



Nederlandse
Zorgautoriteit

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

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 89 38
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van
20 juni 2012

Uw kenmerk
CZ-3120239

Behandeld door
EGEs/djon/TDZ

Telefoonnummer
030 296 8938

E-mailadres
vragencure@nza.nl

Kenmerk
11704

Onderwerp
Prestatiebesteding voor epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen

Datum
16 augustus 2012

Mevrouw de Minister,

Met de brief van 20 juni 2012 heeft u de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) verzocht een zienswijze uit te brengen over een verantwoorde overstap van de centra voor epilepsiezorg en longrevalidatie-instellingen naar prestatiebesteding per 2013. Ter voorbereiding op de eventuele overstap vraagt u advies over een aantal onderwerpen. Voor wat betreft de centra voor epilepsiezorg vraagt u ook de relevante uitkomsten van het experiment mee te nemen.

In uw brief vraagt u advies over de tariefsoort voor de betreffende zorgproducten per 2013. Daarnaast geeft u de NZa de opdracht een model op te stellen om de systeemrisico's van de overgang tijdelijk te dempen. Het transitiebedragmodel zoals beschreven in de brief 'Zorg die loont' dient hierbij als uitgangspunt genomen te worden, maar indien nodig zou een sectorspecifieke invulling kunnen worden gegeven. De NZa heeft haar advies opgesteld binnen de kaders van uw opdrachtbrief. Wel merkt de NZa op dat uit de evaluatie van het transitieproces bij de ziekenhuizen is gebleken dat dit model risico's op oneigenlijk gebruik in zich heeft en tot complexe uitvoeringsvraagstukken kan leiden, vanwege de contractvormen die marktpartijen in de praktijk blijken te hanteren.

Naast deze onderwerpen gaat de NZa in deze brief ook in op het onderwerp overgangsregeling kapitaallasten.

Procedure

Zoals in uw verzoek is opgenomen, heeft de NZa bij het opstellen van het advies de betreffende sectoren betrokken. De NZa heeft overleg gevoerd met vertegenwoordigers van de betrokken centra, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en ambtenaren van uw ministerie. In de overleggen zijn het transitieproces, het conceptadvies en de uitvoeringsaspecten toegelicht en besproken.

Het conceptadvies is eind juli voor een laatste commentaarronde aan de betrokken partijen voorgelegd. De NZa heeft haar advies op 14 augustus 2012 vastgesteld.

Kenmerk
11704

Pagina
2 van 12

Samenvatting advies

De NZa adviseert om voor zowel de epilepsiecentra als de longrevalidatie-instellingen een tweejarig transitie-model overeenkomstig dat van de ziekenhuizen te hanteren. De NZa adviseert om de epilepsiezorg per 2013 onder te brengen in het B-segment¹, en voor de longrevalidatiezorg (zorg voor complex chronisch longfalen) vooralsnog gereguleerde tarieven te blijven hanteren. Op termijn acht de NZa de overheveling naar het B-segment ook voor deze zorg mogelijk. Voor beide vormen van zorg is de productstructuur naar het oordeel van DBC-Onderhoud voldoende stabiel voor een overgang naar het B-segment. Voor complex chronisch longfalen is er echter nog sprake van onevenwichtigheden in de marktverhoudingen, aangezien de betreffende producten vooralsnog alleen door de gespecialiseerde instellingen gedeclareerd kunnen worden. Zodra de productstructuur toegankelijk wordt voor andere instellingen kan opnieuw gekeken worden of vrije prijzen wenselijk zijn.

Wat betreft de kapitaallasten adviseert de NZa aan te sluiten op de overgangsregeling die van toepassing is op de ziekenhuizen en de andere categorale instellingen.

Specifiek voor de epilepsiezorg kan in het kader van de evaluatie van het experiment worden geconcludeerd dat aan de belangrijkste doelstelling (het ontwikkelen van een geschikte productstructuur voor prestatiebekostiging) is voldaan.

