. NZa beleidsregel 'Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg' BR/CU-2072
4. NZa beleidsregel 'Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg' BR/CU-2080
5. NZa beleidsregel 'Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg' BR/CU-2087
6. NZa regeling 'Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg' NR/CI-213
7. Formulieren 'Vaststelling Schaduw-FB en berekening transitiebedrag 2012 ten behoeve van de berekening van het transitiebedrag Algemene ziekenhuizen '
8. Formulieren 'Vaststelling Schaduw-FB en berekening transitiebedrag 2012 Academische Ziekenhuizen '

Gerelateerde beleidsregels/regelgeving

9. NZa beleidsregel 'Macrobeheersmodel' BR/CU-2062
10. Regeling NR/CU-215 'Macrobeheersmodel'
11. NZa beleidsregel 'Compensatie IVA 2010', BR/CU-2002
12. NZa beleidsregel 'Normtijden DBC's' CI-1075
13. NZa beleidsregel BR/CU-2070 'Beheersmodel honoraria vrijgevestigde medisch specialisten'
14. NZa regeling NR/CU-214 'Beheersmodel honoraria vrijgevestigde medisch specialisten'
15. NZa beleidsregel 'Garantieregeling kapitaallasten 2011 t/m 2016', BR/CU-2001
16. NZa Tijdlijn 2011 en Toelichting op de beleidsregels kapitaallasten ziekenhuizen d.d. 20 juli 2010 (beschikbaar op NZa.nl)

Correspondentie/circulaires van de NZa over het transitie­model

17. 23NZa Thema Nieuwsbrief d.d. 1 april 2011
18. NZa Thema Nieuwsbrief d.d. 2 mei 2011
19. NZa Notitie 'Transitiemodel prestatie­bekostiging ziekenhuizen' d.d. 15 april 2011
20. NZa Memo 'uitvoering overgangsregeling kapitaallasten' d.d. 20 april 2011
21. NZa TO transitie­model en garantieregeling kapitaallasten d.d. 26 april 2011
22. NZa Memo 'Hoofddijnen voorgenomen beleid transitie­model' d.d. 9 mei 2011, bijlage 3 bij CT 12-11
23. Brief NZa d.d. 5 maart 2012 aan de besturen van algemene ziekenhuizen, academisch ziekenhuizen, dialysecentra etc.
24. NZa powerpointpresentatie 'Bijeenkomst overgang prestatie­bekostiging', d.d. 3 april 2012
25. NZa Thema Nieuwsbrief d.d. 3 augustus 2012
26. NZa Verslag Technisch Overleg d.d. 14 augustus 2012

- 27. NZa Fictief voorbeeld transitie-model
- 28. Circulaire van de NZa van 11 februari 2013, kenmerk CI/13/9c.

Correspondentie/circulaires van de NZa betreffende evaluaties

- 29. Brief Nza aan de Minister van VWS d.d. 25 juli 2012, betreft 'Evaluatie transitie-model medisch specialistische zorg'
- 30. Brief Nza aan de minister van VWS d.d. 3 juli 2012, betreft 'Evaluatie contractering medisch specialistische zorg'

Correspondentie/circulaires van de NZa betreft beleidsregel overgangsregime kapitaallasten

- 31. Brief Nza aan de minister van VWS d.d. 2 september 2009, betreft 'Advies over aanpassing van de Beleidsregel overgangsregime kapitaallasten'

Notities, verantwoording, consultatie

- 32. NZa Notitie 'Verrekening en MCI', d.d. 4 mei 2011
- 33. NZa Verantwoordingsdocument 'Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg. Uitwerking van implementatie per 2012' Juli 2011
- 34. NZa 'Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg. Reacties op consultatiedocument' Juli 2011
- 35. NZa Consultatiedocument 'Invoering Prestatiebekostiging medisch specialistische zorg. Uitwerking van implementatie per 2012' Mei 2011
- 36. Monitor 'Medisch Specialistische Zorg. Tussenrapportage deel 1' Februari 2010
- 37. Uitvoeringstoets 'Van Budget naar Presentatie. Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg' Oktober 2009
- 38. Monitor 'Ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringszekerheid' Mei 2009
- 39. Monitor 'Ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment 2008' Juli 2008
- 40. Advies 'Stabiele transitie naar prestatiebekostiging' December 2008
- 41. Monitor 'Najaarsrapportage. Prijsontwikkelingen ziekenhuiszorg 2008' December 2008
- 42. Uitvoeringstoets 'Op weg naar vrije prijzen. Maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg' d.d. 19 april 2007
- 43. Monitorspecial 'De rol van ZBC's in de ziekenhuiszorg' Januari 2007

