



ETC TANGRAM

Onderzoek tarifiering revalidatie in verpleeghuizen

ETC Tangram
Leusden, 19 april 2010
R. van Balen
P.B.G. Peerenboom
J. Spek

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding.....	1
1.1.	Algemeen	1
1.2.	Uitvoering onderzoek.....	2
2.	Context.....	3
3.	Probleemverkenning	7
3.1.	Systematiek van bekostiging	8
3.2.	Prestatiebekostiging	9
3.3.	Beschrijving DBC-systematiek revalidatie branche.....	9
4.	Analyse	10
4.1.	Simulatie van het dynamische tarief	10
4.1.1.	Onderzoeksmateriaal	10
4.1.2.	Overige overwegingen en uitgangspunten	10
4.1.3.	Voorkeursvarianten voor klinische revalidatie (met verblijf).....	12
4.1.4.	De varianten gesimuleerd	14
4.1.4.a.	Simulatie degressieve tarief.....	15
4.1.4.b.	Simulatie klassentarief.....	16
4.2.	Prestatiemeting en weging	18
5.	Beschouwing.....	21
5.1.	Bekostigingsvarianten.....	21
5.2.	Prestatiemeting en weging	23
5.3.	Mogelijkheden voor implementatie	23
Bijlagen		
	Bijlage 1. Samenstelling klankbordgroep	29
	Bijlage 2. Oorspronkelijke vraagstelling	30
	Bijlage 3. Bekostiging bij het degressieve tarief	33
	Bijlage 4. Bekostiging bij het klastarief	34



1. Inleiding

1.1. Algemeen

De geriatrische revalidatie zoals die in verpleeghuizen plaatsvindt, zal in 2012 conform het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden overgeheveld. Vervolgens zal de bekostiging in 2013 via DBC's gaan verlopen.

In het afgelopen jaar is de revalidatiezorg nader gespecificeerd en beschreven (ZZP 9 V&V) en is een prestatie geformuleerd voor de revalidatie die in dagbehandeling plaatsvindt.

De NZa is door het ministerie gevraagd om door middel van een uitvoeringstoets advies uit te brengen over onder meer de mogelijke scenario's voor overheveling, de daaruit volgende risico's, de maatregelen om deze risico's te ondervangen en het te volgen tijdspad. In maart 2009 heeft de NZa het eerste deel van de uitvoeringstoets uitgebracht. Het rapport is als basis gebruikt voor het uitstippelen van het verdere overhevelingstraject (Spoorboekje van VWS).

Geconstateerd is dat het huidige uniforme tarief per dag (ZZP 9) niet aansluit bij het verloop van de intensiteit van de behandeling. Indien een instelling in de eerste periode na opname meer dan gemiddeld behandelt, moet de instelling dat gedurende de resterende duur van de behandeling zien terug te verdienen. Dit betekent een financiële prikkel tot onderbehandeling in het begin van het traject en/of tot onnodig lange opname aan het eind van het traject.

Via een toeslag in de eerste periode van de behandeling is geprobeerd dit voor CVA-patiënten te ondervangen.

Om het tarief beter aan te laten sluiten bij de gewenste intensiteit van de behandeling en/of opnameduur, gaan de gedachten uit naar de introductie van een dynamisch tarief dat een uitruil mogelijk moet maken tussen (een hogere) intensiteit van behandeling en een (kortere) opnameduur. Daarbij is van belang dat de kortere opnameduur niet moet leiden tot een slechtere uitkomst van het revalidatietraject. Dat geldt niet alleen voor de cliënt, maar ook financieel: idealiter dient de bekostiging plaats te vinden op geleide van de inspanning gerelateerd aan de behaalde resultaten.

In het kader van het te volgen transitiepad heeft de NZa een onderzoeksopdracht geformuleerd, met als doel te komen tot een voorstel voor een dynamisch tarief, op een zodanige wijze uitgewerkt dat dit naar verwachting een budgettair neutrale uitkomst oplevert. Daarbij dienen ook de bestaande toeslagen, zoals voor CVA, te worden betrokken. ETC Tangram is gevraagd het onderzoek uit te voeren. De oorspronkelijke vraagstelling is opgenomen in bijlage 2.

De onderzoeksvragen luiden:

- ◆ Hoe kan de tarief/prestatiestructuur voor revalidatie dusdanig worden aangepast dat de doorstroming en kwaliteit in de keten beter kunnen worden gefaciliteerd?
- ◆ Op welke wijze kunnen bekostiging en financiering in 2012 binnen de Zvw georganiseerd worden? Is het mogelijk om een dynamisch tarief te introduceren?
- ◆ Is het dynamische tarief een oplossing voor het huidige knelpunt in financiering van de somatische revalidatiezorg binnen de AWBZ, te weten het ontbreken van (financiële) prikkels tot kort en intensief behandelen?
- ◆ Is het mogelijk om bovengenoemd dynamisch tarief reeds in 2011 binnen de AWBZ te introduceren? Wat zijn hiervan de voor en nadelen en mogelijke risico's?



Voor het onderzoek zijn de volgende randvoorwaarden en uitgangspunten aangegeven:

- ◆ Het nieuwe tarief moet budgetneutraal zijn;
- ◆ Er mogen zo min mogelijk wijzigingen c.q. verdere differentiatie plaatsvinden in de prestaties (immers overheveling vindt plaats op basis van prestaties 2010 en er loopt al een traject voor invoering DBC's per 2013);
- ◆ De wijziging moet zo min mogelijk (extra) administratieve belasting veroorzaken (dat wil zeggen geen extra administratieve belasting bovenop wat DBC-Onderhoud gaat opleggen in verband met registratie om tot DBC's te komen);
- ◆ Zo mogelijk moet er aangesloten worden bij de tariefstructuur van de medisch specialistische revalidatie-DBC's.

1.2. Uitvoering onderzoek

Bij het onderzoek zijn de volgende aanvullende uitgangspunten gehanteerd:

- ◆ De voor te stellen systematiek dient eenvoudig, werkbaar, controleerbaar en transparant te zijn.
- ◆ Bij het uitvoeren van de simulaties is geabstraheerd van de huidige ZZP 9 en de toekomstige DBC-bekostiging; wel wordt in hoofdstuk 5 aangegeven in hoeverre de voorgestelde dynamische tarifiering aansluit op beide methoden.
- ◆ Bij het berekenen van de budgettaire neutraliteit is aansluiting gezocht bij de huidige ZZP-tarieven (prijsspeil 2010). Dat betekent in de praktijk dat voor de verblijfscliënten twee groepen zijn gemaakt: de CVA-patiënten (aansluitend op de huidige CVA-toeslag) en al de andere groepen cliënten (ongevalletsels, orthopedie, amputaties en overigen).
- ◆ Bij de uitvoering van de simulaties is geen rekening gehouden met het herdefiniëren van ZZP 9. Dat wil zeggen dat de groep 'overigen' volledig is meegenomen. Het lag niet in het bestek van de huidige opdracht om te verifiëren in hoeverre deze groep momenteel daadwerkelijk een andere ZZP-indicatie krijgt. In een aanvullend onderzoek voor de NZa naar aard en omvang van de revalidatie zal de groep overigen nader worden gedifferentieerd.
- ◆ Uitgegaan wordt van verschillende behandelmodaliteiten al of niet voorafgegaan door opname/behandeling op een transfer- of schakelafdeling in het ziekenhuis:
 - Revalidatie met verblijf;
 - Revalidatie met verblijf gevolgd door revalidatie in dagbehandeling;
 - Of solitaire revalidatie in dagbehandeling.
- ◆ De bekostiging van het voortraject in het ziekenhuis wordt (met uitzondering van de transfer- of schakelafdeling) buiten beschouwing gelaten.

Gedurende het onderzoekstraject heeft tweewekelijks overleg plaatsgevonden met de opdrachtgever. Via voortschrijdend inzicht zijn de onderzoeksvraagstelling en de uitvoeringswijze aangescherpt. Ten behoeve van het volgen van het onderzoekstraject heeft de NZa een klankbordgroep met stakeholders ingesteld. De klankbordgroep is tweemaal bijeen geweest. In bijlage 1 is de samenstelling opgenomen. Daarnaast is door het onderzoeksteam gebruik gemaakt van beschikbaar schriftelijk materiaal waarnaar in voetnoten wordt verwezen. Tevens zijn diverse deskundigen geraadpleegd binnen de organisaties die deelnamen aan de klankbordgroep en het CIZ.

In dit rapport worden achtereenvolgens de context, de probleemverkenning en de analyse behandeld. Het rapport wordt afgesloten met een aantal conclusies en aanbevelingen.



2. Context

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.

Eén van die maatregelen betreft het overhevelen van de zorg die naar haar aard beter bij de Zvw past, namelijk de kortdurende en herstelgerichte zorg in verpleeghuizen. In de praktijk blijkt het vooral te gaan om de volgende cliëntencategorieën: CVA (beroerte), heup- en knieprothesen, overige orthopedie (trauma's), amputaties en overige kortdurende somatische opnames¹. Wat betreft de doelgroep is er een beperkte overlap met de revalidatiezorg die momenteel onder de Zvw valt. Dat betreft CVA's, trauma's, amputaties, neurologische aandoeningen, maar voor gemiddeld een veel jongere doelgroep die gemiddeld meer belastbaar en trainbaar is. In verpleeghuizen betreft de groep "overige kortdurende somatische opnames" een diffuse groep van cliënten bij wie in het algemeen de conditie verbeterd moet worden. Te denken valt aan patiënten die na een ziekenhuisopname i.v.m. een grote operatie moeten herstellen. Andere voorbeelden zijn patiënten met een ontregelde Diabetes Mellitus of cardiovasculaire problematiek, met M. Parkinson, met Multipole Sclerose of na een exacerbatie van een COPD. Na ziekenhuisopname is bij deze patiënten het "wankele" evenwicht verstoord en is men dusdanig verzwakt dat terugkeer naar huis niet rechtstreeks kan. Een korte reactivering met als doel functieherstel en conditie verbetering is dan geboden.

