

Transitie geriatrische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw

BR/CU-2074

Inhoud

1. Inleidende bepalingen	3
2. Invoering transitie­model	5
Transitiemodel	5
3. Opbouw omzet in oude parameters	9
4. Slotbepalingen	17
Inwerkingtreding en citeerregel	17

In deze beleidsregel zijn cursief weergegeven toelichtingen opgenomen.

1. Inleidende bepalingen

1. Ingevolge artikel 57, eerste lid, onderdelen b, d en e van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om:
 - tarieven vast te stellen,
 - een grens vast te stellen op grond van artikel 50 lid 2 Wmg en
 - vereffeningbedragen vast te stellen als bedoeld in artikel 56b Wmg.
2. Ingevolge artikel 52 aanhef en onder e en f Wmg, worden tarieven en grensbedragen die uit deze beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.
3. Ingevolge artikel 59, onderdeel c Wmg heeft de Minister van VWS met brief van 26 juni 2012, kenmerk MC-U-3119631, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.
4. Deze beleidsregel is van toepassing op geriatrische revalidatie(zorg) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), geleverd door bestaande zorgaanbieders als bedoeld in artikel 7.1 van deze beleidsregel.
5. Doel van de beleidsregel

Deze beleidsregel beschrijft het beleid dat de NZa hanteert bij de transitie van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) van de AWBZ naar de Zvw.
6. Prijspeil

Bedragen in deze beleidsregel zijn gebaseerd op de definitieve indexen 2012 en de voorschotpercentages 2013 en, waar van toepassing, de inhaalindexen en rentevergoeding 2012.
7. Begripsbepalingen
 - 7.1 Bestaande zorgaanbieder

Zorgaanbieder die geriatrische revalidatiezorg biedt, die daartoe voor 1 januari 2012 productieafspraken heeft gemaakt met een zorgkantoor en die deze zorg ook na 1 januari 2013 levert.
 - 7.2 DBC- zorgproduct

Een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) is een prestatie die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Vanaf 1 januari 2013 worden zorgprestaties voor de geriatrische revalidatiezorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten.
 - 7.3 Geriatrische revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg als omschreven bij of krachtens de Zvw.

7.4 Nieuwe zorgaanbieder

Zorgaanbieder die in 2012 geen geriatrische revalidatiezorg bood en daartoe vóór 1 januari 2012 geen productieafspraken heeft gemaakt. Deze zorgaanbieders leveren geriatrische revalidatiezorg vanaf 1 januari 2013.

7.5 Onderhanden werk

Het voortschrijdend totaal van de waarde van geleverde zorg met betrekking tot DBC-zorgproducten vanaf de startdatum daarvan tot de einddatum ervan. Zodra een DBC is afgesloten maakt deze geen deel meer uit van het onderhanden werk.

7.6 Oude parameters

De prestaties met betrekking tot geriatrische revalidatie die in de AWBZ gedeclareerd konden worden vóór 1 januari 2013.

7.7 Regeling

De regeling Informatieverstrekking geriatrische revalidatiezorg.

7.8 Specialist ouderengeneeskunde

De arts die als specialist ouderengeneeskunde is geregistreerd door de Huisarts en Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratiecommissie.

7.9 Transitieperiode

Het jaar 2013.

7.10 Verrekenbedrag

De omzet in oude parameters minus de omzet uit DBC-zorgproducten, zoals bedoeld in artikel 10 van deze beleidsregel.

2. Invoering transitie­model

Per 1 januari 2013 wordt de GRZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Daarbij zal voor bestaande zorgaanbieders (die deze zorg voor 1 januari 2013 al leverden) in 2013 een transitie­model van toepassing zijn dat de met de overgang samenhangende risico's zoveel mogelijk verkleint. Dit hoofdstuk beschrijft de werking van het transitie­model. Nieuwe zorgaanbieders vallen buiten de reikwijdte van deze beleidsregel. Voor hen geldt al in 2013 prestatiebekostiging, zonder transitie­model. Gelijktijdig met de overheveling vindt de invoering van DBC-zorgproducten voor de GRZ plaats. Zorgaanbieders zullen in 2013 registreren en declareren in termen van DBC-zorgproducten. De bekostiging in dat jaar vindt echter plaats op basis van oude parameters (zoals die in 2013 zouden luiden). Hoe de bekostiging van 'bestaande zorgaanbieders' in 2014 zal luiden, wordt op een later moment door de minister besloten.