De NZa is voornemens om in september 2012 de wijzigingen in de productstructuur voor 2013 (voor het totale DOT-pakket) te beoordelen; uiterlijk 1 oktober neemt de Raad van Bestuur van de NZa een besluit over de betreffende prestaties en tarieven. In verband hiermee, maar ook in verband met het contracteringsproces bij veldpartijen, wil de NZa de urgentie van tijdige besluitvorming bij u onder de aandacht brengen. Het is voor alle betrokken partijen van belang dat u zo spoedig mogelijk een besluit neemt over de invoering van prestatiebekostiging bij epilepsiecentra en longastmacentra, en over het tariefregime (gereguleerd of vrije segment), en een aanwijzing aan de NZa geeft. De NZa begrijpt dat de demissionaire status van de minister en de aanstaande verkiezingen mogelijk tot gevolg hebben dat de voorhangprocedure pas in een laat stadium kan worden afgerond. De NZa overlegt daarom graag met u in de komende periode over eventuele terugvalopties voor het geval de aanwijzing niet (tijdig) kan worden verstuurd. Met name voor de epilepsiecentra is dit van belang, aangezien het WMG-experiment voor de epilepsiecentra op 31 december 2012 wordt beëindigd en niet meer verlengd kan worden.

De NZa benadrukt dat alle betrokken partijen de overgang naar prestatiebekostiging wenselijk vinden, om een gelijk speelveld te bereiken met de sectoren die al zijn overgegaan.

¹ Uitgezonderd de epilepsiezorg voor kinderen, zie § 1.2.

Voor een goede werking van het systeem van prestatiebekostiging vindt de NZa het nodig dat ook de epilepsiecentra en longrevalidatie-instellingen zo snel mogelijk de stap naar prestatiebekostiging maken.

Kenmerk
11704

Pagina
3 van 12

Opbouw advies

Voor de beantwoording van de vraagstelling worden in het navolgende advies verschillende onderwerpen achtereenvolgens behandeld:

1. Centra voor epilepsie
 - Transitie-model
 - Tariefsoort
 - Kapitaallasten
 - Evaluatie experiment epilepsiecentra
2. Longrevalidatie-instellingen
 - Transitie-model
 - Tariefsoort
 - Kapitaallasten

1. Centra voor Epilepsie

Nederland kent twee gespecialiseerde instellingen voor epilepsiezorg². Het budget voor de Zvw-epilepsiezorg van de centra bedraagt gezamenlijk ruim €45 miljoen. Het budget van de epilepsiecentra is vanwege het experiment voor de Zvw-zorg een vast bedrag dat alleen muteert aan de hand van demogroei en indexering (loon- en prijsbijstelling); daarnaast kunnen de budgetcomponenten voor de lokale productie gebonden toeslag en nacalculerbare kapitaallasten muteren. Het experiment loopt 31 december 2012 ten einde.

1.1 Transitie-model

De NZa adviseert een tweejarig transitie-model voor de epilepsiecentra overeenkomstig het model voor de ziekenhuizen. Een sectorspecifieke invulling van dit model acht de NZa niet nodig met dien verstande dat het model één jaar later in werking treedt dan bij ziekenhuizen.

De NZa acht het niet verantwoord om de stap van experimentstatus met vaste budgetten naar prestatiebekostiging zonder een transitie-model te zetten.

De epilepsiecentra hebben drie risico's genoemd ten aanzien van de productstructuur, die naar het oordeel van de centra goed opgevangen kunnen worden met het transitie-model waarbij in het eerste jaar een omzetgarantie van 95% geldt. Ten eerste geldt voor deze centra dat zij in relatief korte tijd met drie verschillende productstructuren hebben moeten werken. De impact van de nieuwe productstructuur voor 2013 is nog onvoldoende in te schatten. Ten tweede geldt voor de epilepsiecentra dat de inzet van de medisch specialisten (deze zijn allemaal in loondienst) waarschijnlijk onvoldoende tot uiting komt in de vastgestelde honorariumtarieven. Ten derde geldt dat het onzeker is of de zorgzwaarte die bij deze centra hoger dan gemiddeld is voldoende is meegenomen in de productstructuur. De centra noemen hierbij met name de mismatch in één van de profielen voor het pre-operatief diagnostisch epilepsiechirurgie traject en de onmogelijkheid om zware comorbiditeit op patiëntniveau in de DBC-registratie vast te leggen.

² Stichting Epilepsie Instellingen Nederland en Kempenhaeghe.