De geriatrische revalidant wordt gekenmerkt door 'frailty' (verhoogde somatische, psychische en sociale kwetsbaarheid en regieverlies over het eigen leven) en multimorbiditeit. De belastbaarheid, trainbaarheid en de noodzakelijke behandeling van nevendiaagnoses (Diabetes Mellitus, cognitieve- en stemmingsstoornissen, hartfalen, COPD, artrose e.d.) zijn medebepalend voor het revalidatietraject. Het tempo en de intensiteit van de revalidatie ligt bij deze groep cliënten in verpleeghuizen 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 complexiteit van revalidatiezorg in de verpleeghuizen is gelegen in de forse comorbiditeit. De betreffende cliënten hebben gemiddeld bijna vier nevendiaagnoses bij binnenkomst. Op basis van onderzoek voor het CVZ is door ETC Tangram een databank opgebouwd van 3.591 cliënten waarin diagnosegewijs informatie is opgenomen over o.a. de behandel- en opnameduur.²

Jaarlijks worden er in verpleeghuizen 25.000-30.000 patiënten vanuit de ziekenhuizen opgenomen ter verdere revalidatie; de gemiddelde leeftijd is 79 jaar; bij 60% lukt het patiënten weer te laten terugkeren naar hun oorspronkelijke woonomgeving na een gemiddelde opnameduur van 2 maanden. Ongeveer 10% van de patiënten overlijdt tijdens de opname en voor de overige 30% is een overplaatsing naar een verzorgingshuis of een andere afdeling in het verpleeghuis noodzakelijk. Aan deze revalidatie gaat in 93% een ziekenhuisverblijf (mediane duur 14 dagen) vooraf. In het schema op pagina 4 zijn de verschillende diagnoses, hun relatieve aandeel en de gemiddelde revalidatieduur weergegeven.

Gelet op de demografische en technologische ontwikkelingen mag een forse volumegroei verwacht worden.^{3,4}

¹ ETC Tangram: Revalidatie in Nederland, de grenzen van AWBZ en Zvw (2006)

² ETC Tangram/LUMC: Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit (2008).

³ Timmermans J, Woittiez I. Advies ramingen verpleging en verzorging. Den Haag: SCP, 2004c

⁴ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/piramide-fx.htm>



Diagnoseverdeling en revalidatieduur

Diagnose	% van het aantal patiënten	Gemiddelde revalidatieduur (in dagen)
CVA	24%	69,1
Heupfractuur	25%	61,5
Electieve orthopedie	19%	40,6
Amputatie	1%	81,5
Overige aandoeningen	31%	61,7

Uit de analyse van gegevens uit 2006-2007 bleek een aantal zaken:

- ◆ Verpleeghuizen in de 4 grote steden hebben een kortere revalidatieduur. De gemiddelde opname-/behandelduur tussen instellingen bleek voor CVA's te variëren van 22-150 dagen en voor electieve orthopedie van 9-69 dagen. De indruk is dat deze verschillen niet alleen samenhangen met verschillen in de populatie. Uit gesprekken met professionals komt naar voren dat er mogelijk sprake is van verschillen in intensiteit bij de revalidatie bij de instellingen en dat er dus kansen liggen voor verkorting van de opnameduur en optimalisatie van de zorg.
- ◆ De hypothese dat schakel- of transferafdelingen in ziekenhuizen (veelal als organisatorisch onderdeel van het verpleeghuis) een hoge turnover hebben met als primair doel triage, bleek niet te kloppen. De gemiddelde opnameduur bedroeg hier 43 dagen en is voor alleen triage te lang.

Voor wat betreft de aard van de zorgactiviteiten kwamen de volgende in het kader van het huidige onderzoek relevante resultaten naar voren:

- ◆ Het gemiddelde aantal minuten behandeling per week ligt voor CVA-patiënten hoger (266 minuten) dan voor de overige categorieën patiënten (162 minuten). Het gemiddelde voor de hele groep bedraagt 196 minuten.
- ◆ Tussen AWBZ-opname en ontslag neemt de gemiddelde tijdsbesteding per week van alle behandelaren van alle groepen van week tot week af.
- ◆ De eerste/tweede week worden tenminste 100 minuten extra geschreven voor het verkrijgen van het nodige inzicht, overzicht en het overeenkomen van de behandeling met de patiënt.
- ◆ De wisselende complexe multimorbiditeit van de individuele AWBZ-revalidant is tijdens de revalidatieperiode aan veel veranderingen onderhevig. Ondanks gelijkblijvende of zelfs toenemende functioneringsproblemen van patiënten⁵, gingen zij gemiddeld wel beter en sneller lopen, zich persoonlijk zelfstandiger verzorgen en namen ook de cognitieve, depressieve en gedragsproblemen gemiddeld af.
- ◆ De opnameduur en het percentage patiënten dat naar huis wordt ontslagen is al jaren stabiel ondanks toenemende leeftijd en complexiteit van problemen; toch lijkt er ruimte te zijn voor verdere bekorting van de verblijfsduur. Een fors aantal patiënten ontvangt geen avond- of nachtzorg meer in de laatste fase van de revalidatie.
- ◆ Ook 25% van de patiënten geeft aan eerder naar huis te hebben gewild⁶.
- ◆ Het ontslag wordt soms bemoeilijkt door wachtdagen voor voorzieningen (plaats in verzorgingshuis of woningaanpassingen) en thuishulp. Uit onderzoek blijkt dat gemiddeld sprake kan zijn van 9 dagen sneller ontslag⁷. Derhalve zijn er ook buiten het verpleeghuis gelegen factoren die de opnameduur bepalen.

⁵ ETC Tangram/LUMC: Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit (2008); bij een deel van de patiënten gaat de Barthel-index achteruit, ondanks de revalidatie.

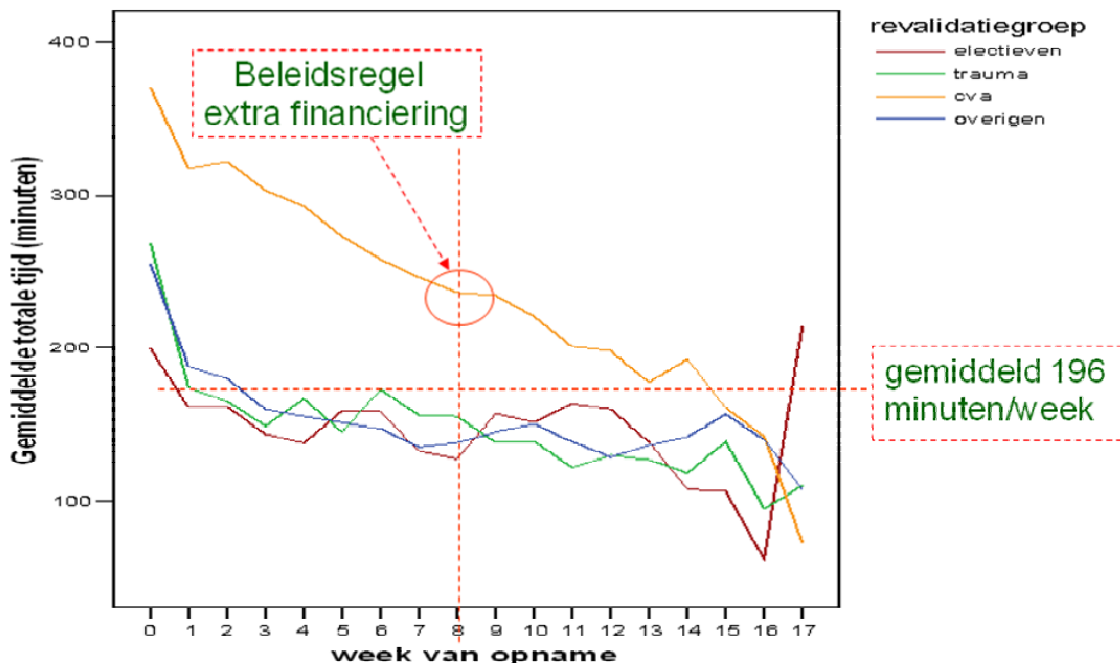
⁶ ETC Tangram/LUMC: Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit (2008).

⁷ ETC Tangram/LUMC: Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit (2008).



In figuur 1 is de behandelingsduur in minuten per week afgezet tegen de weken van de opname. Te zien is dat CVA-patiënten substantieel meer behandeling ontvangen (gemiddeld 4 uur en 26 min. per week) dan de overige diagnosegroepen (gemiddeld 2 uur en 40 min.); alle groepen volgen echter hetzelfde patroon. Deze behandelingsduur komt redelijk overeen met het verschil van 2,5 behandeluren tussen ZZP 6 en ZZP 9. ZZP 6 kent gemiddeld 1,5 uur en ZZP 9 4 uur behandeling⁸. Het is mogelijk dat de huidige behandelintensiteit wordt beperkt door de financiering.

Figuur 1: Gemiddelde tijdsbesteding van alle behandelaren per diagnosegroep



De vraag is welke behandelintensiteit en –duur voor deze patiëntencategorieën optimaal zijn? “Evidence based” informatie is nog beperkt beschikbaar. Het CBO heeft voor de zorg voor CVA-patiënten een richtlijn opgesteld, echter deze is niet specifiek voor de onderhavige geriatrische groep⁹. Wel ligt de therapie-inzet hier aanmerkelijk hoger dan hetgeen in verpleeghuizen gebruikelijk is. In diezelfde lijn liggen ook de behandelkaders die vanuit de professies door Verenso¹⁰ worden ontwikkeld.

Tevens is door middel van een beperkte steekproef in opdracht van CVZ onderzoek gedaan naar de aard en de intensiteit van revalidatie die in dagbehandeling plaatsvindt¹¹. Belangrijke constatering hierbij waren:

- ◆ Dagbehandeling blijkt in 12% gericht op revalidatie, in de overige gevallen is sprake van vormen van onderhoudstherapie of van puur dagbesteding.
- ◆ De gemiddelde kalenderduur van revalidatie in dagbehandeling (al of niet na revalidatieperiode met verblijf in het verpleeghuis) bedraagt 156 dagen.