Transitie­model

Het transitie­model voor bestaande zorgaanbieders houdt in dat voor hen in 2013 de bekostiging nog zal plaatsvinden op basis van de oude parameters. Deze paragraaf beschrijft op welke wijze de vergelijking tussen de in 2013 te behalen omzet in termen van DBC-zorgproducten en diezelfde omzet in termen van oude parameters wordt uitgevoerd.

De bestaande zorgaanbieder maakt gedurende de transitiefase afspraken met zorgverzekeraars over zowel de levering van DBC-zorgproducten als 'het tarief' (de parameterwaarde) van de oude parameters.

Als productie in DBC-zorgproducten per jaar geldt het totaalbedrag van de gedurende het kalenderjaar afgesloten en gedeclareerde of nog te declareren DBC-zorgproducten, vermeerderd met (de mutatie in) het onderhanden werk per 31 december van het jaar t. Het verschil tussen de aldus berekende omzet en de productie uitgedrukt in oude parameters noemen we het verrekenbedrag. Het verrekenbedrag wordt na afloop van 2013 door de NZa vastgesteld.

Is de omzet uit DBC-zorgproducten hoger dan de productie uitgedrukt in oude parameters, dan betaalt de zorgaanbieder dit verschil (het verrekenbedrag) terug aan de zorgverzekeraars. Is de omzet in DBC-zorgproducten lager, dan brengt de zorgaanbieder bij de verschillende zorgverzekeraars hun (op grond van het marktaandeel bepaalde) aandeel in het verrekenbedrag in rekening.

De navolgende artikelen beschrijven stapsgewijs de opbouw van het bedrag dat elke zorgaanbieder gedurende de transitieperiode in rekening mag brengen voor het totaal aan zorgprestaties dat onder het transitie­model valt. In wettelijke termen is dit "een vaste grens voor de som van de tarieven".

8. Het totaal van de in rekening te brengen tarieven
- 8.1 De NZa bepaalt voor bestaande zorgaanbieders over 2013 ambtshalve een vast bedrag voor alle tarieven voor geriatrische revalidatie­zorg die met betrekking tot dat jaar in rekening (hadden kunnen) worden gebracht. Dit vaste bedrag is gelijk aan de omzet uit DBC-zorgproducten vermeerderd met het verrekenbedrag. Het

verrekenbedrag kan een positief of negatief bedrag (of nul) zijn.

De eerste stap in het berekenen van het totaaltarief voor de zorgprestaties onder het transitie­model is de berekening van de 'omzet uit DBC-zorg­producten'. Deze wordt beschreven in het volgende artikel. De omzet uit DBC-zorg­producten (inclusief het onderhanden werk, ontstaan in 2013) wordt vastgesteld aan de hand van de opgave die de zorgaanbieder moet doen op grond van de regeling Informatieverstrekking geriatrische revalidatie­zorg.

9. Omzet uit DBC-zorg­producten

De omzet uit DBC-zorg­producten over 2013 is gelijk aan het totaal van de gefactureerde DBC-zorg­producten, de afgesloten maar nog te factureren DBC-zorg­producten en de mutatie in het onderhanden werk per 31 december 2013. In de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg wordt vermeld welke DBC-zorg­producten gelden voor de GRZ.

De omzet uit DBC-zorg­producten wordt vergeleken met de waarde van de zorg­productie die aan die omzet ten grondslag ligt, maar dan uitgedrukt in 'oude parameters'. Dat bedrag noemen we 'omzet in oude parameters'. De uitkomst van de vergelijking is het verrekenbedrag.

Verrekenbedrag = omzet in oude parameters – omzet uit DBC-zorg­producten

9.1 Omzet in oude parameters

De NZa leidt de omzet in oude parameters af uit de (mede door (de) zorgverzekeraar(s) getekende) opgave van de zorgaanbieder op grond van de regeling.

De oude parameters en de voorwaarden waaronder zij geregistreerd mogen worden staan vermeld in hoofdstuk 3 van deze beleidsregel.

9.2 In aanvulling op de in hoofdstuk 3 vermelde parameters wordt, indien er geen sprake is van bevoorschotting door de zorgverzekeraar op basis van die parameters, de omzet uit oude parameters verhoogd met een rentevergoeding over het verrekenbedrag.

9.2.1 De rentevergoeding bedoeld in het vorige artikellid wordt als volgt berekend.

Over het jaar waarop het verrekenbedrag betrekking heeft (jaar t) is de periode waarover de rente wordt vergoed 6/12e. Voor jaar t+1 telt elke maand of verstreken periode van een maand voor 1/12e mee tot ten hoogste 8 maanden of zoveel (maanden) eerder als de maand waarin de NZa het verrekenbedrag bekend maakt.