De systeemrisico's kunnen worden opgevangen door eenmalig een transitiebedrag vast te stellen per epilepsiecentrum op basis van het verschil tussen de schaduwomzet en bijbehorende DOT-omzet. In 2013 wordt de nieuwe productstructuur geïmplementeerd waardoor systeemrisico's ontstaan. De epilepsiecentra zouden daarom in 2013 met hetzelfde percentage moeten starten als dat voor ziekenhuizen gold bij de introductie van prestatiebekostiging. Het transitiebedrag wordt in het eerste jaar van de transitie voor 95% verrekend en in het tweede jaar voor 70%.

Kenmerk
11704

Pagina
4 van 12

Jaar	Verrekenpercentage
2013	95%
2014	70%

Het schaduwbudget over 2013 wordt medio 2014 bepaald. Het schaduwbudget bestaat uit de volgende onderdelen:

- vaste lumpsum component;
- variabele deel voor innovatie, de lokale productiegebonden component;
- nacalculeerbare kapitaallasten (zie § 1.3).

Het budget 2012 vormt de basis voor het schaduwbudget. De mutatiesystematiek die de afgelopen jaren binnen het experiment is gehanteerd voor de budgetopbouw van de epilepsiecentra wordt in 2013 voortgezet: er wordt in 2013 op dezelfde wijze als in de periode van het experiment geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkelingen en voor volumegroei (berekend op basis van demografische ontwikkelingen). In overleg tussen centra en zorgverzekeraars kunnen wat betreft kapitaallasten en innovatie over 2013 voor het laatst afspraken worden gemaakt.

De omzet uit prestatiebekostiging (de DOT-omzet) 2013 bestaat uit de omzet van 2013 met de volgende onderdelen:

- Tariefopbrengst DBC die overlopen uit 2012, minus het onderhanden werk ultimo 2012 (tarief 2012);
- Tariefopbrengst DOT2013 voor producten geopend en gesloten in 2013 (prijs 2013);
- Onderhanden werk DOT ultimo 2013 voor producten geopend in 2013 en gesloten in 2014 (prijs 2013).

Zoals aangegeven voldoet naar het oordeel van de epilepsiecentra een tweejarig model zoals dat ook voor de ziekenhuizen wordt gehanteerd. Zorgverzekeraars Nederland heeft gepleit voor een langduriger transitietraject, omdat er nog enkele wijzigingen in de productstructuur in 2013 worden doorgevoerd. De epilepsiecentra hebben hierover opgemerkt dat in het eerste jaar het garantiepercentage van 95% een adequaat vangnet biedt voor de risico's in de productstructuur in 2013. De NZa adviseert om die reden om het 'standaard' tweejarige transitie-model te hanteren voor de epilepsiezorg.

De NZa verwijst tevens naar haar brief d.d. 25 juli 2012³ waarin zij advies uitbrengt naar aanleiding van de evaluatie van de transitiebekostiging bij ziekenhuizen. In die brief concludeert de NZa dat het transitieproces perverse prikkels kent en in combinatie met de contractvormen die marktpartijen hanteren tot complexe uitvoerings- en toerekeningsvraagstukken leidt. Om die reden adviseert de NZa in de brief de transitieperiode bij de ziekenhuizen niet te verlengen. Het ligt dan ook voor de hand om voor de epilepsiecentra geen langduriger transitietraject in te voeren dan het 'standaard' tweejarige model. Overigens acht de NZa de in die brief geschetste risico's van het transitieproces beperkter bij epilepsiecentra (en ook de longrevalidatie-instellingen), omdat bij deze categorale instellingen (1) er minder mogelijkheden zijn tot substitutie/kruissubsidie vanwege een minder divers productaanbod dan bij ziekenhuizen, (2) er geen sprake is van een samenloop met het beheersmodel medisch specialisten omdat alle specialisten in loondienst zijn en (3) er geen vrij B-segment buiten het transitieproces bestaat.

Kenmerk
11704

Pagina
5 van 12

1.2 Tariefsoort

De NZa adviseert om epilepsiezorg onder te brengen in het B-segment. De NZa hanteert voor de uitbreiding van het B-segment het uitgangspunt dat de continuïteit, toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg niet in het geding mogen komen. Om dit te borgen hanteert de NZa twee criteria die gelden voor invoering van vrije prijzen⁴. Deze zijn:

- De productstructuur is voldoende stabiel (met stabiliteit wordt bedoeld dat producten medisch herkenbaar en kosten- en werklathomogeen zijn). Hiermee wordt geborgd dat er een duidelijk herkenbaar product is waarover zorgaanbieder en zorginkoper onderling tot een prijs kunnen komen.
- Er zijn geen belangrijke machtsonenwichtigheden in de marktverhoudingen. Hiermee wordt geborgd dat een zorgaanbieder niet in een positie is om een onredelijk hoge prijs of een slechte prijs-kwaliteitverhouding te bedingen.