VWS

Brieven van VWS en kamerstukken over de invoering van de Diagnose Behandeling Combinaties 2003 – 2010

- 44. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 oktober 2003, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2003/04, 29 248, nr. 1*)
- 45. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 4 september 2006, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2005/06, 29 248, nr. 30*)
- 46. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 13 juni 2007, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2006/07, 29 248, nr. 37*)
- 47. Verslag van een Algemeen Overleg d.d. 6 september 2007, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2006/07, 29 248, nr. 42*)
- 48. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 5 september 2008, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2007/08, 29 248, nr. 53*)

49. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 16 oktober 2008, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2008/09, 29 248, nr. 63*)
50. Verslag van een debat naar aanleiding van een algemeen overleg van 22 oktober 2008, betreft 'Kapitaallasten'
51. Verslag van een Algemeen Overleg d.d. 1 december 2008, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2008/09, 29 248, nr. 73*)
52. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 19 december 2008, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2008/09, 29 248, nr. 74*)
53. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 11 juni 2009, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2008/09, 29 248, nr. 82*)
54. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 26 juni 2009, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2008/09, 29 248, nr. 88*)
55. Verslag van een Algemeen Overleg d.d. 28 juli 2009, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2008/09, 29 248, nr. 98*)
56. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 19 januari 2010, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 109*)
57. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 16 maart 2010, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 113*)
58. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 1 april 2010, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 114*)
59. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 20 april 2010, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 115*)
60. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 10 mei 2010, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2009/10, 29 248, nr. 119*)
61. Verslag van een Algemeen Overleg d.d. 4 mei 2011, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 206*)
62. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 1 april 2010, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2009/10, 29 248, F*)
63. Verslag van een schriftelijk overleg d.d. 14 mei 2010, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2009/10, 29 248, G*)
64. Verslag van een schriftelijk overleg d.d. 8 september 2010, betreft 'Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)' (*Kamerstukken II 2009/10, 29 248, J*)

Totstandkoming transitie-model en regelingen kapitaallasten

65. Aanwijzing van de minister van VWS d.d. 13 december 2011, nr. MC-U-3096073, houdende een macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg, *Stcrt.* 2011, nr. 23196
66. Aanwijzing van de minister van VWS, d.d. 26 september 2011, nr. MC-U-3081217, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake kapitaallasten transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012, *Stcrt.* 2011, nr. 19621
67. Brief minister van VWS aan de NZa d.d. 26 september 2011, betreft 'Aanwijzing kapitaallasten transitie-model medisch specialistische zorg 2012'
68. Aanwijzing van de minister van VWS, d.d. 21 juli 2011, nr. MC-U-3072825, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012, *Stcrt.* 2011, nr. 13950
69. Aanwijzing van de minister van VWS, d.d. 22 juni 2010, nr. CZ-U-3001512, op grond van artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake overgangsregeling kapitaallasten algemene en academische ziekenhuizen, *Stcrt.* 2010, nr. 10255

- 70. Brief minister van VWS aan de Tweede kamer d.d. 6 juli 2012, betreft 'Voortgang invoering prestatiebekostiging, motie Dijkstra'.
- 71. ministerie van VWS, 'Bepaling Maco-Deelbedragen 2012', bijlage 3
- 72. Rapport 'Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg, contractvormen onder DOT', 1 december 2011. Zorgmarktadvies Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn.

Overige brieven van VWS

- 73. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 15 juli 2011, betreft 'Macrobeheersinstrument curatieve zorg'
- 74. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 14 maart 2011, betreft 'Zorg die Loont'
- 75. Brief minister van VWS aan de Eerste Kamer d.d. 1 april 2010, betreft 'Kapitaallasten'
- 76. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 1 april 2010, betreft 'Kapitaallasten'
- 77. Brief van de minister van VWS van 15 februari 2013, kenmerk CZ-3154785.