⁸ Tarieven ZZP 6 en ZZP 9 zijn per 1-1-2010 respectievelijk € 162,32 en € 192,49

⁹ CBO, Richtlijn “Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte” (2008)

¹⁰ Verenso (Vereniging van specialisten in ouderengeneeskunde) was voorheen bekend als de NVVA (Nederlandse Vereniging van verpleeghuisartsen)

¹¹ ETC Tangram, eindrapport revalidatie in dagbehandeling (2009)



- ◆ De groepen electieve orthopedie en trauma's blijken bij de revalidanten in dagbehandeling weinig voor te komen. De overgrote meerderheid bij revalidatie in dagbehandeling betreft CVA en overige aandoeningen. Het betreft over heel Nederland echter minder dan 5% van het totale aantal voor revalidatie opgenomen patiënten die actief wordt nabehandeld in de dagbehandeling.

Bovengenoemde constatering geven aanleiding te veronderstellen dat dagbehandeling niet actief wordt ingezet als onderdeel van het revalidatietraject. Het is goed denkbaar dat als dat (in het kader van de contracteringsafspraken) wel zou gebeuren, dagbehandeling een alternatief is voor opname in het laatste deel van het revalidatietraject van mensen die in een verpleeghuis revalideren. Het tarief voor de dagbehandeling (€ 58,46 per dagdeel) is lager dan voor ZZP 9 (€ 192,49 per dag)¹². Wel komen hier mogelijk vervoerskosten bovenop.

¹² Ingeval sprake is van verblijf in een AWBZ-instelling betaalt de patiënt een eigen bijdrage van € 144,- per maand. Bij de AWBZ-voorzieningen zonder verblijf is de eigen bijdrage inkomensafhankelijk.



3. Probleemverkenning

De wijze van financiering en bekostiging van gezondheidszorg is sinds jaar en dag internationaal en nationaal onderwerp van discussie, wijziging en aanpassing. Bij het zoeken naar adequate methodieken komt meer en meer aandacht voor de koppeling van de geleverde prestatie aan het tarief. Gezocht wordt naar nieuwe methodieken die niet alleen sec de uitgevoerde activiteiten of de behandelduur afrekenen, maar ook een relatie hebben met de kwaliteit van zorg en de uitkomst. In dat licht dient ook de onderzoeksopdracht van de NZa te worden gezien. Voor wat betreft de onderhavige materie blijkt uit de in hoofdstuk 2 beschreven onderzoeksresultaten dat er kansen liggen om de revalidatie te optimaliseren. Met name geldt dat voor het intensiveren van de behandeling en het bekorten van de opnameduur al dan niet in combinatie met meer dagbehandeling.

Het huidige tarief van ZZP 9 bestaat uit een vaste vergoeding per dag. Door het CIZ moet een indicatiebesluit zijn afgegeven. In de regel wordt dit voor 3 maanden gegeven met de mogelijkheid van verlenging. Voordeel van de huidige tariefstructuur is dat men, naast het bijhouden van de gebruikelijke zorgplannen, niets apart behoeft te registreren (lage administratieve lasten). Daartegenover staat dat er, behoudens bij de CVA-toeslag, geen relatie bestaat tussen tarief, behandelduur en –intensiteit.

Bij de ontwikkeling van een dynamisch tarief moet rekening gehouden worden met verschillen in zorgzwaarte. Dit kan idealiter door hiermee rekening te houden in de definitie van de prestatie; het kan (meer defensief) door een toeslag te koppelen aan daadwerkelijk geleverde inspanningen (registratie behandelingen en opnameduur). Op het moment dat een dynamisch tarief prikkels in gaat bouwen ten aanzien van deze parameters, zijn de gevolgen daarvan echter niet automatisch positief.

Zo betekent een korte gemiddelde opnameduur als zodanig niet automatisch een goede prestatie. Het kan ook duiden op het leveren van ziekenhuisverplaatste zorg (enkelvoudig herstel) onder de noemer van revalidatiezorg. Ook een gemiddeld langere opnameduur hoeft niets te zeggen over de prestatie van het verpleeghuis als zodanig. Rekening moet worden gehouden met het feit dat de momenteel toegepaste DBC-systematiek in ziekenhuizen (een vast tarief ongeacht de opnameduur) de prikkel bevat om de opnameduur zo kort mogelijk te doen zijn; hierdoor kunnen verpleeghuizen en eerstelijns - zonder aanvullende afspraken tussen verzekeraars en ziekenhuizen - geconfronteerd worden met verhoogde zorgzwaarte van patiënten. Bij de indicatiestelling door het CIZ wordt het ontslag uit het ziekenhuis als een gegeven beschouwd. Het CIZ houdt geen rekening met een minimum aantal verpleegdagen dat ten laste van de Zvw moet zijn gekomen, alvorens recht bestaat op een AWBZ-voorziening.

Een nieuwe bekostigingsstructuur die onvoldoende rekening houdt met zorgzwaarte kan leiden tot ongewenste selectie aan de poort van het verpleeghuis. Er zijn verpleeghuizen die een minimale conditie (somatisch en/of cognitief) vereisen voor het starten van een revalidatietraject, terwijl anderen in principe iedereen opnemen. Als dat ingegeven is omdat een verpleeghuis zich richt op een specifieke groep waarvoor men de grootste toegevoegde waarde kan realiseren, is dit prima. In dat geval is sprake van specialisatie. Als het ingegeven is doordat in de bekostiging onvoldoende rekening wordt gehouden met zorgzwaarte, is sprake van ongewenste risicoselectie.

Van belang is te onderkennen dat in 2011 de revalidatie in het verpleeghuis nog in de AWBZ plaatsvindt. Dit betekent voor verzekeraars (en ziekenhuizen) een prikkel om iemand zo snel mogelijk in een verpleeghuis op te nemen. Na de overheveling vanaf begin 2012 van de geriatrische revalidatiezorg naar de Zvw, zal die prikkel verminderen. De knip Zvw/AWBZ komt



dan binnen het verpleeghuis te liggen: er zou dan een prikkel kunnen ontstaan om patiënten intern over te hevelen van revalidatiezorg naar chronische zorg (ergo van Zvw naar AWBZ).

In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat bij het naast elkaar bestaan van Zvw en AWBZ iedere bekostigingsstructuur in theorie kan leiden tot onbedoelde prikkels en afwenteling. Een te ontwikkelen model moet hierop worden getoetst.

3.1. Systematiek van bekostiging

In theorie doen zich verschillende mogelijke varianten voor bekostiging voor die prikkels in zich dragen om de revalidatiezorg te optimaliseren en de tarieven al dan niet meer in overeenstemming te brengen met de feitelijk geleverde behandeling.¹³ Te denken valt aan:

- A. Een vast bedrag per behandelingstraject
- B. Een gedifferentieerd tarief (individueel)
- C. Een bonus/malussysteem (cumulatief op nacalculatiebasis)
- D. Een degressief tarief

Ad. A Een vast bedrag per behandelingstraject

Dit is te vergelijken met de DBC's zoals die voor de ziekenhuizen worden gehanteerd. Zoals bekend bevat deze methodiek voor ziekenhuizen en medisch specialisten de prikkel tot een hoge turnover en verkorting van de opname- en/of behandelduur. Gelet op de keuze om bij de DBC-ontwikkeling de systematiek van de reeds vigerende revalidatie DBC's (geen vast bedrag per behandelingstraject, maar op geleide van de intensiteit en duur) te volgen, komt deze variant niet in aanmerking voor verdere uitwerking. Daarenboven zou een dergelijke bekostiging een onverantwoord risico voor de verpleeghuizen met zich meebrengen vanwege de soms complexe comorbiditeit en de grote variatie in behandelduur.

Ad. B Een gedifferentieerd tarief op individueel niveau

Op basis van de individuele patiëntgegevens bij opname, waarbij de te verwachten behandelduur en intensiteit worden gehouden tegen een op te stellen categorisering, ontvangen verpleeghuizen een hoger of lager tarief. Dit is administratief bewerkelijk, maar kan mogelijk goed aansluiten bij de DBC-systematiek.

Ad. C Een bonus/malussysteem op nacalculatiebasis

Op basis van cumulatieve patiëntgegevens over een zeker tijdvak wordt de gemiddelde behandelduur gehouden tegen een te bereiken prestatie. Verpleeghuizen ontvangen op nacalculatiebasis een bonus/malus ten opzichte van het standaardtarief. Een dergelijk systeem brengt voor de instellingen grote onzekerheid met zich mee en daarenboven ontbreekt er binnen de branche voorsnog consensus over te formuleren prestatie-indicatoren.

Ad. D Een degressief tarief

Op geleide van de afnemende intensiteit van de zorg met de tijd wordt het tarief daarmee in overeenstemming gebracht. Hoe korter de behandeling, hoe hoger het tarief. Een dergelijke systematiek kan goed aansluiten bij de huidige praktijk, waarin het gemiddeld aantal behandelingen afneemt met de tijd.

Vanuit financieel perspectief bieden alle bovenstaande varianten aanknopingspunten en prikkels voor een intensievere en kortere behandelduur. Daardoor stimuleren zij impliciet een zekere mate van afwenteling. In overleg met opdrachtgever en klankbordgroep is gekozen voor het nader uitwerken van de varianten B en D omdat die het meeste aansluiten bij andere ontwikkelingen in de branche.

¹³ R.Elovainio 'Performance incentives for health in high income countries – key issues and lessons learned', WHO Geneva 2009.



3.2. Prestatiebekostiging

Om afwentelingmechanismes op het snijvlak van Zvw en AWBZ en tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen te voorkomen, zal er naast het tarief een extra dimensie moeten worden toegevoegd aan de te kiezen bekostigingssystematiek. Idealiter moet daarbij de prestatie niet alleen in kwantitatieve, maar ook in kwalitatieve termen worden gedefinieerd.

$$\text{Bekostiging (zorginkoop)} = \text{tarief} + \text{prestatiefactor}$$

De prestatiefactor moet kwalitatieve en objectiveerbare elementen in zich hebben. Met betrekking tot de revalidatie ligt het daarbij voor de hand dit in ieder geval deels uit te drukken in termen van “het verminderen van functioneringsproblemen”¹⁴. Dit betekent dat de functioneringsstatus van de patiënt zowel bij aanvang van de revalidatie als bij ontslag in kaart moet worden gebracht. De kunst zal zijn om dit met gebruik van een aantal parameters en testen op een eenvoudige en beperkt belastende wijze te ontwerpen. Daarbij moet worden aangesloten bij instrumenten die nu al door de desbetreffende instellingen en professionals worden gebruikt. Idealiter zou zulks ook in het voortraject in het ziekenhuis toepast kunnen worden, waarmee de voordelen van ketenbehandeling en de bijdragen van de verschillende partijen zichtbaar worden.