DBC-Onderhoud heeft aangegeven dat de productstructuur voldoende stabiel is. De NZa constateert daarnaast dat er geen belangrijke machtsonenwichtigheden zijn in de marktverhoudingen. In de looptijd van het experiment is een volledig nieuwe productstructuur ontwikkeld die geschikt is voor financiering en bekostiging. De epilepsiezorg is geïntegreerd in de neurologieboom binnen de DOT-productstructuur. Hierdoor kunnen ook andere aanbieders dan alleen de epilepsiecentra de betreffende producten onder een gelijk regime declareren. De epilepsiecentra kunnen evenzo onder gelijk regime de andere producten uit de neurologieboom afspreken en declareren. De neurologieboom (volwassenen) is in zijn geheel in het B-segment geplaatst. Om die reden adviseert de NZa dan ook om de epilepsiezorg voor volwassenen onder te brengen in het B-segment. (Uitzondering hierop vormt de epilepsiezorg voor kinderen, zie verderop in deze paragraaf.)

³ Brief NZa aan VWS d.d. 25 juli 2012: Evaluatie transitieproces medisch specialistische zorg

⁴ Brief NZa aan VWS d.d. 23 februari 2012: Voorlopige verkenning maximale uitbreiding B-segment

De epilepsie-instellingen verwachten in staat te zijn om hun meerwaarde als gespecialiseerde instellingen voldoende tot uitdrukking te laten komen in prijsafspraken met de zorgverzekeraars. Gereguleerde tarieven zouden hiervoor minder geschikt zijn omdat deze uitgaan van gemiddelde profielen. Vrije prijzen bieden de gespecialiseerde epilepsiecentra de mogelijkheid om te onderhandelen over prijs. Verschillen in invulling van een behandeling en kwaliteit kunnen meegenomen worden in de afspraken tussen centra en zorgverzekeraars.

Kenmerk
11704

Pagina
6 van 12

Zorgverzekeraars Nederland hebben aangegeven dat gereguleerde tarieven meer voor de hand liggen omdat de markt voor gespecialiseerde epilepsiezorg erg klein is en omdat de impact van de aanpassingen op de productstructuur nog onbekend is, maar zien ook het voordeel van vrije tarieven waarbij er maatwerkafspraken met de gespecialiseerde centra mogelijk worden. Ten aanzien van de beperkte markt voor gespecialiseerde epilepsiecentra merkt de NZa op dat met de integratie van de epilepsiezorgproducten in de neurologieboom alle belemmeringen voor toetreding op deze markt zijn weggenomen.

Voor wat betreft de epilepsiezorg bij kinderen merkt de NZa op dat de kinderneurologieboom vooralsnog in het gereguleerde segment blijft. Het valt buiten de scope van uw adviesaanvraag om te adviseren over overheveling van de totale kinderneurologie/kindergeneeskunde naar het B-segment. Gezien de voorkeur om epilepsiecentra en ziekenhuizen onder hetzelfde tariefregime te laten vallen, ligt het voor de hand dat de epilepsiezorg die onderdeel uitmaakt van de kinderneurologieboom ook binnen het gereguleerde segment blijft.

1.3 Kapitaallasten

Wat betreft de kapitaallasten adviseert de NZa aan te sluiten bij de bestaande overgangsregeling kapitaallasten zoals die voor ziekenhuizen en de overige categorale instellingen is vastgesteld. De epilepsiecentra kunnen in 2013 aansluiten bij de overgangsregeling voor kapitaallasten die onder de WZV of WTZi vallen.

De voor epilepsiecentra relevante overgangsregeling om bij aan te sluiten bestaat uit twee beleidsregels: De beleidsregels 'Garantieregeling kapitaallasten 2011-2016' en 'Compensatie IVA'.