9.2.2 De rentevergoeding wordt naar rato van de omzet per verzekeraar berekend.

9.2.3 Over het verrekenbedrag wordt rente vergoed na aftrek van een drempel. Deze drempel bedraagt 5% van de omzet uit DBC-zorg­producten over jaar t; inclusief het verrekenbedrag en de onderhandenwerkposities per balansdata.

10. Het verrekenbedrag

- 10.1 De NZa stelt voor elke zorgaanbieder ambtshalve een verrekenbedrag vast. Het verrekenbedrag is gelijk aan de omzet in oude parameters minus de omzet uit DBC-zorgproducten. Het verrekenbedrag kan positief, negatief of nul zijn.

De verrekenbedragen worden verrekend tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars aan de hand van het marktaandeel van elke zorgverzekeraar.

- 10.2 Een positief verrekenbedrag kan door de zorgaanbieder in rekening worden gebracht aan zorgverzekeraars. Een negatief verrekenbedrag kan door een zorgverzekeraar in rekening worden gebracht bij de zorgaanbieder.

- 10.2.1 De NZa stelt per zorgaanbieder voor elke zorgverzekeraar het aandeel in het positieve of negatieve transitiebedrag vast. Een aandeel in een positief verrekenbedrag kan voor een individuele zorgverzekeraar negatief zijn, en omgekeerd. Is sprake van een alsnog aan de zorgaanbieder uit te keren bedrag dan stelt de NZa voor de zorgaanbieder ten opzichte van de desbetreffende verzekeraar ambtshalve een tarief vast als bedoeld in artikel 50 Wmg. Is sprake van een door de zorgaanbieder terug te betalen bedrag, dan stelt de NZa voor de desbetreffende zorgverzekeraar ambtshalve een tarief vast als bedoeld in artikel 56b Wmg.

- 10.2.2 De NZa berekent de marktaandelen van zorgverzekeraars aan de hand van de door instellingen opgegeven omzet uit DBC-zorgproducten.

11. Procedure voor vaststelling van de transitiebekostiging 2013

- 11.1 De NZa legt de verplichting tot het verstrekken van informatie die noodzakelijk is voor de uitvoering van deze beleidsregel vast in een regeling. Opgaven die op andere wijze dan genoemd in de regeling worden gedaan zullen op grond van artikel 4.4 en 4.5 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) buiten behandeling worden gesteld op de wijze als beschreven in dit artikel.

- 11.2 Indien de genoemde opgave van omzet in oude parameters¹ in afwijking van het in de regeling bepaalde niet zowel door zorgaanbieder als zorgverzekeraar(s) wordt ingediend hanteert de NZa de in dit artikel beschreven procedure.

11.2.1 Eenzijdige opgave door zorgaanbieder

Alvorens over te gaan tot de bepaling van het verrekenbedrag zal de NZa in geval van eenzijdige indiening de zorgverzekeraar(s) verzoeken om alsnog binnen vier weken tot overeenstemming te komen en eventueel bereikte overeenstemming door middel van een tweezijdige aanvraag te bevestigen.

¹ De opgave van omzet uit DBC-zorgproducten (daaronder begrepen de nog te factureren omzet en het onderhanden werk) leidt de NZa af uit de eenzijdige (door een accountant gecontroleerde) opgave van de zorgaanbieder.

11.2.2 Niet overeenstemmende opgaven van zorgaanbieder en zorgverzekeraars

Indien de door verzekeraars en zorgaanbieder ingediende opgaven niet overeenstemmen zal de NZa per parameter de laagst ingediende aanvraag verwerken tenzij dat tot een onredelijke uitkomst zou leiden.

11.2.3 Geen opgave

In die gevallen waarbij geen gebruik is gemaakt van een daartoe aangewezen formulier of noodzakelijke informatie voor de vaststelling om andere reden onvolledig is of ontbreekt, zal de NZa gebruik maken van de bevoegdheid uit artikel 69 Wmg om op basis van eigen informatie over te gaan tot vaststelling van het verrekenbedrag. Bij het ontbreken van gegevens, wordt de omzet uit oude parameters vastgesteld op 80% van de bij de definitieve nacalculatie vastgestelde productie in het jaar 2012 met dien verstande dat het verrekenbedrag nooit positief kan zijn.

