

BESLISSING OP BEZWAAR**139648-215798**

Per fax van 11 augustus 2015 en per brief van 11 augustus 2015, ontvangen op 13 augustus 2015, is door ActiZ (hierna belanghebbende) bezwaar gemaakt tegen tariefbeschikking met kenmerk TB/CU-2047-01 van 30 juni 2015. Op 22 september 2015 zijn de gronden van bezwaar aangevuld. De bezwaren zijn gericht tegen de tarieven van de producten die betrekking hebben op de klinisch ambulante vervolgbehandeling in de geriatrische revalidatiezorg (grz).

Naar aanleiding van dit bezwaar is belanghebbende op 5 oktober 2015 gehoord. Het verslag van de hoorzitting is bijgevoegd.

In haar vergadering van 17 november 2015 heeft de Raad van Bestuur van de NZa het besluit van 30 juni 2015 in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten het besluit ten aanzien van bovenvermelde prestaties niet te herroepen en ongewijzigd in stand te laten. De op 18 november 2015 vastgestelde nieuwe Prestatie- en tariefbeschikking DOT 2016, maakt voor dit onderwerp, onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar.¹ Onderstaand treft u de motivering hiervan aan.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Bij de berekening van de profielinformatie is ten onrechte gebruik gemaakt van profielinformatie uit het DBC Informatiesysteem (DIS) van het jaar 2013 en deels van 2014. Door het gebruiken van deze informatie is de wijziging in de producten, die in 2014 is doorgevoerd, onvoldoende meegenomen in de berekening van de tarieven, die per 2016 gelden.

Belanghebbende verwijst in dit verband naar de profielinformatie 2016. Hierin is een aanzienlijk kleiner aandeel ambulante zorg opgenomen dan in de 2014 expertprofielen.

Volgens belanghebbende wordt de innovatie in de sector hierdoor teniet gedaan en worden zorgaanbieders, die hebben ingezet op het innoveren van dagbehandeling, geconfronteerd met onvoldoende financiële dekking.

De tarieven van de zorgproducten die in deze procedure bestreden worden betreffen de subcategorie klinisch ambulante vervolgbehandeling. Belanghebbende verzoekt om de experttarieven 2015 voor subcategorie klinisch ambulante vervolgbehandeling te continueren.

ACHTERGROND EN TOTSTANDKOMING BELEID

Alvorens in te gaan op de gronden van bezwaar wordt eerst de achtergrond en totstandkoming van het beleid geschetst.

¹ Prestatie- en tariefbeschikking Medisch specialistische zorg d.d. 18 november 2015 met kenmerk TB/CU-2066-01

Wettelijk kader en beleid NZa

Tarief- en prestatieregulering Wmg

Op zorgaanbieders die medisch specialistische zorg verlenen zoals belanghebbende is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) van toepassing. In de Wmg is bepaald dat de NZa in een beschikking ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief vastlegt of sprake is van een vrij tarief, vast tarief of een maximumtarief en welke prestatie er bij het tarief hoort.²

Het is een zorgaanbieder verboden om een hoger tarief in rekening te brengen dan door de NZa voor een prestatie is vastgesteld.³ Ook is het een zorgaanbieder verboden om een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor de NZa geen of een andere prestatiebeschrijving heeft vastgesteld.⁴

Als de NZa voor een bepaalde categorie van zorgaanbieders met betrekking tot een bepaalde prestatie voor het eerst een tarief vaststelt, is daaraan voorafgaand een aanwijzing van de minister van VWS vereist.⁵ Ook als de tariefsoort wordt gewijzigd (bijvoorbeeld van maximumtarief naar vrij tarief), is een voorafgaande aanwijzing nodig.⁶ De minister heeft meerdere aanwijzingen aan de NZa gegeven.⁷

Beleidsregels en Nadere Regel

De NZa stelt beleidsregels vast over het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.⁸ Voor de onderhavige procedure is de Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg⁹, Beleidsregel Kostprijsberekening geriatrische revalidatiezorg¹⁰, de nadere regel Registratie en aanlevering kostprijzen geriatrische revalidatiezorg¹¹ en de nadere regel Medisch specialistische zorg¹² van belang.