In het algemeen moet aangetekend worden dat de revalidatie van deze patiëntengroepen niet altijd in een vloeiend proces verloopt. Als gevolg van intercurrente aandoeningen dient de revalidatie soms tijdelijk te worden stilgelegd (time-out) dan wel in een lagere intensiteit te worden aangeboden. Dit heeft dan weer consequenties voor de behandel- en opnameduur. Daartegenover staat dat alle instellingen dit in hun praktijk tegenkomen, in die zin zal het elkaar uitmiddelen indien sprake is van grotere aantallen (zoals dat per verzekeraar of per regio het geval is).

3.3. Beschrijving DBC-systematiek revalidatie branche

Na een lange voorbereidingsperiode wordt in de revalidatiebranche sinds 2009 gedeclareerd via DBC's; deze zijn onderverdeeld naar consultaire DBC's, poliklinische- en klinische revalidatie behandeling.¹⁵ Voor deze medisch specialistische revalidatie is vooralsnog sprake van door de overheid vastgestelde tarieven (A segment). Er vinden dus nog geen vrije prijsonderhandelingen plaats tussen zorgverzekeraars en revalidatie-instellingen. Voor de bekostiging blijven de verpleegdagen en revalidatiebehandelingen (RBU's) voorlopig leidend.

De systematiek van de revalidatie-DBC's gaat niet, zoals de ziekenhuis-DBC's, uit van een vast bedrag gekoppeld aan een diagnose. Bij revalidatie-DBC's wordt door middel van tijdschrijven achteraf bepaald welke DBC voor een patiënt kan worden gedeclareerd. In de revalidatie-DBC's is een zekere prikkel ingebouwd ingeval er sprake is van eenzelfde hoeveelheid behandelingsduur gecombineerd met een kortere of langere verpleegduur.¹⁶

Gelet op het korte tijdvak (sinds 2009) en de nog traditionele bekostiging via verpleegdagen en revalidatiebehandelingen (RBU's) zijn er nog geen empirische gegevens bekend omtrent de effecten van invoering van deze DBC's.

¹⁴ Problemen in termen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen; Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF; WHO 2001), uitgave BSL 2002.

¹⁵ 'Productstructuur revalidatie; eindrapport', DBC-onderhoud 2008.

¹⁶ 'Prikkel voor efficiency en kwaliteitsverbetering in de revalidatie en het Revalidatie DBC model; DBC doorontwikkelagenda 2009-2011', Revalidatie Nederland 2008.



4. Analyse

In de analyse zijn twee sporen gevolgd. In de eerste plaats betreft het simulaties met de bekostigingssystematiek. Parallel heeft een verkenning plaatsgevonden van in de praktijk werkbare indicatoren (bij aanvang revalidatie en bij ontslag/beëindiging) die de effecten van de revalidatiezorg in kaart kunnen brengen. Hiermee kan worden getracht een objectieve maat te vinden voor de geleverde prestatie.

4.1. Simulatie van het dynamische tarief

4.1.1. Onderzoeksmateriaal

Het simulatieonderzoek is uitgevoerd op het in 2006-2007 opgebouwde databestand van ruim 3500 patiënten¹⁷. Een nadere analyse van het databestand leidt tot de volgende karakteristieken:

- ◆ De diagnoses zijn onderverdeeld naar de volgende categorieën: CVA, traumatologie, orthopedie, amputaties en een groep overigen.
- ◆ Er zijn geen natuurlijke afkappunten in de duur van de behandeling. Dit betekent dat er geen praktische keuze te maken is voor een bepaalde opnameduur bij een specifieke patiëntencategorie.
- ◆ Ook de patiënten opgenomen op transferafdelingen zijn volledig in de analyse meegenomen voor zover aangegeven is dat het om revalidatie gaat. Het gaat immers om patiënten die voor revalidatiebehandeling in aanmerking komen en die momenteel ook een ZZP 9 indicatie zouden krijgen. Het betreft deels patiënten waar de revalidatiebehandeling feitelijk nog niet gestart is.
- ◆ De database is opgeschoond van patiënten die niet voor revalidatie in aanmerking komen (een aantal op de transferafdelingen) en patiënten in dagbehandeling.
- ◆ Daarnaast zijn de patiënten verwijderd die langer dan 180 dagen waren opgenomen.
- ◆ Het betreft uiteindelijk een groep van 3.299 patiënten; 771 CVA-patiënten en 2.528 patiënten in de andere categorieën. Informatie is aanwezig over afdeling van opname, diagnose, opnameduur en ontslagbestemming.
- ◆ In 2006-2007 werd nog niet geïndiceerd in ZZP's. Daarom is van de bestudeerde populatie niet bekend welke ZZP indicatie ze nu zouden hebben. Daarenboven is recentelijk de omschrijving van ZZP 9 aangepast. In een parallel lopend onderzoek wordt nog nader onderzocht in hoeverre de patiënten op de afdelingen die in 2006-2007 hebben deelgenomen aan het onderzoek nu in alle gevallen sprake is van ZZP 9.

4.1.2. Overige overwegingen en uitgangspunten

Om de simulaties te kunnen uitvoeren is een aantal uitgangspunten geformuleerd om het een en ander eenvoudig en beheersbaar te maken.

- ◆ Het tarief moet budgettair neutraal kunnen worden ingevoerd. De budgettaire ruimte wordt gecreëerd door het realiseren van de aanname dat bij een dynamisch tarief de gemiddelde opnameduur wordt verkort.
- ◆ Er blijven aparte tarieven bestaan voor behandeling met verblijf en dagbehandeling. Dat sluit aan bij de huidige tariefstructuur en de in ontwikkeling zijnde DBC's. Door de budgettaire ruimte die ontstaat bij invoering van het dynamische tarief kan in de praktijk vanzelfsprekend wel nagedacht worden over het opzetten van zorgpaden inclusief de extramurale onderdelen. Eventuele extra productie dagbehandeling zal wel binnen de be-

¹⁷ ETC Tangram/LUMC: Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit (2008).



staande budgettaire ruimte (voor ZPP 9 en dagbehandeling) moeten worden opgevangen.

- ◆ De budgettaire neutraliteit geldt de individuele cliënttrajecten en kan derhalve op instellingsniveau anders uitpakken. Indien namelijk een revalidatieopname wordt geïntensiveerd en bekort, komt er een bed vrij. Als daarop een nieuwe revalidatieopname plaatsvindt zal dat tot nieuwe (lees: extra) kosten leiden. Dit kan alleen als sprake is van een wachtlijst c.q. extra instroom met een CIZ-indicatie (latente of aanbodgeïnduceerde vraag). Dit probleem kan alleen door stringente indicatiestelling en afspraken over het volume tussen zorgaanbieder en zorgkantoor/zorgverzekeraar worden opgelost.
- ◆ De tarieven worden in eerste instantie niet gekoppeld aan de prestatie. De prestatie meting kan met name worden gebruikt voor benchmarking en bij de zorginkoop (bekostiging).
- ◆ Een groot deel van de kosten wordt veroorzaakt door de opname als zodanig met verzorging en behandeling van comorbiditeit. Op individueel niveau kunnen deze kosten sterk fluctueren, maar gemiddeld zijn deze kosten middels de ZPP-methodiek goed in kaart gebracht. Voor alle varianten wordt als basisvergoeding het tarief van ZPP 6 genomen, dat voor iedere dag opname zal worden vergoed¹⁸. In deze tarieven zijn de kapitaalslasten vooralsnog niet begrepen, maar het basistarief kan daar wel eenvoudig mee worden opgeplust. In de simulaties zijn dus alleen de uren revalidatiebehandeling 'dynamisch'.
- ◆ Het is niet bekend in de literatuur of een kortere behandelduur efficiënter is. Want een kortere opname kan ook leiden tot meer beslag op extramurale behandeling/zorg. Voorlopige aannames is dat intensivering van de behandeling en verkorting van de opnameduur leidt tot kwaliteitsverbetering (en mogelijk efficiëntiewinst). Echter, behandelaars moeten in hun keuze voor meer of minder intensief behandelen van een cliënt kunnen uitgaan van professionele standaarden waarbij de intensiteit van de behandeling varieert afhankelijk van de individuele omstandigheden en behoeften.
- ◆ Aannames in de simulatie is dat de verkorting van de opnameduur geen gevolgen heeft voor het aantal patiënten in dagbehandeling. In de praktijk kunnen daarover vanzelfsprekend andere afspraken worden gemaakt.
- ◆ De introductie van een dynamisch tarief voor dagbehandeling is niet uitgewerkt. Reden hiervan is dat dagbehandeling voor revalidatie in verpleeghuizen nog een onderontwikkeld thema is en het slechts een klein percentage van de voor revalidatie opgenomen patiënten betreft (<5%). Er zijn geen empirische gegevens bekend over de intensiteit en duur van de behandeling in relatie tot de effectiviteit. Wel lijkt het zinvol om de dagbehandelingsperiode in de tijd te limiteren tot ook maximaal 6 maanden.
- ◆ Gelet op de uit onderzoek gemeten behandelintensiteit (zie figuur 1 op pagina 4) is in de simulaties gekozen voor een splitsing in twee groepen: de CVA's en de overige diagnoses. Deze sluiten het beste aan bij de huidige financieringsmethodiek. In de toekomst kan het model worden verfijnd.
- ◆ Omdat diverse diagnosegroepen een andere manier en intensiteit van behandeling vragen, moet de categorisering voldoende flexibel zijn om diverse behandelintensiteiten te kunnen toepassen.
- ◆ Revalidatiebehandeling is in principe tijdelijk. Daarom wordt voorgesteld een maximale opnameduur van 6 maanden te hanteren. Dit sluit aan bij de indicatiestelling van 3 maanden met maximaal eenmaal verlenging.
- ◆ Bij de simulaties wordt gewerkt met de vigerende ZPP-tarieven (2010).
- ◆ In de simulaties wordt niet toegerekend naar een bepaald wenselijk tarief. Het gaat veeleer om een verkenning van de mogelijkheid om de tarieven te variëren binnen de

¹⁸ ZPP6 V&V 'Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging' is bedoeld voor de chronische somatische verblijfscliënt. Het betreft een type cliënt die wat betreft de co-morbiditeit overeenkomst met de revalidatiepatiënten. Belangrijkste verschil met ZPP9 betreft het aantal uren behandeling (1,5 t.o.v. 4 per week).



aanname van een verkorting van de opnameduur. Over de wenselijkheid van de hoogte van het tarief wordt in hoofdstuk 5 ingegaan.