Overheidsbeleid en afspraken met de overheid

- 78. Relevante passages uit Lenteakkoord & Miljoenennota 2013 (inzake curatieve zorg in 2^e-lijn)
- 79. Bestuurlijk hoofdlijnen akkoord 2012-2015 d.d. 4 juli 2011
- 80. Afspraken Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord (handreiking omzetverantwoording 2012) van 7 februari 2013

Commissie-Havermans

- 81. Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 16 oktober 2008, betreft 'advies commissie nadeelcompensatie en kapitaallasten'
- 82. Advies Commissie nadeelcompensatie Ziekenhuizen 'Ondernemen – maar met Zorg' 2008

DBC Onderhoud

- 83. DBC Onderhoud, 'Gebruikersdocument uitlevering deel 2. Verantwoording tariefswijziging' d.d. 27 september 2012.
- 84. DBC Onderhoud, 'Gebruikersdocument uitlevering deel 2. Verantwoording tariefswijziging' d.d. 15 november 2011.
- 85. DBC Onderhoud, 'Gebruikersdocument uitlevering deel 2. Verantwoording tariefswijziging' d.d. 1 september 2011.
- 86. DBC Onderhoud, 'Toelichting tarieven DOT RS05 Versie 3.0' 2010.

ZN/zorgverzekeraars

- 87. ZN-formulieren schaduw-FB
- 88. ZN-correspondentie, richtlijnen en beleidstukken inzake transitie-model
- 89. Modelovereenkomsten zorgverzekeraars 2012
- 90. Zorginkooprichtlijn schaduw-FB 2012; 11 november 2011

NBA

- 91. NBA Alert 28. Controleverklaringen bij de financiële overzichten 2012 van instellingen voor medisch specialistische zorg. Februari 2013.

E Format informatievraag zorgverzekeraars

Analyse contractering medisch specialistische zorg			
N.B. :gele velden worden berkend; cursieve tekst graag vervangen door werkelijke toelichtingen			
1. Basisgegevens:		Toelichtingen:	
Zorgverzekeraar	<input type="text"/>		
Ziekenhuis	<input type="text"/>		
Overeengekomen schaduw-FB tegen prijspeil 2011	<input type="text"/>		Sluit aan met getekend formulier.
Indexering 2012 2,55%	<input type="text" value="0"/>		
Overeengekomen schaduw-FB tegen prijspeil 2012	<input type="text" value="0"/>		
Marktaandeel in percentage	<input type="text"/>		<i>Op welke wijze bepaald?</i>
2. Contractering DOT-A en DOT-B nieuw (in EUR miljoen)			
Overeengekomen schaduw-FB tegen prijspeil 2012	<input type="text" value="0"/>		<i>is gelijk aan G15.</i>
aftrekposten			<i>Argumentatie</i>
- kapitaallasten	<input type="text"/>		<i>Argumentatie</i>
- beschikbaarheidsvergoedingen	<input type="text"/>		<i>Argumentatie</i>
- dubieuze debiteuren	<input type="text"/>		<i>Argumentatie</i>
- verkeerde beddagen	<input type="text"/>		<i>Argumentatie</i>
- doelmatigheid	<input type="text"/>		<i>Argumentatie</i>
-	<input type="text"/>		<i>Argumentatie</i>
-	<input type="text"/>		<i>Argumentatie</i>
-	<input type="text"/>		<i>Argumentatie</i>
Totaal aftrekposten	<input type="text" value="0"/>		
Basis contractering totaal	<input type="text" value="0"/>		<i>is H 21 minus H 30</i>
Marktaandeel	<input type="text" value="0"/>		<i>is G 17.</i>
Basis contractering zorgverzekeraar bij dit ziekenhuis	<input type="text" value="0"/>		<i>H 32 maal H 34</i>
Feitelijke contractering DOT-A en DOT B-nieuw	<input type="text"/>		
Vershil tussen basis en feitelijke contractering	<input type="text" value="0"/>		<i>Analyse verschil</i>
Contractsvorm: aanneemsom, plafond, p maal q.	<input type="text"/>		<i>Aangeven welke contractsvorm is gehanteerd.</i>
3. Contractering B-oud (in EUR miljoen)			
- omvang B-segment oud 2010	<input type="text"/>		
- omvang B-segment oud 2011	<input type="text"/>		
- contractering B-oud 2012	<input type="text"/>		
Contractsvorm: aanneemsom, plafond, p maal q.	<input type="text"/>		<i>Aangeven welke contractsvorm is gehanteerd.</i>
4. Overige vragen			
4.1	Zijn er bij de bepaling van het schaduw FB afwijkende rekenregels gehanteerd in vergelijking met voorgaande jaren?		
	<input type="text"/>		
4.2	Is er met het ziekenhuis overeengekomen dat er nacalculatie van het schaduw FB achterwege blijft?		
	<input type="text"/>		

