

Uitvoeringstoets

Overheveling somatische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw

Eerste deel

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. De markt voor revalidatiezorg	11
1.1 Wat is revalidatiezorg?	11
1.2 Wat is het huidige aanbod aan revalidatiezorg?	14
1.3 Verschillen tussen revalidatiezorg in een revalidatiecentrum en een verpleeghuis	15
2. De uit de AWBZ over te hevelen zorg	21
3. Vertrekpunten bij inpassing in de Zvw	27
4. Scenario's en keuzes overheveling	33
4.1 Over te hevelen zorg	33
4.2 Over te hevelen bedrag	35
4.3 Bekostiging	36
4.4 Keuzes NZa	37
Bijlage 1. Brief 'Overheveling reactiveringszorg'	41
Bijlage 2. 'Brief Overheveling zorg AWBZ naar Zvw'	45
Bijlage 3. Financiering en bekostiging van revalidatiezorg in verpleeg- en verzorgingshuizen	51
Bijlage 4. Financiering en bekostiging van revalidatiezorg in revalidatiecentra	57
Bijlage 5. Dure geneesmiddelen	59

Vooraf

In de brief 'Zeker van zorg, nu en straks' van 13 juni 2008 heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aantal maatregelen aangekondigd om de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) toekomstbestendig te maken en op die manier te behouden voor mensen die langdurig op zorg zijn aangewezen. Eén van de voornemens van de staatssecretaris heeft betrekking op de overheveling van de somatische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.

Dit voornemen sluit aan bij het advies dat de Sociaal-Economische Raad (SER) eerder over de toekomst van de AWBZ heeft uitgebracht. Volgens dat advies moet de uitvoering van de AWBZ de komende jaren fors worden verbeterd om de kwaliteit van de zorg te verhogen, de kosten beheersbaar te maken en het financiële draagvlak te garanderen. In zijn advies constateert de SER onder andere 'dat een deel van de huidige AWBZ-zorg een tijdelijk karakter heeft en in feite onderdeel uitmaakt van de op herstel gerichte revalidatiezorg of de eerstelijns verpleegkundige zorg (thuiszorg). Voorbeelden hiervan zijn de thuiszorg of een kort verblijf in een verpleeghuis na een heupoperatie of na een beroerte. Deze kortdurende zorg zou naar het oordeel van de SER naar de Zorgverzekeringswet moeten worden overgeheveld. (...) Voor de cliënt heeft overheveling van deze zorg naar de Zorgverzekeringswet als voordeel dat de zorgketen één geheel gaat vormen. (...) Regie en risico dienen in één hand te zijn. Door de verschillende systemen bij elkaar te brengen, is veel winst te boeken in de sfeer van kwaliteit, samenhang en doelmatigheid.'

Op 9 januari 2009 heeft de staatssecretaris van VWS de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om uiterlijk half juni 2009 een uitvoeringstoets uit te brengen over de manier waarop de somatische revalidatiezorg kan worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet en over het transitiepad daarnaar toe (zie bijlage 1). In het verzoek van de staatssecretaris zijn acht vragen opgenomen, waarbij zij de NZa heeft gevraagd de eerste twee al in maart 2009 te beantwoorden.

Op 10 februari 2009 hebben de minister en de staatssecretaris van VWS een brief aan de Tweede Kamer gestuurd over de voortgang van de overheveling van onderdelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (zie bijlage 2). In deze brief gaan zij in op zowel inhoudelijke als technische aspecten van de overheveling van – vooral – de somatische revalidatiezorg vanuit de AWBZ. Daarbij gaat het onder andere om het doel van die overheveling, om wat er precies wordt overgeheveld, om hoe het zit met de financiering en de bekostiging en om de communicatie met het veld.

Dit eerste gedeelte van de uitvoeringstoets gaat vooral in op de eerste twee vragen van de staatssecretaris. Deze vragen zijn:

- Wat zijn mogelijke scenario's voor bekostiging en financiering tijdens de overgangsfase, daarbij uitgaande van een zo gering mogelijk uitvoeringsrisico voor de zorginstellingen?
- Wat zijn met het oog op een zorgvuldige invoering per 2010 de risico's van de uitgewerkte scenario's voor de overheveling en welke maatregelen zijn mogelijk om die risico's te beperken?

Tegen deze achtergrond is dit eerste gedeelte van de uitvoeringstoets Overheveling Somatische Revalidatiezorg van AWBZ naar Zorgverzekeringswet tot stand gekomen. In juni 2009 zal de NZa de volledige uitvoeringstoets uitbrengen, waarin zij aandacht besteedt aan de verdere invulling en opzet van de overheveling van de somatische revalidatie.

Met oog op de zorgvuldigheid begint de NZa dit eerste gedeelte van de uitvoeringstoets met een beschrijving van het type zorg waar het om gaat en hoe op dit moment de bekostiging en financiering van die zorg plaatsvindt. Vervolgens staat zij stil bij de uit de AWBZ over te hevelen zorg en schetst hoe die zorg op langere termijn beter georganiseerd kan zijn. Daarna gaat de NZa in op de vraag welke stappen daarbij mogelijk zijn en wat daarvan de voor- en nadelen zijn. Tegen die achtergrond beantwoordt de NZa dan de eerste twee vragen van de staatssecretaris.

Belang van de patiënt/consument

Bij de beantwoording van de vragen houdt de NZa steeds het belang van de patiënt/consument voor ogen. Overheveling van de somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet moet leiden tot meer continuïteit in zorg. Het moet voor de patiënten meer samenhang en daarmee meer klantgerichtheid mogelijk maken. Het uiteindelijke perspectief is dat een intensievere revalidatie (waar dat nodig en mogelijk is) en adequate zorg in de thuissituatie een kortere opnameduur mogelijk maken.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur

mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Ontwikkeling/
voorzitter a.i.

Managementsamenvatting

Op 9 januari 2009 heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa gevraagd om een uitvoeringstoets uit te brengen over de manier waarop de somatische revalidatiezorg van de AWBZ kan worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en over het transitiepad daarnaar toe. De uiterlijke opleverdatum voor deze uitvoeringstoets had de staatssecretaris gesteld op half juni 2009. In het haar verzoek heeft de staatssecretaris acht vragen opgenomen, waarbij zij de NZa heeft gevraagd de eerste twee vragen al in maart 2009 te beantwoorden. Dit tussenadvies gaat dan ook vooral in op die eerste twee vragen. Deze vragen zijn:

- Wat zijn mogelijke scenario's voor bekostiging en financiering tijdens de overgangsfase, daarbij uitgaande van een zo gering mogelijk uitvoeringsrisico voor de zorginstellingen?
- Wat zijn met het oog op een zorgvuldige invoering per 2010 de risico's van de uitgewerkte scenario's voor de overheveling en welke maatregelen zijn mogelijk om die risico's te beperken?

Bij de beantwoording van deze vragen houdt de NZa steeds het belang van de patiënt/consument voor ogen. Overheveling van de somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet moet leiden tot meer continuïteit in zorg. Het moet voor de patiënten meer samenhang en meer klantgerichtheid mogelijk maken. Het uiteindelijke perspectief is dat een intensievere revalidatie (waar dat nodig en mogelijk is) en adequate zorg in de thuissituatie een kortere opnameduur mogelijk maken.

Het tussenadvies van de NZa heeft betrekking op:

- de over te hevelen zorg;
- het over te hevelen bedrag;
- de bekostiging;
- de mogelijke scenario's in de tijd.

Over te hevelen zorg

De vraag welke zorg moet worden overgeheveld, staat of valt met een goede definitie van de inhoud van de over te hevelen zorg. Deze definitie vormt het vertrekpunt van de vervolgacties om tot een zorgvuldige overheveling te komen. Bij de over te hevelen zorg heeft het ministerie van VWS aangegeven de overheveling te willen beperken tot de somatische revalidatiezorg zorgzwaartepakket (ZZP) verpleging en verzorging (V&V) 9 en de daarmee op herstel gerichte dagbehandeling die daarmee samenhangt en die verpleeghuizen (al dan niet in combinatie met verblijf) ná een ziekenhuisopname leveren. Het sluitstuk van de zorgketen, te weten de op herstel gerichte zorg die thuis plaatsvindt en meer gericht is op zelfredzaamheid thuis, laat het ministerie van VWS daarbij dus (voorlopig) buiten beschouwing. De voornaamste overweging daarbij is dat het op dit moment niet goed mogelijk is om uit de verschillende AWBZ-functies zoals 'begeleiding', 'persoonlijke verzorging' en 'verpleging' de revalidatiecomponent te destilleren.

De NZa komt in dit tussenadvies tot de conclusie dat zij niet verwacht dat het voorlopig buiten beschouwing laten van de op herstel gerichte zorg thuis tot doelmatigheidsproblemen leidt. Deze zorg kan dus voorlopig buiten de overheveling worden gehouden.

Wel vraagt de NZa zich af of alle zorg in het kader van ZZZ-9 V&V en de op herstel gerichte dagbehandeling die daarmee samenhangt zich (op korte termijn) voor overheveling leent. Het gaat dan om somatische revalidatiezorg voor twee groepen patiënten. De ene groep bestaat uit bijzonder kwetsbare ouderen¹ van wie na ziekenhuisopname de prognose nog erg onduidelijk is. De andere groep patiënten bestaat uit kwetsbare ouderen met co-morbiditeit voor wie niet zozeer een gericht revalidatieproces van start gaat, maar binnen een multidisciplinair zorgproces wordt bepaald wat in eerstvolgende weken of maanden aan zorg mogelijk is (medische begeleiding, verpleging, (poly)farmaceutische zorg, zo mogelijk ook therapie en in ieder geval vormen van dagactiviteit). Het gaat hierbij ook om zorg die niet volledig op revalidatie is terug te voeren is. De NZa adviseert om deze 'groep overige' die onder ZZZ-9 V&V valt, voorlopig buiten de overheveling vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet te laten. Zodra over deze groep en de mogelijke begrenzingen ervan meer duidelijkheid bestaat, kan eventuele overheveling opnieuw aan de orde komen.

Over te hevelen bedrag

Op basis van het landelijke onderzoek naar prestaties, prijzen en volumes voor somatische revalidatie van ETC-Tangram en het UMC Leiden is al een eerste (grobe) inschatting te maken van het over te hevelen bedrag dat met ZZZ-9 V&V gemoeid is. ETC-Tangram doet op dit moment aanvullend onderzoek naar de over te hevelen dagbehandeling. Het is echter niet mogelijk om de overheveling van (een gedeelte van) ZZZ-9 V&V uitsluitend te baseren op de uitkomsten van het onderzoek van ETC-Tangram en het UMC Leiden, aangezien het gaat om data uit 2007 en er sprake is van verschillen met andere databronnen. Om die reden stelt de NZa voor om het uit te nemen bedrag te baseren op de nacalculatiecijfers over 2010, die in juli 2011 beschikbaar komen. Op basis daarvan is overheveling in 2013 mogelijk². Op voorwaarde dat er op 1 mei 2009 overeenstemming en duidelijkheid bestaat over de definities voor 2010, biedt dit de mogelijkheid om voor 2010 binnen ZZZ-9 V&V en binnen de prestatie 'dagbehandeling' onderscheid te maken tussen zorg die wél en zorg die níét wordt overgeheveld. Wanneer over deze definities pas na 1 mei 2009 overeenstemming is, schuift de overheveling (ten minste) een jaar op. Voorwaarde om binnen ZZZ-9 V&V eventueel onderscheid te maken tussen wel en niet over te hevelen zorg, is dat het CIZ hiermee ook in zijn indicatiestelling rekening houdt. Het is de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS om een nadere inhoudelijke omschrijving van ZZZ-9 V&V vast te stellen die dit alles mogelijk maakt.

Bekostiging en scenario in de tijd

Uitgaande van een zo spoedig mogelijke, maar zorgvuldige overheveling van ZZZ-9 V&V is de NZa van mening dat een bekostiging op basis van individuele prestaties in losse trajecten op korte termijn de beste weg is. De NZa verwacht dat DBC-Onderhoud in staat is om zo'n bekostiging met ingang van 2012 mogelijk te maken. DBC-Onderhoud werkt op dit moment, na overleg met de NZa en het ministerie van VWS, aan een

¹ Dit is de doelgroep waar het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) op dit moment programma's/projecten op laat ontwerpen en uitvoeren.

² Desgewenst kan nog worden gezien of overheveling eventueel mogelijk is op basis van de productiecijfers van november 2010. Onderzoek is nodig om vast te stellen of de te verwachten afwijking klein genoeg is ten opzichte van de nacalculatie. Als dat zo is, is overheveling per 2012 mogelijk. Overheveling per 2012 moet de NZa verwerken in de beleidsregels 2012 die op 1 juli 2011 gereed moeten zijn. Om dit te kunnen realiseren moet de NZa de aanwijzing van het ministerie van VWS en de benodigde cijfers voor de onderbouwing van het over te hevelen bedrag in mei 2011 in haar bezit hebben.

zorgvuldig onderbouwd voorstel voor het nadere plan van aanpak van de overheveling van de somatische revalidatiezorg naar de DBC-systematiek. Volgens hun planning zal dit voorstel in juli 2009 gereed zijn.

Overheveling ZZZ-9 V&V per 2010 of 2011 is niet wenselijk en verantwoord, omdat er dan onvoldoende gelegenheid is om andere, meer gedifferentieerde prestaties te formuleren. Bovendien is er onvoldoende tijd om instellingen erop voor te bereiden dat zij verleende zorg per patiënt/consument moeten declareren. De NZa tekent daarbij aan dat pas per 1 juli 2009 alle AWBZ-instellingen verplicht zijn op die manier te declareren (gerealiseerde verpleegdagen vermeerderd met de indicatie die van toepassing is). De NZa houdt er rekening mee dat een handhavingsactie noodzakelijk zal zijn om dit te realiseren. Het lijkt dan ook verstandig om voor een volgende stap voldoende tijd te nemen.

Voor de 'groep overige' uit ZZZ-9 V&V (waarbij de NZa tot de conclusie komt dat het beter is om die voorlopig niet over te hevelen) kan afzonderlijk met partijen worden bezien hoe het mogelijk is om hier meer inzicht in te krijgen en hoe de risico's die de NZa in dit tussenrapport signaleert kunnen worden verminderd. Bij de NZa is bekend dat het CVZ in haar pakketadvies 2009 mogelijk met nadere voorstellen komt over de afbakening van ZZZ-9 V&V c.q. de 'groep overige'. Het ligt voor de hand dat het ministerie van VWS – wanneer het de conclusies van de NZa deelt – voor deze groep een stimuleringstraject start om zorgpaden of zorgprogramma's te ontwikkelen. Dit kan eventueel gelijk opgaan met de introductie van een nieuwe afbakening op basis van het pakketadvies van het CVZ. Na zo'n stimuleringstraject kan worden bezien of het wenselijk of zelfs noodzakelijk is om die zorgpaden/programma's te testen door middel van experimenten, of dat het mogelijk is om binnen de huidige kaders voldoende aan randvoorwaarden voor overheveling te werken. Daarbij moet worden meegewogen dat experimenten voor de deelnemende instanties naar verhouding zware lasten opleveren. Wanneer mogelijk, is het beter om gebruik te maken van 'koploperinstellingen' die vrijwillig willen meewerken binnen de huidige kaders. Dit levert verhoudingsgewijs minder lasten op, werkt vaak sneller en geeft meer draagvlak.

Wanneer vóór 1 mei 2009 het pakketadvies 2009 van het CVZ voldoende rijp is om een vertaling te krijgen in beleidsregels, dan kan dit een rol spelen in de aanloop naar overheveling van de 'groep overige' uit ZZZ-9 V&V per 2013 (dan wel per 2012 als overheveling mogelijk blijkt op basis van productiecijfers). Is dit niet het geval, dan zijn er twee opties:

- Eerst ZZZ-9 V&V minus de 'groep overige' overhevelen en een jaar later volgt mogelijk de 'groep overige' alsnog.
- De overheveling een jaar uitstellen tot 2014 (dan wel tot 2013 wanneer overheveling mogelijk blijkt op basis van productiecijfers) en daarna in één keer ZZZ-9 V&V volgens de nieuwe afbakening overhevelen.

Het lijkt in het tweede geval verstandig om in 2009 bij de vaststelling van de beleidsregels voor 2010 rekening te houden met de eerste variant. Mocht er vóór 1 mei 2010 geen overeenstemming/duidelijkheid over de tweede optie komen, dan is het in elk geval mogelijk om de eerste optie uit te voeren.

1. De markt voor revalidatiezorg

Alvorens in te gaan op het voornemen om somatische revalidatiezorg³ in de verpleeghuizen over te hevelen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, is het goed om eerst wat breder te kijken om welke zorg het bij revalidatie gaat en op welke manier die op dit moment is georganiseerd. Dit hoofdstuk beschrijft dan ook de markt voor revalidatiezorg. Paragraaf 1.1 omschrijft wat revalidatiezorg is. Paragraaf 1.2 schetst het huidige aanbod op de markt voor revalidatiezorg, vanuit revalidatiecentra, verpleeghuizen en (voor zover bekend) vanuit de eerste lijn. Paragraaf 1.3 ten slotte gaat in op de verschillen tussen revalidatiezorg in een revalidatiecentrum en somatische revalidatie in een verpleeghuis.

1.1 Wat is revalidatiezorg?

Voor een definitie van revalidatiezorg kan worden aangehaakt bij de tekst van de voormalige Ziekenfondswet, waarin revalidatiezorg als afzonderlijke aanspraak was omschreven: *Artikel 23. Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard omvat onderzoek, behandeling en advisering, te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.*

Wanneer het niet te verwachten is dat een patiënt op korte termijn volledig herstelt, probeert de behandelend arts te helpen om blijvende beperkingen te voorkomen. Als ook dat niet mogelijk is, werkt de arts samen met de patiënt om diens beperking zo goed mogelijk in te passen in zijn leven, in zijn omgeving en in de maatschappij.

De definitie van revalidatiezorg die hierboven beschreven is, geeft slechts voor een deel weer wat men in de praktijk tot revalidatie rekent. Een algemenere omschrijving luidt als volgt: *Revalidatiegeneeskunde richt zich op het voorkomen, terugbrengen en genezen van (te verwachten) gevolgen voor mensen met blijvend lichamelijk letsel, cognitieve aandoening en/of een functionele beperking⁴.*

Onderzoek door bureau ETC-Tangram en het Universitair Medisch Centrum (UMC) Leiden, dat zij in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) hebben uitgevoerd, leverde een definitie op die volgens de NZa op dit moment het beste aansluit bij de praktijk: *Revalidatie is integrale zorg van geneeskundige, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard door een multidisciplinair team verbonden aan een zorginstelling gericht op het opheffen of verminderen van stoornissen, beperkingen en/of het bevorderen van participatie met als uiteindelijke doel beter te kunnen functioneren in een al dan niet aangepaste eigen woonomgeving.*

De NZa heeft vernomen dat het CVZ in zijn pakketadvies 2009 mogelijk met nog een nadere definitie komt. Bij afsluiting van deze tussentijdse

³ De NZa volgt bij deze benaming het pakketadvies van het CVZ. Onderzoek van ETC-Tangram/UMC Leiden uit maart 2008 constateert overigens dat 1,5% van de mensen die revalidatiezorg in een verpleeghuis ontvangen, de grondslag psycho-geriatrich heeft.

⁴ Bron: website Revalidatie Nederland (www.revalidatienederland.nl)

uitvoeringstoets was die definitie echter nog niet voorhanden. De NZa komt hier in zijn vervolgrapportage zo nodig op terug.