1.3.1 Garantieregeling kapitaallasten 2013-2016

De garantieregeling kapitaallasten werkt als volgt. Voor de jaren 2013-2016 geldt een (aflopend) garantiepercentage van 85%-80%-75%-70%. Het in het budget 2012 voor kapitaallasten opgenomen bedrag wordt met dit percentage vermenigvuldigd. Vervolgens wordt gekeken welke DOT-omzet is gerealiseerd en hier wordt een normatief percentage van genomen van 8% (dit is de kapitaallastencomponent in de gereguleerde tarieven). Indien de kapitaallasten op deze manier onvoldoende gedekt worden, komt de instelling in aanmerking voor een suppletie tot het gegarandeerde bedrag.

Jaar	Garantiepercentage
2013	85%
2014	80%
2015	75%
2016	70%

Kenmerk
11704

Pagina
7 van 12

Voor epilepsiezorg die in het B-segment wordt ondergebracht (§ 1.2), is geen sprake van een vastgestelde kapitaallastenopslag in de tarieven, maar moet wel een normatief percentage voor de uitvoering van de garantieberekening worden vastgesteld. De NZa adviseert dat dit percentage wordt afgeleid van het percentage dat op dit moment in de tarieven van de DBC-zorgproducten is verwerkt (8,7%). Het normatieve percentage voor de uitvoering van de garantieregeling wordt daarmee berekend op $8,7\%/108,7\% = 8\%$. Dit is gelijk aan het percentage dat voor de ziekenhuizen wordt gebruikt voor de omzet uit het B-segment. Voor dekking van kapitaallasten zonder vergunning zijn de epilepsiecentra meteen vanaf de introductie van prestatiebekostiging in 2013 geheel afhankelijk van de opbrengsten uit de zorgproducten omdat deze, net als bij de ziekenhuizen en andere categorale instellingen, niet onder de garantieregeling vallen.

Het transitie-model dekt daarnaast in 2013 en 2014 een belangrijk deel van het risico rond kapitaallasten af. In 2013 zal geen beroep worden gedaan op de garantieregeling aangezien het verrekenpercentage binnen het transitie-model (waar de kapitaallasten onderdeel van uitmaken) voor 2013 95% bedraagt en het garantiepercentage op basis van de overgangsregeling kapitaallasten met 85% lager uitvalt.

De NZa ziet geen noodzaak om de looptijd van de regeling langer te laten duren dan bij de ziekenhuizen en andere categorale instellingen. Door latere introductie van prestatiebekostiging zijn de epilepsiecentra langer verzekerd geweest van een 100% vergoeding van de kapitaallasten. Dit is een voordeel ten opzichte van ziekenhuizen en andere categorale instellingen, waardoor een langere duur van de garantieregeling niet in de rede ligt.

De epilepsiecentra en Zorgverzekeraars Nederland hebben aangegeven zich te kunnen vinden in bovenstaand advies met betrekking tot de garantieregeling kapitaallasten.

1.3.2 Compensatie IVA

De (eventuele) kosten van immateriële vaste activa (IVA) in het gereguleerde segment worden op dit moment nog vergoed via het nacalculerbare deel van het budget. Op het moment dat prestatiebekostiging wordt ingevoerd, kunnen de centra deze kosten niet zondermeer zelf terugverdienen. Dit kan zorgen voor onzekerheid en problemen bij de financiering vanwege de systeemwisseling. Om dit probleem op te lossen kwamen ziekenhuizen en andere categorale instellingen met een zogenaamde IVA-post op hun balans onder voorwaarden in aanmerking voor een eenmalige vergoeding. De NZa is van mening dat deze mogelijkheid ook aan de epilepsiecentra moet worden geboden uit oogpunt van gelijke behandeling en consistent beleid.

Zowel de epilepsiecentra als Zorgverzekeraars Nederland kunnen zich hierin vinden.

1.4 Evaluatie experiment

De NZa is van mening dat de gestelde doelen van het experiment zijn behaald. Het belangrijkste doel was het ontwikkelen van een productstructuur die geschikt is om de overstap te maken naar prestatiebekostiging. Hiervoor is minimaal onderstaande nodig:

- vergelijkbare zorg is ondergebracht in hetzelfde zorgproduct ongeacht de plaats waar deze zorg wordt verleend.
- de gedefinieerde zorgproducten zijn medisch herkenbaar en geven voldoende houvast voor zorginkoop.

