

## **Bijlage**

### **Definitie en afbakening van de over te hevelen zorg**

Om helder te krijgen hoe de GRZ goed gedefinieerd en de over te hevelen zorg eenduidig afgebakend kan worden, hebben mijn medewerkers hierover met betrokken veldpartijen en professionals intensief gesproken. Er is overeenstemming over de producten die vanuit de AWBZ overgeheveld moeten worden, de inhoudelijke duiding van de over te hevelen zorg en de wijze waarop de zorg na overheveling in de aanspraken verwoord moet worden.

#### *De over te hevelen producten*

Er bestaat algemene overeenstemming dat de prestatieomschrijving van ZZP9 (herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging) de geriatrische revalidatiezorg bijna volledig dekt.

Slecht een klein deel (geschat wordt tien procent) van de ZZP9-herstelzorg past daar niet in en zal daarom achterblijven in de AWBZ. Het gaat om herstelzorg voor cliënten die zo kwetsbaar zijn dat een volwaardig multidisciplinair revalidatieprogramma volgend op ziekenhuisopname voor hen een brug te ver is. In de regel zal het gaan om cliënten die vóór opname in het ziekenhuis al een indicatie hadden voor behandeling met verblijf vanwege andere chronische aandoeningen, zoals ernstige psychogeriatrische problematiek. Zij zullen meestal ook na de herstelzorg een indicatie behouden voor intramurale AWBZ-zorg.

Daarnaast wordt ook de AWBZ-revalidatie in dagbehandeling overgeheveld. Daarvoor heeft de NZa een dekkende prestatiebeschrijving vastgesteld (H801).

#### *Inhoudelijke definitie van de zorg*

Inhoudelijk kan de over te hevelen zorg als volgt worden gedefinieerd:

- Er heeft medisch-specialistische diagnostiek/ interventie plaatsgevonden, waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname;
- De medisch-specialistische diagnostiek/ interventie is afgerond;
- In aansluiting hierop is behoefte aan revalidatie behandeling zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden en die een integrale en multidisciplinaire aanpak vereist;
- Naast de aandoening waarvoor de cliënt wordt gerevalideerd heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), die in combinatie tot verminderde leer- en trainbaarheid leiden;
- Het betreft revalidatie op basis van een behandelplan (vrijwel altijd in combinatie met verzorging en/ of begeleiding) die direct aansluit op een medische interventie door een medisch specialist;
- De behandeling richt zich op terugkeer naar de thuissituatie of het verzorgingshuis.

### *Aanspraak onder de Zvw*

Om de overheveling per 1 januari 2013 in gang te zetten, zal uiterlijk najaar 2012 in het Besluit Zorgaanspraken krachtens de Zvw de aanspraak op de geriatrische revalidatiezorg worden opgenomen met de volgende formulering: “Geriatrische revalidatiezorg zoals de specialist ouderengeneeskunde die pleegt te bieden”. Deze formulering heeft het CVZ geadviseerd en heeft ook de instemming van de veldpartijen.

### **Kwaliteit en doelmatigheid**

Alle betrokken partijen onderschrijven dat de overheveling vooral winst voor de cliënt moet opleveren, in de vorm van hogere kwaliteit van het geriatrische revalidatiezorgaanbod. Aanbieders en zorgprofessionals hebben aangegeven uit te zien naar de mogelijkheden die de overheveling in dit opzicht kan bieden, zoals betere en snellere indicatiestelling in het ziekenhuis, een kwalitatief hoogwaardig aanbod met meer variatie in zorgarrangementen en een goed werkende keten. De verbeteringen hoeven niet per se te betekenen dat de zorg duurder wordt. Integendeel, kern van de verbeteringen is namelijk een veel betere organisatie van de zorg in efficiënte en effectieve ketens. Ook extramuralisering van de zorg kan leiden tot betere maar niet duurdere zorg. Kwaliteit en doelmatigheid gaan hier hand in hand.

Betrokken branchepartijen, beroepsorganisaties en cliëntorganisaties hebben aangegeven deze kwaliteitsontwikkelingen verder te willen stimuleren en faciliteren.