Aandoeningen waarvoor gerevalideerd kan worden

De aandoeningen waarvoor patiënten kunnen revalideren zijn grofweg onder te verdelen in twee hoofdcategorieën:

- Niet-neurologische aandoeningen. Dit zijn letsels of beperkingen die hun oorzaak hebben in het lichaam, dat wil zeggen niet in de hersenen of in het (centrale) zenuwstelsel. Het gaat hierbij om amputaties, hartrevalidatie, longrevalidatie en diagnoses zoals gewrichtsproblemen (nieuwe knie of heup), reuma, handletsel, rugklachten, posttraumatische dystrofie (CRPS), brandwonden, chronische pijn, meervoudig letsel (politrauma) en beenletsel.
- Neurologische aandoeningen. Deze vinden hun oorzaak in de hersenen of het zenuwstelsel of in beide. Het kan hierbij gaan om aangeboren afwijkingen, maar ook om niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Voorbeelden zijn diagnoses zoals een beroerte (CVA), spierziekten (bijvoorbeeld NMA, ALS, HMSN en (P)SMA), multiple sclerose (MS), dwarslaesie, Parkinson, hersenkneuzing en open rug.

Patiëntengroepen

Kijkend naar de diagnose of aandoening van de patiëntengroepen die zorg in de verpleeghuizen en de revalidatie-instellingen ontvangen, ligt het voor de hand die ten behoeve van een goed overzicht hieronder afzonderlijk weer te geven.

Verpleeghuizen

In de onderzoeksrapporten 'Revalidatie in Nederland, de grenzen van AWBZ en Zvw' (oktober 2006) en 'Revalidatie in de AWBZ, aard, omvang en intensiteit' (maart 2008) hebben ETC-Tangram en het UMC Leiden in opdracht van het CVZ de inhoud van de revalidatiezorg in verpleeghuizen gedetailleerd beschreven. Enkele belangrijke uitkomsten zijn:

- In 70% van de gevallen gaat het om patiënten/consumenten die revalidatiezorg ontvangen in aansluiting op een medisch specialistische behandeling (na een trauma, een electieve ingreep of een CVA).
- Bij de resterende groep patiënten/consumenten is sprake van een onduidelijke (medische) aanleiding om revalidatiezorg te ontvangen.
- De intensiteit van de zorg is gemiddeld ruim drie uur per week. De zorg wordt voor de helft geleverd door een fysiotherapeut, voor bijna een vijfde deel door een specialist ouderengeneeskunde⁵ en voor iets meer dan een tiende deel door een ergotherapeut.
- De gemiddelde opnameduur van de patiënten/consumenten is 66 dagen.

De groepen patiënten/consumenten die revalidatiezorg in het verpleeghuis ontvangen, beschrijven ETC-Tangram en het UMC Leiden als volgt:

⁵ 'Specialist ouderengeneeskunde' is de officiële nieuwe benaming voor de verpleeghuisarts. Vanaf 15 juli 2009 moeten alle verpleeghuisartsen die in het specialistenregister zijn ingeschreven deze titel voeren.

- CVA
Veelal is de zorg voor CVA-patiënten georganiseerd in zogeheten stroke services⁶. Verpleeghuizen zetten voor hen een actief behandelplan uit, waarbij meestal sprake is van een bewuste keuze waar de patiënt het beste kan worden gerevalideerd (naar de aard van de zorg klinisch of poliklinisch en naar de aard van de locatie thuis, ziekenhuis, revalidatiekliniek, verpleegtehuis).
- Electieve knie- en heupoperaties
Hier gaat het om consumenten/patiënten die na plaatsing van een prothese worden gerevalideerd. Voor deze zorg bestaan er vaak structurele afspraken tussen het ziekenhuis, het verpleeghuis en de thuiszorg (joint-careprojecten). Ongeveer 11% van deze patiënten/consumenten gaat naar het verpleeghuis voor revalidatie, de overigen revalideren meestal thuis. Revalidatiecentra leveren deze zorg nauwelijks. Omdat het revalidatietechnisch niet om een complex proces gaat, worden patiënten niet in een revalidatiecentrum opgenomen. De verwachting is dat de omvang van deze groep toeneemt met vooral revisie van eerdere protheses.
- Traumatologie
Hier gaat het om patiënten met fracturen en/of ander ongevallenletsel. Afhankelijk van factoren zoals de complexiteit van het letsel, de leeftijd van de patiënt, de prognose, complicaties en comorbiditeit, valt de keuze op revalidatie in een revalidatiekliniek, in een verpleeghuis of vanuit de thuissituatie.
- Overige zorg⁷
Het gaat hier om personen die geconfronteerd worden met een aandoening waardoor zij zijn verzwakt. Te denken valt aan mensen die geopereerd zijn of die een ernstige ziekte hebben gehad en nog moeten herstellen voordat zij weer naar hun eigen woonomgeving terug kunnen. 'Overig' heeft als ontslagdiagnose uit het ziekenhuis diverse aandoeningen meegekregen: 32% heeft een aandoening aan het hartvaatstelsel, de longen of ernstige bloedarmoede, 28% heeft een aandoening aan het bewegingsapparaat (een derde heeft een (onder)beenamputatie), 15% heeft maag- of darmaandoeningen (waarvan 60% een buikoperatie heeft ondergaan), 10% heeft een neuropsychiatrische aandoening en de rest (14%) heeft een aandoening die buiten deze categorieën valt.

De groep 'overige zorg' onderscheidt zich van de andere AWBZ-revalidanten door een relatief lange voorafgaande ziekenhuisopname (drie weken mediaan) en veel nevendagnosen (gemiddeld vier). Ruim een kwart van de diagnoses in de groep 'overige zorg' heeft betrekking op het bewegingsapparaat; hieronder vallen ook amputaties (9%). De verwachting is dat deze groep in de komende jaren verder zal groeien, dit door de toenemende vergrijzing in combinatie met een afname van de verblijfsduur in ziekenhuizen.

⁶ Een stroke service is een regionaal netwerk van zorgverleners die gezamenlijk een integrale, deskundige en samenhangende zorg voor CVA-patiënten waarborgen in alle fasen van de aandoening. De leden van het netwerk dragen gezamenlijk zorg voor een adequate transfer van patiënten tussen voorzieningen en voor de kwaliteit van de keten als geheel. Begeleiding van de mantelzorg maakt in elke schakel van de keten expliciet onderdeel uit van het zorg- en behandelplan. Zie Strokeservices in Nederland, anno 2003, H. Verschoor e.a., Nederlandse Hartstichting, mei 2004.

⁷ Revalidatie in de AWBZ, aard, omvang en intensiteit, ETC-Tangram/UMC Leiden, 2008. Bij dit onderzoek is gewerkt met een klankbordgroep met vertegenwoordigers van het CVZ, de NZa, ZN, ActiZ, de NVVA, de NVZ, RN/de VRA en het ministerie van VWS.

Revalidatiecentra

De revalidatiecentra hanteren sinds 2007 een diagnoseclassificatie: de ICD9-DE-REV. Deze classificatie onderscheidt de volgende groepen diagnoses:

- Aandoeningen aan het bewegingsapparaat
Hieronder vallen zowel aangeboren als verworven aandoeningen aan ledematen en romp die betrekking hebben op spieren, gewrichten en skelet.
- Amputaties
Hier gaat het om amputaties van (een gedeelte van) de onderste of bovenste ledematen.
- Hersenen
Aandoeningen die aangeboren of verworven zijn, zoals CVA's en tumoren, en die het functioneren van de hersenen beïnvloeden.
- Neurologie
Hieronder vallen voornamelijk aandoeningen aan het perifere zenuwstelsel en neurologische aandoeningen (behalve hersenen) die het functioneren van spieren beïnvloeden.
- Dwarslaesie
In deze groep vallen de aandoeningen die zijn veroorzaakt door een, meestal traumatische, onderbreking van de zenuwbanen in het ruggenmerg.
- Organen
Aandoeningen aan onder andere het hart, de longen, de huid en de bloedvaten.
- Chronische pijn
In deze groep is niet de aandoening bepalend, maar het beperkte functioneren van de patiënt door pijn.

1.2 Wat is het huidige aanbod aan revalidatiezorg?

Revalidatiezorg in de betekenis van zorg die op herstel is gericht, kan geboden worden door een revalidatiecentrum, een ziekenhuis, een verpleeghuis, huisartsen en de eerste lijn. Revalidatieartsen zijn veelal betrokken bij de triage van neurologische patiënten in het ziekenhuis en geven ook adviezen aan verpleeghuizen en de eerste lijn⁸. Bij revaliderende kinderen en jongeren zijn bovendien mytylscholen en tytylscholen betrokken.

Revalidatiezorg kan intramuraal en extramuraal plaatsvinden. Revalidatiecentra of professionals uit de eerste lijn kunnen extramurale revalidatie poliklinisch of in dagbehandeling bieden. Voor de behandeling in de eerste lijn is van belang dat zorgverzekeraars steeds meer volledige zorgprogramma's inkopen in plaats van losse onderdelen. Het beleid van het ministerie van VWS is erop gericht dat in de toekomst een meer integraal ofwel afgestemd aanbod van eerstelijnszorgverleners (huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut) tot stand komt⁹.

⁸ Zie bijvoorbeeld <http://www.telefysi.nl>. Het Telefysiproject heeft in de kinderfysiotherapie een nieuwe behandelingswijze geïntroduceerd. Daarbij is het mogelijk om kinderen bij hun eigen plaatselijke fysiotherapeut optimaal te behandelen, terwijl ook de specialistische kennis van de regionale revalidatiearts beschikbaar is. Via breedbandige teleconsultatie overlegt de fysiotherapeut met de revalidatiearts over de vorderingen in de behandeling van kinderen met complexe houdings- en bewegingsstoornissen. Naast patiëntgegevens wisselen de fysiotherapeut en de revalidatiearts videobeelden uit, die juist voor dit type probleem bijzonder geschikt zijn om de toestand en vorderingen van de patiënt te 'beschrijven'. Ook is multidisciplinair overleg (MDO) mogelijk, net zoals overleg met de huisarts en de ouders is voorzien.

⁹ Zie o.a. 'De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging', brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 22 december 2008.

1.3 Verschillen tussen revalidatiezorg in een revalidatiecentrum en een verpleeghuis

Voor de voorgenomen overheveling van revalidatiezorg uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet zijn vooral de verschillen tussen een revalidatiecentrum en een verpleeghuis van belang. Daar wordt hieronder nader op ingegaan.

Een *verpleeghuis* is een voorziening waar patiënten/consumenten (bewoners) kunnen worden behandeld, verpleegd of verzorgd. Mensen voor wie de verzorging thuis niet langer toereikend is, vormen een groot deel van de vaak permanente bewoners van een dergelijk tehuis. Het onderdeel revalidatie in het verpleeghuis vormt een afzonderlijke categorie. Anders dan veel andere zorg die verpleeghuizen leveren, is dit zorg die zij aanbieden om de patiënt weer (gedeeltelijk) zelfstandig te kunnen laten functioneren, met als uiteindelijk doel dat hij terug naar huis kan. Bij deze zorg neemt de specialist ouderengeneeskunde een centrale rol in. Dit is een arts die zich gespecialiseerd heeft in de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Hoewel dit wel een onderdeel van zijn werk en opleiding vormt, ligt de focus van de specialist ouderengeneeskunde niet specifiek op de revalidatiezorg; zijn zorg is meer gericht op de patiënt als geheel met al zijn problematiek en ziekten. Een sterk punt van verpleeghuizen is, los van de inhoud van de zorg die zij leveren, vaak hun bereikbaarheid; dit is het gevolg van de grote spreiding van verpleeghuizen. Patiënten/consumenten en hun familie en mantelzorgers worden daardoor minder belast door het reizen en dit komt de belastbaarheid in het kader van de revalidatie ten goede.

Het *revalidatiecentrum* is een zorginstelling waar kinderen, jongeren en volwassenen die als gevolg van een ziekte, ongeval of aandoening met beperkingen te maken hebben, kunnen revalideren om een zo zelfstandig mogelijk leven in de maatschappij te bereiken. In plaats van een specifieke aandoening vormen de beperkingen van de patiënt het uitgangspunt. De revalidatiearts is bij het revalidatieproces betrokken als medisch specialist.

Het doel van de behandeling in een revalidatiekliniek en in een verpleeghuis zijn vaak niet van elkaar te onderscheiden. In beide instellingen gaat het om dezelfde disciplines die gezamenlijk een multidisciplinair behandelplan opstellen (met uitzondering van verschillen in kwalificaties van de betrokken artsen). De complexiteit van de revalidatie is in de revalidatiekliniek vaak wel groter, wat logisch is omdat het om een gespecialiseerde instelling gaat. Verpleeghuizen schenken echter extra aandacht aan co-morbiditeiten. Hiermee samenhangend is er ook een duidelijk verschil in de patiënten die zij behandelen. Hoewel revalidatiezorg in beide instellingen kortdurend van aard is, liggen het tempo en de intensiteit van de revalidatie bij de groep patiënten/consumenten in het verpleeghuis lager dan bij patiënten/consumenten die revalidatiecentra behandelen. In samenhang met bestaande co-morbiditeiten is de belastbaarheid van de patiënten in verpleeghuizen wat minder groot, maar is de leerbaarheid en de trainbaarheid van de patiënten in revalidatiecentra juist groter.

Terwijl het doel van de behandeling in beide instellingen dus (vrijwel) overeenkomt, is de doelgroep en de vormgeving van de behandeling meestal anders. Dat komt doordat een deel van de reactivatiezorg die verpleeghuizen op dit moment bieden andere karakteristieken heeft dan de revalidatiezorg in revalidatiecentra, te weten:

- Zorg voor zeer kwetsbare ouderen, waarbij na een ziekenhuisopname de prognose nog erg onduidelijk is (wellicht is herstel mogelijk, wellicht is er een leven met blijvende functiebeperkingen en zal de

oudere gebaat zijn bij een beschermende woonomgeving die in langdurige zorg voorziet).

- Kwetsbare ouderen met co-morbiditeit, voor wie niet zozeer een gericht revalidatieproces van start gaat, maar in een multidisciplinair zorgproces wordt vastgesteld wat er in de eerst volgende weken of maanden mogelijk is (medische begeleiding, verpleging, farmaceutische zorg, zo mogelijk ook therapie en in ieder geval vormen van dagactiviteit).

Dit is de doelgroep waar het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) op dit moment programma's en projecten voor laat ontwerpen en uitvoeren.

De doelgroepen van een revalidatiecentrum en een verpleeghuis vertonen dan ook slechts een beperkte overlap. Die overlap zit hem vooral in CVA's en amputaties. Ter verduidelijking zijn de verschillen tussen een revalidatiecentrum en een verpleeghuis in onderstaande tabel op een rij gezet.

Revalidatiecentrum	Verpleeghuis
Kort en intensief Co-morbiditeit laag	Langduriger en minder intensief Co-morbiditeit hoog
Complex ten gevolge van aard van de aandoening	Complex ten gevolge van hoge co-morbiditeit
Belastbaarheid +	Belastbaarheid beperkt
Leerbaarheid +	Leerbaarheid niet op voorgrond
Prognose zelfstandigheid +	Prognose ?
Hoog doeleniveau	Lager doeleniveau

Aanspraak en indicatiestelling

In de nota 'Indicatiestelling revalidatiezorg' uit mei 2001 is de aanspraak in het kader van de Zorgverzekering verder uitgewerkt. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beroepsgroepen hebben erin omschreven wie in het kader van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komt voor de huidige revalidatiezorg. Wie daar buiten valt, is aangewezen op revalidatiezorg of reactiveringszorg in het verpleeghuis.

In de praktijk betekent dit dat de revalidatiezorg in ziekenhuizen en revalidatiecentra wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet¹⁰. Revalidatiezorg die plaatsvindt in schakelunits¹¹ in ziekenhuizen of in verpleeghuizen (met verblijf of via dagbehandeling) valt onder de AWBZ. De indicatiestelling hiervoor gebeurt onder verantwoordelijkheid van het CIZ. Voor verpleging en verzorging na plaatsing van een prothese voor een heup of knie en voor verpleging en verzorging na een CVA in een AWBZ-verblijfssetting (niet in thuissituatie of revalidatiecentra), heeft het CIZ zogeheten Standaard Indicatie Protocolen ontwikkeld (SIP's). Aan de hand van SIP's kan de indicatiestelling plaatsvinden door de zorgaanbieder, met periodieke toetsing achteraf door het CIZ¹².

¹⁰ Oorspronkelijk was sprake van machtigingen door de verzekeraars. In de loop van de tijd werden deze steeds minder toegepast. Per 1 januari 2009 is het systeem van machtigingen afgeschaft. In plaats hiervan hebben de revalidatiecentra op 1 januari 2009 ten behoeve van de zorgverzekeraars een landelijke benchmark geïntroduceerd. De benchmark geeft inzicht in de landelijke trends en de (behandel)prestaties van de afzonderlijke revalidatiecentra. In Zuid-Nederland zijn met een dergelijk systeem al goede ervaringen opgedaan.

¹¹ Het gaat om afdelingen die gelokaliseerd zijn in het ziekenhuis (een enkele keer in het verpleeghuis) en waar patiënten verblijven die medisch-specialistisch uitbehandeld zijn en op een vervolgvoorziening wachten. Meestal gaat de revalidatie al van start.

¹² Voorwaarden om deze zorg via een SIP aan te vragen zijn onder andere:

- Een zorgaanbieder moet een overeenkomst met het CIZ hebben.
- Een zorgaanbieder moet de zorg per direct kunnen inzetten.
- De cliëntsituatie moet passen binnen de bandbreedte van de aangevraagde SIP.

Bij revalidatie vanuit de thuissituatie door een combinatie van huisarts, andere professionals in de eerste lijn en thuiszorg is sprake van een combinatie van zorg op grond drie verschillende regimes van sturing en financiering: de Zorgverzekeringswet (huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, psycholoog), de AWBZ (thuiszorg) en in voorkomende gevallen de Wmo (huishoudelijke hulp, woningaanpassingen).

Relatie met hulpmiddelen/woningaanpassingen

Bij (gedeeltelijke) revalidatie vanuit de thuissituatie (dagbehandeling, eerste lijn, thuiszorg) vormen ook vervoersvoorzieningen, de toegankelijkheid van de woning, de beschikbaarheid van gebruikelijke zorg, mantelzorg en/of huishoudelijke hulp belangrijke elementen in het revalidatietraject. Deze voorzieningen vallen veelal onder de Wmo; meer algemeen beleid, zoals het gemeentelijke beleid op het gebied van het aanpasbaar bouwen, vormen daarbij relevante invloeden van buiten de zorgsector. Daarnaast is sprake van uitleen van verpleegartikelen in het kader van de AWBZ¹³.

De mate waarin deze zaken goed en tijdig voor de patiënt/consument geregeld zijn, kunnen mede de belastbaarheid van de patiënt/consument bepalen en/of de keuze tussen opname/verblijf of thuissituatie. Zo zijn voor dagbehandeling in een verpleeghuis of revalidatiecentrum goede (openbaar) vervoersvoorzieningen van groot belang, evenals voorzieningen in huis zoals hoog-/laagbedden, douchebeugels, een traplift of een geheel aangepaste woning.