Op basis van de uitgangspunten, beschreven in de beleidsregel Prestatie en tarieven medisch specialistische zorg stelt de NZa prestaties en tarieven vast. Deze prestaties en tarieven worden vastgesteld in de "Prestatie en tariefbeschikking DOT".¹³

² Art. 50 lid 1 onder a t/m d Wmg.

³ Art. 35 lid 1 onder a en b Wmg.

⁴ Art. 35 lid 1 onder c en d Wmg.

⁵ Art. 59a onder a jo. art. 7 lid 1 onder b Wmg.

⁶ Art. 59a onder b jo. art. 7 lid 1 onder b Wmg.

⁷ Aanwijzing d.d. 25 juli 2011, kenmerk MC-U-3070826, d.d. 30 augustus 2011, kenmerk MC-U-3078436, 26 juni 2012, kenmerk MC-U-3119631, 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC,

⁸ Art. 57 lid 1 sub b en c Wmg.

⁹ Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg met nummer BR/CU-2143.

¹⁰ Beleidsregel Kostprijsberekening geriatrische revalidatiezorg met nummer BR/CU-2120

¹¹ Nadere regel Registratie en aanlevering kostprijzen geriatrische revalidatiezorg met nummer NR/CU-246.

¹² Nadere regel Regeling Medisch specialistische zorg met nummer NR/CU-263.

¹³ Prestatie- en tariefbeschikking DOT, d.d. 30 juni 2015, met kenmerk TB/CU-2047-01.

Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 (16a)

In het document Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 wordt de tariefberekening van zorgprestaties verantwoord en beoordeeld.¹⁴

Ambulante vervolgbehandeling in de geriatrische revalidatiezorg

De geriatrische revalidatie (grz) richt zich op de (veelal) oudere patiënt en diens zorgsysteem. De revalidant wordt gekenmerkt door kwetsbaarheid, complexe multi-morbiditeit en verminderde leer- en trainbaarheid. Het doel van de grz-behandeling is het dusdanig verminderen van de beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Ambulante vervolgbehandeling betreft een kortdurende op herstel gerichte revalidatiebehandeling. De gemiddelde behandelduur bedraagt 6 weken met een eventuele verlenging naar 12 weken. De behandeling vindt plaats op meerdere dagen in de week. Ambulante behandeling kan zowel in dagbehandeling, poliklinisch als thuis plaatsvinden.

Tarieven 2014

De grz wordt sinds 1 januari 2013 bekostigd door de Zorgverzekeringswet (Zvw). De minister van VWS heeft destijds aangegeven dat één van de doelstellingen van de overheveling was het mogelijk maken van ambulante behandelarrangementen.¹⁵ Een cliënt zal, indien mogelijk, thuis beter en sneller revalideren dan in een intramurale verblijfssituatie. In de oude producten was de ambulante behandeling nog niet verwerkt.

Aan de hand van diverse bijeenkomsten met zorgaanbieders is de structuur voor ambulante zorg ontwikkeld. Met ingang van 1 januari 2014 zijn er 18 nieuwe DBC-zorgproducten toegevoegd die tot doel hebben meer ambulante zorg binnen de grz mogelijk te maken. Bij de invulling van de ambulante vervolgbehandeling is op basis van het verschil qua behandelintensiteit onderscheid gemaakt in de groep van CVA-producten (Cardio Vasculaire Aandoeningen) en de zorgproducten voor de overige diagnoses. Hierbij is het aantal behandeluren van de bestaande producten opgehoogd met een standaard aantal uren volgens het expertprofiel voor de ambulante vervolgbehandeling in combinatie met een aantal ambulante behandeldagen.

Om verdere invulling en innovatie van de ambulante grz vervolgzorg mogelijk te maken zijn de tarieven van deze producten berekend aan de hand van een expertprofiel. Landelijke gemiddelde profielinformatie was nog niet beschikbaar.¹⁶

¹⁴ Beoordeling en verantwoording DBC-pakket 2016 (RZ16a) met ingangsdatum 1 januari 2016, d.d. juli 2016

¹⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2010-2011, 30 597, nrs 184

¹⁶ Zie pagina 11, Gebruikersdocument uitlevering deel 1, wijzigingen DBC-pakket, versie 20130926.