De volgende vier ontwikkelingen kunnen worden genoemd:

1. De NPCF heeft met subsidie van VWS “Zorgpaden herstelgerichte zorg” ontwikkeld. Het gaat om zorgpaden vanuit het perspectief van cliënten die moeten revalideren als gevolg van een CVA, een gewrichtvervangende operatie, fracturen en andere diagnoses.<sup>1</sup>
2. De beroepsorganisatie van specialisten ouderengeneeskunde Verenso heeft in juli 2010 behandelkaders gepubliceerd voor kwalitatief goede GRZ.<sup>2</sup> Verenso heeft bijvoorbeeld een norm vastgesteld voor de minimale omvang van het aantal plaatsen per revalidatieafdeling.
3. Op verzoek van VWS heeft de NZa in 2011 zogenaamde transitietarieven geïntroduceerd die binnen de AWBZ een korte en intensieve revalidatiebehandeling mogelijk maakt.<sup>3</sup> Dit tarief komt bovenop het ZZP9-tarief, en mag in rekening worden gebracht als aanbieders de ligduur van cliënten die dat aan kunnen door middel van een intensievere behandeling met twee weken kunnen bekorten. Een transitietarief moet met het zorgkantoor zijn afgesproken en is kostenneutraal. Dit tarief zal ook in 2012 geldig zijn.

---

<sup>1</sup> Nederlandse Patiënten Consumentenfederatie, Zorgpaden herstelgerichte zorg: Wat patiënten belangrijk vinden, Utrecht juni 2010.

<sup>2</sup> Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde, Behandelkaders Geriatrische Revalidatie, Utrecht juli 2010.

<sup>3</sup> Nederlandse Zorgautoriteit, Beleidsregel CA-437, Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten, Utrecht juli 2010.

4. Op initiatief van Actiz en ZN en met steun van VWS zijn in 2011 zeventien regionale proeftuinen ingericht van samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Doel is - binnen de ruimte en mogelijkheden van nog gescheiden financiering - de ketenzorg voor geriatrische revalidatiecliënten meer effectief en efficiënt in te richten en een meer variabel zorgaanbod te ontwikkelen en te testen. Daarnaast wordt ook de samenwerking tussen de betrokken partijen in de keten gestimuleerd. Na de overheveling kunnen deze innovaties in zorgorganisatie en -producten binnen de Zvw-kaders verder worden ontwikkeld en – mits effectief en passend – sectorbreed worden uitgerold. De zorgpaden van de NPCF en het behandelkader van de Verenso zijn aan de proeftuinen als richtsnoeren aangereikt. In de proeftuinen wordt samengewerkt tussen ziekenhuizen, en verpleeghuizen, maar ook met revalidatieklinieken, thuiszorg, andere 1<sup>e</sup> lijnsorganisaties en zorgkantoren en –verzekeraars. De proeftuinen bieden een breed en divers palet aan nieuw aanbod. Voorbeelden zijn multidisciplinaire triage, transmurale begeleiding, revalidatiezorg thuis, nieuwe revalidatietechnieken gericht op zelfredzaamheid en ondersteuning van de mantelzorg. Ook zijn in alle proeftuinen de transitietarieven voor ZZP9 afgesproken waardoor een kort en intensieve intramurale revalidatiebehandeling mogelijk wordt. De verpleeghuizen binnen deze proeftuinen doen mee met de registratie van zorgactiviteiten, die in 2011 plaatsvindt ten behoeve van ontwikkeling van DBC's voor de geriatrische revalidatiezorg. Op deze wijze wordt in de ontwikkeling van de DBC's niet alleen het bestaande zorgaanbod, maar ook innovatieve elementen meegenomen. De uitkomsten van de proeftuinen (zowel op proces- als effectniveau) worden met financiële steun van de Regieraad Kwaliteit van Zorg en VWS gemonitord en zullen moeten leiden tot sectorbrede leidraden voor efficiënte en effectieve organisatie en inhoud van ketenzorg voor geriatrische revalidatiezorg.

Deze ontwikkelingen, die zich met name in de proeftuinen moeten gaan bewijzen, zijn belangrijk voor de noodzakelijke kwaliteitsimpuls. Daarvoor is tijd nodig. De proeftuinen zullen mogelijk in 2012 worden gecontinueerd.