11.3 De NZa zal echter niet tot de maatregelen genoemd in artikel 11.2.2 en 11.2.3 overgaan zonder vooraf de betreffende zorgaanbieder en zorgverzekeraar(s) schriftelijk in de gelegenheid te hebben gesteld de noodzakelijke formulieren of gegevens alsnog te overhandigen of toe te lichten.

12. Overheveling kapitaallasten

Bestaande zorgaanbieders declareren in het transitiejaar 2013 DBC-integrale tarieven inclusief de volledige normatieve huisvestingscomponent aan de zorgverzekeraar. Op grond van de beleidsregel "Invoering normatieve huisvestingscomponent (NHC) bestaande zorgaanbieders" heeft de zorgaanbieder, die al voor 2013 onder de AWBZ GRZ-zorg leverde, echter recht op een gedeeltelijk normatieve en voor het overige na te calculeren kapitaallastenvergoeding die wordt afgeleid uit de omzet in oude parameters. Het verschil tussen de (volledige) NHC-opbrengsten (begrepen in die omzet op basis van oude parameters) en de kapitaallastenvergoeding waar bestaande zorgaanbieders op grond van de overgangsregeling recht op hebben, wordt eerst voorcalculatorisch, en vervolgens bij de afhandeling van de nacalculatie definitief, berekend en in mindering gebracht op het AWBZ-budget. De kapitaallasten voor nieuwe zorgaanbieders zijn volledig op basis van een normatieve component in de tarieven van de DBC-zorgproducten verwerkt.

3. Opbouw omzet in oude parameters

De omzet in oude parameters wordt na afloop van het jaar vastgesteld aan de hand van door de zorgaanbieder geregistreerde of afgeleide oude parameters en de daarvoor overeengekomen vergoeding.

Dit hoofdstuk van de beleidsregel beschrijft de oude parameters en per parameter de voorwaarden waaronder deze geregistreerd mag worden.

De parameters zijn vastgesteld zoals zij voor GRZ in de AWBZ golden. Hoewel mutatiedagen en vervoer niet behoren tot de aanspraak onder de Zvw, blijven zij gedurende de transitieperiode nog wel onderdeel uitmaken van de transitiebekostiging. Het uit de AWBZ over te hevelen bedrag houdt hiermee rekening.

Achtereenvolgens komen de volgende parameters aan bod:

- *Oude parameters (artikel 14):*
 - *ZZP 9A-VV geriatrische revalidatiezorg*
 - *Toeslag Cerebrovasculair Accident (CVA)*
 - *Transitietarief CVA*
 - *Transitietarief (heup)fractuur*
 - *Transitietarief electieve orthopedie*
 - *Transitietarief amputatie*
 - *Transitietarief overig*
 - *Toeslag invasieve beademing*
 - *Toeslag non-invasieve beademing*
 - *Mutatiedag V&V*
 - *Vervoer V&V extramuraal*
 - *Dagactiviteit ouderen speciaal revalidatie*
 - *Inventaris*
 - *Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen*
- *Indexering (artikel 15)*
- *Beleidsregelwaarden oude parameters (artikel 16)*

13. De in artikel 16 vermelde beleidsregelwaarden zijn bandbreedte-tarieven met uitzondering van "Dagactiviteit ouderen speciaal en Vervoer V&V extramuraal", waarvoor de beleidsregelwaarde een maximumbedrag is. De bandbreedte is 94 – 100%. De vermelde kapitaallastcomponent is niet onderhandelbaar. Over inventaris kunnen geen afspraken worden gemaakt. Deze worden op grond van de NHC-beleidsregel doorbelast vanuit de AWBZ op basis van de productieafspraken 2013.

14. Prestatiebeschrijvingen oude parameters

14.1 ZZP 9A-VV geriatrische revalidatiezorg

<p>Bij deze cliëntgroep heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake zal zijn geweest van een opname. In aansluiting op deze interventie is behoefte aan revaliderende behandeling zoals die door (of onder regie van) specialisten ouderengeneeskunde wordt uitgevoerd en die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist in een tijdelijke verblijfsetting (meestal 2-6 maanden) met een therapeutisch leefklimaat. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond.</p>

Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en kan er sprake zijn van een verminderde leer- en trainbaarheid.

De begeleiding bij *sociale redzaamheid* is primair gericht op het weer oppakken van allerlei zaken. De cliënten hebben ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hulp, toezicht en sturing nodig, met name als gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie.