Vanaf 2014 zijn de DBC-zorgproducten onder te verdelen in drie subgroepen, te weten, ambulante (hierna: groep 1), klinisch ambulante vervolgbehandeling (hierna: groep 2) en klinisch (hierna: groep 3). Ambulante wil zeggen uitsluitend ambulante zorg. Klinisch ambulante betekent in principe klinische zorg met (eventueel) een ambulante vervolgbehandeling. Klinisch zijn in principe zorgproducten waarbij uitsluitend klinische zorg plaatsvindt.

Tarieven 2015

Bij het berekenen van de tarieven 2015 voor de geriatrische revalidatiezorg zijn de vastgestelde tarieven 2014 (RZ14b) als uitgangspunt genomen, waarbij het prijsmutatiepercentage als gevolg van de verkorting doorlooptijd is gehanteerd.¹⁷ Dit prijsmutatiepercentage is berekend aan de hand van de DIS-dataset 2013.

Tarieven 2016

Voor 2016 zijn alle (maximum-)tarieven voor de grz-zorgproducten berekend op basis van de landelijke gemiddelde kostprijzen per zorgactiviteit in combinatie met landelijke gemiddelde zorgprofielen.

Ten behoeve van de berekening van 2016 tarieven zijn bij de grz-instellingen in 2014 kostprijzen per zorgactiviteit uitgevraagd over boekjaar 2013.¹⁸ De tot dan toe gebruikte kostprijzen per zorgactiviteit stamden uit 2009.

Voor de bepaling van de landelijke gemiddelde zorgprofielen voor de geriatrische revalidatie zorg is 2013 en 2014 DIS-data gebruikt. De reden hiervoor is dat, in verband met de overgang van AWBZ naar Zvw, de DIS-registratie in 2013 is gestart en dat in 2014 DBC-zorgproducten met ambulante vervolgbehandelingen zijn geïntroduceerd. Op basis van deze dataset heeft de NZa voor alle producten nieuwe profielen berekend. Deze dataset is representatiever dan de DIS-dataset die gebruikt is voor de vaststelling van de 2013 en 2014 grz-tarieven.¹⁹

Invoering max-max tarieven

Met ingang van 1 januari 2016 wordt een duale tariefstructuur ingevoerd in de vorm van het zogenaamde max-maxtarief. Naast de maximumtarieven wordt de mogelijkheid geïntroduceerd om een tweede hoger maximumtarief per prestatie af te spreken en in rekening te brengen. Deze max-maxtarieven worden mogelijk gemaakt om innovatie en specifieke kwaliteitsafspraken verder te ondersteunen. De maximumtarieven kunnen met ten hoogste 10% worden verhoogd indien dit schriftelijk is overeengekomen met de zorgverzekeraar.

¹⁷ Zie pagina 21 Handleiding registratie geriatrische revalidatie, toelichting op de grz-productstructuur en –spelregels voor de DBC-registratie 2015, 13 november 2014

¹⁸ Zie pagina 30 van het verantwoordingsdocument: Beoordeling en verantwoording DBC pakket 2016 (RZ16a) Ingangsdatum 1 januari 2016, juli 2015

¹⁹ De 2013/2014 tarieven zijn gebaseerd op een data set van een beperkt aantal 'voorloper' instellingen.

Consultatie en afstemming

Op 17 april 2015 heeft er een overleg plaatsgevonden met belanghebbende, DBC-Onderhoud en de NZa. De NZa heeft toen inzicht gegeven in het proces van de totstandkoming van RZ16a grz concept tarieven en de gebruikte kengetallen (zoals gemiddelde kostprijs per zorgactiviteit en landelijk gemiddelde profielen) voor de grz in de RZ16a.