Bekostiging

Revalidatiezorg wordt sinds 1 januari 2009 bekostigd via revalidatie-DBC's. Deze DBC-structuur is dus geldig voor revalidatie in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Er zijn drie hoofdgroepen van behandeling: consultair, poliklinisch en klinisch. De poliklinische en consultaire producten zijn onderverdeeld in meerdere zwaarteklassen met daarbinnen een onderverdeling naar intensiteit. De klinische producten zijn onderverdeeld naar behandelintensiteit om in plaats van uitsluitend de verpleegduur (kosten) ook de behandelinspanning (inhoud) te waarderen. Door de introductie van behandelintensiteit (dat is de verhouding tussen behandeltime en verpleegduur) is de mogelijkheid tot strategisch gedrag met betrekking tot verpleegduur beperkt: een langere verpleegduur bij een gelijkblijvende behandeltime leidt tot een minder intensief product met een lagere prijs.

Verpleeghuizen bevinden zich op dit moment in een overgangstraject van instellingsbudgetten naar zorgzwaartebekostiging. Vóór 2009 ontvingen zorginstellingen een geldbedrag op basis van beschikbare capaciteit (het aantal bedden). In het systeem van zorgzwaartebekostiging bepaalt de 'zorgzwaarte' van de patiënten/consumenten het budget per gerealiseerde verpleegdag. Voor patiënten/consumenten die weinig zorg nodig hebben, krijgen zorginstellingen minder geld dan voor patiënten/consumenten met een grote zorgvraag. In een

De reden dat bijvoorbeeld voor verpleging en verzorging na een CVA in een thuissituatie geen SIP geldt, is onder andere dat het CIZ daarbij moet toetsen of een eventuele mantelzorger het aan kan dat een patiënt/cliënt thuis revalideert of dat bijvoorbeeld de benodigde fysiotherapie vanuit de Zorgverzekeringswet kan worden geboden en dus geen AWBZ-zorg nodig is.

Zie de zgn. SIP-wijzer: <http://www.ciz.nl/sf.mcgi?id=5117>.

¹³ Uit het jaarverslag van het CVZ blijkt dat de omvang van de markt van het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen op basis van de AWBZ relatief beperkt is. In 2006 was met de uitleen van verpleegartikelen door zorgaanbieders die uitsluitend voor deze functie zijn toegelaten, in totaal een bedrag van € 2,3 miljoen gemoeid. Bij instellingen die voor meerdere functies in de AWBZ zijn toegelaten, ging het in 2006 om € 67,9 miljoen.

zorgzwaartepakket staat een aantal uur zorg omschreven. Dit is de richtlijn voor de zorg die de betrokken patiënt/cliënt krijgt. De uren zijn een gemiddelde per week en bovendien een gemiddelde van wat een cliënt binnen dat zorgzwaartepakket nodig heeft. Instelling en patiënt/cliënt stellen op basis van de geïndiceerde zorgzwaartepakketten een zorgplan op. Hierin leggen zij afspraken over de invulling van de zorg vast.

De invoering van zorgzwaartebekostiging heeft voor alle zorgaanbieders en zorgkantoren financiële gevolgen, namelijk opbouw of afbouw van het instellingsbudget. Dit heet herallocatie. Om de continuïteit van de instellingen en vooral de zorgverlening aan patiënten/consumenten te waarborgen, zal deze herallocatie geleidelijk over de periode 2009-2011 plaatsvinden. In 2009 vindt, net als in 2008, de productie-opgave zowel in termen van oude parameters als in ZZP's plaats. Vaststelling van het instellingsbudget gebeurt op basis van de oude parameters. Het herallocatiebedrag wordt vervolgens daarbij opgeteld of daarvan afgetrokken. De bijlagen 3 en 4 van deze uitvoeringstoets beschrijven enerzijds de financiering en bekostiging van de revalidatie-instellingen en anderzijds de verpleeghuizen uitgebreider.

Afgezien van de algemene verschillen tussen de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en de (accent)verschillen tussen revalidatiezorg in revalidatiecentra en verpleeghuizen als gevolg van de (gemaakte afspraken over de) indicatiestelling, valt bij een vergelijking van deze beschrijvingen op dat er tussen verpleeghuizen en revalidatiecentra verschil bestaat in:

- de prikkel tot uitruil tussen de duur van de opname en de intensiteit van de behandeling.
- de bekostiging van medicijnen (zie bijlage 5).

Met betrekking tot het geconstateerde verschil in prikkel stelt het eerder aangehaalde onderzoeksrapport van ETC-Tangram en het UMC Leiden dat er aanwijzingen zijn dat een kortere opnameduur mogelijk (en door de patiënt gewenst) is, maar dat die door de huidige structuur van bekostiging en financiering niet wordt gerealiseerd. Een verpleeghuis dat intensiever en korter behandelt, maakt immers per dag meer kosten en krijgt toch het zelfde tarief per dag. Dit is ook het geval als de totale kosten van het traject door een intensievere, maar kortere behandeling lager zouden zijn.

De bekostiging van medicijnen verschilt bij verpleeghuizen van die van revalidatiecentra doordat bij de laatste sprake is van een ruimere specifieke vergoeding van een aantal specifieke dure medicijnen (limitatieve lijst)¹⁴. Wanneer de revalidatiezorg in verpleeghuizen wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, ligt het voor de hand om die regelingen gelijk te trekken en ook voor de revalidatiezorg in verpleeghuizen de regeling dure medicijnen voor ziekenhuizen en revalidatiecentra te gaan toepassen. Zowel bij de 'uitname' uit de AWBZ als bij de vormgeving van de nieuwe financiering en bekostiging onder de Zorgverzekeringswet vormt dit een aandachtspunt. De NZa beschikt niet over gegevens om de omvang van dit aandachtspunt te kunnen bepalen (in euro's).

Kapitaalslasten

Een ander element in de bekostiging vraagt (ook) bijzondere aandacht: de kapitaalslasten. In de budgetten van verpleeghuizen zijn

¹⁴ Op termijn is overigens voorzien dat dure medicijnen via zogeheten add-ons zullen worden gekoppeld aan een DBC. De manier waarop dit moet plaatsvinden, werkt de NZa op dit moment samen met DBC-Onderhoud en brancheorganisaties uit.

kapitaalslasten opgenomen. Bij overheveling van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet moet ook een gedeelte van de kapitaalslasten overgeheveld worden. Nacalculatie van de kapitaalslasten voor het intramurale deel vindt nu integraal plaats (net als bij de revalidatie-instellingen). Er zijn bij de NZa op dit moment geen gegevens bekend op grond waarvan het mogelijk is om een verdeling te maken tussen kapitaalslasten voor revalidatie en overige kapitaalslasten. Een overheveling zou alleen globaal kunnen op basis van productie (gerealiseerde verpleegdagen of bezette bedden). Op dit moment werken VWS, NZa en TNO/CBZ aan de invoering van een productiegebonden systematiek, waarbij aan de ZZP's een kapitaalscomponent wordt toegevoegd. Invoering hiervan is voorlopig voorzien in 2011, wat zou betekenen dat de te ontwikkelen systematiek ook een productiegebonden overheveling naar de Zorgverzekering mogelijk maakt¹⁵.

Kengetallen

Hieronder volgen enkele kengetallen voor de revalidatiezorg in revalidatiecentra in Nederland¹⁶.

- Er zijn op dit moment 24 revalidatiecentra, die verspreid zijn over heel Nederland met in totaal 1.690 erkende bedden en 956 poliklinische behandelplaatsen. Drie revalidatiecentra hebben uitsluitend poliklinische behandelplaatsen. Eén instelling heeft zich gespecialiseerd in cardiologische revalidatie.
- De revalidatie bood in het jaar 2007 zorg aan 57.423 poliklinische patiënten en aan 7.912 klinische patiënten.
- Circa 88% van de behandeluren in 2007 is poliklinisch van aard.
- De afgelopen jaren vertoonde de revalidatie een forse groei in het aantal patiënten. Het aantal behandeluren per patiënt neemt licht toe, maar het aantal verpleegdagen per patiënt blijft gelijk.
- De groep patiënten met een neurologische aandoening is de grootste in omvang (50,7%).
- Het wettelijke budget voor aanvaardbare kosten in de revalidatie bedroeg in 2007 € 390 miljoen.

Er vindt ook revalidatiegeneeskundige zorg plaats op revalidatie-afdelingen in bijna alle algemene en academische ziekenhuizen in Nederland. De precieze omvang in patiënten en budget is niet bekend. Volgens een schatting van Revalidatie Nederland gaat het om minimaal 25.000 patiënten per jaar.

Onderstaand volgen enkele kengetallen voor de revalidatiezorg in verpleeghuizen in Nederland:

- Volgens de laatst bekende cijfers waren er in 2003 ongeveer 1.700 instellingen voor verpleging en verzorging met verblijf ([CBS, 2005](#)).
- Het aantal verzorgingshuisplaatsen is afgenomen van 126.000 in 1995 naar 98.000 in 2008.
- Het aantal bedden in verpleeghuizen is tussen 1995 en 2008 toegenomen van 55.000 naar 71.000.
- Het aantal gecombineerde verpleeghuizen neemt steeds verder toe. Ruim de helft van de verpleeghuizen is gefuseerd met één of meer verzorgingshuizen ([CBS, 2005](#)).
- Volgens de jaarcijfers van 2006/2007 van het CVZ bedroeg het totale aantal verpleegdagen (somaatich en psychogeriatrisch) 23.618.878.

Naar het aandeel hierin van ZZP-9 V&V en naar de omvang van de zorg die verpleeghuizen in dagbehandeling verlenen, wordt momenteel

¹⁵ TNO-Bouw heeft al een productiegebonden model van kapitaalslasten ontwikkeld in de vorm van de ZZP-planner. Op dit moment bekijkt de NZa in welke mate dit model zich leent voor toepassing op de toekomstige bekostiging.

¹⁶ Gegevens afkomstig van Revalidatie Nederland.

onderzoek gedaan in opdracht van VWS. Eerdere onderzoeken gaven aan dat met ZP-9 V&V tussen de 3,3% en de 8,6% van het totale aantal verpleegdagen is gemoeid. Dit betekent dat het hier gaat om een budget van tussen de € 175 en € 470 miljoen.

Over de inzet vanuit de eerstelijnszorg en de thuiszorg in het kader van de revalidatieketen, zijn bij de NZa weinig cijfers bekend. Wel is duidelijk dat bijvoorbeeld bijna negen op de tien patiënten met een prothese (knie of heup) in de thuissituatie revalideert¹⁷.

¹⁷ Berekening op basis van gegevens van ETC-Tangram en UMC Leiden, 'De omvang van de awbz-revalidatie', pag. 23

2. De uit de AWBZ over te hevelen zorg

Nu in het vorige hoofdstuk een globaal beeld is geschetst van de revalidatiezorg, kan de NZa in dit hoofdstuk nader inzoomen op de voorziene overheveling van de revalidatiezorg in verpleeghuizen naar de Zorgverzekeringswet. Een eerste stap daarbij is om te bepalen welke zorg uit de AWBZ moet worden overgeheveld.

Inzet kabinet

In haar de brief van 10 februari 2009 maakt de staatssecretaris van VWS dit onder andere duidelijk aan de hand van de situatie vóór en na de overheveling van de somatische revalidatiezorg uit de AWBZ naar de Zvw: 'Meneer Pieterse is 78 jaar en woont zelfstandig in een ouderenflat. Als meneer Pieterse een hersenbloeding krijgt, wordt hij voor behandeling opgenomen in het ziekenhuis (Zvw).

Nadat de medisch specialistische behandeling is afgerond, besluit de behandelend arts of de cliënt in aanmerking komt voor revalidatie in een verblijfssetting. In de huidige situatie wordt meneer Pieterse – op basis van een SIP van het CIZ – overgeplaatst naar een verpleeghuis. Dit valt nu onder de AWBZ. Na de overheveling is het niet het CIZ, maar de behandelend arts die – op basis van afspraken over het optimale zorgpad – bepaalt hoe het revalidatietraject eruit ziet. De revalidatiezorg die het verpleeghuis levert, valt dan onder de Zvw. Meneer Pieterse verblijft acht weken in een verpleeghuis om te revalideren. Hij wordt onder andere behandeld door een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist en een psycholoog.

Na acht weken is meneer Pieterse zodanig hersteld dat hij terug naar huis kan. De behandeling is echter nog niet voltooid en twee maal per week ontvangt hij dagbehandeling in het verpleeghuis (nu AWBZ, straks Zvw). Daarnaast heeft meneer Pieterse door de hersenbloeding lichamelijke beperkingen. Er is geen mantelzorg beschikbaar in zijn omgeving, zodat hij hulp nodig heeft bij het wassen en aankleden en het toedienen van medicijnen. De thuiszorg die meneer Pieterse vooraf ook al kreeg, kan hem hierin ondersteunen (blijft AWBZ). Daarnaast ontvangt hij huishoudelijke hulp, die door de gemeente wordt geregeld vanuit de WMO.'

Zoals de staatssecretaris in deze brief en in het verzoek om de uitvoeringstoets aan de Nza heeft toegelicht, is de gedachte dat de op herstel gerichte verpleging en verzorging (ZZP-9 V&V uit de sector verpleging en verzorging) wordt overgeheveld, evenals de hiermee verbonden dagbehandeling¹⁸.

Globale beoordeling

De zorg die volgens de correspondentie van VWS overgaat van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet, heeft betrekking op herstel gerichte verpleging en verzorging (ZZP-9 V&V, zie bijlage financiering en bekostiging revalidatiezorg in verpleeg- en verzorgingshuizen) en de daarmee verbonden dagbehandeling.

¹⁸ Het CVZ heeft onderzoeksbureau ETC-Tangram en het UMC Leiden opdracht gegeven onderzoek te doen naar de omvang van de dagbehandeling in verpleeg- en verzorgingshuizen. Hierbij brengen zij de dagbehandeling in kaart die al of niet aansluitend aan een klinische revalidatieperiode in het verpleeghuis of direct vanuit het ziekenhuis plaatsvindt met als doel functieherstel of functieverbetering. Bij dit onderzoek houdt dit in dat er een duidelijk omschreven behandelgoal is dat in een korte periode wordt nagestreefd (zodra het doel behaald is, stopt de patiënt met de behandeling).

In dit verband hebben veldpartijen aangedragen dat ook sprake is van op herstel gerichte verpleging en verzorging bij ZZP-6 V&V en dat daarom ZZP-9 V&V onvoldoende 'dekkend' is. Vermoedelijk zit hier een misverstand achter. Het CIZ indiceert inderdaad wel ZZP's met de grondslag lichamelijke handicap (LG) bij patiënten/consumenten met een neurologische aandoening, maar alleen als het gaat om 'uitgerevalideerde' patiënten/consumenten. Er is dan sprake van een eindsituatie en niet meer van revalidatie; het gaat om het in stand houden van het niveau van functioneren dat is bereikt. De lijn die het CIZ daarbij hanteert, staat beschreven in de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Het CIZ heeft aangegeven dat bij beoordeling van de vraag of van een eindsituatie sprake is, het zo nodig met de behandelaars zal afstemmen.

Risico bij overheveling van de groep 'overige'

Als eerste valt op dat in het onderzoek van ETC-Tangram en het UMC Leiden uit maart 2008 (met data uit 2007) bij ZZP-9 V&V sprake is van een omvangrijke groep: 30% van de mensen die revalidatiezorg in een verpleeghuis ontvangt, met een zeer divers beeld (zie ook 1.1). Binnen deze groep bestaat een grote diversiteit aan diagnoses zonder duidelijke bijbehorende indicatie of duidelijk behandelprotocol. De indruk bestaat dat binnen deze groep bijvoorbeeld een deel van de mensen is aangewezen op behandeling, terwijl een ander deel vooral moet aansterken en daarbij verpleging nodig heeft (zoals wondverzorging).

Dergelijke onherkenbaarheid van de doelgroep en de prestatie (behandeling) kan op medisch inhoudelijk en financieel gebied problemen met zich meebrengen. Dit geldt des te meer omdat deze groep door de toenemende vergrijzing en de steeds snellere doorstroom van klinische patiënten naar het verpleeghuis naar verwachting in de komende jaren in aantal zal toenemen.

Hieronder licht de NZa de genoemde risico's nader toe.

Claimbeoordeling (afwenteling en vervuiling)

Bij de claimbeoordeling bestaan voor deze groep twee risico's: afwenteling en vervuiling.

- Afwenteling:
Zorgverzekeraars hebben er (als zij risico dragen) belang bij om zoveel mogelijk zorg ten laste van de AWBZ (waar geen sprake is van risicodragendheid) te laten komen. Bij onduidelijke prestatie-omschrijving (diagnose, doelgroep, behandeling) valt te verwachten dat de zorgverzekeraars patiënten doorverwijzen naar de AWBZ. Wanneer het CIZ echter in de AWBZ geen indicatie meer afgeeft omdat het meent dat recht op zorg bestaat op grond van de Zorgverzekeringswet, dan heeft de patiënt ook geen recht op AWBZ-vergoeding. Discussie over wie de rekening moet betalen, wordt bemoeilijkt doordat er geen duidelijkheid bestaat over welke zorg (diagnose, doelgroep, behandeling) het gaat. Voorbeelden van dergelijke problemen in het verleden en heden zijn te zien bij de thuisbeademing en de medisch kinderdagverblijven.
- Vervuiling:
Wanneer patiënten in deze categorie terecht komen terwijl zij er niet thuis horen, dan kan dat nadelig uitwerken voor hen of voor de kosten. Patiënten ontvangen bijvoorbeeld te weinig zorg omdat de aanspraak niet dekkend is. Ook is het mogelijk dat zij te veel zorg ontvangen en dat heeft uiteraard een financieel nadeel.

Kostenhomogeniteit

Wanneer onduidelijkheid bestaat over de inhoud van de geleverde zorg en over de eventuele relatie met de diagnose en de doelgroep, dan is er nauwelijks een uitspraak te doen over de kosten. Om een indeling te kunnen maken en zicht te krijgen op de kosten, moet eerst duidelijk zijn over welke prestatie (welke zorg voor wie) het gaat. Wanneer er bijvoorbeeld patiënten in deze categorie zouden terechtkomen die er niet thuis horen of juist maar een subonderdeel van de categorie, dan zou de prijs daardoor bepaald kunnen worden, terwijl die eigenlijk niets zegt over de werkelijke kosten van de zorg die in de categorie thuis hoort.

Kwaliteit van zorg

Ook voor inzicht in de kwaliteit is een goed beeld van de patiënten-/consumentencategorie waar het om gaat van belang. Wanneer er patiënten/consumenten in de categorie terechtkomen die daar niet in thuis horen, dan vervuult de meting en is er sprake van appels met peren vergelijken. Ook wanneer slechts een deel van de patiënten/consumenten die tot de groep behoren daadwerkelijk in de groep vertegenwoordigd is (risicoselectie), is het niet langer mogelijk om valide uitspraken te doen over de kwaliteit van deze revalidatiezorg (het uitgangspunt is dan een waarschijnlijk niet-representatieve subgroep).