Kenmerk
11704

Pagina
8 van 12

De stuurgroep epilepsie, waarin de bij het experiment betrokken partijen deelnemen, heeft geconcludeerd dat de nieuwe productstructuur aan deze twee eisen in voldoende mate voldoet.

Rekening houdend met de adviezen uit § 1.1. t/m § 1.3 kan het experiment worden beëindigd en kan prestatiebekostiging per 2013 worden ingevoerd.

2. Longrevalidatie-instellingen

In Nederland bestaan er zes zelfstandige instellingen⁵ voor longrevalidatie. De omzet van deze centra is gezamenlijk ruim €95 miljoen.⁶

In 2012 is gestart met het gebruik van de DBC-zorgproducten voor complex chronisch longfalen ter declaratie van de geleverde zorg. Vooralsnog kunnen deze DBC-zorgproducten alleen gehanteerd worden door deze zes centra.

Een drietal centra levert een gemengd zorgaanbod. Naast longrevalidatie wordt bij twee centra medisch specialistische revalidatie aangeboden. Een derde instelling heeft een gemengd aanbod met 2^e lijns longgeneeskunde. Voor zowel revalidatie als longgeneeskunde is in 2012 de overgang naar prestatiebekostiging gestart. De longrevalidatiecentra hebben voor het gehele zorgaanbod echter één integraal budget. Omdat een splitsing in dit budget moeilijk te maken is, heeft de NZa in 2011 besloten om de centra voor longrevalidatie voor hun totale zorgaanbod in 2012 niet over te laten gaan naar prestatiebekostiging. Het gevolg hiervan is dat wanneer de longrevalidatie-instellingen voor de longrevalidatie over kunnen naar prestatiebekostiging dit voor hun gehele zorgaanbod zal gaan gelden.

2.1 Transitiemodel

De NZa adviseert een tweejarig transitiemodel voor de longrevalidatie-instellingen overeenkomstig het model voor de ziekenhuizen. Een sectorspecifieke invulling van dit model acht de NZa niet nodig met dien verstande dat het model één jaar later in werking treedt dan bij ziekenhuizen.

⁵ Centrum voor Revalidatie AZG, Universitair Longscentrum Dekkerswald, Astmacentrum Heideheuvel, CIRO, Revant Schoondonk, Astmacentrum Davos

⁶ Omzet op basis van de budget aanvaardbare kosten van 2011 (inclusief de omzet van Revant, die ook vaak tot de sector van zelfstandige revalidatie-instellingen wordt gerekend).

De longrevalidatie-instellingen hebben drie risico's genoemd voor de overgang naar prestatiebekostiging. Ten eerste geldt voor complex chronisch longfalen dat er nog geen enkel inzicht is op de impact van de nieuwe productstructuur. De centra zijn pas in 2012 overgegaan op DBC-financiering; de declaratiestroom is nog niet op gang gekomen. Tevens worden in het najaar nog een aantal wijzigingen in de productstructuur doorgevoerd, waarvan de impact onbekend is. Ten tweede zijn er risico's verbonden aan het type zorg dat de centra leveren. Zij vrezen voor onderhandelingsmacht bij de zorgverzekeraars aangezien het zorg betreft die eenvoudig enkele maanden uitgesteld kan worden. Er is geen sprake van aandoeningen waaraan een patiënt acuut geholpen dient te worden. Zorgverzekeraars zouden volgens de centra dus kunnen dreigen met (tijdelijk) verminderde toestroom van patiënten. Het laatste risico dat de centra noemen is dat er vrijwel geen substitutie mogelijk is omdat een eenzijdig zorgaanbod wordt geleverd. Ziekenhuizen hebben daarentegen naar het oordeel van de longrevalidatiecentra wel het voordeel van substitutie.