In aanloop naar de vaststelling van het RZ16a pakket heeft belanghebbende (via de e-mail) nog een aantal vragen gesteld betreffende de totstandkoming van de tarieven. De vragen zijn wederom via de e-mail beantwoord. Deze vragen waren geen aanleiding om de tarieven op een andere wijze vast te stellen dan zoals in de concept uitlevering.

Op 30 juni 2015 heeft de NZa de bestreden tariefbeschikking vastgesteld.

Per fax van 11 augustus 2015 en per brief van 11 augustus 2015, ontvangen op 13 augustus 2015, heeft belanghebbende bezwaar gemaakt.

Op 22 september 2015 zijn de gronden van bezwaar aangevuld.

Op 5 oktober 2015 heeft de hoorzitting plaatsgevonden.

Naar aanleiding van de hoorzitting heeft de NZa op 16 oktober 2015 DIS-gegevens ontvangen van instellingen.

Ten aanzien van de gronden van bezwaar

A. Registratie ambulante behandeldagen

Belanghebbende stelt dat de tarieven onjuist zijn vastgesteld omdat de bij de berekening gebruikte DIS-gegevens uit 2014 een onvolledig beeld geven van de uitgevoerde ambulante zorg (zowel ambulante behandeldagen als ambulante ingezette behandelingen). De reden hiervan is dat deze producten pas sinds 1 januari 2014 bestaan en dat instellingen niet van begin af aan deze zorg volledig hebben geïmplementeerd.

De NZa heeft in bezwaar de gebruikte DIS-gegevens geanalyseerd. De nu gebruikte dataset bevat ruim drie maal zoveel trajecten in vergelijking met de DIS-dataset die gebruikt is bij de vaststelling van de 2014 tarieven. Daarnaast bevat de huidige DIS-dataset ook een groot aantal trajecten uit groep 2. Voorheen waren de tarieven voor deze groep gebaseerd op expertprofielen, dat wil zeggen niet gebaseerd op werkelijke data.

De NZa heeft gekeken naar het aantal instellingen die ambulante behandeldagen hebben geregistreerd en naar het aantal trajecten per instelling waar de ambulante behandeldagen in geregistreerd zijn.

Uit deze analyse blijkt dat het aantal trajecten waar ambulante behandeldagen in zitten zeer beperkt is. In slechts 2% van de trajecten komen ambulante behandeldagen voor. Uit de gebruikte DIS-data blijkt dat het grootste deel van de zorg in groep 2 in puur klinische vorm geleverd wordt. 98% van de trajecten bevat geen ambulante behandeldagen.

Verder is geanalyseerd hoe de profielen van die trajecten waar wel ambulante behandeldagen in voor komen zich verhouden tot de in 2013 vastgestelde expertprofielen. Uit deze analyse blijkt dat daar waar er wel ambulante behandeldagen worden geregistreerd, dit aantal ver achterblijft bij de expertprofielen die gebruikt zijn voor de tarieven 2014.

De NZa heeft eveneens naar aanleiding van het bezwaar de DIS-data van groep 3 geanalyseerd. Reden om ook groep 3 te analyseren is dat in de praktijk blijkt dat niet het registreren van de ambulante behandeldag er voor zorgt in welke groep men terecht komt (groep 2 of groep 3) maar puur het aantal geregistreerde verpleegdagen en behandelingen. Hoewel de namen van de groepen 2 en 3 anders doen vermoeden, kunnen in beide groepen dezelfde vormen van 'innovatieve' ambulante zorg geleverd worden. Technisch gezegd, de ambulante behandeldag is niet bepalend in de afleiding door de Grouper naar een bepaalde groep, ook al suggereert de naam van groep 2 (klinisch ambulante vervolgbehandeling) dit wel.

Uit bovenstaande analyse blijkt uit de DIS-data dat er ook in groep 3 sprake is van ambulante zorg, de DIS-dataset voor groep 3 producten bevat ook ambulante behandeldagen. De 'innovatieve' ambulante zorg wordt dus niet alleen geleverd, en dus ook niet alleen bekostigd, door middel van zorgproducten uit groep 2 maar ook door zorgproducten in groep 3.