Een gevaar dat wellicht niet specifiek voor deze groep 'overige' geldt, maar wel vooral in deze groep tot problemen kan leiden, heeft betrekking op de rol van de klinisch geriater. De klinisch geriater signaleren het risico dat door de toenemende integratie van specialisten ouderengeneeskunde en wellicht de versoepeling/versnelling van de keten die daarmee gepaard gaat, de klinisch geriater de behandeling te vroeg afbreekt dan wel in het geheel niet aan de behandeling begint. In sommige gevallen is dit geen probleem, omdat de specialisten ouderengeneeskunde voldoende kennis en ervaring in huis hebben. De scheiding tussen medisch-specialistische zorg en zorg door specialisten ouderengeneeskunde moet echter gewaarborgd worden op de punten waar de inhoud en de kwaliteit niet substitueerbaar zijn. Door middel van afspraken door de beroepsgroepen of verduidelijking in prestaties is het mogelijk de kwaliteit op dit vlak te waarborgen. Daarbij moet er overigens ook aandacht zijn voor de doelmatigheid in het licht van de situatie na overheveling: wellicht is het in bepaalde gevallen kosteneffectiever om een consult van een klinisch geriater in een verpleeghuis mogelijk te maken dan de patiënt voor dit gedeelte van de zorg in het ziekenhuis te laten verblijven. Ook de mogelijkheid om de specialist ouderengeneeskunde te laten consulteren door de behandelend medisch specialist in het ziekenhuis zal moeten worden bezien.

De ontwikkeling van standaarden, richtlijnen en zorgpaden is voor deze groep 'overige' nog niet al te ver gevorderd. In hun onderzoeksrapport uit maart 2008 doen ETC-Tangram en het UMC Leiden de suggestie om 'binnen de groep 'overigen' zorgpaden te ontwikkelen, waarbij te denken valt aan amputaties, COPD, hartfalen en status na gastrointestinale chirurgie¹⁹. Dit zal eerst in voldoende mate gebeurd moeten zijn voordat deze categorie geschikt is voor overheveling. In het slothoofdstuk van deze uitvoeringstoets komt de NZa hier uitgebreid op terug.

Vervallen eigen bijdrage

Daarnaast valt op dat na de overheveling van (een deel van) ZZZ-9 V&V de situatie kan ontstaan dat iemand die op grond van een AWBZ-zorgzwaartepakket is opgenomen in een verpleeghuis (met de 'hoge' eigen bijdrage) bijvoorbeeld een heup breekt, naar het ziekenhuis gaat

¹⁹ Revalidatie in de AWBZ, Omvang, aard en intensiteit, ETC-Tangram/UMC Leiden, pag. 45.

en vervolgens voor herstel weer terugkeert in het verpleeghuis (na de overheveling Zorgverzekeringswet, zonder eigen bijdrage). Vanuit de patiënt/cliënt gezien valt te verwachten dat hij het als onrechtvaardig ervaart dat iemand in een dergelijke situatie voor de duur van het herstel geen eigen bijdrage (meer) betaalt, terwijl wel sprake is van woonkosten die in vergelijking met gezonde ouderen bespaard zijn.

Risico bij (nog) niet overhevelen van de extramurale thuiszorg en revalidatiezorg bij mensen met de grondslag ZG of LG.

Het is (ook) van belang dat in deze visie twee delen van de revalidatiezorg zoals die omschreven zijn in hoofdstuk 1 van deze uitvoeringstoets (nog) niet worden overgeheveld uit de AWBZ:

- De extramurale thuiszorg aan het einde van de zorgketen.
- Kortdurende, op herstel gerichte zorg uit de gehandicaptenzorg.

De NZa vindt het belangrijk om stil te staan bij de vraag of het niet uitnemen van genoemde delen van de revalidatiezorg (op dit moment) naar verwachting tot ongewenste effecten kan leiden. Het gaat dan vooral om de vraag naar de consequenties van de afbakening van de uitname voor de mate waarin betrokkenen een (financieel) belang hebben bij doelmatig handelen.

Bij de effecten van het (nog) niet uitnemen van de extramurale thuiszorg is het mogelijk om onderscheid te maken naar de verschillende partijen:

- Voor zorgverzekeraars betekent het dat de zorginkoop van de extramurale thuiszorg en de overige revalidatiezorg gescheiden zal plaatsvinden. Dit is althans het geval voor zover in 2012 bij de uitvoering van de AWBZ voor de eigen verzekerden de zorginkoop niet in één hand komt²⁰. Aan de andere kant is het voor een verzekeraar bijzonder gunstig als een patiënt/consument door adequate zorg thuis (op kosten van de AWBZ) snel uit het verpleeghuis of de revalidatie instelling kan uitstromen (waarbij de verzekeraar over de kosten risico loopt).
- Voor zorgaanbieders betekent het dat zij aangewezen blijven op indicatiestelling door het CIZ en op de contracteerruimte AWBZ.
- Voor patiënten/consumenten betekent het dat bij een overstap naar revalidatie in de eerste lijn (met extramurale thuiszorg) de eigen bijdrage AWBZ van toepassing blijft²¹. Dit leidt tot een financiële prikkel om (wanneer mogelijk) langer in het revalidatiecentrum of verpleeghuis te blijven. Daar staat tegenover dat veel mensen een intrinsieke behoefte hebben om zo snel mogelijk weer naar huis te gaan (mits de zorg thuis voldoende geregeld is).

Meer in het algemeen is van belang dat ook voor de situatie na de overheveling sprake is van een goede afbakening tussen de Zorgverzekering en de AWBZ. Dit om discussies over ziekenhuisverplaatste zorg zoveel mogelijk te voorkomen. Na de overheveling ligt die scheiding niet meer tussen verpleeghuis en ziekenhuis, maar tussen verpleeghuis en thuiszorg in de thuissituatie. De overheveling zal naar verwachting zorgen voor een betere continuïteit van zorg tussen verpleeghuis en ziekenhuis; wel is het noodzakelijk om te voorkomen dat daarbij op het snijvlak met de thuiszorg nieuwe problemen ontstaan.

²⁰ Het ministerie van VWS en verzekeraars werken op dit moment aan een plan om zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden de AWBZ te laten uitvoeren.

²¹ Uit tabel B.6.5 in 'Onderzoek naar omvang, aard en intensiteit van de AWBZ-revalidatie' van ETC-Tangram/UMC Leiden blijkt dat bij de revalidatie in verpleeghuizen meer dan de helft van de patiënten/cliënten weer uitstroomt naar de eigen (zelfstandige) woning.

Tegelijkertijd geldt dat een keuze voor overheveling van de extramurale thuiszorg die met de revalidatie samenhangt ook zou leiden tot een lastig afbakeningsvraagstuk. Met name bij de groep 'overige' zal het immers vaak lastig zijn om te bepalen welke thuiszorg samenhangt met het revalidatietraject en welke thuiszorg samenhangt met andere beperkingen. Dit betekent dat ook bij overheveling waarschijnlijk sprake zal blijven van een 'rafelrand'.

De conclusie is dat er nadelen zijn verbonden aan het niet overhevelen van de betrokken extramurale thuiszorg, maar dat er geen reden is om de overheveling van ZP-9 V&V van de (gelijktijdige) overheveling hiervan afhankelijk te maken. Wel zou het bij overheveling per 2012 of 2013 mogelijk zijn om in de tussenliggende periode opnieuw te bezien of ook de thuiszorg die met revalidatie samenhangt op een nader te bepalen manier kan worden overgeheveld.

Het effect van de kortdurende, op herstel gerichte zorg uit de gehandicaptenzorg zal evenmin naar verwachting verstorend uitwerken op de (financiële) belangen die de betrokken partijen hebben om doelmatig te handelen. Naar verwachting is op dit moment bij de indicatiestelling het onderscheid tussen ZP-9 V&V en vormen van reactiveringzorg voor bijvoorbeeld mensen met een zintuiglijke handicap voldoende helder. Wel lijkt het zinvol om in een afzonderlijk traject de herstelgerichte zorg uit de gehandicaptenzorg nader in kaart te brengen en te bekijken of er onderdelen zijn die ook voor overheveling naar de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen.

Relatie met Wmo (hulpmiddelen, huishoudelijke hulp)

Overigens blijft in de visie van het kabinet ook de verstrekking van hulpmiddelen na de overheveling (grotendeels) onder een ander regime dan de Zorgverzekeringswet. Net als in de huidige situatie blijven belangrijke hulpmiddelen onder de Wmo vallen, die wordt uitgevoerd door gemeenten. Dat betekent dat het voor de doorlooptijd van de keten van belang blijft dat de betrokken patiënten/consumenten bij de gemeente tijdig de juiste woningaanpassingen en/of hulpmiddelen (rolstoel, traplift, aangepast toilet) aanvragen en dat gemeenten die aanvragen ook snel afhandelen.

Mogelijk dat door de overheveling deze systeemovergang meer aandacht zal vragen. Er kan worden bezien of een landelijke handreiking voor hulpmiddelen na revalidatiezorg die het ministerie van VWS, VNG en betrokken zorgaanbieders opstellen, hierbij behulpzaam kan zijn.

De NZa gaat er vanuit dat in het project Heroriëntatie hulpmiddelen ook vanuit het perspectief van deze overheveling naar de organisatie van de hulpmiddelen zal worden gekeken²².

²² Het ministerie van VWS onderzoekt in dit project de mogelijkheden de huidige vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen te bundelen. Op dit moment is de vergoeding van hulpmiddelen geregeld binnen de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Het project Heroriëntatie hulpmiddelen is een interactief traject met alle betrokken veldpartijen en de ministeries van VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) dat als doel heeft het cliëntperspectief centraal te stellen en van daaruit verbeteringen aan te brengen in zowel de bestaande vergoedingsregelingen zelf als in de uitvoering daarvan.

3. Vertrekpunten bij inpassing in de Zvw

De te verzekeren prestaties zijn in de Zorgverzekeringswet functioneel omschreven. Alleen het 'wat' (de inhoud en de omvang van de zorg) en het 'wanneer' (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen (CVZ). Wie de zorg verleent (welke aanbieder) en waar de zorgverlening plaatsvindt, zijn aspecten die de zorgverzekeraar bepaalt en die hij in zijn polis duidelijk maakt.

Het is dus niet langer de zorgaanbieder die bepaalt. Waar het om draait is de 'prestatie'. Tegelijkertijd is de focus in toenemende mate gericht op beloning van de uitkomsten van de prestatie, dit uiteraard in relatie met de kosten (input). De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg gaan daarmee in de beloning een rol spelen. Bovendien is er geen sprake van een aanbiedersafhankelijke beloning, maar van een gelijk speelveld voor de verschillende zorgaanbieders (functionele prestaties). Idealiter leidt dit alles tot een goede verhouding tussen de prijs en de kwaliteit. De zorgvraag stuurt daarbij primair het zorgaanbod, terwijl het zorgaanbod nu nog vaak wordt bepaald door historische verschillen in sturing en bekostiging en daarmee samenhangende verschillen in machtsposities tussen professionals. Voorwaarde voor sturing van het zorgaanbod door de zorgvraag is uiteraard wel dat er inzicht in de betreffende zorg bestaat en in de prijs en de kwaliteit die daaraan verbonden zijn.

De overheveling van de revalidatiezorg in verpleeghuizen naar de Zorgverzekeringswet past binnen bovengenoemde beweging. In het kader van de functionele omschrijving hoort revalidatiezorg in de Zorgverzekeringswet thuis. Dit schept mogelijkheden voor een betere inrichting van de zorg en op termijn maakt het voor een gedeelte van het zorgaanbod concurrentie met andere aanbieders mogelijk. Optimalisering van de prijs-kwaliteitverhouding in de zorg doordat deze doelmatig, samenhangend en kwalitatief goed georganiseerd is, ligt in het verschiet.

Kwaliteit

De mate waarin de kwaliteit en de transparantie van de zorg gestimuleerd worden, hangt samen met de inrichting van de markt (concurrentie op kwaliteit) en van de aanwezigheid van de juiste prikkels in de bekostiging van de zorg (idealiter is er sprake van uitkomstenbekostiging: beloning voor goede kwaliteit).

Voor een nauwkeurige beoordeling van de kwaliteit van zorg moet wel helder zijn wat die zorg precies inhoudt. Dat betekent allereerst dat helder moet zijn om welke prestatie het gaat (dat wil zeggen welke zorg voor welke doelgroep). Daarnaast is het noodzakelijk om de kwaliteit van prestaties op een uniforme manier te meten (met identieke, valide en betrouwbare meetinstrumenten) en langs dezelfde meetlat te leggen (de norm²³).

De prestatie

Wat de prestatie betreft, is – zoals de NZa eerder al in deze uitvoeringstoets beschreef – discussie mogelijk over de mate waarin de revalidatie in een verpleeghuis gelijk is aan revalidatie in een revalidatiekliniek (er bestaan aanzienlijke verschillen in bijvoorbeeld de complexiteit van de revalidatiezorg en de leerbaarheid van de patiënt). De grote verschillen in opleidingsaspecten voor de behandelende artsen en de benodigde voorzieningen bij de zorgverlening lijken dit verschil te

²³ Er bestaat geen absolute maat voor kwaliteit; kwaliteit heeft te maken met de relatie van een prestatie tot een norm.

bevestigen. Voordat het mogelijk is om revalidatie in een verpleeghuis te vergelijken met die in een revalidatiekliniek, moet er over de overeenkomsten en verschillen duidelijkheid komen. Hier ligt een taak voor de beroepsgroepen zelf. Het gaat er daarbij om de medisch-inhoudelijke argumenten te formuleren om specifieke patiëntencategorieën aan één van beide zorgaanbieders toe te wijzen en de specialistische zorg en de algemene revalidatiezorg duidelijk af te bakenen. Vanzelfsprekend is dit een proces dat aanzienlijke tijd kost.

Het meten

Op dit moment bestaat er tussen de sectoren een verschil in de manier waarop de kwaliteit van zorg wordt gemeten. Ook de ontwikkeling van meetinstrumenten voor deze specifieke zorg bevindt zich in uiteenlopende stadia.

Hoe ver is de te overbruggen afstand?

Voor de overheveling van de revalidatiezorg in verpleeghuizen naar de Zorgverzekeringswet is de afstand die tussen werkelijkheid en ideaal overbrugd moet worden van belang. Zowel verpleeghuizen als revalidatieklinieken zijn zich duidelijk bewust van de toenemende eisen ten aanzien van de kwaliteit, de organisatie en de transparantie van de zorg. Duidelijke getuigen hiervan zijn de ontwikkeling en de vaststelling van normen, kwaliteitskaders, richtlijnen en prestatie-indicatoren (zie box 1). Wel is er tussen beide sectoren een verschil in precieze invulling en in de vorderingen die gemaakt zijn. De revalidatie door revalidatieartsen lijkt in dit proces een flinke stap voor te lopen. Dat komt voor een deel doordat revalidatie in veel verpleeghuizen slechts een gedeelte van de geleverde zorg uitmaakt. De rol die zorgverzekeraars en consumenten/patiënten in dit proces spelen, is hier echter waarschijnlijk ook op van invloed. Door de grotere rol van de verzekeraar en toenemende bewustwording van de noodzaak in het veld kan de overheveling van de AWBZ-revalidatie naar de Zorgverzekeringswet een aanvullende prikkel vormen om met de kwaliteit en de transparantie daarvan aan de slag te gaan.

De landelijke ontwikkelingen en verplichtingen vormen macrokaders. In de praktijk zal het noodzakelijk zijn met behulp van richtlijnen, standaarden, zorgpaden en andere instrumenten de werkelijke kwaliteit op de werkvloer te verbeteren en de metingen te implementeren. De invulling per instelling en regio kan en mag daarbij verschillen. De inrichting van de zorg wordt dus op lokaal niveau vormgegeven (bijvoorbeeld welke zorgverleners spelen een rol, waar vindt de zorgverlening plaats, wie coördineert de zorg). Idealiter kunnen zorgverzekeraar en patiënten daar invloed op uitoefenen, waardoor een goede afstemming ontstaat op de wensen van de patiënt en de eisen van de verzekeraars. Een duidelijk proces in die richting is de ontwikkeling van zorgpaden, die als doel hebben om de zorg qua organisatie, kwaliteit en verantwoording te optimaliseren (zie box 2).

De uitwerking in praktijk

Bij de overheveling van de revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet zijn grofweg twee benaderingen mogelijk. In het ene geval wordt gewacht met de overheveling totdat bovengenoemde elementen al (vrij ver) ontwikkeld zijn. In het andere geval valt de keus juist op overheveling per direct, aangezien in dat geval alle partijen er belang bij hebben om op de genoemde aspecten voortgang te maken. Bovendien vindt het verdere ontwikkeltraject dan onder de paraplu van de Zorgverzekeringswet plaats.

Ongeacht de keuze voor welk alternatief voor overheveling dan ook, gelden voor de implementatie ervan een aantal belangrijke lessen uit eerdere overhevelingen:

- Voer het nieuwe bekostigingssysteem gelijk in met de overheveling (dat werkt goed).
- Ontwikkel het bekostigingssysteem goed uit en laat het testen bij een paar 'koplopers'. Andere aanbieders gaan pas investeren als zij zeker weten dat het systeem wordt ingevoerd. Gelet op de ervaringen met overige categorale DBC's moeten de koploperprojecten wel in overleg met de koepels van aanbieders tot stand komen, zodat ook de overige zorginstellingen hierop voldoende aangesloten zijn.
- Het inhoudelijke doel van de overheveling moet herkenbaar zijn in de inkooptaal voor zowel de zorginstellingen als de zorgverzekeraars.
- Wees eenduidig, neem voldoende tijd, maar zet ook duidelijke stappen. Communiceer de datum van overheveling op het moment dat die definitief is. Uitstel zorgt ervoor dat partijen achterover gaan leunen en niet meer in de gestelde termijn geloven.
- Stel een gezamenlijk plan van aanpak op, benoem een gezamenlijk doel en zorg voor een helder stappenplan. Werk in fases. Richt zo nodig een krachtige externe projectorganisatie in.
- Wanneer ICT een belangrijke rol speelt, is het cruciaal dat deze op orde is en blijft, of dat er zoiets als een taskforce is die fouten kan opvangen.

Hoofdstuk 4 gaat nader in op de keuze van de manier waarop de overheveling van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet het beste plaats kan vinden.

Box 1: Kwaliteit van zorg: de stand van zaken in de verpleeghuizen en revalidatiekliniek

Om iets te kunnen zeggen over de overige kwaliteit van de revalidatiezorg, is het nodig om de twee sectoren (revalidatiegeneeskunde en somatische revalidatie) afzonderlijk te beschouwen. Op termijn zullen de sectoren in ieder geval voor de zorg die zij leveren per doelgroep prestatie-indicatoren moeten formuleren. De revalidatiegeneeskunde is al redelijk ver gevorderd met het vaststellen van uitkomstmetingen voor revalidatiezorg. In de verpleeghuizen zijn de zorginhoudelijke indicatoren vaak ook uitkomstindicatoren, maar die zijn nog niet ontwikkeld voor de revalidatiezorg in verpleeghuizen. Idealiter gaan verpleeghuizen en revalidatie-instellingen hier gezamenlijk mee verder.

Meten van de kwaliteit

Verpleeghuizen

Zorgorganisaties, cliëntvertegenwoordigers, beroepsgroepen, verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben eisen voor verantwoorde zorg opgesteld. Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg is daar één van de uitwerkingen van. Toetsing van de vastgestelde normen vindt plaats door middel van zorginhoudelijke en cliëntgebonden indicatoren. De systematiek is ontwikkeld door de Stuurgroep Kwaliteitskader Verantwoorde zorg, waarin alle koepelorganisaties uit de verpleging, verzorging en thuiszorg zijn vertegenwoordigd. Belangrijke kanttekening bij dit kwaliteitskader is dat de indicatoren verantwoorde zorg op dit moment worden gebruikt voor de langdurige zorg intramuraal en thuis. De revalidatiecliënten en dagbehandelingcliënten maken van deze metingen dus geen deel uit. De toepassing voor deze groepen moet nog worden georganiseerd. Het is bovendien een 'jong' systeem. In de komende jaren vindt verdere verbetering van de methodiek van het Kwaliteitskader plaats en zal er

een 'volwassen' systeem groeien, dat het mogelijk maakt om langjarige cijfers en hun ontwikkeling te volgen.