Kenmerk
11704

Pagina
9 van 12

De NZa erkent dat het gebrek aan inzicht in de impact van de nieuwe productstructuur een belangrijk risico is. De NZa is echter van mening dat dit risico voldoende opgevangen kan worden door een tweejarig transitie­model waarbij in het eerste jaar een omzetgarantie van 95% geldt. Het tweede argument dat de longrevalidatie-instellingen noemen betreft de onderhandelingsmacht van de zorgverzekeraars. De NZa merkt hierbij op dat dit feitelijk de 'reguliere omzetrisico's' zijn waar het transitie­model niet voor bedoeld is. Dat is bedoeld voor 'systeemrisico's'. Bovendien hebben verzekeraars een zorgplicht jegens hun verzekerden en zijn er slechts een beperkt aantal centra waar de zorgverzekeraars voor deze zorg terecht kunnen. Het laatst genoemde argument, het gebrek aan substitutie, geldt ook voor andere categorale instellingen. Bij de andere sectoren is dit voor de NZa geen reden geweest voor een afwijking van het model zoals dat voor de ziekenhuizen geldt.

Zoals hierboven vermeld adviseert de NZa het tweejarig transitie­model zoals dat bij de ziekenhuizen ook is gehanteerd. In dit model wordt eenmalig een transitie­bedrag vastgesteld per longrevalidatie-instelling op basis van het verschil tussen het schaduw­budget en de omzet bij prestatiebekostiging (DOT-omzet). De longrevalidatie-instellingen starten daarbij in 2013 met hetzelfde percentage als voor ziekenhuizen gold bij de introductie van prestatiebekostiging. Het transitie­bedrag wordt in het eerste jaar van de transitie voor 95% verre­kend en in het tweede jaar voor 70%.

Jaar	Verrekenpercentage
2013	95%
2014	70%

Het schaduw­budget over 2013 wordt medio 2014 bepaald. Het schaduw­budget bestaat uit het budget conform de oude FB-systematiek, op basis van de productie 2013.

De omzet uit prestatiebekostiging (de DOT-omzet) 2013 bestaat uit de omzet van 2013 met de volgende onderdelen:

- Tariefopbrengst DBC die overlopen uit 2012, minus het onderhanden werk ultimo 2012 (tarief 2012);
- Tariefopbrengst DOT2013 voor producten geopend en gesloten in 2013 (tarief 2013);
- Onderhanden werk DOT ultimo 2013 voor producten geopend in 2013 en gesloten in 2014 (tarief 2013).

Kenmerk

11704

Pagina

10 van 12

De longrevalidatie-instellingen hebben aangegeven positief te staan tegenover een overgang naar prestatiebekostiging wanneer na een jaar een evaluatiemoment ingesteld wordt. De impact van wijzigingen in de productstructuur en tariefopbouw kan onderzocht worden om vervolgens te bepalen of het tweede transitiejaar de risico's voldoende ondervangt. De NZa wil u deze mogelijkheid in overweging meegeven. Aan de longrevalidatie-instellingen is gevraagd om specifieke criteria voor deze evaluatie aan de NZa voor te leggen. Deze zijn echter nog niet ontvangen.

ZN geeft aan een voorkeur te hebben voor een driejarig transitie-model. Verzekeraars hebben op dit moment geen inzicht in de nieuwe productstructuur. Daarnaast ontbreekt inzicht in de aansluiting tussen de bekostiging en de financiering. De NZa wil hierbij opmerken dat een driejarig model een ongunstig effect kan hebben op andere sectoren. Er zijn drie instellingen met een budget dat bestaat uit een gemengd zorgaanbod. Bij twee instellingen betreft dit medisch specialistische revalidatie en bij één instelling 2^e lijns longgeneeskunde. Een driejarig transitie-model voor deze instellingen betekent dat een jaar langer een ongelijk speelveld zal zijn met revalidatiecentra en ziekenhuizen voor wat betreft deze twee vormen van zorg. De NZa vindt dit een onwenselijke situatie.

Bovendien volgt, zoals eerder ook bij de epilepsiecentra vermeld, uit de evaluatie van de transitiebekostiging bij de ziekenhuizen dat een langdurig transitietraject niet wenselijk is, vanwege perverse prikkels en complexiteit in de uitvoering.

2.2 Tariefsoort

In § 1.2 heeft de NZa de criteria vermeld die zij hanteert voor de uitbreiding van het B-segment.

In 2012 zijn de instellingen voor longrevalidatie gestart met de declaratie van de DBC-zorgproducten voor complex chronisch longfalen. In het najaar van 2012 worden nog een aantal wijzigingen doorgevoerd in de productstructuur voor 2013. De productstructuur kan voornamelijk alleen gedeclareerd worden door deze instellingen en is niet toegankelijk voor andere instellingen voor medisch specialistische zorg (dit hangt samen met de modulaire opbouw van de productstructuur en de relatief dure producten). Het gebruik van de productstructuur is daarmee beperkt. Aan het tweede criterium (geen machtsonveiwichtigheden in de marktverhoudingen) wordt dus (nog) niet voldaan.