Naar aanleiding van de hoorzitting heeft belanghebbende een lijst gestuurd met zogenaamde 'koploper' instellingen. Deze instellingen zouden, in vergelijking met de overige grz-aanbieders, verder moeten zijn in het aanbieden (en dus registreren) van de ambulante vorm van grz. Analyse van de DIS-data van deze 'koploper' laat een met de rest van de aanbieders vergelijkbaar beeld zien. Dat wil zeggen dat ook voor deze 'koplopers' het aantal geregistreerde ambulante behandeldagen zeer beperkt is en dat de hoeveelheid ambulante behandeldagen ver achter blijft bij de expertprofielen. Ook blijkt dat er in de groep 3 producten ambulante behandeldagen geregistreerd zijn.

De grond van bezwaar dat de NZa de tarieven niet had mogen baseren op deze DIS-data omdat de in 2014 doorgevoerde wijziging in de productstructuur onvoldoende in deze data tot uiting komt volgt de NZa niet. Op basis van bovenstaande analyses is de NZa van mening dat de gebruikte DIS-dataset voldoende representatief is voor de geleverde zorg en dat deze profielen in combinatie met de herijkte kostprijzen per zorgactiviteit tot goede 2016 tarieven hebben geleid.

B. Effecten

Belanghebbende geeft in het bezwaarschrift aan dat de zorgaanbieders die hebben ingezet op het innoveren van dagbehandeling onvoldoende financiële dekking voor deze zorg hebben.

Om een oordeel te kunnen geven over het effect van de tarieven, heeft de NZa de productiewaarden berekend van de producten in groepen 2 en 3 over 2015 en 2016. De productiewaarde is voor beide jaren berekend met een gelijk volume (aantallen), zodat de verschillen tussen de jaren alleen het gevolg zijn van een mutatie in de tarieven. De procentuele afwijking is in feite een gewogen gemiddelde tariefsmutatie. Met andere woorden, er is bij de berekening rekening gehouden met de omvang van groep 2 en 3. In onderstaande tabel is dit weergegeven.

[VERTROUWELIJK]

Uit deze tabel blijkt dat de productiewaarde in de subgroep klinisch ambulante daalt met [VERTROUWELIJK] en dat deze in de subgroep klinisch stijgt met [VERTROUWELIJK]. Doordat de omvang van groep 3 groter is dan groep 2 stijgt de productiewaarde met [VERTROUWELIJK].

Tevens heeft de NZa gekeken naar de effecten van de nieuwe tarieven op instellingsniveau. Uit deze analyse blijkt dat één instelling een productiewaardedaling heeft van [VERTROUWELIJK]. Dit wordt veroorzaakt doordat deze instelling een groot aandeel heeft in de klinisch ambulante vervolgbehandeling. Bij de overige instellingen varieert de productiewaarde van 2015 ten opzichte van 2016 van [VERTROUWELIJK] tot [VERTROUWELIJK].

Een dergelijk effect acht de NZa acceptabel.

Aangezien de 'innovatieve' ambulante zorg zowel in groep 2 als in groep 3 geleverd kan worden en de tarieven voor deze twee groepen gemiddeld genomen met [VERTROUWELIJK] stijgen is er naar het oordeel van de NZa, zonder nadere onderbouwing, geen bekostigingsknelpunt en vormt het bezwaar voor de NZa geen reden om de tarieven uit groep 2 aan te passen.

Tot slot kunnen zorginstellingen die deze ambulante vorm van zorg leveren, of willen beginnen met het behandelen van patiënten op deze wijze, in de onderhandeling met zorgverzekeraars gebruik (proberen te) maken van de max-max-tarieven.

CONCLUSIE

Gelet op het voorgaande heeft de NZa besloten om het bezwaar ongegrond te verklaren en om de bestreden tarieven niet aan te passen.

De op 18 november 2015 vastgestelde nieuwe Prestatie- en tariefbeschikking DOT 2016, maakt voor dit onderwerp, onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar.²⁰

²⁰ Prestatie- en tariefbeschikking Medisch specialistische zorg d.d. 18 november 2015 met kenmerk TB/CU-2066-01

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

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw
Voorzitter Raad van Bestuur