4.1.3. Voorkeursvarianten voor klinische revalidatie (met verblijf)

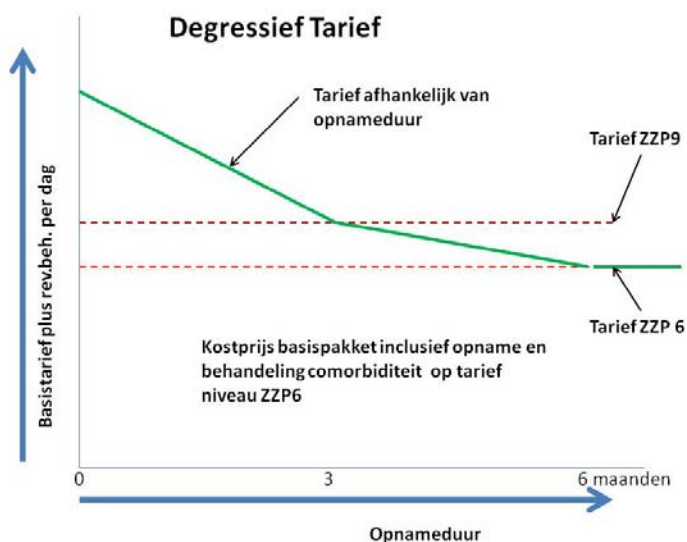
De NZa heeft na consultatie van de klankbordgroep gekozen voor een nadere uitwerking van een tweetal varianten:

- A. Een continu degressief tarief
- B. Een klassentarief

A. Een continu degressief tarief

Deze variant gaat uit van een geleidelijke afbouw van de behandelintensiteit, waarbij het tarief van de laatste behandeldag het tarief voor de totale opnameperiode bepaalt. In figuur 2 is het model grafisch weergegeven.

Figuur 2: Grafische voorstelling van een degressief tarief



Kenmerken van deze variant zijn:

- ◆ Als basisvergoeding geldt voor alle cliënten het tarief van ZZP 6.
- ◆ Deze variant maakt het mogelijk om meer intensief en korter te behandelen, waarbij de bekostiging faciliteert.
- ◆ Voor cliënten die precies 3 maanden worden opgenomen krijgt het VPH het huidige tarief van ZZP 9 betaald; bij een opnameduur tussen 3 en 6 maanden, wordt voor de eerste drie maanden ZZP 9 vergoed en voor de aanvullende dagen een degressief tarief dat ligt tussen ZZP 9 en ZZP 6; na een periode van maximaal 6 maanden worden feitelijk geen extra revalidatie behandeluren meer vergoed, waardoor cliënt min of meer natuurlijk in een aansluitend ZZP kan worden geïndiceerd mocht opname nog gewenst zijn. Details voor de berekening worden gegeven in bijlage 5.
- ◆ Omdat de opnameduur achteraf wordt vastgesteld, kan pas aan het einde van de opname het tarief worden vastgesteld. In principe wordt voor de eerste 90 dagen voor iedere opgenomen dag hetzelfde tarief gehanteerd. Het tarief van de laatste opnamedag wordt vermenigvuldigd met het aantal dagen en vormt derhalve de totale vergoeding. Voor pa-



tiënten die tussen de 90 en 180 dagen worden gerevalideerd wordt voor de eerste 90 dagen het tarief van ZZP 9 vergoed, en voor de resterende dagen een degressief tarief.

- ◆ Een langdurige intensieve behandeling wordt in deze variant geremd, omdat daarvoor na een zekere periode geen financiering meer beschikbaar is.
- ◆ Deze variant is eenvoudig en geeft geen extra administratieve belasting (geen tijdschrijven) ten opzichte van het huidige vaste ZZP-tarief.
- ◆ Nadeel van deze variant is ook dat wel over het volume patiënten kan worden onderhandeld, maar niet over het aantal in relatie met het tarief. De inherente stimulus tot opnameduurverkortening moet hierin voldoende zijn. Achteraf kan vanzelfsprekend wel worden vastgesteld of een instelling inderdaad de beoogde gemiddelde opnameduurverkortening heeft gerealiseerd.
- ◆ Wanneer het tarief te degressief is, zal dit ongunstige bijwerkingen stimuleren, in de zin van een (te) snel ontslag en afwenteling.

B. Klassentarief

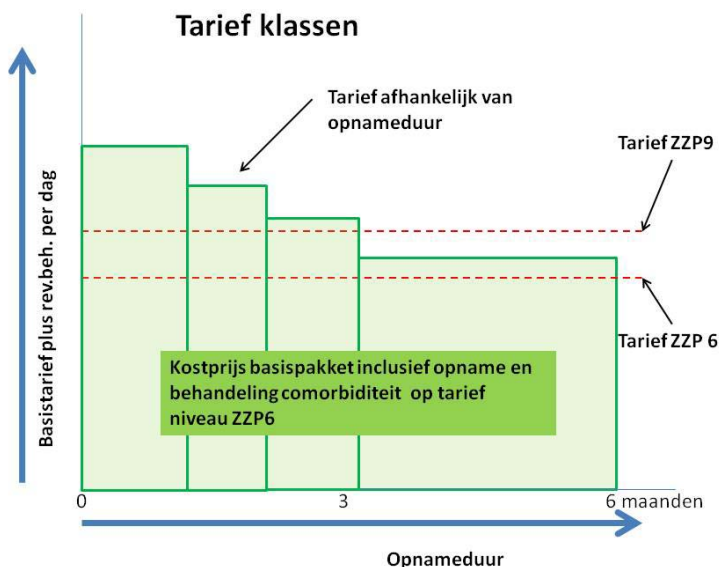
Deze variant gaat uit van een gevarieerde behandelintensiteit per periode. Het model bestaat uit 4 klassen: A, B, C en D. De tarieven per klasse zijn als volgt opgebouwd:

- Klasse D: opnameduur tussen 90-180 dagen; een tarief dat het gemiddelde is van de huidige tarieven van ZZP6 en ZZP9;
- Klasse C: opnameduur 60-90 dagen; idem met 1/3 van de opslag;
- Klasse B: opnameduur 30-60 dagen; idem met 2/3 van de opslag;
- Klasse A: opnameduur <30 dagen; idem met de gehele opslag.

De opslag wordt bepaald door de budgettaire ruimte en is afhankelijk van de gemiddelde opnameduur verkorting. In paragraaf 4.1.4.b. is dat financieel vertaald.

In figuur 3 is het model globaal grafisch weergegeven.

Figuur 3: Grafische voorstelling van een klassentarief



Kenmerken van deze variant zijn:

- ◆ Als basisvergoeding geldt voor alle cliënten het tarief van ZZP 6.
- ◆ Het tarief van klasse D is het gemiddelde van de huidige tarieven van ZZP 9 en 6.
- ◆ Er bestaat een verplichte relatie tussen opnameduur en behandelintensiteit. Iedere klasse is vast verbonden aan een maximale opnameduur. Bijvoorbeeld: wil een instelling in



het tarief voor klasse A betaald krijgen, dan moet de opnameduur verplicht korter zijn dan 1 maand. Dus het is niet mogelijk om voor één patiënt gedurende twee maanden klasse A vergoed te krijgen. Voor een patiënt die tussen de één en twee maanden wordt opgenomen, wordt maximaal klasse B betaald.

- ◆ In dit model is het niet noodzakelijk tijd te schrijven. De instelling onderhandelt met het zorgkantoor/zorgverzekeraar over het volume per klasse. De maximale hoogte van het tarief wordt bepaald door de budgettaire ruimte vanwege de gemiddelde opnameduur verkort. Bij de bepaling van de toeslag (en budgettaire ruimte) kan rekening gehouden worden met een eventuele toename in de dagbehandeling.
- ◆ De budgettaire limiet wordt bepaald door de volumeafspraken per klasse: een x-aantal patiënten klasse A, y-aantal klasse B, enz.
- ◆ Bij een opnameduur van meer dan 3 maanden krijgt een instelling voor de eerste 3 maanden het tarief voor ZZP 9 betaald. Voor de periode vanaf 3 maanden tot maximaal 6 maanden geldt het tarief van klasse D.
- ◆ In principe is deze variant kostendekkend omdat in de eerste periode van 3 maanden de categorisering de behandelintensiteit volgt. Er bestaat een zekere prikkel tot verkorting van de opnameduur, omdat de duur van de hogere categorieën wordt beperkt.
- ◆ Voordeel van het model is de mogelijkheid voor zorgkantoren/zorgverzekeraars om vooraf het aantal per klasse te onderhandelen, waardoor vooraf de budgettaire gevolgen bekend zijn.
- ◆ Na een periode van maximaal 6 maanden worden feitelijk geen extra revalidatie behandelen meer vergoed, waardoor cliënt min of meer natuurlijk in een aansluitend ZZP kan worden geïndiceerd mocht opname nog gewenst zijn.
- ◆ Het is mogelijk kortdurende intensieve behandelingen uit te voeren.
- ◆ Bij deze variant is het niet goed mogelijk een zogenaamde 'time-out' te creëren. Bij patiënten die niet langer worden opgenomen dan 90 dagen is het echter wel mogelijk gemiddeld een hoger tarief dan op dit moment te vergoeden, onder voorwaarden dat voor de hele populatie de gemiddelde opnameduur wordt verkort.