Sinds verslagjaar 2007 zijn alle zorgconcerns wettelijk verplicht via het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording inzicht te geven in hun prestaties. De kwaliteitsparagraaf van dit document is voor de somatische revalidatiezorg gebaseerd op het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg. De uitkomsten van het Jaardocument worden voor meerdere doeleinden gebruikt. Zo biedt het keuze-informatie voor de zorgconsument (op Kiesbeter.nl is het door middel van een 'sterrenstelsel' mogelijk om locaties met elkaar te vergelijken. Circa 80% van de leden van ActiZ hebben hun uitkomsten op deze site gepubliceerd). Daarnaast bieden de uitkomsten van het Jaardocument de individuele instellingen en de sector als geheel de kans om van elkaar te leren (de brancheorganisatie ActiZ heeft de gegevens bijvoorbeeld gebruikt voor een vergelijkingsonderzoek) en vormen zij input voor het toezicht door de IGZ. Ook reikt het Jaardocument instrumenten aan voor effectieve zorginkoop door zorgverzekeraars en zorgkantoren. Verdere beroepsontwikkeling van verpleegkundigen, verzorgenden en specialisten ouderengeneeskunde moet zorgen voor de opname van deze normen in de dagelijkse praktijk van verpleging en verzorging. Dit kan door middel van instrumenten zoals richtlijnen, lesbrieven en trainingen.

Certificering

De wetgever eist in de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de wet BIG van zorgaanbieders dat zij de kwaliteit van de zorg systematisch bewaken, beheersen en eventueel verbeteren. De Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) heeft sectorspecifieke normen ontwikkeld om hier praktische invulling aan te geven.

Revalidatiecentra

Sinds 2004 meten alle revalidatiecentra hun prestaties aan de hand van indicatoren. Prestatie-indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die iets zeggen over bijvoorbeeld de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg. Revalidatie Nederland ontwikkelt prestatie-indicatoren voor de revalidatiecentra en voor afdelingen van ziekenhuizen. Dit doet zij met de volgende doelstellingen: de mogelijkheid bieden voor zorginstellingen om van elkaar te leren, mogelijk maken voor buitenstaanders om de revalidatiezorg te beoordelen en de ontwikkeling van keuze-informatie door middel van publicatie van de kwaliteitsgegevens.

De prestatie-indicatoren die Revalidatie Nederland heeft vastgesteld zijn ontwikkeld met inbreng van onder andere revalidatieartsen, de leden van Revalidatie Nederland, de NVZ, patiëntenorganisaties en de IGZ. Onderwerpen die bij de metingen aan de orde komen, zijn bijvoorbeeld patiënttevredenheid (De CQ-index is in ontwikkeling voor revalidatie en beschikbaar vanaf 2010), decubitusmeting (landelijke meting sinds 2006) en effectmeting van revalidatie (vanaf 2011 verwacht de revalidatiesector uitkomstindicatoren voor de effectiviteit van revalidatie beschikbaar te hebben). Het streven van de revalidatiesector is om voor een groot aantal ziektebeelden kwaliteitsindicatoren (ten minste 50% uitkomstindicatoren) te ontwikkelen die alle betrokkenen voor eigen doeleinden kunnen gebruiken. Uit al deze ontwikkelingen blijkt dat de revalidatiezorg hard op weg is in de richting van werkelijke uitkomstbepaling en uitkomstdifferentiatie. Ondanks de nu nog sterk inputgerichte DBC-systematiek kan de rol van de uitkomsten van zorg snel toenemen. Ook wanneer er meer concurrentie ontstaat, lijkt de revalidatiegeneeskunde (althans bepaalde delen daarvan) vooralsnog beter voorbereid te zijn op het gebruik van kwaliteitsinformatie om uiteenlopende stakeholders inzicht te bieden dan de revalidatiezorg in de verpleeghuizen. Vanaf 2008 kunnen instellingen zich volgens de normen

van het HKZ-schema, dat de kwaliteitsstructuur beoordeelt, laten certificeren.

Box 2: Ontwikkelingen in het veld

Niet alleen de prestatie zelf, maar zeker ook de manier waarop de zorg georganiseerd is, is van groot belang. Naast de inhoud van de zorg en de manier waarop deze gemeten wordt, lijkt tussen de revalidatiegeneeskunde en de somatische revalidatie ook de mate waarin zij de lokale standaardisatie van de zorg invullen te verschillen. De mate waarin het zorgproces met inachtneming van de richtlijnen, standaarden en wensen van patiënten naar de lokale behoeften en voorzieningen optimaal is ingericht en aangepast, kan van grote invloed zijn op (aspecten van) de kwaliteit en betaalbaarheid. Bovendien kan het de transparantie voor zowel patiënten als zorgverzekeraars flink bevorderen, wat de prikkel tot kwaliteit op zijn beurt doet toenemen. Dergelijke maatwerk-organisatie van zorg is in de revalidatieklinieken sterk in ontwikkeling. Dit gebeurt in de vorm van zorgpaden. Patiënten (organisaties) en verzekeraars zijn hier veelal voorstanders van. De verpleeghuizen zijn (nog) niet op een zelfde manier bezig de zorg in te richten. Dit zou een ongelijk speelveld tot gevolg kunnen hebben. Een belangrijke vraag is in hoeverre en op welke termijn verpleeghuizen in staat kunnen worden gesteld om zich bij de ontwikkelingen in het veld aan te sluiten. Alhoewel zulke processen ook in de revalidatie nog geen gemeengoed zijn en nog worden doorontwikkeld, zou zo'n insteek immers ook voor de verpleeghuiszorg vruchtbaar kunnen blijken. Bij uniformering of juist duidelijke afscheidingen van prestaties is het mogelijk om zorg, gelet op de aard en kwaliteit van het product, onafhankelijk van locatie en aanbieder te bekostigen.

Een zorgpad beschrijft welke professional bij welke indicaties en op welk moment binnen een instelling of tussen meerdere instellingen initiatieven neemt. Ook beschrijft het de doelstellingen en de procedures voor overleg, besluitvorming en informatieoverdracht. Zorgpaden zijn een lokale uitwerking van een medische beslisboom die aansluit bij (de) richtlijnen die door de beroepsgroepen zijn opgesteld²⁴. Ook hoort in een zorgpad te staan welke informatie patiënten en familie tijdens het zorgtraject behoren te ontvangen. Verder beschrijft het wat patiënten zelf aan hun ziekte kunnen doen (in vakjargon: wat hun zelfmanagement inhoudt). Aan een zorgpad is meestal een softwareprogramma gekoppeld waarin zijn opgenomen een elektronisch patiëntendossier²⁵ en de beslisboom waarop het zorgpad is gebaseerd²⁶.

De ontwikkeling van zorgpaden moet resulteren in optimaal ingerichte en ingeregelde zorgprocessen, waarbij vastgestelde kwaliteitsniveaus worden behaald, de zorgverlening op een veilige manier plaatsvindt en patiënten, verwijzers en verzekeraars de zorg als kwalitatief hoogstaand ervaren. Dit moet ertoe leiden dat het inzicht in de revalidatieprestaties toeneemt. Daarmee wordt het voor de patiënt/consument en voor de verzekeraar ook duidelijker wat er aan zorg wordt ingekocht. Belangrijk daarbij is dat de zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid terdege rekening

²⁴ http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_overzicht

²⁵ Revalidatie Nederland is bezig met de ontwikkeling van een elektronisch patiëntendossier (EPD) voor de revalidatiesector. Doel is dat halverwege 2009 alle 24 revalidatiecentra in Nederland over EPD beschikken. Dit Revalidatie-EPD beoogt ook een bijdrage te leveren aan sturing op de kwaliteit van zorg. Behandeldoelen en – resultaten kunnen worden gevolgd, op grond waarvan systematische evaluatie mogelijk is. Meer informatie: www.revalidatie-epd.nl.

houden met wat de patiënt belangrijk vindt. Op lokaal niveau zijn hiermee in het project Zekere zorg²⁷ door verzekeraars, aanbieders en patiënten/consumentenorganisaties al goede ervaringen opgedaan. Het gaat daarbij om samenwerking bij het beschrijven van zorgpaden en bij het (door)ontwikkelen van kwaliteitscriteria op het gebied van (1) informatie en voorlichting, (2) optimale zorgprocessen en logistiek, (3) multidisciplinariteit, (4) medisch verantwoord handelen volgens richtlijnen en (5) transparantie en openbaarheid van kwaliteit.

²⁶ Beschrijving ontleend aan www.integratedcare.nl van prof. G. Schrijvers.

²⁷ Zie projecten rond inkoopcriteria op www.zekerezorg.nl.

4. Scenario's en keuzes overheveling

In de voorgaande hoofdstukken is weergegeven wat revalidatiezorg precies inhoudt, welke positie somatische revalidatie²⁸ hierin inneemt en wat voor gevolgen een eventuele overheveling van deze zorg naar de Zorgverzekeringswet zou hebben. Dit hoofdstuk schetst de mogelijke scenario's voor overheveling en sluit af met de keuzes die de NZa adviseert.

In de inleiding zijn al de twee vragen genoemd die de NZa in deze uitvoeringstoets moet beantwoorden. Deze vragen luiden:

- Wat zijn mogelijke scenario's voor bekostiging en financiering tijdens de overgangsfase, daarbij uitgaande van een zo gering mogelijk uitvoeringsrisico voor de instellingen?
- Wat zijn – met het oog op een zorgvuldige invoering per 2010 – de risico's van de uitgewerkte scenario's en welke maatregelen zijn mogelijk om die risico's te beperken?

Voor de beantwoording zal de NZa nu achtereenvolgens ingaan op:

- de over te hevelen zorg;
- het over te hevelen bedrag;
- de bekostiging;
- de mogelijke scenario's in de tijd.

Voorafgaand daaraan is het belangrijk om op te merken dat de NZa in al haar raadplegingen over dit onderwerp bij de meest betrokken brancheorganisaties, de NPCF en de organisaties van beroepsbeoefenaren een grote consensus heeft aangetroffen over de noodzaak om de somatische revalidatie vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet over te hevelen. Alle partijen zien hierin kansen om deze zorg beter te organiseren, de efficiëntie te vergroten en de kwaliteit te verbeteren, en daarmee beter te voldoen aan de vraag en behoeften van de cliënt.

4.1 Over te hevelen zorg

Het voorstel van het ministerie van VWS om ZZP-9 Verpleging & Verzorging en de dagbehandeling die op herstel is gericht over te hevelen, roept de onderstaande drie vragen op naar de mate waarin die prestaties overeenkomen met de somatische revalidatie in de AWBZ.

Extramurale thuiszorg erbuiten laten

In de eerste plaats gaat het om het buiten beschouwing laten van de extramurale thuiszorg, die onderdeel is van de zorg bij revalidatie vanuit de thuissituatie. Vanuit de ketengedachte is het volkomen logisch om ook deze zorg in de overheveling mee te nemen. Daarnaast is het zo dat alle kortdurende zorg die op herstel gericht is, gerekend kan worden tot de zorg die voor overheveling in aanmerking komt. Extramurale thuiszorg hoort daarbij. Belangrijker is echter het feit dat er nog geen eenduidige afgebakende prestaties zijn vast te stellen voor extramurale thuiszorg in het kader van revalidatietrajecten. Overheveling is dan ook op dit moment technisch niet te realiseren. Wellicht dat het in een later stadium alsnog mogelijk is en wel zodanig tijdig dat het toch kan worden meegenomen bij een overheveling per 2012 of 2013²⁹. Er is namelijk bij

²⁸ De NZa volgt bij deze benaming het CVZ.

²⁹ Dit vereist wel dat hierover in mei 2009 duidelijkheid is, zodat deze kan worden verwerkt in de dan op te stellen beleidsregels voor 2010.

de belangrijkste partijen (NPCF, Actiz, ZN) wel brede consensus over de wenselijkheid om deze zorg ook over te hevelen. Tegelijkertijd constateert de NZa dat de nadelen die zijn verbonden aan het niet overhevelen van de extramurale thuiszorg niet zodanig zijn dat er reden is om de overheveling van ZZP-9 V&V van de (gelijktijdige) overheveling van de extramurale thuiszorg afhankelijk te maken.

'Groep overige' in ZZP-9 V&V

In de tweede plaats gaat het om de vraag of alle zorg in het kader van ZZP-9 en de dagbehandeling die op herstel gericht is zich (op korte termijn) voor overheveling leent. Door de eerder aangehaalde onderzoeken van bureau ETC-Tangram en het UMC Leiden in opdracht van het CVZ is meer inzicht ontstaan in de somatische revalidatie in verpleeghuizen. Deze bestaat uit zorg voor de aandoeningen CVA, electieve knie- en heupoperaties en traumatologie. Daarnaast is er sprake van een omvangrijke groep patiënten/consumenten met een erg divers beeld. Het gaat dan om zorg voor zeer kwetsbare ouderen, waarbij na ziekenhuisopname (en soms alleen diagnostiek) de prognose nog erg onduidelijk is, of om kwetsbare ouderen met co-morbiditeit voor wie niet zozeer een gericht revalidatieproces van start gaat, maar binnen een multidisciplinair zorgproces gekeken wordt wat in de eerst volgende komende weken of maanden mogelijk is (medische begeleiding, verpleging, farmaceutische zorg, zo mogelijk ook therapie en in ieder geval vormen van dagactiviteit). Het gaat hierbij ook om zorg die niet volledig terug te voeren is op revalidatie, wanneer daaronder zorg verstaan wordt die gericht is op een duidelijke verbetering in termen van maatstaven zoals de Barthell-index³⁰. In een deel van de situaties is ook het verschil met 'onderhoud bij chroniciteit' niet helder³¹.

Argumenten om deze groep 'overige' vooralsnog niet in de overheveling vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet te betrekken zijn:

- onduidelijkheid over de bijbehorende zorgpaden;
- de relatie met de discussie over de beroepsstructuur in de ouderenzorg³²;
- onduidelijkheid over de kostenhomogeniteit;
- het grote financiële belang van een zorgvuldige overheveling, gelet op de te verwachten groei van deze groep en de koppeling met de functie 'verblijf'.

Zodra meer duidelijkheid over deze groep en de mogelijke afgrenzingen ervan bestaat, zal het noodzakelijk zijn eventuele overheveling opnieuw te wegen. Mogelijk dat het pakketadvies 2009 van het CVZ hiervoor een handvat zal bieden. Wanneer daarbij geen goede zorginhoudelijke afbakening mogelijk blijkt, is het desgewenst mogelijk om te bekijken of bijvoorbeeld de eerste drie maanden revalidatiezorg voor deze groep kan

³⁰ De Barthell-index is een invullijst die wordt gebruikt als meetinstrument om te bepalen in hoeverre iemand de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zelfstandig kan uitvoeren (en dus indirect hoeveel hulp hij daarbij nodig heeft).

³¹ Wellicht kan hier te zijner tijd worden geleerd van de ervaringen bij de indicatiestelling in de AWBZ. Het CIZ indiceert LG-ZZP's bij cliënten met neurologische aandoeningen als het gaat om 'uitgerevalideerde' patiënten/cliënten. Er is dan sprake van instandhouding van het bereikte niveau van functioneren.

³² Met het oog hierop is de KNMG kort geleden een project gestart, met subsidie van ZonMw en het CBOG. In dit project wordt gewerkt aan medische beroepsprofielen en een beroepsstructuur die is afgeleid van de huidige en toekomstige medische zorgvraag van ouderen en niet van de huidige medische beroepsprofielen en beroepsstructuur. In eerste instantie gaat het er dus niet om te onderzoeken welke oplossingen de huidige BIG-specialismen (zoals huisartsen, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater en internisten) voor de gesignaleerde problemen in de medische ouderenzorg (aanbodgestuurde aanpak) kunnen bieden, maar welke vormen van medische zorgverlening nodig zijn om deze problemen op te lossen (vraaggestuurde aanpak). De bekostiging moet hier te zijner tijd bij aansluiten.

worden overgeheveld. Ook voor een dergelijke overheveling is echter eerst meer duidelijkheid gewenst met het oog op definiëring van de bijbehorende prestatie, bijvoorbeeld in samenhang met te ontwikkelen zorgpaden voor amputaties, COPD, hartfalen en status na gastrointestinale chirurgie. Verder is een beleidsmatig antwoord noodzakelijk op de vraag hoeveel ruimte er binnen de Zorgverzekeringswet moet komen voor nieuwe herstelprogramma's – ten behoeve van de 'kwetsbare ouderen' – op het raakvlak van de klassieke revalidatie en de langdurige zorg.

Op herstel gerichte gehandicaptenzorg

In de derde plaats roept het voorstel van het ministerie van VWS de vraag op waarom de kortdurende, op herstel gerichte zorg uit de gehandicaptenzorg niet eveneens wordt overgeheveld. Over het antwoord op de vraag of in de gehandicaptenzorg in de AWBZ de zorgpakketten gericht zijn op revalidatie, lopen de meningen uiteen. De NZa meent dat er geen reden is om hier eerst nader onderzoek naar te doen alvorens de somatische revalidatiezorg in verpleeghuizen over te hevelen. Wel lijkt het haar om op enig moment zinvol om nader te onderzoeken of ook delen van de gehandicaptenzorg op grond van vergelijkbare criteria voor overheveling in aanmerking komen.

Uit bovenstaande beschrijvingen blijkt dat er drie opties voorhanden zijn voor de over te hevelen somatische revalidatie, te weten:

- Alle ZP-9 V&V-zorg overhevelen in combinatie met de daarmee samenhangende, op herstel gerichte dagbehandeling³³.
- ZP-9 V&V-zorg exclusief de 'groep overige' overhevelen, maar inclusief de daarmee samenhangende dagbehandeling die op herstel gericht is.
- Eerst de groep 'overige' in ZP-9 V&V verder beschrijven, samen met de extramurale thuiszorg en de gehandicaptenzorg. Pas na verduidelijking volgt overheveling van alle somatische revalidatie.

4.2 Over te hevelen bedrag

De mogelijke scenario's voor het over te hevelen bedrag voor somatische revalidatie zijn als volgt:

- De uit te nemen somatische revalidatie wordt gefinancierd via de AWBZ tot het moment dat alle zorg helder in prestaties en prijzen beschreven is. Pas dan kan overheveling naar de Zorgverzekeringswet plaatsvinden.
- De somatische revalidatie die nu rijp is voor overheveling, wordt zo spoedig mogelijk van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet.

Het eerste scenario geeft de meeste garanties voor een correcte vaststelling van het bedrag aan somatische revalidatie dat moet worden overgeheveld. Hierbij moet aan overheveling wel een registratietraject vooraf te gaan. Het totale traject van vastlegging van registratieregels, registratie, declaratie, analyse en invoering van nieuw beleid omvat vanaf het moment van vaststellen van de prestaties minimaal een periode van 2,5 jaar.³⁴

³³ Hierbij gaat het om de dagbehandeling die al of niet aansluitend aan een klinische revalidatieperiode in het verpleeghuis of direct vanuit het ziekenhuis plaatsvindt en als doel functieherstel of functieverbetering heeft. Er is een duidelijk omschreven behandelplan dat in een korte periode wordt nagestreefd. Zodra het doel behaald is, stopt de patiënt met de behandeling.