Ten aanzien van de *ADL* is in het begin veelal sprake van overname van zorg. In de loop van de tijd neemt deze zorgbehoefte meestal af. Bij de overgang naar huis/beschut wonen met oproepbare wacht is advisering en instructie nodig.

Ten aanzien van de *mobilititeit* hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek grotendeels.

In het kader van herstel is *verpleegkundige aandacht* nodig, die gedurende de herstelperiode zal afnemen.

Bij deze cliënten is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek* of *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is ontwikkelingsgericht. De behandeldoelen zijn erop gericht, dat de cliënt op verantwoorde wijze zelfstandig kan wonen (thuis of in het verzorgingshuis).

Het *beperkingenbeeld* in het kader van de revalidatie vermindert snel. De cliënten hebben een tijdelijke behoefte aan (extra) behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* is voortdurend in de nabijheid te leveren. Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.

De *dominante grondslag* is een somatische of soms psychogeriatrische ziekte/aandoening.

Verblijfskenmerken:

Setting: beschermd verblijf.

Nachtdienst: wakende wacht.

Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.

Voorwaarden voor registratie:

- Deze parameter mag worden geregistreerd als een DBC geopend mag worden.
- Het aantal keren dat deze parameter wordt geregistreerd mag niet groter zijn dan het aantal voor de DBC-systematiek in aanmerking te nemen ligdagen (daaronder begrepen afwezigheidsdagen), tenzij er sprake is van een cliënt die op 1 januari 2013 in zorg is genomen. Volgens de regeling medisch specialistische zorg wordt de DBC in deze gevallen per 2 januari geopend. In dat geval mag er een extra dag geregistreerd worden.

14.2 Toeslag Cerebrovasculair Accident (CVA)

<p>Doel: Het doel is om de beperkingen van de cliënt te verminderen door middel van intensieve behandeling gedurende de eerste weken nadat het CVA zich heeft voorgedaan. Dit betreft een op herstel gerichte behandeling.</p>
<p>Doelgroep: door triage geïndiceerd voor grz met diagnose cva</p>
<p>Voorwaarden voor registratie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De parameter mag geregistreerd worden op het moment dat een DBC (productcode 998418005, -09, -15, -17, -22, -20, -39, -27, -34) geopend mag worden. • Er dient sprake te zijn van CVA als hoofddiagnose. • De parameter kan niet langer dan gedurende de eerste 8 weken van de revalidatiezorg worden geregistreerd. • Het aantal keren dat deze parameter wordt geregistreerd mag niet groter zijn dan het aantal geregistreerde VV9 dagen.

14.3 Transitietoeslagen

Transitietarief Geriatrische Revalidatiezorg: CVA

<p>Doel: Het doel is om de beperkingen van de cliënt te verminderen door middel van intensieve behandeling gedurende de eerste weken waardoor terugkeer naar huis na acht weken mogelijk is. Dit betreft een op herstel gerichte behandeling.</p>
<p>Doelgroep: door triage geïndiceerd voor grz met diagnose cva</p>
<p>Voorwaarden voor registratie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De parameter mag geregistreerd worden op het moment dat een DBC (productcode 998418005, -09, -15, -17, -22, -20, -29, -27, -34) geopend mag worden. • Er dient sprake te zijn van CVA als hoofddiagnose • De parameter kan niet langer dan acht aaneengesloten weken worden geregistreerd. • De parameter kan alleen worden geregistreerd als er gemiddeld 4,8 uur meer behandeling per week wordt gegeven dan het gemiddelde aantal uren behandeling zoals opgenomen in de prestatiebeschrijving van ZZP 9a-VV inclusief de CVA-toeslag. • Het aantal keren dat deze parameter wordt geregistreerd mag niet groter zijn dan het aantal geregistreerde VV9 dagen. • De parameter mag alleen geregistreerd worden indien hierover een afspraak bestaat met de zorgverzekeraar. • De zorgorganisatie kan zich verantwoorden over de geleverde behandeling (extra inzet behandelaars in FTE).

Transitietarief Geriatrische Revalidatiezorg: (Heup)fractuur

<p>Doel: Het doel is om de beperkingen van de cliënt te verminderen door middel van intensieve behandeling gedurende de eerste weken waardoor terugkeer naar huis na acht weken mogelijk is. Dit betreft een op herstel gerichte behandeling.</p>
<p>Doelgroep: door triage geïndiceerd voor grz met diagnose (heup)fractuur</p>
<p>Voorwaarden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De parameter mag geregistreerd worden op het moment dat een DBC (productcode 998418008, -14, -16, -18, -26, -24, -32, -30, -36)

geopend mag worden.