Beide varianten hebben als nadeel dat er een vaste relatie is tussen behandelduur en tarief zonder relatie met de behandelintensiteit. Instellingen die weinig behandelen, maar cliënten gemiddeld snel ontslaan, krijgen een relatief te hoog tarief vergoed. Overigens sluiten beide modellen wel aan bij de in de praktijk geconstateerde gemiddeld afnemende behandelintensiteit.

4.1.4. De varianten gesimuleerd

Gemaakte keuzes bij de simulaties:

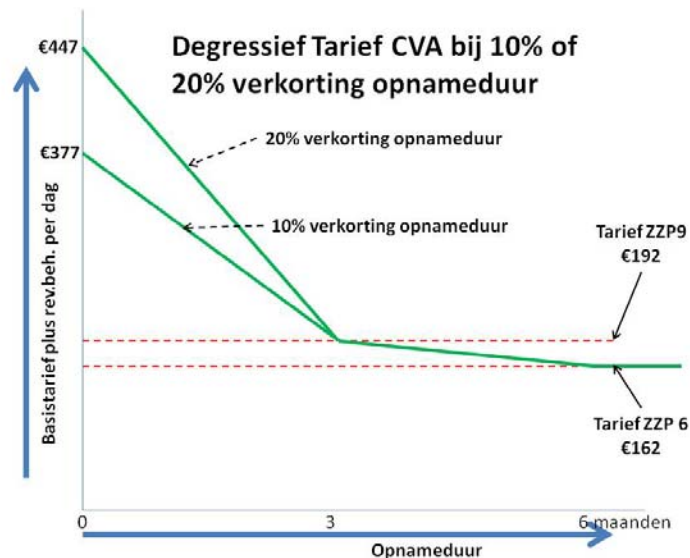
- ◆ In de simulaties zijn de kosten berekend van de opnames uit 2007, uitgaande van de tarieven 2010. Bij de aangegeven bedragen zijn de kosten in totaal budgettair neutraal.
- ◆ Van de overleden patiënten is de opnameduur niet te beïnvloeden door een andere tariefsystematiek; voor deze groep patiënten is de opnameduur constant gehouden.
- ◆ Het afkappunt voor ZZP is 180 dagen (een indicatie van 3 maanden, met maximaal één herindicatie). Na 6 maanden opname komen patiënten automatisch in ZZP 6 en deze patiënten zijn niet meegenomen in de simulatie.
- ◆ Er is een onderscheid gemaakt tussen de CVA-patiënten en de overige patiëntencategorieën. Deze keuze is gemaakt omdat in de praktijk het gemiddelde aantal uren behandeling voor CVA-patiënten aanmerkelijk hoger ligt dan voor de andere patiënten en het aansluit bij de huidige financieringssystematiek. Daardoor kan de budgetneutraliteit eenvoudig worden gecontroleerd.
- ◆ Bij de variant voor de CVA-patiënten vervalt de CVA-toeslag omdat immers het model in zichzelf de mogelijkheid heeft om meer betaald te krijgen in relatie met de behandelduur. Wel is de CVA toeslag vanzelfsprekend meegenomen voor de berekening van de hoogte van het beschikbare budget.



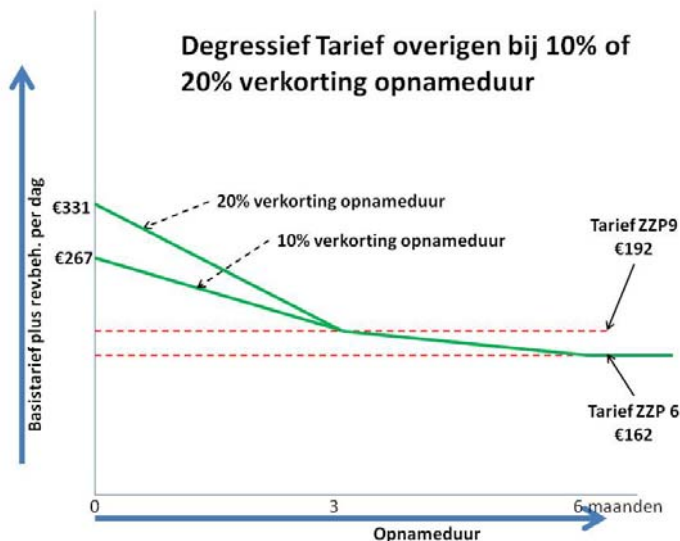
4.1.4.a. Simulatie degressieve tarief

In de onderstaande figuren 4 en 5 is de hoogte van het degressieve tarief weergegeven bij een verkorting van de opname duur met 10 respectievelijk 20% voor CVA en overige diagnoses. Het betreft hier het mogelijke maximale tarief bij budgettaire neutraliteit. Het bedrag zegt niets over het eventuele wenselijke tarief.

Figuur 4: Maximum degressief tarief bij verkorting van de opnameduur CVA's



Figuur 5: Maximum degressief tarief bij verkorting van de opnameduur overige diagnoses



In het model loopt het tarief lineair af in twee fasen: een eerste fase loopt tussen de 0-90 dagen opname. Daarin wordt op dag 90 het huidige tarief van ZP 9 bereikt. In de tweede fase van dag 90 – 180 wordt het tarief verder afgebouwd tot het op dag 180 het huidige tarief van ZP 6 bereikt.



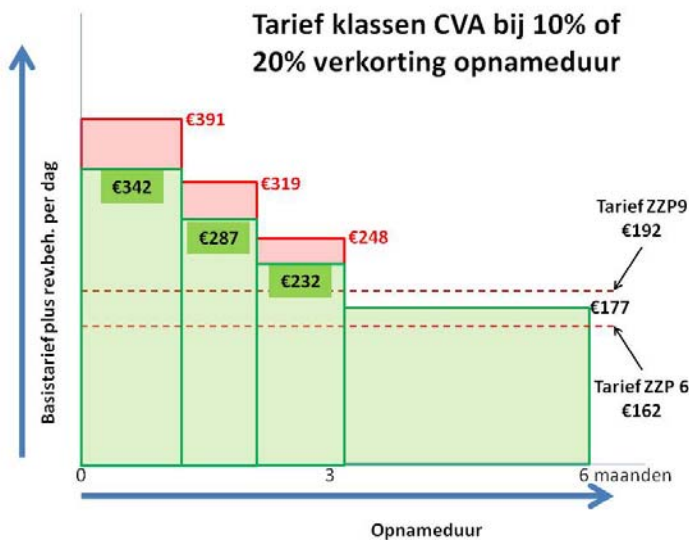
We zien de volgende karakteristieken:

- ◆ De lijn in de periode 0-90 dagen loopt steiler voor de CVA's dan voor de overige groep. Dit komt door het beschikbare budget van de CVA-toeslag, waardoor het tarief hoger kan worden opgeplust.
- ◆ Als de opnameduur gemiddeld meer wordt verkort, is het mogelijk te starten met een hoger tarief. Daardoor wordt de prikkel tot ontslag groter. De vraag is of dit wenselijk en haalbaar is. De geriatrische revalidatiepatiënt is immers beperkt belastbaar en anderzijds kan ook de formatie behandelaars een beperkende factor zijn. Een eventuele budgettaire ruimte zou ook voor andere doeleinden (bv. verhoging inzet dagbehandeling) kunnen worden gebruikt.
- ◆ Voordeel van het model is dat het niet noodzakelijk is om tijd te schrijven. Het tarief hangt puur aan de opnameduur.
- ◆ Voordeel is ook dat er geen afkappunten zijn, dus daarop kan niet worden gestuurd door de instelling.
- ◆ De budgettaire ruimte die ontstaat door verkorting van de opnameduur is aanzienlijk. De verhoging van het tarief per dag voor de groep overigen van gemiddeld minimaal € 30,- maakt het mogelijk om de nu gemiddeld uitgevoerde behandeluren (162 minuten/week) aanzienlijk op te hogen. Bij een verdere verkorting van de behandelduur zal dit alleen maar toenemen.
- ◆ Bij de huidige simulatie is de degressie van de tarieflijn voor de CVA erg stijl. Dit betekent een sterke perverse prikkel om snel te ontslaan. Het ligt meer voor de hand in de werkelijkheid te kiezen voor een lager startpunt bij 0 dagen en een hoger omslagpunt bij 3 maanden. In bijlage 3 is dit gesimuleerd bij een omslagpunt van € 215,- bij 90 dagen opname.
- ◆ Bij de inkoop van zorg zal met name gestuurd moeten worden op de gemiddelde opnameduur per patiëntencategorie.

4.1.4.b. Simulatie klassentarief

In de onderstaande figuren 6 en 7 is de hoogte van het klassentarief weergegeven bij een verkorting van de opname duur met 10 respectievelijk 20% voor CVA en overige diagnoses.

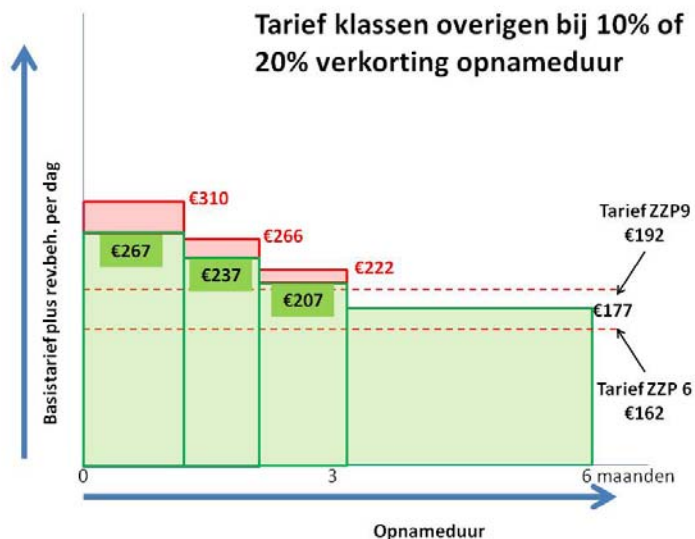
Figuur 6: Maximum klassentarief bij verkorting van de opnameduur CVA's



De verdeling over de klassen is bij de CVA patiënten als volgt bij het realiseren van 10% opnameduur verkorting: klasse A 33%; klasse B 29%; klasse C 16%; klasse D 22%.