³⁴ Prestaties die duidelijk zijn in mei van jaar t, kunnen worden meegenomen in beleidsregels voor jaar t+1. In november van jaar t+1 zijn dan de productiecijfers bekend en in juni/juli van jaar t+2 de nacalculatiecijfers. Productiecijfers kunnen worden meegenomen in beleidsregels die worden opgesteld in jaar t+2 ten behoeve

Het tweede scenario voor het over te hevelen bedrag voor somatische revalidatie betekent dat voor het uit te nemen bedrag kan worden uitgegaan van de nacalulatiecijfers over 2010, die in juli 2011 beschikbaar komen en op basis waarvan overheveling in 2013 mogelijk is³⁵. Dit biedt de mogelijkheid om voor 2010 binnen ZZP-9 onderscheid te maken naar de zorg die wel en de zorg die niet wordt overgeheveld, mits er op 1 mei 2009 overeenstemming is over de definities voor 2010. Wanneer er over dergelijke definities pas na 1 mei 2009 overeenstemming is, schuift de overheveling een jaar op.

Het tweede scenario is niet afhankelijk van het vooraf volledig uitwerken van zorgpaden enzovoorts. Dit scenario gaat uit van vergroting van de dynamiek doordat zorginstellingen samen met zorgverzekeraars over het volume moeten onderhandelen. Hierdoor wordt de zorg voor alle partijen meteen zichtbaar en zijn de belangen helder. Gelet op wat over ZZP-9 V&V zorg (exclusief de groep 'overige') al bekend is, acht de NZa dit ook verantwoord. Het kan een grote stimulans geven aan de verdere ontwikkeling naar betere prestaties, prijzen, doorstroming en kwaliteit van zorg.

Het landelijke onderzoek naar prestaties, prijzen en volumes voor somatische revalidatie van ETC-Tangram en het UMC Leiden lijkt de NZa onvoldoende basis om het over te hevelen bedrag te bepalen, dit mede gelet op het feit dat de betrokken gegevens inmiddels (wat 'ZZP-9' betreft) uit 2007 dateren.

4.3 Bekostiging

In paragraaf 4.1 is weergegeven welke zorg op korte termijn vanuit de AWBZ kan worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Onderstaand volgt een opsomming van de manier waarop in de Zorgverzekeringswet de bekostiging kan plaatsvinden:

- *De bestaande ZZP- 9 V&V-prestatie en de bestaande prestatie dagbehandeling onder de Zorgverzekeringswet behouden, eventueel met een hoger tarief bij een kortere, maar intensievere behandeling.* Deze bekostigingswijze geldt als een minimumvariant, waarbij op korte termijn weinig aanpassingen worden doorgevoerd. De effecten van deze optie zijn vooraf goed in te schatten, ook budgettair. Deze optie komt echter niet tegemoet aan de wens om de kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. Daarnaast levert zij generieke prestaties op waarvan onduidelijk is of deze zorgaanbieders en zorgverzekeraars in staat stellen om onderhandelingen over de kwaliteit van zorg te voeren.
- *Individuele prestaties in losse trajecten samenvoegen.* Hierbij gaat het om het creëren van afzonderlijke prestaties 'opname' en 'dagbehandeling' voor somatische revalidatie-CVA, electieve knie- en heupoperatie en traumatologie binnen een traject naast de bestaande (revalidatie-)DBC's in Zorgverzekeringswetinstellingen. Deze optie sluit beter aan bij de daadwerkelijk geleverde behandeling en zorgt voor snelle inpasbaarheid in de bestaande DBC-structuur van Zorgverzekeringswetinstellingen. Nadeel is dat de ontwikkeling van nieuwe prestaties aanvullende registratie vereist en een dergelijke

van jaar t+3. Nacalulatiecijfers kunnen worden meegenomen in beleidsregels voor jaar t+3.

³⁵ Desgewenst kan nog bezien worden of overheveling eventueel kan plaatsvinden op basis van de productiecijfers van november 2010. Onderzoek moet uitwijzen of de te verwachten afwijking gering genoeg is ten opzichte van de nacalulatie. Als dat zo is, is overheveling per 2012 mogelijk.

gegevensregistratie op dit moment niet voorhanden is. De tweede helft van 2009 en geheel 2010 kan gebruikt worden om prestaties te ontwikkelen en om registratie bij een aantal 'koplopers' uit te voeren.

- *Somatische revalidatie in opname en dagbehandeling opnemen in de bestaande DBC's 'revalidatie' die al onder de Zorgverzekeringswet gelden.*

Deze optie lijkt op het eerste gezicht het meest voor de hand liggend en gemakkelijk uitvoerbaar. Het ministerie van VWS heeft DBC-Onderhoud dan ook gevraagd om hier onderzoek naar te doen. Een eerste reactie van DBC-Onderhoud heeft uitgewezen dat het onmogelijk is om somatische revalidatie zonder meer in de bestaande DBC's 'revalidatie' in te passen. Zowel de homogeniteit van de bestaande producten als van de prijzen komt dan in de knel. De NZa sluit zich bij deze mening aan. De ontwikkeling van de DBC's 'revalidatie' heeft vele jaren gevegd en zij zijn specifiek opgesteld voor de geleverde zorg binnen zelfstandige revalidatiecentra en ziekenhuizen³⁶. Registratie van diagnose en behandeling staat in verpleeghuizen nog in de kinderschoenen.

- *Somatische revalidatie in opname en dagbehandeling toevoegen als add-on aan de bestaande DBC's in ziekenhuizen en revalidatiecentra.*
- Een add-on betekent in wezen dat de revalidatiezorg geregistreerd kan worden naast de bestaande DBC's. Deze optie komt tegemoet aan de wens om voor somatische revalidatie ketenzorg te creëren. Met een add-on ontstaat een keten vanaf het moment dat een patiënt opgenomen wordt in een ziekenhuis tot en met de somatische revalidatie via dagbehandeling. Bij een dergelijke add-on is onderlinge afstemming tussen zorgverleners essentieel, omdat het de uiteindelijke zorg en de kwaliteit voor de patiënt ten goede komt. Het is echter zeer de vraag of een dergelijke afstemming in de praktijk werkt. Bij een knieoperatie bijvoorbeeld is het onwaarschijnlijk dat een orthooped de gehele zorg kan coördineren vanaf het eerste consult tot en met de somatische revalidatie met thuisbehandeling. De totale zorg omvat zoveel schakels en verschillende instellingen (elk met andere belangen en afspraken met zorgverzekeraars), dat de NZa deze optie niet als reëel ziet.

Voor alle vier de bovenstaande opties geldt dat het mogelijk is deze integraal te realiseren voor alle instellingen, hetzij door een experiment te starten voor slechts een beperktere groep instellingen, hetzij door 'koploperinstellingen' aan te wijzen.

Eerder is al aangegeven dat er op dit moment voor somatische revalidatiezorg nog geen eenduidige en afgebakende zorgprestaties voorhanden zijn. Dit beperkt de mogelijke reële scenario's voor bekostiging op korte termijn.

4.4 Keuzes NZa

Bij alle overhevelingsscenario's komt onherroepelijk de tijdfactor om de hoek kijken. Aan de ene kant levert meer tijd ook meer ruimte op om correcte prestaties en prijzen op te leveren. Aan de andere kant geeft een snellere overheveling van somatische revalidatie naar de Zorgverzekeringswet de nodige voordelen. Zo kunnen zorgverzekeraars en zorginstellingen onderhandelen over de prijs en de kwaliteit van zorg en specifieke volume-afspraken maken. Zorginstellingen hebben ook alle

³⁶ De ontwikkeling van de DBC's 'revalidatie', die ongeveer zeven jaren geduurd heeft, vormt een goed voorbeeld.

reden om efficiencyvoordelen te behalen en zo een betere onderhandelingspositie te verwerven.

De NZa hecht grote waarde aan een zo snel mogelijke overheveling van somatische revalidatie. Overheveling kan echter alleen plaatsvinden als de risico's voor zorginstellingen, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten beheersbaar en voorzienbaar zijn. Vanuit dit oogpunt geeft de NZa hieronder aan welke keuzes zij bij de overheveling van somatische revalidatie maakt.

Zorginhoud

De NZa kiest vooralsnog voor de optie waarbij ZZP-9 V&V-zorg, exclusief de groep 'overige' maar inclusief de daarmee samenhangende, op herstel gerichte dagbehandeling, overgeheveld wordt. Deze keuze geeft partijen zo snel mogelijk duidelijkheid over het feit dat er overheveling plaatsvindt en tegen beheersbare risico's omdat de 'groep overige' in ZZP-9 V&V niet wordt overgeheveld.

Het lijkt hoe dan ook verstandig om in 2009 bij de vaststelling van de beleidsregels voor 2010 rekening te houden met deze eerste variant door de definities voor ZZP-9 V&V en op herstel gerichte dagbehandeling herkenbaar in de beleidsregels op te nemen. Dit is ook het geval als op basis van het pakketadvies 2009 van het CVZ wordt gestreefd naar een nieuwe afbakening van ZZP-9 V&V. Het ministerie van VWS, dat verantwoordelijk is voor de inhoudelijke vaststelling van een nadere omschrijving van ZZP-9, kan dit mogelijk maken. Mocht er vóór 1 mei 2010 geen overeenstemming/duidelijkheid over die optie zijn, dan kan in elk geval de overheveling exclusief de groep 'overige' plaatsvinden.

Over te hevelen bedrag

De gekozen somatische revalidatie zoals die hierboven beschreven is, wordt op basis van de nacalculatiecijfers 2010 in 2013 naar de Zorgverzekeringswet overgeheveld. Het is noodzakelijk om nog te onderzoeken of het mogelijk is om dit op basis van productiecijfers een jaar eerder te doen. Voorwaarde voor een eerdere overheveling is dat moet blijken dat de productieafspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren in november niet te veel afwijken van de uiteindelijk gerealiseerde productie die neerslaat in de nacalculatiecijfers.

Bekostiging

Uitgaande van een zo spoedig mogelijke, maar zorgvuldige overheveling, is de NZa van mening dat een bekostiging op basis van individuele prestaties in losse trajecten op korte termijn de beste mogelijkheid is. Een dergelijke bekostiging lijkt vanaf 2012 mogelijk. Voor het tijdstip van overheveling is de bekostiging dan geen belemmering; dat tijdstip zal worden bepaald door het traject om te komen tot het over te hevelen bedrag. DBC-Onderhoud werkt op dit moment, na overleg met de NZa en het ministerie van VWS, aan een zorgvuldig onderbouwd voorstel voor het nadere plan van aanpak van de overheveling van de reactiveringszorg naar de DBC-systematiek. Volgens de planning zal dit voorstel in juli 2009 gereed zijn.

Overheveling per 2010 of 2011 is niet wenselijk, omdat er dan onvoldoende gelegenheid is om andere, meer gedifferentieerde prestaties te formuleren. Bovendien is er dan onvoldoende tijd om instellingen er op voor te bereiden dat zij verleende zorg per patiënt/cliënt declareren. De NZa tekent daarbij aan dat alle AWBZ-instellingen dat pas per 1 juli 2009 worden geacht te doen (gerealiseerde verpleegdagen vermeerderd met de indicatie die van toepassing is). De NZa houdt er rekening mee dat een handhavingsactie noodzakelijk is om

dit te realiseren. Het lijkt dan ook verstandig om voor een volgende stap voldoende tijd te nemen.

Het uitvoeren van een experiment voor de zorg die in aanmerking komt voor overheveling per 2011 (ZZP-9 na CVA, knie of heup, traumatologie), voordat inpassing in de Zorgverzekeringswet plaatsvindt, is niet noodzakelijk en ook niet wenselijk. Experimenten geven namelijk een afscherming van ontwikkelingen in een gecontroleerde omgeving. De overheveling van somatische revalidatie vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet beoogt juist om deze zorg voor de gehele sector binnen afzienbare tijd op een hoger niveau te tillen in termen van kwaliteit, efficiency en meer continuïteit van zorg. Bij de over te hevelen zorg is voldoende duidelijkheid over de kostenhomogeniteit, de bijbehorende zorgpaden en de verdere zorginhoud om zonder een dergelijke tussenstap over te hevelen. Dit neemt natuurlijk niet weg dat de tijd tot de overheveling zeker moet worden benut om waar mogelijk nog verdere stappen te zetten.

Voor de groep 'overige' uit ZZP-9 (waarvan de NZa adviseert voorsnog niet over te hevelen), kan afzonderlijk met partijen worden bezien hoe hier meer inzicht in kan worden verkregen en op welke manier het mogelijk is om de in deze rapportage gesignaleerde risico's te verminderen. Naar de NZa begrepen heeft zal het CVZ in zijn pakketadvies 2009 mogelijk nog nadere voorstellen over de afbakening van ZZP-9 c.q. deze groep 'overige' doen. Het ligt voor de hand dat het ministerie van VWS – wanneer het de conclusie van de NZa deelt – voor deze groep begint met een stimuleringstraject om zorgpaden of zorgprogramma's te ontwikkelen. Daarna kan het bezien of het wenselijk (noodzakelijk) is om die zorgpaden/programma's te testen door middel van experimenten of dat het mogelijk is om binnen de huidige kaders voldoende aan randvoorwaarden voor overheveling te werken. Daarbij moet meegewogen te worden dat experimenten voor de deelnemende instellingen naar verhouding zware lasten opleveren. Wanneer mogelijk, is het beter gebruik te maken van 'koploperinstellingen' die vrijwillig willen meewerken binnen de huidige kaders. Dit levert verhoudingsgewijs minder lasten op, werkt vaak sneller en geeft meer draagvlak.

Bijlage 1. Brief 'Overheveling reactiveringszorg'

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. de Voorzitter
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Datum 9 januari 2009
Betreft Overheveling reactiveringszorg

Geachte heer De Grave,

Met deze brief wil ik een nadere invulling geven van ons verzoek voor inzet van de NZa op het gebied van overheveling reactiveringszorg per 1 januari 2010.

Inleiding

Zoals ik in mijn brief 'Zeker van zorg, nu en straks' van 13 juni 2008 heb aangekondigd, is een aantal maatregelen noodzakelijk om de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) toekomstbestendig te maken en de AWBZ te behouden voor die groep mensen die langdurig op zorg is aangewezen.

Een van de voornemens betreft de overheveling van de 'reactiveringszorg' per 1 januari 2010 vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). In het vervolg spreek ik over (somatische) revalidatiezorg, in lijn met het pakketadvies 2007 van het College voor Zorgverzekeringen.

Bijgaand treft u mijn brief aan de Tweede Kamer aan (d.d. .. december 2008) waarin ik uiteenzet op welke wijze ik deze overheveling vorm zal geven.

Voor een soepel lopende overheveling van de revalidatiezorg is de medewerking en kennis van de NZa noodzakelijk. Ik zal dit in deze brief nader toelichten.

Een aantal van deze punten is al op ambtelijk niveau besproken en tijdens het periodiek bestuurlijk overleg tussen de NZa en VWS op 18 november jl. Deze brief dient dan ook om de opdracht nader uit te werken en de taakverdeling tussen de NZa en VWS ten aanzien van het proces te verhelderen.

Werkprogramma 2009 NZa

Naar aanleiding van de kabinetsvisie AWBZ heeft u in uw werkprogramma een uitvoeringstoets opgenomen, waarbij u aandacht besteedt aan de afbakening, de wijze van overheveling en het transitiepad.

De implementatie van de overheveling van de reactiveringszorg naar de Zvw valt in het werkprogramma van de NZa voor 2009 onder categorie 2, zo is besproken tijdens het periodiek overleg van 18 november. VWS heeft toen de verwachting uitgesproken dat in het eerste kwartaal 2009 een go/ no-go beslissing moet worden genomen. Er moet dan ook duidelijkheid zijn over definities en of implementatie mogelijk is, waaronder het declareren van de kosten.

Uitgangspunten

Het uitgangspunt bij de overheveling van de revalidatiezorg is de invoering van DBC's. Bij voorkeur dient eerst gekeken te worden naar de mogelijkheid om aan te sluiten bij de DBC's zoals die voor de revalidatiesector zijn ontwikkeld. Stichting DBC-Onderhoud heeft 15 december jl. een voorstel gedaan voor een mogelijke planning. Invoering per 2012 voor de gehele sector is mogelijk, indien de huidige systematiek van de revalidatiesector ook voor de revalidatiezorg in de AWBZ kan worden toegepast. Er zal sprake zijn van een stapsgewijze invoering, waardoor in 2010 de huidige wijze van bekostiging en financiering zal worden voortgezet. Naar verwachting zal een aantal (koploper-)instellingen in 2010 schaduwdraaien. Voorwaarde voor de 'oude' manier van bekostiging en financiering is echter dat deze wel aansluit op de systematiek van de Zorgverzekeringswet. In 2010 moeten alle AWBZ-instellingen ook binnen de AWBZ al op individueel niveau kunnen declareren, hetgeen aansluit bij het regime van de Zvw.

Uitwerking verzoek

Uitgaande van het voornemen om DBC's in te voeren, wil ik u vragen om u bij de uitvoeringstoets primair te richten op de wijze van overheveling en het transitiepad. Ik verwacht in maart 2009 helder zicht te hebben op de afbakening; ik zie in dit stadium geen leidende rol op dit punt voor de NZa weggelegd. Om een goed beeld te krijgen van de mogelijke knelpunten, ontvang ik graag van de NZa haar visie op een invoeringsstrategie en op een, zo mogelijk, probleemloze landing van de revalidatiezorg in de Zvw.

Een aantal concrete vragen die ik in dit kader in ieder geval graag beantwoord zie door de NZa, is:

- 1) wat zijn mogelijke scenario's voor bekostiging en financiering tijdens de overgangsfase uitgaande van een zo gering mogelijk uitvoeringsrisico voor instellingen;
- 2) wat zijn – met het oog op zorgvuldige invoering per 2010 – de risico's van de uitgewerkte scenario's en welke maatregelen zijn mogelijk om die risico's te beperken;
- 3) wat is het voorstel van de NZa voor de bepaling van de tarieven in de overgangsperiode en hoe staan deze in verhouding tot de (huidige) revalidatie DBC's;
- 4) wat zijn de gevolgen van het overhevelen van de reactiveringszorg voor de beleidsregels van de NZa;
- 5) welke mogelijkheden biedt de Zvw voor bevoorschotting en hoe kijkt de NZa aan tegen de invoering hiervan;
- 6) hoe verhoudt de overheveling van de revalidatiezorg met ingang van 1 januari 2010 zich tot het herallocatietraject ZZP's;
- 7) ook ontvang ik graag uw visie op kwaliteitsverbetering binnen de revalidatiezorg en welke rol de NZa voor zichzelf ziet weggelegd in dit traject;
- 8) tot slot verzoek ik u de invoering van de overheveling van revalidatiezorg zorgvuldig te monitoren en mij hierover te rapporteren.

Zoals reeds eerder aangegeven zal er in maart 2009 een definitief besluit genomen over de overheveling per 1 januari 2010. Ik hecht er zeer aan

uw advies in dit besluitvormingstraject mee te nemen. Ik wil u dan ook vragen om te rapporteren vóór 13 maart 2009 over dat deel dat essentieel is voor het go/ no-go besluit (tenminste de punten 1 en 2). De rapportage over de overige onderdelen verzoek ik u uiterlijk 12 juni 2009 op te leveren.