- Er dient sprake te zijn van (heup)fractuur als hoofddiagnose
- De parameter kan niet langer dan zeven aaneengesloten weken worden geregistreerd.
- De parameter kan alleen worden geregistreerd als er gemiddeld 2,1 uur meer behandeling per week wordt gegeven dan het gemiddelde aantal uren behandeling zoals opgenomen in de prestatiebeschrijving van VV-9a.
- Het aantal keren dat deze parameter wordt geregistreerd mag niet groter zijn dan het aantal geregistreerde VV9 dagen.
- De parameter mag alleen geregistreerd worden indien hierover een afspraak bestaat met de zorgverzekeraar.
- De zorgorganisatie kan zich verantwoorden over de geleverde behandeling (extra inzet behandelaars in FTE).

Transitietarief Geriatrische Revalidatiezorg: Electieve orthopedie

Doel:

Het doel is om de beperkingen van de cliënt te verminderen door middel van intensieve behandeling gedurende de eerste weken waardoor terugkeer naar huis na drie weken mogelijk is. Dit betreft een op herstel gerichte behandeling.

Doelgroep:

door triage geïndiceerd voor grz met diagnose electieve orthopedie.

Voorwaarden voor registratie:

- De parameter mag geregistreerd worden op het moment dat een DBC (productcode 998418008, -14, -16, -18, -26, -24, -32, -30, -36) geopend mag worden.
- Er dient sprake te zijn van electieve orthopedie als hoofddiagnose
- De parameter kan niet langer dan drie aaneengesloten weken worden geregistreerd.
- De parameter kan alleen worden geregistreerd als er gemiddeld 2,4 uur meer behandeling per week wordt gegeven dan het gemiddelde aantal uren behandeling zoals opgenomen in de prestatiebeschrijving van VV-9a.
- Het aantal keren dat deze parameter wordt geregistreerd mag niet groter zijn dan het aantal geregistreerde VV9 dagen.
- De parameter mag alleen geregistreerd worden indien hierover een afspraak bestaat met de zorgverzekeraar.
- De zorgorganisatie kan zich verantwoorden over de geleverde behandeling (extra inzet behandelaars in FTE).

Transitietarief Somatische Revalidatiezorg: Amputatie

Doel:

Het doel is om de beperkingen van de cliënt te verminderen door middel van intensieve behandeling gedurende de eerste weken waardoor terugkeer naar huis na tien weken mogelijk is. Dit betreft een op herstel gerichte behandeling.

Doelgroep:

door triage geïndiceerd voor grz met diagnose amputatie.

Voorwaarden voor registratie:

- De parameter mag geregistreerd worden op het moment dat een DBC (productcode 998418008, -14, -16, -18, -26, -24, -32, -30, -36) geopend kan worden.
- Er dient sprake te zijn van amputatie als hoofddiagnose
- De parameter kan niet langer dan tien aaneengesloten weken worden geregistreerd.

- De parameter kan alleen worden toegekend als er gemiddeld 2,4 uur meer behandeling per week wordt gegeven dan het gemiddelde aantal uren behandeling zoals opgenomen in de prestatiebeschrijving van VV-9a.
- De parameter mag alleen geregistreerd worden indien hierover een afspraak bestaat met de zorgverzekeraar.
- De zorgorganisatie kan zich verantwoorden over de geleverde behandeling (extra inzet behandelaars in FTE).

Transitietarief Geriatrische Revalidatiezorg: Overigen

Doel:

Het doel is om de beperkingen van de cliënt te verminderen door middel van intensieve behandeling gedurende de eerste weken waardoor terugkeer naar huis na zeven weken mogelijk is. Dit betreft een op herstel gerichte behandeling.

Doelgroep:

door triage geïndiceerd voor grz met overige diagnose zoals vermeld in diagnosetyperingslijst.

Voorwaarden voor registratie :

- De parameter mag geregistreerd worden op het moment dat een DBC (productcode 998418008, -14, -16, -18, -26, -24, -32, -30, -36) geopend mag worden.
- De parameter kan niet langer dan gedurende zeven aaneengesloten weken worden geregistreerd.
- De parameter kan alleen worden geregistreerd als er gemiddeld 2,1 uur meer behandeling per week wordt gegeven dan het gemiddelde aantal uren behandeling zoals opgenomen in de prestatiebeschrijving van VV-9a.
- Het aantal keren dat deze parameter wordt geregistreerd mag niet groter zijn dan het aantal geregistreerde VV9 dagen.
- De parameter mag alleen geregistreerd worden indien hierover een afspraak bestaat met de zorgverzekeraar.
- De zorgorganisatie kan zich verantwoorden over de geleverde behandeling (extra inzet behandelaars in FTE).