De NZa adviseert om voor complex chronisch longfalen gereguleerde tarieven te handhaven voor 2013. Omdat het zorgaanbod wordt bepaald door een zeer beperkt aantal instellingen, acht de NZa de overgang naar vrije prijzen niet wenselijk. Zodra de productstructuur toegankelijk wordt voor andere instellingen kan opnieuw gekeken worden of vrije prijzen wenselijk zijn. Zowel de longrevalidatie-instellingen als ZN zijn het erover eens dat de longrevalidatiezorg op termijn naar het vrije B-segment zou moeten worden overgeheveld, omdat het electieve zorg betreft. Voor de korte termijn wordt door alle partijen gepleit voor gereguleerde tarieven, omdat er nog zeer weinig ervaring met de nieuwe producten bestaat en omdat er geen zicht is op de impact van de nieuwe productstructuur.

Kenmerk

11704

Pagina

11 van 12

Zowel de longrevalidatie-instellingen als ZN zetten een kanttekening bij de nu berekende tarieven. De zorgprofielen onder de productstructuur voor 2013 zijn voornamelijk gebaseerd op basis van 2011-data. De nu berekende tarieven zijn gebaseerd op kostprijzen 2010. Gewenst is dat de kostprijzen en de zorgprofielen gebaseerd worden op hetzelfde basisjaar zodat kosten en inzet op een juiste wijze gecombineerd worden. Daarbij komt volgens de longrevalidatie-instellingen dat in 2010 sprake was van een startende registratie in de instellingen, waardoor de 2010-data minder bruikbaar zijn dan de 2011-data. De centra stellen zich op het standpunt dat bij de overgang naar prestatiebekostiging per 2013 de tarieven gebaseerd zouden moeten worden op kostprijzen van 2011. Het is echter gezien de planning niet meer mogelijk om de kostprijzen van 2011 in de tarieven op te nemen die in september ter besluitvorming voor liggen bij de NZa. DBC-Onderhoud heeft aangegeven graag samen met de aanbieders en de NZa te willen onderzoeken of het haalbaar is om in de RZ13b (het updatepakket DOT 2013, uitleverdatum medio november 2012, ingangsdatum 1 januari 2013), een herberekening van de tarieven complex chronisch longfalen op basis van 2011 kostprijzen, op te nemen.

2.3 Kapitaallasten

Wat betreft de kapitaallasten adviseert de NZa aan te sluiten bij de bestaande overgangsregeling kapitaallasten zoals die voor ziekenhuizen en de overige categorale instellingen is vastgesteld. De longrevalidatie-instellingen kunnen in 2013 aansluiten bij de overgangsregeling voor kapitaallasten die onder de WZV of WTZI vallen.

Net als voor de epilepsiecentra geldt ook voor longrevalidatie-instellingen dat de relevante overgangsregeling om bij aan te sluiten bestaat uit de beleidsregels 'Garantieregeling kapitaallasten 2011-2016' en 'Compensatie IVA'. De toelichting die de NZa in § 1.3.1 en § 1.3.2 heeft gegeven bij de epilepsiecentra is ook van toepassing op de longrevalidatiecentra.

Bij de longrevalidatie-instellingen adviseert de NZa gereguleerde tarieven voor complex chronisch longfalen (zie § 2.2); voor deze zorg geldt de kapitaallastcomponent in de gereguleerde tarieven van 8% als normatief percentage van de omzet ter dekking van de kapitaallasten. Voor de zorg die in het B-segment is ondergebracht (bij een gemengd zorgaanbod is dat de 2^e lijns longgeneeskunde) adviseert de NZa eveneens het percentage van 8% (vergelijkbaar met het percentage voor de epilepsiezorg in het vrije segment, zie § 1.3.1).

Kenmerk

11704

Pagina

12 van 12

Zowel de longrevalidatie-instellingen als Zorgverzekeraars Nederland hebben aangegeven zich te kunnen vinden in bovenstaand advies met betrekking tot de garantieregeling kapitaallasten.

W met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

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