Bovenstaande biedt naar mijn mening voldoende aanknopingspunten voor VWS en NZa om de komende tijd op medewerkersniveau verdere uitwerking te geven aan de gemaakte afspraken.

Hoogachtend,

de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Curatieve Zorg,

Arnold Moerkamp

Bijlage 2. 'Brief Overheveling zorg AWBZ naar Zvw'

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 10 februari 2009

Betreft Overheveling zorg AWBZ naar Zvw

Geachte voorzitter,

Hierbij informeren wij u over de voortgang van de overheveling van onderdelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Inleiding

In de brief van 13 juni 2008 'Zeker van zorg, nu en straks' heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport haar toekomstvisie op de AWBZ uiteengezet. De brief gaat in op de maatregelen die nodig zijn om de AWBZ toekomstbestendig te maken en de AWBZ te behouden voor die groep mensen die langdurig op zorg is aangewezen.

Een van die maatregelen is het overhevelen van de zorg die naar haar aard beter bij de Zorgverzekeringswet past, namelijk de kortdurende en herstelgerichte zorg. In de brief van 13 juni zijn de volgende drie voornemens onderscheiden:

- I. de overheveling van de reactiveringszorg per 1 januari 2010;
- II. onderzoek naar welke elementen nog meer voor overheveling van de AWBZ naar de Zvw in aanmerking komen;
- III. een nadere bezinning op de scheiding care - cure zoals deze nu bestaat ten aanzien van de GGZ.

Deel twee, een advies op basis van de op dit terrein uitgevoerde onderzoeken, zal in 2010 worden afgerond.

Ten aanzien van het derde voornemen kunnen wij u melden dat in 2009 een nadere verkenning zal plaatsvinden van intramurale GGZ-onderdelen die mogelijk voor overheveling naar de Zvw in aanmerking komen (bijvoorbeeld het voortgezet verblijf). In 2009 zullen scenario's voor overheveling worden uitgewerkt. Wij zullen u na de afronding hiervan informeren over onze bevindingen.

In deze brief zullen wij met name onze plannen voor het eerste deel, de overheveling van de reactiveringszorg per 1 januari 2010, verder uitwerken. Zorgvuldigheid staat wat ons betreft voorop bij deze overheveling.

Uit ervaring met de overheveling GGZ blijkt dat een continue, open dialoog met veldpartijen van groot belang is. Tijdens een bestuurlijk overleg eind maart/ begin april 2009 zullen we in gezamenlijkheid de balans opmaken en een definitief besluit nemen over de haalbaarheid van de overheveling per 1 januari 2010.

In deze brief willen wij aandacht besteden aan zowel inhoudelijke als meer technische aspecten van de overheveling.

Ten aanzien van de inhoudelijke kant gaat deze brief in op:

- de definitie: wat verstaan we onder somatische revalidatiezorg;

- het doel van de overheveling: waarom willen we de overheveling;
- de afbakening: wat wordt er precies overgeheveld.

Daarnaast komt een aantal systeemtechnische aspecten aan de orde, waaronder de financiering en bekostiging. Tot slot gaan wij in op de communicatie met het veld.

Definitie

In het vervolg spreken wij – in lijn met het pakketadvies 2007 van het CVZ – over somatische revalidatiezorg in plaats van over reactiveringszorg. Revalidatiezorg in de AWBZ is goed af te bakenen. Het betreft kortdurende, op herstel en terugkeer naar huis gerichte zorg die volgt op een ziekenhuisopname en veelal in een verpleeghuis wordt geleverd.

In de praktijk blijkt het vooral te gaan om de volgende cliëntencategorieën: CVA (beroerte), heup- en knieprothesen, overige orthopedie (trauma), amputaties en overige kortdurende somatische opnames.

Hoewel revalidatiezorg kortdurend van aard is, liggen het tempo en de intensiteit van de revalidatie bij deze groep (vaak oudere) cliënten lager dan bij cliënten die revalideren in revalidatiecentra. De leerbaarheid en trainbaarheid van deze laatste groep is in het algemeen groter, waardoor zij een sneller en intensiever revalidatietraject kunnen doorlopen.

De kortdurende revalidatiezorg op somatische grondslag kan in dagbehandeling of intramuraal worden geleverd. In termen van de AWBZ geldt dat er in beide gevallen sprake is van de functie 'behandeling'. Bij intramurale zorg is tevens de functie 'verblijf' van toepassing.

Doel overheveling

De overheveling van de revalidatiezorg is in eerste instantie bedoeld om een impuls te geven aan de kwaliteit van de revalidatiezorg voor kwetsbare, veelal oudere personen met multimorbiditeit. Ook voor hen geldt dat de kans op herstel van het functioneren optimaal is als de revalidatiezorg direct aansluitend op de medisch specialistische behandeling wordt ingezet. Dit kan worden gerealiseerd door de zorg in een keten te organiseren en daarin de behoeften van de cliënt centraal te stellen. Met andere woorden, de zorgvraag van de cliënt is leidend, niet het zorgaanbod van de instellingen. Ketenzorg is een belangrijke manier om de kwaliteit en zorguitkomsten voor de cliënt te verbeteren.

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg¹ biedt ketenzorg meerwaarde door kortere wachttijden, betere overdracht van informatie en betere samenhang in diensten. De grootste belemmering voor het tot stand brengen van goede ketenzorg is het bestaan van schotten in organisatie en financiering.

Eén financierings- en sturingssysteem draagt bij aan een goede afweging van alternatieven (welke vorm van zorg is het best voor de cliënt) en dus een betere organisatie van de zorgketen. Zorgverzekeraars krijgen in de nieuwe situatie een (financieel) belang om de zorg voor hun cliënten zo goed en efficiënt mogelijk te regelen. Vooraf maken de betrokken partijen – ziekenhuizen, verpleeghuizen en zorgverzekeraars – afspraken over de optimale zorg voor de verschillende cliëntencategorieën op basis van te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijnen. Daarnaast is het belangrijk om vooraf duidelijke afspraken te maken over verantwoordelijkheden en zorgregie.

Naast deze kwaliteitsimpuls, zijn uiteraard ook de afbakening van de AWBZ en de financiële houdbaarheid van de AWBZ redenen om de somatische revalidatiezorg naar de Zvw over te hevelen. De op herstel gerichte zorg past niet in een AWBZ die zich richt naar mensen met een langdurige, chronische aandoening of beperking, van wie de zelfredzaamheid voor langere tijd is aangetast.

Tot slot zorgt de overheveling voor meer logica in de financiering: revalidatiezorg die geleverd wordt door revalidatiecentra valt ook al onder de Zvw.

¹ Beter zonder AWBZ? Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2008.

Afbakening

Een duidelijke afbakening van het begrip revalidatie is een essentiële voorwaarde voor zorgvuldige overheveling. We moeten immers haarscherp in beeld hebben wát er over gaat naar de Zvw, om te voorkomen dat er mensen tussen de wal en het schip zullen vallen. Zoals gezegd beperken wij ons bij de overheveling tot de somatische revalidatiezorg die door verpleeghuizen wordt geleverd (al dan niet in combinatie met verblijf) ná een ziekenhuisopname.

Het sluitstuk van de zorgketen, te weten de zorg die thuis geleverd wordt en meer gericht is op zelfredzaamheid thuis, laten wij (voorlopig) buiten beschouwing. De voornaamste overweging hierbij is dat het op dit moment niet goed mogelijk is om de revalidatiecomponent te destilleren uit de verschillende AWBZ-functies als begeleiding, persoonlijke verzorging en verpleging².

Deze functies blijven daarom voorlopig via de AWBZ gefinancierd.

Wellicht ten overvloede merk ik hierbij op dat het niet gaat om ziekenhuisverplaatste zorg, waarbij de zorg die onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist in de thuissituatie wordt geboden, onder de Zvw valt. Hierover heb ik u geïnformeerd bij brief van 23 december 2008 ('Spoorboekje ziekenhuisverplaatste zorg; kenmerk DLZ/KZ-U-2902886).

We zullen het bovenstaande aan de hand van een voorbeeld toelichten:

"Meneer Pieterse is 78 jaar en woont zelfstandig in een ouderenflat. Als meneer Pieterse een hersenbloeding krijgt, wordt hij voor behandeling opgenomen in het ziekenhuis (Zvw). Nadat de medisch specialistische behandeling is afgerond, besluit de behandelend arts of de cliënt in aanmerking komt voor revalidatie in een verblijfssetting. In de huidige situatie wordt meneer Pieterse – op basis van een standaard indicatieprotocol (SIP) van het CIZ - overgeplaatst naar een verpleeghuis. Dit valt nu onder de AWBZ. Na de overheveling is het niet het CIZ, maar de behandelend arts die – op basis van vooraf gemaakte afspraken over het optimale zorgpad – bepaalt hoe het revalidatietraject eruit ziet. De revalidatiezorg die vanuit het verpleeghuis wordt geleverd, valt dan onder de Zvw. Meneer Pieterse verblijft acht weken in een verpleeghuis om te revalideren. Hij wordt onder andere behandeld door een fysiotherapeut, een ergotherapeut, een logopedist en een psycholoog. Na acht weken is meneer Pieterse zodanig hersteld dat hij terug naar huis kan. De behandeling is echter nog niet voltooid en twee maal per week ontvangt hij dagbehandeling in het verpleeghuis (nu AWBZ, straks Zvw). Daarnaast heeft meneer Pieterse door de hersenbloeding lichamelijke beperkingen. Er is geen mantelzorg beschikbaar in zijn omgeving, zodat hij hulp nodig heeft bij het wassen en aankleden en het toedienen van medicijnen. De thuiszorg die meneer Pieterse vooraf ook al kreeg, kan hem hierin ondersteunen (blijft AWBZ). Daarnaast ontvangt hij huishoudelijke hulp, die door de gemeente wordt geregeld vanuit de WMO."

Door wel dagbehandeling/ dagrevalidatie aansluitend aan de intramurale revalidatie mee te nemen in de overheveling sluiten wij aan bij de toenemende extramuralisering. Uit onderzoek blijkt dat een deel van de cliënten bij een goed aanbod van dagrevalidatie na intramurale revalidatie eerder naar huis zou willen én kunnen. In de nieuwe bekostigings- en financieringsstructuur zal er een prikkel ontstaan om cliënten waar mogelijk in de thuissituatie te behandelen.

Thans laten wij nader onderzoek verrichten naar de aard en omvang van dagbehandeling/ dagrevalidatie die verpleeghuizen aan revalidatiecliënten bieden aansluitend aan de intramurale revalidatie. Eind maart zijn de uitkomsten van dit onderzoek bekend.

² In de eerste helft van 2009 worden er cliëntprofielen opgesteld, die de basis zullen vormen voor extramurale zorgzwaartepakketten (EZP's). Gewenst eindresultaat is een beperkt aantal samenhangende pakketten van AWBZ-zorg (verpleging, verzorging, behandeling en/of begeleiding) die passen bij duidelijk te onderscheiden cliëntgroepen. De op *herstel gerichte AWBZ-zorg* zal een van de categorieën vormen. Doordat ook de extramurale AWBZ-zorg wordt gedefinieerd in termen van cliëntgroepen, wordt de aansluiting met de keten van revalidatiezorg naar verwachting een stuk makkelijker. Op basis hiervan kan in

een later stadium alsnog besloten worden om de thuiszorg voor de revaliderende cliënt onder de Zvw te brengen.

Overgang naar de Zvw: financiering en bekostiging

Het overhevelen van zorg van de AWBZ naar de Zvw betekent dat de systematiek van de Zvw van toepassing zal zijn op de somatische revalidatiezorg. Dit brengt op een aantal punten veranderingen met zich mee, waaronder de financiering (o.a. eigen bijdrage) en de bekostiging van de zorg.

1. Eigen bijdrage

Voor AWBZ-zorg, en dus ook revalidatiezorg binnen verpleeghuizen, geldt een eigen bijdrage. De eigen bijdrage voor *intramurale* zorg is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage die gebaseerd is op het aantal dagen dat een cliënt in het betreffende jaar in de instelling verblijft. De eigen bijdrage voor *extramurale* zorg is een inkomensafhankelijke eigen bijdrage die afhankelijk is van het aantal uren zorg.

Na overheveling valt de somatische revalidatiezorg onder het regime van de Zorgverzekeringswet. De Zorgverzekeringswet kent geen systeem van inkomensafhankelijke eigen bijdragen. Het handhaven van een aparte inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor revalidatiezorg in verpleeghuizen - naast het verplicht eigen risico van de Zorgverzekeringswet - ligt dan ook niet voor de hand. Bovendien zou het technisch lastig uitvoerbaar zijn en leiden tot hoge uitvoeringskosten. De inkomensafhankelijke bijdrage voor revalidatiezorg zoals deze nu binnen de AWBZ geldt, komt dan ook na de overheveling te vervallen.

De precieze budgettaire effecten van het afschaffen van de eigen bijdrage voor revalidatiezorg zijn op dit moment nog niet geheel duidelijk, maar zijn naar verwachting beperkt. Deze eventuele meerkosten zullen worden gedekt binnen het BKZ (Budgettair Kader Zorg). Zodra er meer duidelijkheid bestaat over de wijze waarop dit gebeurt, zal ik u nader informeren .

2. Bekostiging

De bekostiging in de AWBZ verloopt anders dan binnen de Zvw. Om de somatische revalidatiezorg na overheveling op de in de Zvw gebruikelijke wijze te kunnen bekostigen, zijn wij voornemens om voor de revalidatiezorg in verpleeghuizen DBC's (diagnose behandel combinaties) in te voeren. Hierbij zullen we zoveel mogelijk aansluiting zoeken bij de reeds bestaande DBC's voor de revalidatiecentra. In 2009 zal een projectgroep de toepasbaarheid van de revalidatie DBC's onderzoeken en zullen de verpleeghuis DBC's aangepast/ontwikkeld worden. Begin 2010 zal een beperkt aantal koploperinstellingen - naast bekostiging en financiering op basis van de oude budgetparameters - gaan registreren in DBC's. Deze periode van registreren en proefdraaien is bedoeld om eventuele kinderziekten in een vroeg stadium op te sporen. Essentiële randvoorwaarde is de beschikbaarheid van een goed geautomatiseerd registratiesysteem. De volgende fase bestaat uit het vaststellen van de definitieve productstructuur (dat wil zeggen uit welke activiteiten/producten de revalidatiezorg bestaat) en de kostprijzen. Naar verwachting zullen in 2012 alle instellingen gaan registreren in DBC's en zullen ook de bekostiging en financiering in DBC's plaats kunnen vinden. Samen met de NZa werken wij aan een scenario voor een soepele overgang van de AWBZ naar de Zvw voor wat betreft bekostiging en financiering. Het is mijn streven om de uitvoeringslasten voor instellingen zo beperkt mogelijk te houden. Hierover zal ik u na de zomer nader informeren

Communicatie met het veld

Goed overleg en een open dialoog met de betrokken veldpartijen vinden wij zoals reeds aangegeven van groot belang. Draagvlak in de sector is voor ons een cruciale randvoorwaarde voor overheveling per 1 januari 2010. Organisaties als de Nederlandse Zorgautoriteit, het College voor Zorgverzekeringen en het Centraal Indicatieorgaan Zorg zijn vanaf het begin bij het traject betrokken. Daarnaast hechten wij grote waarde aan betrokkenheid van de brancheorganisaties³.

Naast periodiek overleg op ambtelijk niveau zal er in het voorjaar van 2009 een bestuurlijk overleg plaatsvinden waarbij we in gezamenlijkheid de balans zullen opmaken, de haalbaarheid beoordelen en een definitief besluit nemen over de overheveling. In de besluitvorming over het vervolgtraject zal tevens nadrukkelijk rekening worden gehouden met de gevolgen van de overheveling voor zorginstellingen en cliënten. Vanzelfsprekend zullen wij u op de hoogte brengen van de resultaten van dit overleg.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hoogachtend,
de staatssecretaris van
Volksgezondheid, Welzijn
en Sport,

dr. A. Klink

mw. dr. J. Bussemaker

3 ActiZ, Revalidatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, Vereniging van Revalidatieartsen, en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Bijlage 3. Financiering en bekostiging van revalidatiezorg in verpleeg- en verzorgingshuizen

Financiering en bekostiging van revalidatiezorg in verpleeg- en verzorgingshuizen

Volgens de laatst bekende cijfers waren er in 2003 ongeveer 1.700 instellingen voor verpleging en verzorging met verblijf ([CBS, 2005](#)). Het aantal verzorgingshuisplaatsen is afgenomen van 126.000 in 1995 naar 99.000 in 2006; het aantal bedden in verpleeghuizen is in deze periode gestegen van 55.000 naar 62.000. Het aantal gecombineerde verpleeghuizen neemt steeds verder toe; ruim de helft van de verpleeghuizen is gefuseerd met één of meer verzorgingshuizen ([CBS, 2005](#)).

Verpleeg- en verzorgingshuiszorg

Eind 2006 telde de verpleeghuiszorg 63.000 intramurale cliënten met een indicatie 'verblijf met behandeling'. Ongeveer 60% van de cliënten is opgenomen voor psychogeriatrische zorg. De gemiddelde leeftijd van de verpleeghuisbewoners bedraagt 82 jaar. Jaarlijks verzorgen de verpleeghuizen dagactiviteiten voor 12.200 mensen. Steeds vaker wordt verpleeghuiszorg ook buiten het traditionele verpleeghuis verstrekt, dat wil zeggen bij mensen thuis.

Eind 2006 telde de verzorgingshuiszorg ruim 100.000 intramurale cliënten met een indicatie 'verblijf zonder behandeling.' Nog eens 55.000 mensen maken jaarlijks gebruik van andere diensten, zoals tijdelijke opname, dagactiviteiten en nachtverzorging.

Aard van de zorg³⁷

Verpleeghuiszorg richt zich op mensen die niet in staat zijn om zelfstandig hun leven te leiden en die voor kortere of langere tijd veel zorg van deskundigen nodig hebben. Afhankelijk van de ondersteuningsbehoefte van de cliënt en zijn (medische) conditie worden onder andere verplegenden, verzorgenden, fysiotherapeuten en logopedisten ingezet. De (coördinatie van de) medische zorg is in handen van speciaal opgeleide verpleeghuisartsen (vha). In vergelijking met het verzorgingshuis vinden er in een verpleeghuis meer activiteiten in groepsverband plaats. Zo eten de bewoners meestal gezamenlijk en verblijven zij overdag in gemeenschappelijke leefruimten. Verpleeghuizen leveren veelal ook diverse andere vormen van zorg, zoals:

Tijdelijke opname

Hierbij gaat het om tijdelijke complexe zorg en/of behandeling waarbij opname in een ziekenhuis niet langer noodzakelijk is. De zorg richt zich op herstel van de cliënt, op verlichting voor de mantelzorger, op reactivering, revalidatie en/of observatie en op diagnostiek.

Palliatief terminale zorg

Dit is zorg voor cliënten waarvan de verwachting is dat zij medisch gezien niet genezen. Het streven is erop gericht om de symptomen te verlichten. Behalve voor de fysieke verzorging is er aandacht voor de

³⁷ Informatie ontleend aan www.actiz.nl

psychologische, emotionele en sociale aspecten van het levenseinde. Deze zorgverlening strekt zich ook uit tot de nabestaanden.