14.4 Mutatiedag V&V

Doel:

Doel is om de bekostiging te regelen indien een plaats voor verblijf leeg is achtergelaten ten gevolge van overlijden of verhuizen van een bewoner.

Voorwaarden voor registratie:

- Betreft een kalenderdag waarop de plaats voor verblijf leeg is achtergelaten ten gevolge van overlijden of verhuizing van een bewoner.
- Bij overlijden of verhuizing van een bewoner kan alleen het werkelijke aantal dagen leegstand in aanmerking worden genomen met een maximum van 13 mutatiedagen.
- Bij overlijden of verhuizing van een bewoner van een tweepersoonskamer wordt voor iedere kalenderdag dat de overblijvende bewoner de kamer alleen heeft bewoond voor de achtergelaten plaats een mutatiedag in aanmerking genomen. Vanaf het moment dat bij de zorgaanbieder een éénpersoonskamer beschikbaar is, wordt in de voornoemde situatie het werkelijke aantal mutatiedagen in aanmerking genomen, tot maximaal 13 dagen na het beschikbaar komen van de éénpersoonskamer. Het maximum van 13 dagen geldt ook indien de overgebleven bewoner niet verhuisd naar de éénpersoonskamer

14.5 Vervoer dagbesteding V&V

<p>Doel: Doel is om de bekostiging van vervoer te regelen voor die cliënten die daarop onder de AWBZ aanspraak zouden hebben gehad.</p>
<p>Voorwaarden voor registratie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het onderdeel vervoer heeft uitsluitend betrekking op medisch noodzakelijk vervoer • Extramurale cliënten die in dagbehandeling of poliklinisch geriatrische revalidatiezorg ontvangen • Voor deze cliënten kan per dag waarop behandeling en vervoer naar de betreffende locatie plaatsvinden een vergoeding voor vervoer worden afgesproken. • Deze vergoeding per dag is voor het vervoer van en naar de locatie waar de dagbesteding wordt aangeboden.

14.6 Dagactiviteit ouderen speciaal revalidatie

<p>Dag-activiteit ouderen speciaal revalidatie</p> <p>Dagactiviteit revalidatie (H801)</p>	<p>Dagbehandeling in groepsverband van kortdurende aard, gericht op revalidatie na medisch specialistische diagnostiek/interventie, meestal in combinatie met een opname. Voorts gaat er vaak een periode van kortdurende opname (verblijf) voor revalidatie in een revalidatiesetting, meestal in een verpleeghuis, aan vooraf.</p> <p>Het doel van de kortdurende dagbehandeling is gericht op het bereiken van optimaal herstel van functies en/of het verminderen van beperkingen, zodat de cliënt in de toekomst op verantwoorde wijze zelfstandig kan blijven wonen (in de thuissituatie of het verzorgingshuis). De concrete en haalbare behandeldoelen zijn vastgelegd in een behandelplan. De behandeling wordt geleverd door een multidisciplinair team onder verantwoordelijkheid van een specialist ouderengeneeskunde. Behandeling wordt tijdens het dagprogramma in samenhang geleverd met gerichte begeleiding en enige persoonlijke verzorging. De behandeling beslaat een aantal dagdelen per week en wordt na een vooraf vastgestelde periode afgesloten. De behandeling vindt plaats in een op revalidatie ingerichte omgeving met bijbehorende hulpmiddelen.</p> <p>Het aanbod van dagbehandeling is gericht op:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bevorderen van herstel van functioneren door multidisciplinaire behandeling (vermindering van aandoening, stoornis, beperking); – zo nodig ondersteuning door begeleiding en enige persoonlijke verzorging; – leren omgaan met eventueel blijvende fysieke en/of cognitieve beperkingen; <p>Groepsgrootte: groter of gelijk aan 6</p>
<p>Voorwaarden voor registratie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deze parameter mag geregistreerd worden als er een DBC geopend mag worden; • Deze parameter mag geregistreerd worden als er sprake is van behandeling, waarbij geen ligdagen worden geregistreerd. 	