F Brief verstuurd aan ziekenhuizen/umc's

“Aan de Raad van Bestuur van ziekenhuis/umc

Betreft: Onderzoek mogelijk misbruik transitie-model

Geachte Raad van Bestuur,

Gaarne vragen wij uw aandacht voor het volgende.

Er zijn diverse signalen dat er door sommige ziekenhuizen en zorgverzekeraars mogelijk creatief gebruik en mogelijk zelfs misbruik wordt gemaakt van het transitie-model dat voor hen is gecreëerd voor de overgang van budgetbesteding naar prestatiebesteding. Daar de omzet van ziekenhuizen niet één op één aansluit met de schadelast van zorgverzekeraars, nemen de onduidelijkheden, de complexiteit en de manipulatiemogelijkheden van het systeem toe. De analyse van de effecten wordt eveneens complex. Voor de jaren 2012 en 2013 is sprake van uitkeringen van transitiebedragen uit het zorgverzekeringsfonds, welke uitkeringen niet ten laste van een specifieke zorgverzekeraar komen.

De Directie van Zorgverzekeraars Nederland heeft de opdracht gegeven aan een aantal experts om een onderzoek in te stellen naar het mogelijk misbruik van het transitie-model. De NVZ en de NFU hebben hun medewerking aan dit onderzoek toegezegd.

De opdracht bestaat uit twee fasen; de volgende aspecten behoren tot fase 1:

- Het opstellen van een beschrijving en het uitvoeren van een nadere analyse van de robuustheid van het transitie-model;
- Het opstellen van een beschrijving en het uitvoeren van een analyse naar de contractering en het contracteringsproces in relatie tot het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord;
- Het opstellen van spelregels welke moeten worden gehanteerd om vast te stellen of er sprake is van mogelijk misbruik (normenkader).

Afhankelijk van de uitkomsten van fase 1, kan de Directie van ZN opdracht geven tot het uitvoeren van een onderzoek naar het daadwerkelijk optreden van mogelijk misbruik.

In de opdracht aan de Commissie wordt gerefereerd aan “mogelijk misbruik en oneigenlijk gebruik”. Voorshands geeft de Commissie de voorkeur aan het spreken over “mogelijk misbruik”. Het uit te voeren onderzoek moet leiden tot een antwoord op de vraag of er sprake is van gebruik, creatief gebruik, oneigenlijk gebruik, misbruik of fraude.

De signalen van mogelijk misbruik hebben betrekking op situaties waarin bewust wordt gestuurd wordt op onderdekking van het schaduw FB waardoor er een uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds aan het ziekenhuis wordt gedaan. De onderdekking levert een lagere schadelast voor de verzekeraar op. Deze verkrijgt daardoor een relatief voordeel ten opzichte van de andere verzekeraars indien hij als enige dit soort afspraken maakt.

Voor het ziekenhuis kan deze afspraak ook aantrekkelijk zijn indien een lagere afspraak in het A-segment gepaard gaat met een hogere afspraak in het B-segment. Wanneer het totaal van deze afspraak binnen de afgesproken groeiruimte blijft, suggereert dit dat er sprake is van een trendbreuk in het kostenniveau van het ziekenhuis, zoals is bedoeld in het hoofdlijnenakkoord.

Als echter het transitie­model wordt toegepast ontvangt het ziekenhuis nog twee jaar een uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds waardoor het totale kostenniveau wordt verhoogd ten opzichte van de uitkomst van de prestatie­bekostiging. Daardoor treedt de trendbreuk dus in feite niet of in mindere mate op.