Figuur 7: Maximum klassentarief bij verkorting van de opnameduur overige diagnoses



De verdeling per klasse bij de overige geriatrische revalidatiepatiënten is bij 10% opnameduurverkortung als volgt: klasse A 40%; klasse B 30%; klasse C 15%; klasse D 15%.

Voor beide groepen zien we de volgende karakteristieken:

- ◆ De systematiek bereidt slechts matig voor op de DBC-systematiek; het sluit echter goed aan bij de huidige financieringssystematiek van de CVA, waarbij ook een toeslag wordt gegeven voor een bepaalde periode.
- ◆ Bij de volumeafspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor/zorgverzekeraar zullen de aantallen per klasse zo moeten worden berekend dat er budgettaire neutraliteit ontstaat.
- ◆ Een extra zekerheid voor de budgettaire neutraliteit is ingebouwd door het aantal dagen in de diverse klassen A t/m C te maximeren.
- ◆ Ook in dit model is het mogelijk via de tarifiering een behoorlijke opslag te bewerkstelligen, vanzelfsprekend onder voorwaarde dat de gemiddelde opnameduur daadwerkelijk wordt bekort.
- ◆ Ook in dit model is het niet noodzakelijk een systeem van tijdschrijven in te voeren. Door het volume goed in te kopen, wordt het maximum budget automatisch vastgelegd. Afspraken moeten worden gemaakt welk tarief zal worden gehanteerd op het moment dat een instelling zijn maximum volume heeft bereikt.
- ◆ Het model kan zorgaanbieders en zorginkopers bewuster maken over de gemiddelde hoeveelheid behandelingen die worden gefinancierd, zeker als tegelijkertijd een systeem van prestatiemeting wordt ingevoerd.
- ◆ De prikkel tot kortdurende opnames is in dit model minder dan bij het degressieve tarief. Door het creëren van afkappunten blijft er wel een zekere prikkel bestaan. Anderzijds is de prikkel tot afwenteling op AWBZ - chronische zorg of thuiszorg minder dan bij het degressief tarief.



4.2. Prestatiemeting en weging

Los van de opbouw van een dynamisch tarief dat de daadwerkelijke zorg faciliteert, pleiten wij voor het invoeren van een instrument voor het meten van de prestatie. Hierin worden kwalitatieve elementen in de zin van verbetering in het functioneren geëxpliciteerd. Dit geeft zicht op de cliëntenmix, maakt onderlinge vergelijking van instellingen mogelijk en geeft inhoudelijke sturingsmogelijkheden voor de zorginkoop.

Complicerend daarbij zijn een aantal omstandigheden:

- ◆ Bij een revalidatietraject is sprake van een inspanningsverplichting, resultaat kan niet worden gegarandeerd;
- ◆ Resultaten zijn afhankelijk en worden beïnvloed door verschillende factoren, zoals intercurrente aandoeningen die het revalidatietraject bemoeilijken, dan wel tijdelijk stilleggen;
- ◆ Resultaten zijn sterk afhankelijk van de patiëntkenmerken bij start van de revalidatie zoals comorbiditeit, cognitie en functioneren bij start van de revalidatie. Een selectie 'aan de poort' zal grote invloed hebben op een te bereiken succes, reden waarom het instrument zowel bij opname als ontslag moet worden gebruikt;
- ◆ Gebrekkige belastbaarheid, leerbaarheid en/of motivatie van de cliënt;
- ◆ Het al of niet halen van de revalidatiedoelstellingen zegt niets over de kwaliteit of intensiteit van de behandeling.

Daartegenover staat dat alle instellingen met deze complicerende aspecten worden geconfronteerd en dat de effecten zich, cumulatief gezien, uitmiddelen. Voorwaarde daarbij is wel, dat een instelling een voldoende aantal patiënten behandelt.

Vooralsnog gaan de gedachten uit naar een eenvoudig en tegelijkertijd nog onvolkomen model (eerste stap). Verschillende aspecten zijn daarbij gewogen, zoals leeftijd, geslacht, aantal nevendiaagnoses (comorbiditeit) bij opname en woon- en gezinssituatie. Op basis van betekenis en uitvoerbaarheid wordt voorgesteld van een minimale set uit te gaan van de volgende onderdelen die in combinatie de prestatie in kaart brengt:

- A. De revalidatieduur
- B. De plaats van handeling (klinisch, in dagbehandeling of poliklinisch)
- C. Het functioneren bij de start van de revalidatie en bij ontslag
- D. De ontslagbestemming

Ad. A De revalidatieduur

De revalidatieduur is te meten in dagen, waarbij een onderscheid kan worden gemaakt in klinisch, in dagbehandeling of poliklinisch. Combinaties in de zin van klinisch gevolgd door dagbehandeling of poliklinische behandeling zijn ook meetbaar. Bij voorkeur wordt hierbij de revalidatieduur in de gehele keten gemeten. Een zeer korte ziekenhuisopname heeft uiteraard invloed op de verpleeghuis opnameduur. Ook een snel ontslag naar huis met voortzetting in dagbehandeling of polikliniek zal de intramurale opnameduur beïnvloeden.

Ad. B De plaats

De plaats van handeling is traceerbaar en wordt momenteel al vastgelegd.

Ad. C Het functioneren

Voor wat betreft het in kaart brengen van de functioneringsstatus wordt voorgesteld in eerste instantie aan te sluiten bij de in de meeste verpleeghuizen gehanteerde Barthel-index (BI). De Barthel-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). Voor de intramurale revalidatie kan de BI een geschikt meetinstrument zijn. De Barthel Index heeft het nadeel van een plafond effect, dat wil zeggen alleen grove afwijkingen in functioneren/hulpvraag worden gemeten.



Zeker een patiënt in dagbehandeling of in de polikliniek kan een maximale BI-score hebben, waarbij toch sprake is van de noodzaak tot revalidatiebehandeling. Daarnaast is het een 1 dimensionaal instrument (alleen ADL).

Op termijn is het te overwegen aan te sluiten bij de voorgenomen effectmeting in de medisch specialistische revalidatiegeneeskunde die gebruik maakt van USER (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie) ontwikkeld in de Hoogstraat. In dit instrument zitten naast de ADL ook metingen in stemming, cognitie, pijn en gedrag. Dit instrument is weliswaar kansrijk, doch is nog nooit op zijn werking uitgetest in de verpleeghuissetting. Mogelijk zou hier in de poeftuinen mee kunnen worden geëxperimenteerd in samenwerking met een Universiteit.

Ad. D Ontslagbestemming

De ontslagbestemming is op cumulatieve basis een aanvullende maat voor het succes van de behandelingen in een instelling. In eerste instantie gaat het er immers om een patiënt te revalideren zodat hij weer naar zijn oorspronkelijke woonomgeving kan terugkeren. Daarbij gaat hier vanzelfsprekend om het ontslag naar de woon/zorg omgeving zoals die bestond vóór de ziekenhuisopname.

Naast bovengenoemde van belang zijnde aspecten zijn er ook beïnvloedende factoren, zoals:

- Aan- of afwezigheid partner;
- Mate van aanwezigheid en intensiteit van de mantelzorg;
- Cognitie;
- (Aangepaste) huisvesting;
- Stemming;
- Gedragsproblemen;
- Comorbiditeit;
- Intercurrente aandoeningen.

Teneinde de meting bij de start niet al te ingewikkeld te maken, wordt voorgesteld het instrument voornamelijk tot de bovengenoemde 4 aspecten te beperken. De voorgestelde set van indicatoren is complementair aan de indicatoren zoals die voor de gehele sector zijn ontwikkeld¹⁹. De daarbij horende patiëntgerelateerde indicatoren zijn niet specifiek gericht op de revalidatiepatiënten. Momenteel wordt voor de revalidatie patiënten nog weinig systematisch geregistreerd ten aanzien van de resultaten, met uitzondering van de patiënten met een CVA. Het kennisnetwerk CVA heeft voor de CVA-ketenzorg 5 prestatie-indicatoren voorgesteld²⁰. Een groot aantal verpleeghuizen doet mee met dit initiatief, maar ze zijn niet geschikt voor de prestatie meting zoals wij die voorstellen. De modified Rankin Scale is daarvoor te grofmazig.

Een kanttekening blijft echter op zijn plaats. In haar uitvoeringstoets rond de AWBZ 'Best Practices' hecht de NZA grote waarde aan de criteria waaraan data voor een kwaliteitsmeting moeten voldoen²¹. De ervaring met de invoering van indicatoren laat zien dat het meestal een aantal jaren vergt, voordat voldoende betrouwbare data van een hoog percentage van de zorgverleners beschikbaar komen. Daarnaast is de voorgestelde set op geen enkele wijze gevalideerd voor deze categorie patiënten. Weliswaar is de waarde van de Barthel-index uitgebreid onderzocht²², maar het blijft de vraag in hoeverre dit instrument vol-

¹⁹ Handboek Kwaliteitskader Verantwoorden Zorg - Verpleging Verzorging Zorg Thuis, versie april 2010.

²⁰ <http://www.kennisnetwerkcva.nl/>; gekozen indicatoren: percentage trombose, deur-tot-deur naald-tijd, sterfte na één maand, verblijfplaats na 3 maanden en functioneel herstel na 3 maanden (middels de Modified Rankin Scale).

²¹ NZA Uitvoeringstoets Best Practices: kwaliteit en bekostiging AWBZ' brief dd. 18-7-2008 aan de Staatssecretaris van VWS; kenmerk MROE/EMOL/2008/A/544

²² Mahoney FI, Barthel DW, 'Functional evaluation; the Barthel Index', *Mad State Med J* 1965;14:61-5.



doende discriminerend is als uitkomstmaat. Het is dan ook aan te bevelen de invoering van de set na enige tijd te toetsen op samenhang en validiteit.

Stone SP, Ali B, Auberleek I, Thompsell A, Young A, 'The Barthel Index in clinical practice: use on a rehabilitation ward for elderly people', J Roy Coll Phys Lond 1994;28:419-23.