14.7 Dure geneesmiddelen en materiaalkosten

Extreme kosten van zorggebonden materiaal en geneesmiddelen als bedoel in de beleidsregel 'Extreme kosten zorggebonden materiaal en geneesmiddelen'² die niet reeds vanuit een instelling voor medisch specialistische zorg zijn bekostigd op basis van de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg kunnen door de zorgaanbieder voor GRZ-cliënten worden geregistreerd onder de voorwaarden die in die beleidsregel zijn beschreven.

14.8 Inventaris

Op grond van de Beleidsregel Invoering normatieve huisvestingscomponent(NHC) worden de kosten van inventaris toegerekend aan de AWBZ en de Zvw. Dit gebeurt volgens de procentuele verhouding van de financiële waarde van de intramurale productieafspraken van jaar t-1 vermenigvuldigd met de bijbehorende vastgestelde NHC van jaar t-1.

15. Indexering

De NZa zal de parameterwaarden tijdens de transitiefase ambtshalve op de volgende wijze indexeren.

De tarieven worden jaarlijks trendmatig aangepast op basis van een gecombineerde index van loon- en materiele kosten en op basis van de index voor kapitaallasten. Voor de extramurale zorg wordt een gecombineerde index gehanteerd die bestaat uit 90% loonkosten en 10% materiaalkosten, voor de intramurale zorg bestaat de index uit 75% loon- en 25% materiele kosten. Voor vervoer wordt uitsluitend gebruik gemaakt van de materiële index.

Loonkosten

De loonkosten in jaar t worden aangepast op basis van de door de Minister van VWS aangegeven overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) van jaar t en bestaat uit een eindcalculatie voor jaar t en uit een structurele doorwerking van de uit de OVA van jaar t blijvende afwijking van de eindcalculatie van jaar t-1. Zolang de eindcalculatie voor jaar t nog niet bekend is, wordt de door de Minister van VWS vastgestelde voorcalculatie toegepast.

Materiële kosten

De aanpassing van de materiële kosten in jaar t wordt gebaseerd op gegevens uit de tabel 'middelen en bestedingen' van het Centraal Economisch Plan (CEP) van jaar t en bestaat uit een eindcalculatie voor jaar t en uit een structurele doorwerking van de uit het CEP van jaar t blijvende afwijking van de eindcalculatie van jaar t-1. Zolang de eindcalculatie voor jaar t nog niet bekend is, wordt de door de Minister van VWS vastgestelde voorcalculatie toegepast.

Kapitaallasten

De normatieve huisvestingscomponent (NHC) wordt jaarlijks met 2,5% geïndexeerd. De kapitaallasten die toegerekend zijn aan de dagactiviteit worden aangepast met de TNO-Gezondheidszorgindex van jaar t en bestaat uit een eindcalculatie voor jaar t en uit een

² CA-300-484.

structurele doorwerking van de uit de TNO-Gezondheidszorgindex van jaar t blijvende afwijking van de eindcalculatie van jaar t-1. Zolang de eindcalculatie voor jaar t nog niet bekend is, wordt de door de Minister van VWS vastgestelde voorcalculatie van de materiele kosten toegepast.

Inhaalbedrag en renteopslag

In de tarieven wordt het verschil tussen de toegepaste voorcalculatie en de eindcalculatie verwerkt door middel van een inhaalbedrag. Over het inhaalbedrag wordt een renteopslag berekend voor de voorfinanciering van het verschil tussen de toegepaste voorcalculatie en de eindcalculatie .

16. Parameterwaarden oude parameters

Prestatie	Prestatiecode	Totaalwaarde Per dag
ZZP 9aVV (toegelaten voor behandeling)	Z096	€ 218,03
NHC	Z096	€ 35,75
Toeslag Cerebro Vasculair Accident (CVA)	Z910	€ 28,30
Toeslag Transitie CVA	Z970	€ 69,52
Toeslag Transitie (heup)fractuur	Z971	€ 31,38
Toeslag Transitie electieve orthopedie	Z972	€ 34,88
Toeslag Transitie amputatie	Z973	€ 34,88
Toeslag Transitie overig	Z974	€ 31,38
Toeslag Invasieve beademing	Z918	€ 200,29
Toeslag Non-invasieve beademing	Z921	€ 37,60
Mutatiedag (toegelaten voor behandeling)	Z917	€70,26
Vervoer dagbesteding V&V	H803	€6,74
		Totaalwaarde Per dagdeel
Dagactiviteit basis	H801	€ 64,64
Dagactiviteit module	H801	€29,65

4. Slotbepalingen

Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2013. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2013.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: "Beleidsregel Transitie geriatrische revalidatie van AWBZ naar Zvw".