In het kader van de uitvoering van haar opdracht verneemt de Commissie gaarne van u of zich bij uw ziekenhuis/umc zaken hebben voorgedaan bij de contractering van de zorg voor het jaar 2012, die in het licht van onze onderzoeksopdracht vermeldenswaardig kunnen zijn. Het gaat met name om een antwoord op de vraag of er signalen zijn van gebruik, creatief gebruik, oneigenlijk gebruik, misbruik of fraude.

Voor vragen ter zake kunt u contact opnemen met D.W. Voetelink, mailadres voetelink.david@kpmg.nl.

Uw antwoorden kunt u richten aan de Commissie Mogelijk Misbruik Transactiemodel, per adres D.W. Voetelink, Postbus 74500, 1070 DB AMSTERDAM.

Hoogachtend,

D.W. Voetelink/ M. Pheijffer/ Mw. W.K. Bischof”

G Lijst gehanteerde definities

Definitie	Betekenis
Aanwijzing I	Aanwijzing van de minister van VWS van 22 juni 2010 (Stcrt. 2010, 10255)
Aanwijzing II	Aanwijzing van de minister van VWS van 29 juli 2011 (Stcrt. 2011, 13950)
Aanwijzing MBI	Aanwijzing van de minister van VWS van 13 december 2011 (Stcrt. 2011, 23196)
Advies-Havermans	Het advies van de Commissie-Havermans van 30 september 2008
BHA	Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012 - 2015 tussen NVZ, NFU, ZKN, ZN en het ministerie van VWS van 4 juli 2011
BKZ	Budgettair kader zorg
Commissie	De expertcommissie ingesteld door ZN
DOT	DBC's op weg naar transparantie; in dit nieuwe bekostigingssysteem van medisch-specialistische zorg zijn de DBC's samengevoegd tot een beperkt aantal DBC-zorgproducten, DOT's geheten.
DOT-A	De zorgproducten zoals bedoeld in artikel 7.3 van het transitie­model
DOT-B nieuw	De zorgproducten zoals bedoeld in artikel 7.4 van het transitie­model
DOT-B oud	De zorgproducten zoals bedoeld in artikel 7.5 van het transitie­model
FB	Functiegericht Budget
Garantie-regeling	De Garantieregeling zoals vastgelegd in NZa-beleidsregel BR/CU-2001
MBI	Macrobeheersingsinstrument
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Onderzoek	Het onderzoek uitgevoerd door de Commissie

Definitie	Betekenis
Schaduw-FB	Het schaduwbudget zoals beschreven in hoofdstuk 3 van het transitie-model
Transitie-model	Het transitie-model voor de overgang van ziekenhuiszorg van budgetsystematiek naar prestatiebekostiging, zoals vastgelegd in NZa-beleidsregel BR/CU-2080 (en opvolgende)
Transitieclaim	De claim, vordering op of schuld aan, het Zorgverzekeringsfonds op grond van de uitkomsten van het transitie-model.
Umc	Universitair medisch centrum
Verantwoordingsdocument	Verantwoordingsdocument 'Invoering prestatiebekostiging medisch specialistische zorg'. Uitwerking van implementatie per 2012 van juli 2011 van de NZa
VWS	Volksgezondheid, Welzijn & Sport
Wmg	Wet Marktordening gezondheidszorg
WTZi-kapitaallasten	Kapitaallasten die op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen aan ziekenhuizen wordt betaald
ZBC	Zelfstandig behandelcentrum
Ziekenhuizen	Instellingen voor medisch-specialistische zorg, zoals ziekenhuizen, universitaire medische centra (umc's) en zelfstandige behandelcentra (ZBC's).
Zorgverzekeringsfonds	Dit is het fonds waaruit de bijdragen voor de risicoverevening aan de zorgverzekeraars worden betaald. De claims (positief en negatief) die uit het transitie-model resulteren worden door dit fonds verrekend.
Zwarte gat	Bij universitair medische centra: het ontbrekende bedrag in de dekking van het FB, als gevolg van het feit dat niet alle producten die het umc levert juist zijn gedefinieerd en juist geprijsd.