Dag- en nachtbehandeling

Verpleeghuizen kennen verschillende vormen van dag- en nachtbehandeling. Nachtbehandeling is bedoeld voor mensen voor wie thuis geen toereikende zorg beschikbaar is. Zij logeren één of meerdere nachten per week in een verpleeghuis. De zorg die zij nodig hebben is meestal complex van aard. Bij dagbehandeling komen mensen één of meerdere dagdelen per week naar het verpleeghuis voor begeleiding en behandeling in groepsverband.

Verpleeghuiszorg thuis

Verpleeghuiszorg wordt, gedeeltelijk of volledig, ook bij mensen thuis geboden; dit gebeurt veelal in woningen die daarvoor bestemd zijn.

Mensen die gebruik maken van verzorgingshuiszorg wonen in principe zelfstandig, in een appartement van de zorgorganisatie, in een aanleunwoning, in een 'geclusterde' woning of in een andere thuissituatie. De zorg omvat verzorging, verpleging en/of begeleiding. Cliënten kunnen daar 24 uur per dag een beroep op doen. Veelal vormen ook de maaltijden onderdeel van de dienstverlening. Medische zorg wordt geleverd door de huisarts. Als het nodig is, schakelt hij andere deskundigen in. Behalve verzorging, verpleging en begeleiding, bieden zorgorganisaties veelal ook andere zorgvormen.

Toegang tot de zorg

Voor opname in een verpleeghuis is een indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Financiering en bekostiging van de zorg

Met het oog op een mogelijke overheveling van reactiveringszorg in verpleeghuizen van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet volgt hieronder een beschrijving van de financiering van deze zorg.

Intramuraal

Het budget van verpleeghuizen is voor het intramurale deel opgebouwd uit een nacalculerbaar gedeelte en een niet-nacalculerbaar gedeelte. Het nacalculerbare gedeelte heeft voornamelijk betrekking op de kapitaalslasten. Vóór 2011 is van een productieafhankelijke vorm van financiering geen sprake.

Het niet-nacalculerbare gedeelte van het verpleeghuisbudget bestaat in 2009 voornamelijk uit de volgende elementen:

- een bedrag per te bezetten bed (€ 31.500)
- een bedrag per gerealiseerde verpleegdag (€ 60)
- een bedrag per gerealiseerde verpleegdag CVA (€ 110)

In 2010 verandert dit ingrijpend. Bekostiging gaat plaatsvinden op basis van gerealiseerde Zorgzwaartepakketten (ZZP's).

De prijzen van de ZZP's in de V&V variëren van € 55 tot € 230 per gerealiseerde dag. De prijs voor ZZP-9 V&V is voor een zorgaanbieder niet toegelaten voor behandeling € 130; voor behandeling € 185 is dat wel het geval. Het verschil tussen beide prijzen is behandeling, die wel of niet ten laste van de AWBZ komt. Voor CVA is een toeslag van € 25 per dag van kracht (zie bijlage 1). Uit de genoemde bedragen bestrijden zorgaanbieders alle kosten, individuele kunst- en hulpmiddelen uitgezonderd.

Voor dure geneesmiddelen geldt een speciale regeling. Als de kosten voor geneesmiddelen hoger zijn dan € 1200 per maand, dan kunnen de zorgaanbieder en het zorgkantoor overeenkomen om maximaal 90% extra in te calculeren. (zie bijlage 2)

Extramuraal

De extramurale bekostiging vindt plaats op basis van gerealiseerde extramurale zorgprestaties. Voor reactivering zijn uren verpleging (€ 70) en somatische dagbehandeling (€ 60 per dagdeel) het belangrijkste. Naast deze producten is er onder voorwaarden sprake van een behandelingstarief voor de verpleeghuisarts (€ 100 per uur). Dit tarief heeft nauwelijks een relatie met reactivering.

Enkele elementen van de bekostiging van revalidatiezorg in verpleeghuizen nader toegelicht*Cliëntprofiel ZZP-9 V&V herstelgerichte verpleging en verzorging*

Deze cliëntgroep heeft op basis van een doorgemaakte operatie of/een aandoening (bijvoorbeeld een CVA of een knie- en heupoperatie), die doorgaans plaatsvindt na een klinisch zorgtraject, behoefte aan (geprotocolleerde) herstelgerichte zorg met behulp van behandeling door een multidisciplinair team, en dit in een tijdelijke verblijfssituatie met een therapeutisch leefklimaat.

De cliënten hebben bij hun *sociale redzaamheid* in het algemeen toezicht of stimulatie nodig. Wat de complexere taken en het huishoudelijke leven betreft, is vaak overname van zorg nodig. De begeleiding is gericht op het weer oppakken van allerlei zaken en/of het leren omgaan met de nieuwe situatie.

Ten aanzien van de *psychosociale/cognitieve functies* hebben de cliënten af en toe hulp, toezicht en sturing nodig; dit is vooral gevolg van beperkingen op het gebied van concentratie en motivatie.

Wat hun algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) betreft, hebben de cliënten bij hun binnenkomst veelal overname van zorg nodig. In de loop van de tijd neemt deze zorgbehoefte meestal af. Bij eten en drinken is meestal uitsluitend toezicht en stimulatie nodig. Soms zijn de beperkingen blijvend. Bij de overgang naar huis zal de vereiste advisering en instructie plaatsvinden.

Ten aanzien van hun *mobiliteit* hebben deze cliënten vooral in het begin hulp nodig. Bij verplaatsing buitenshuis is vaak overname van zorg noodzakelijk, bij het voortbewegen binnenshuis kan hier ook behoefte aan zijn. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek van deze cliënten in het algemeen.

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

Bij cliënten met het profiel ZZP-9 is meestal geen sprake van *gedragsproblematiek*.

Meestal is evenmin sprake van *psychiatrische problematiek*.

De *aard van het begeleidingsdoel* is ontwikkelingsgericht.

De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De *zorgverlening* kan voortdurend in de nabijheid worden geleverd. Bij deze cliëntgroep is sprake van veel inzet van behandelaars.

Hun *beperkingenbeeld* verandert zeer snel.

De *dominante grondslagen* voor dit cliëntprofiel zijn zowel een somatische ziekte/aandoening als een psychogeriatrische ziekte/aandoening, mits er sprake is van een revalidatiesituatie.

De *cliëntgroep* is:

Revalidatiecliënten in het verpleeghuis.

Toeslag Cerebrovasculair Accident (CVA)

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>Grondslag & doelgroep: ZZP 9</p>
<p>Voorwaarden: Er dient sprake te zijn van een indicatie voor ZZP VV9. De toeslag kan niet langer dan gedurende de eerste 8 weken van de revalidatiezorg worden toegekend. De toeslag kan niet gepaard gaan met een andere toeslag voor dezelfde cliënt.</p>

Beschrijving functie behandeling

<p>BH-Basis som/pg/ lg/vg (Behandeling i.v.m. psychogeria-trie, somatiek, verstande-lijke, zintuig-lijke of lichamelijke handicap) (H 328)</p>	<p>Doel: Behandeling – niet gangbaar vanuit de curatieve zorg (ZVW) – gericht op personen met chronische gezondheidsproblemen en beperkingen. Grondslag: een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap Behandeling kan de volgende inhoud hebben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1. functionele diagnostiek door een verpleeghuisarts of AVG, bestaande uit multidisciplinair onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft; • 2. consulten door een VPH-arts of AVG, gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg; • 3. specifieke CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg). De behandeling vindt plaats onder verantwoordelijkheid van en onder regie van een VPH-arts of AVG met kennis van specifieke doelgroepen.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vorm:

Ad 1: Kortdurende multidisciplinaire diagnostiek, gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren voorzover mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid), bij complexe problematiek.

Ad 2: een medisch consult kan worden geleverd door een verpleeghuisarts (VPH-arts) of een arts verstandelijk gehandicapten (AVG). Een consult kan bestaan uit:

- a. face-to-face-contact of een telefonisch behandlingscontact met een verzekerde;
- b. gericht overleg met de behandelend arts van verzekerde.

Het gaat om een beperkt (5 tot 10) aantal contacten per verzekerde per jaar.

De gespreksduur per telefonisch contact is ononderbroken minimaal 15 minuten. De contacten zijn onderdeel van het behandelplan; er dient een aantekening van elk telefonisch contact te worden gemaakt in het patiëntendossier. Per dag kan per verzekerde maximaal één telefonisch contact worden geregistreerd.

Ad 3: Behandeling door VPH-arts of AVG van meervoudig zorgbehoevende mensen die binnen de AWBZ zijn aangewezen op CSLM-zorg (continue, systematische, langdurige, multidisciplinaire zorg). De VPH-arts of AVG heeft de regie en eindverantwoordelijkheid, en kan naast de eigen inzet meerdere disciplines met kennis van specifieke doelgroepen aansturen om het behandelgoal te bereiken. Voor onderlinge afstemming bestaat er periodiek multidisciplinair overleg.

Voorwaarden:

Ad 1: De declarerende zorgaanbieder heeft met het zorgkantoor productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de VPH-arts of AVG en het aantal cliënten. De regie en eindverantwoordelijkheid ligt bij de VPH-arts of AVG. Primaire diagnostiek is reeds verricht.

Ad 2: De declarerende zorgaanbieder heeft met het zorgkantoor productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van het aantal consulten en het aantal cliënten. De behandelaar (VPH-arts of AVG) staat onder contract van de zorgaanbieder. Inzet van paramedische deskundigheid is onder deze prestatie niet mogelijk.

Ad 3: De declarerende zorgaanbieder heeft met het zorgkantoor productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de VPH-arts of AVG en het aantal cliënten. De regie en eindverantwoordelijkheid ligt bij de VPH-arts of AVG. Onderlinge afstemming in een multidisciplinair overleg is noodzakelijk.

Doelgroep: SOM, PG, LG, VG en ZG

Bijlage 4. Financiering en bekostiging van revalidatiezorg in revalidatiecentra

Financiering en bekostiging van revalidatiezorg in revalidatiecentra

Er zijn op dit moment 24 revalidatiecentra verspreid over heel Nederland, die in totaal 1.690 erkende bedden en 956 poliklinische behandelplaatsen hebben. Drie revalidatiecentra kennen uitsluitend poliklinische behandelplaatsen. Eén instelling heeft zich gespecialiseerd in cardiologische revalidatie. De spreiding van de algemene centra is goed te noemen, maar door het relatief kleine aantal is de gemiddelde afstand voor patiënten tot een revalidatiecentrum vele malen groter dan tot een verpleeghuis. In revalidatiecentra wordt onderscheid gemaakt in klinische, poliklinische en semi-klinische behandeling. Deze laatste behandeling is vergelijkbaar met de dagbehandeling in verpleeghuizen. Patiënten volgen overdag een intensief programma, maar zijn 's avonds en 's nachts gewoon thuis. Daarnaast bestaan er allerlei tussenvormen van behandeling, bijvoorbeeld therapeutische peutergroepen en revalidatiebehandeling die op kinderdagverblijven plaatsvindt.

Revalidatiecentra kennen een eigen budgetsystematiek waarbij revalidatiebehandelingen en verpleegdagen de parameters vormen waarmee het budget is opgebouwd. Op dit budget vindt jaarlijks nacalculatie plaats. Alle revalidatie-artsen binnen revalidatiecentra zijn in loondienst.

DBC's revalidatie

Revalidatiecentra kennen sinds 1 januari 2009 DBC's die zij registreren en vervolgens aan zorgverzekeraars declareren. De productstructuur van de DBC's 'revalidatie' sluit aan bij de DBC's die ziekenhuizen sinds 2005 kennen.

Opbouw productstructuur DBC's 'revalidatie'

Er zijn drie hoofdgroepen behandeling: consultair, poliklinisch en klinisch. Daarnaast zijn er zogenaemde specialistische revalidatiebehandelingen (SRB's), die nooit op zichzelf staan, maar altijd complementair aan een al lopende DBC plaatsvinden. Het onderscheid tussen kinderen en volwassenen en tussen Mytyl en Tytyl is in de producttypering vervallen. In de analyses is geen onderscheid tussen deze groepen gevonden.

De poliklinische en consultaire producten zijn onderverdeeld in meerdere zwaarteklassen; daarbinnen is sprake van een onderverdeling naar intensiteit. Om de grenzen tussen de zwaarteklassen te bepalen, is het volgende uitgangspunt gehanteerd: minder grenzen verkleint de mogelijkheid tot strategisch gedrag. Voorwaarde is wel dat er in de klasse sprake is van voldoende volume per instelling en vermeden wordt dat revalidatiecentra prijsrisico lopen wanneer het volume in een zorgzwaarteklasse klein is bij een hoge prijs.

De klinische producten zijn verder onderverdeeld naar behandelintensiteit om, in plaats van uitsluitend de verpleegduur (kosten), de behandelinspanning (inhoud) te waarderen. De

revalidatiecentra registreren de behandelinspanning in tijd³⁸ en de verpleegduur in dagen. De klinische producten kennen meerdere zwaarteklassen voor de hoeveelheid ontvangen behandeling of therapie. Door de introductie van 'behandelintensiteit' (dat is de verhouding tussen de behandelingsduur en de verpleegduur) is de mogelijkheid tot strategisch gedrag met betrekking tot verpleegduur beperkt. Dit omdat een langere verpleegduur bij gelijkblijvende behandelingsduur leidt tot een minder intensief product met een lagere prijs. Bij het ontwerp van de zwaarteklassen is uitgegaan van een beperkte bandbreedte van de klassen, dit om de prijzen bij de overgang tussen klassen op elkaar te laten aansluiten.

DBC's 'revalidatie' versus DOT

De nu ontwikkelde DBC-typering levert eenduidig gedefinieerde DBC-producten op die volledig afleidbaar zijn. Hiermee is de aansluiting op DOT³⁹ gewaarborgd. Er is echter geen sprake van een significante relatie tussen de diagnose en de uitgevoerde behandeling. Hierdoor zullen de beslisbomen binnen DOT voor iedere diagnose gelijk zijn. Op basis van de nu voorgestelde zorgactiviteiten is DBC-Onderhoud echter wel in staat om DBC's af te leiden, zowel technisch als inhoudelijk.

Doorontwikkelagenda

Eind 2009 zal in het kader van regulier onderhoud een analyse plaatsvinden van de productstructuur voor revalidatie-DBC's op basis van de nieuwe, aangevulde declaratiedata. Daarnaast zal aandacht worden besteed aan een aantal specifieke onderdelen die voor (door)ontwikkeling in aanmerking komen, te weten:

- In het revalidatiemodel meer efficiëntieprikkels inbrengen.
- Kostprijzen actualiseren naar aanleiding van een nieuwe audit en de bevindingen in het analyseverslag.
- Een multidisciplinair spreekuur instellen, waarbij meerdere disciplines aanschuiven.
- Volledige aansluiting van de revalidatiegeneeskunde bij de planning en de structuur van DOT.
- Hartrevalidatiemodules integreren in de productstructuur.

Bovenstaande doorontwikkelingen zijn beschreven en worden geleid door Revalidatie Nederland. Over de voortgang vindt periodiek overleg plaats tussen Revalidatie Nederland, DBC-Onderhoud en de NZa.

³⁸ Het uurtarief voor medisch specialisten is hierbij leidend.

³⁹ DOT wordt momenteel door DBC-Onderhoud uitgewerkt en staat voor 'DBC's Op weg naar Transparantie'. Dit moet leiden tot een aangepast en sterk vereenvoudigd DBC-systeem.

Bijlage 5. Dure geneesmiddelen

Dure geneesmiddelen

Verpleeghuizen

1 Aanpassing van de aanvaardbare kosten

De aanvaardbare kosten jaar t kunnen worden gewijzigd als gevolg van de nacalculatie op de kosten van geneesmiddelen wanneer en voor zover deze onder medisch toezicht in en vanwege het verpleeghuis verstrekt zijn en waarbij voldaan moet zijn aan onderstaande criteria (zie 2). Uitgangspunt is dat maximaal 90% van de werkelijke kosten voor nacalculatie in aanmerking komt. De instelling en het zorgkantoor kunnen het principe van nacalculatie en het percentage per stofnaam dat zij daarbij maximaal hanteren lokaal overeenkomen. Dit betekent dat het zorgkantoren eenzijdige vaststellingsverzoeken zonder inhoudelijk oordeel afwijzen.

2 Voorwaarden op basis waarvan geneesmiddelen voor nacalculatie in aanmerking komen (niet-limitatieve lijst)

- Stringent beperkt tot geneesmiddelgebruik waarvan de kosten per maand per patiënt meer bedragen dan € 1.200,-.
- Een stofnaam komt niet in aanmerking voor nacalculatie wanneer hierdoor substitutie zou worden bevorderd van een relatief goedkopere behandelingsmethode door een veel duurder medicinaal alternatief.
- Er moet sprake zijn van rationele farmacotherapie. Dit is de behandeling, de preventie of de diagnostiek van een aandoening met een geneesmiddel in een vorm die voor de patiënt geschikt is, waarvan de werkzaamheid/effectiviteit uit wetenschappelijke literatuur blijkt en die tevens voor de verzekering en de instelling het meest economisch is (bron: Farmaceutisch Kompas 2003). Farmacotherapie is uitsluitend rationeel wanneer deze wordt ingezet ten behoeve van de indicatie waarvoor het geneesmiddel geregistreerd is en wanneer deze onder beroepsgenoten in dienst van een vergelijkbare instelling gebruikelijk is.
- De medicijnen vallen onder regulier voorschrijfgedrag in verpleeghuizen.
- Verpleeghuizen kunnen de toeslag niet voor dezelfde patiënt tegelijkertijd met de toeslag voor verpleging van aidspatiënten in rekening brengen.

3 Hantering van het prijsbegrip

Voor het bepalen van de kosten van de geneesmiddelen die voor nacalculatie in aanmerking komen en die voldoen aan de criteria die hiervoor onder 2 zijn genoemd, wordt uitgegaan van de netto inkoopprijs. Dat is de inkoopprijs van het geneesmiddel die het verpleeghuis heeft betaald na aftrek van eventuele bonussen en kortingen.

Uitgangspunt voor het bepalen van de nacalculatie is de goedkoopste variant, ongeacht het inkoopkanaal. Het verpleeghuis wordt geacht alle inkoopvoordelen van het dure geneesmiddel, ook wanneer zij die op een indirecte manier aan het ziekenhuis verlenen (bijvoorbeeld in de vorm van een assortimentskorting), in mindering te brengen op de kosten van dat geneesmiddel die zij berekenen.

Revalidatiecentra

Revalidatiecentra kennen dezelfde regeling voor dure geneesmiddelen als ziekenhuizen. Dit betekent dat revalidatiecentra op dit moment 80% van de inkoopkosten van dure geneesmiddelen die op de lijst met stofnamen bij de beleidsregel CI-1087 'Dure Geneesmiddelen' voorkomen (limitatieve lijst), vergoed krijgen via het budget. In de praktijk is zichtbaar dat revalidatiecentra met name het dure geneesmiddel 'Botox' toedienen en daarvoor via het budget 80% van de inkoopkosten opvoeren.

Overigens bestaat het voornemen⁴⁰ om in de toekomst de bekostiging van dure en weesgeneesmiddelen voor medisch specialistische zorg (dus ook voor revalidatiecentra) te laten verlopen binnen een systeem van prestatiebekostiging door middel van afzonderlijk declarabele prestaties. Het zal hierbij gaan om prestaties die gekoppeld zijn aan een DBC, zogeheten add-ons. De manier waarop dit plaats moet vinden, zal de NZa samen met DBC-Onderhoud en de branchepartijen nog uitwerken.

⁴⁰ Zie de brief 'Waardering III' van 19 december 2008 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, pag. 8.