5. Beschouwing

Vooruitlopend op de introductie van DBC's bestaat er behoefte om voor de reactiveringzorg af te stappen van de bekostiging via het constante dagtarief conform ZZZ 9. Uit onderzoek blijkt dat met name in de eerste weken van een revalidatietraject sprake is van een forsere behandelinzet. Deze extra inzet moet in de huidige constellatie terugverdiend worden in een latere fase met minder behandeling. In de huidige bekostigingssystematiek is dus (theoretisch) sprake van een prikkel om revalidanten niet te vroeg te ontslaan. De centrale onderzoeksvraag is of de tariefstructuur voor deze zorg dusdanig kan worden aangepast dat de doorstroming en kwaliteit in de keten beter kunnen worden gefaciliteerd?

Op een tweetal onderdelen kon aan de onderzoeksopdracht slechts ten dele gevolg worden gegeven:

1. Uitwerking van dagbehandeling of ambulante zorg
2. Uitwerking van de prestatie maatstaf

Ad.1

De effecten van een dynamisch tarief voor revalidatie met verblijf (o.a. kortere opnameduur) op de mate van inzet van dagbehandeling is onbekend. Feit is dat de dagbehandeling in verpleeghuizen specifiek gericht op revalidatie nog beperkt ontwikkeld is, maar dat met dynamisch tarief mogelijk een "boost" ontstaat.

Ad.2

In het onderzoek zijn elementen geselecteerd die in combinatie gezien een maat zijn van het effect van de behandeling. Deze elementen zijn vooralsnog naast elkaar geplaatst zonder weging. Naar de toekomst toe zou een samenvattende indicator kunnen worden ontwikkeld.

5.1. Bekostigingsvarianten

Na een eerste selectie van mogelijkheden zijn met een tweetal bekostigingsvarianten simulaties uitgevoerd op het in 2007 verzamelde databestand (3.299 patiënten). Daarbij zijn berekeningen gemaakt van de effecten van 10 en 20% bekorting van de behandel-/opnameduur bij een budgettaire neutraliteit op cliëntbasis. Bij het constant blijven van het aantal cliënten ontstaat daarmee (afhankelijk van het ingeschatte percentage) meer of minder substantiële ruimte voor het inzetten van meer behandeling tijdens het verblijf, dan wel na ontslag in de dagbehandeling.

Conclusie 1

Uit het onderzoek blijkt dat de introductie van een dynamisch tarief mogelijkheden biedt om de bekostiging aan te doen sluiten bij de intensiteit van de geboden behandeling en tegelijkertijd een prikkel biedt om de zorg efficiënter (intensief en kort) in te richten. Het dynamisch tarief biedt een oplossing voor het huidige knelpunt waarbij de bekostiging tot negatieve prikkels leidt (behandeling gedecteerd en gelimiteerd door de bekostiging en geen prikkel om snel te ontslaan).

Conclusie 2

Met de invoering van een dynamisch tarief liggen er medisch inhoudelijk kansen om de revalidatie te intensiveren en de opnameduur te bekorten. De opnameduur wordt echter ook beïnvloed door externe factoren die een "delay" kunnen veroorzaken, zoals een plaats in een verzorgingshuis of woningaanpassingen thuis. In beide modellen zal de instelling worden geprikkeld hierover betere ketenafspraken te gaan maken.



Conclusie 3

In de beide doorgerekende varianten ontstaat, bij de aanname van verkorting van de behandelduur, substantiële financiële ruimte om meer behandeling in te zetten.

De hoogte van het vast te stellen tarief is een interessante discussie. De financiële ruimte kan, afhankelijk van de verkorting van de duur, zodanig fors zijn dat het de vraag is of de daarmee op te plussen behandeluren wel ingezet kunnen worden gelet op de gemiddeld beperkte belastbaarheid van deze geriatrische patiënten. Daarbij is het de vraag in hoeverre een kortere klinische revalidatieperiode zal leiden tot meer toepassing van dagbehandeling of vormen van “outreaching” nazorg om de overgang naar de thuissituatie te faciliteren. Mogelijk dat een deel van vrijkomende financiële ruimte kan worden benut voor deze activiteiten.

De twee gesimuleerde varianten zijn beide eenvoudig van opzet en met een minimum aan administratieve belasting (er hoeven alleen dagen te worden geteld). Nadeel is dat er in beide varianten geen directe relatie bestaat tussen de intensiteit van de behandeling en het tarief. Simpele en korte trajecten worden daarmee overgefinancierd.

Het degressieve tarief kent geen afkappunten, bij het klassentarief is dat wel het geval met als mogelijk nadeel dat gestuurd gaat worden op het eind van een klasse (zo lang mogelijk het hogere tarief). Daarentegen is het klassentarief beter hanteerbaar bij de zorginkoop (bijv. 20 cliënten klasse A, 35 cliënten in klasse B, enz.).

Conclusie 4

Beide modellen zijn toepasbaar. De verschillen zijn gradueel, waarbij bij het degressieve tarief sprake is van een meer directe prikkel aangaande de behandelduur. Bij het klassentarief is de prikkel meer gedempt, maar wordt de zorginkoop beter gefaciliteerd.

Gelet op het tijdelijke karakter van het dynamisch tarief (geldend voor enkele jaren tot de invoering van de DBC's), is gekozen voor eenvoudige modellen zonder extra administratieve belasting of vormen van tijdschrijven. In dezelfde periode zal de administratieve belastbaarheid van instellingen al voldoende op de proef worden gesteld in het kader van de voorbereidingen op de DBC-introductie.

Het in beide varianten ontbreken van een relatie tussen behandelintensiteit en tarief kan een probleem vormen voor de prestatiebekostiging. Instellingen die kort en relatief weinig behandelen verkrijgen wel de financiering passend bij een intensieve behandeling. Denkbaar is om dit nadeel te verminderen door een nadere kwantificering van het individuele zorgplan via de zogenaamde cliëntagenda toe te passen, waarbij er op weekbasis een aantal uren behandeling opgenomen wordt en waarbij er wordt bijgehouden wanneer hier van afgeweken wordt. Deze uren betreffen dan de cliëntgebonden uren zorg (dus zowel direct als indirect cliëntgebonden tijd). De niet cliëntgebonden inzet van de behandeling zal op een andere wijze moeten worden berekend c.q. vastgesteld. Dit kan bijvoorbeeld via een eenmalige tijdsinzet op instellingsniveau, via de standaard opslag van de NZa in de huidige tariefsberekening voor de functie Behandeling of door de kostprijsberekening door DBC-onderhoud.

Conclusie 5

Een vorm van tijdsregistratie kan als controle-instrument worden gehanteerd om de relatie tussen behandelintensiteit, behandelduur en tarief te volgen.

Een belangrijke voorwaarde bij de ontwikkeling van een dynamisch tarief betreft de budgettaire neutraliteit. In dit onderzoek is dit betrokken op het individuele cliënttraject. Anders gezegd, de middelen die nu gemiddeld per cliënt aan ZZP 9 worden gespendeerd worden in de simulaties niet overschreden. Daartegenover staat de volumegroei op basis van demografische ontwikkelingen. Deze groei valt echter buiten het bestek van het onderhavig onderzoek.



5.2. Prestatiemeting en weging

Naast de introductie van een dynamisch tarief is het aangewezen om in het kader van de kwaliteit van de geleverde zorg een extra dimensie toe te voegen, namelijk een vorm van prestatiemeting. De combinatie van tarief en prestatiemeting vormen samen de basis voor de bekostiging (“pay for performance”). De prestatiemeting geeft zicht op de cliëntenmix bij opname (al of niet risicoselectie), maakt onderlinge vergelijking van instellingen mogelijk en geeft inhoudelijke sturingsmogelijkheden voor de zorginkoop. Het geeft ook een zekere garantie dat de prikkel tot sneller ontslag niet gaat leiden tot een ongewenste situatie van een te snel ontslag. Tevens draagt het bij aan het voorkomen van afwentelingmechanismen op het snijvlak van Zvw en AWBZ.

Aanbeveling 1

Bekostiging en inkoop van de revalidatiezorg dient gestoeld te zijn op enerzijds het tarief en anderzijds de prestatie.

In het onderzoek heeft een eerste verkenning plaatsgevonden naar mogelijke ingrediënten aangaande de prestatiemeting, die eenvoudig te verzamelen zijn.

Aanbeveling 2

Als start voor de ontwikkeling van de prestatiemeting wordt voorgesteld de volgende onderdelen (gerelateerd aan de diagnose/aandoening) standaard in kaart te brengen:

- ◆ De revalidatieduur;
- ◆ De plaats van handeling (klinisch, in dagbehandeling of poliklinisch);
- ◆ Het functioneren bij de start van de revalidatie en bij het ontslag;
- ◆ De ontslagbestemming.

Voor wat betreft het functioneren, kan de Barthel-index worden gebruikt. Dit instrument is gangbaar in de verpleeghuizen. De Barthel-index heeft het nadeel van een plafond effect, dat wil zeggen dat alleen grove afwijkingen in functioneren/hulpvraag worden gemeten. Daarnaast is het een 1 dimensionaal instrument (alleen ADL). Het is te overwegen aan te sluiten bij de voorgenomen effectmeting in de revalidatiegeneeskunde die gebruik maakt van USER (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie). In dit instrument zitten, naast de ADL, ook metingen in stemming, cognitie, pijn en gedrag. Dit instrument is weliswaar kansrijk, doch is nog nooit op zijn validiteit getest in de verpleeghuissetting.

Aanbeveling 3

Wanneer op termijn de DBC's in de verpleeghuissector gaan aansluiten op de medisch specialistische revalidatie-DBC's, is het aangewezen nader onderzoek te doen naar de toepasingsmogelijkheden van USER als meetinstrument in de verpleeghuissetting.

5.3. Mogelijkheden voor implementatie

De introductie van een dynamisch tarief enerzijds en een vorm van prestatiemeting anderzijds heeft forse consequenties voor het veld. Achtereenvolgens kunnen worden genoemd:

Cliënten

De voorwaarden worden gecreëerd zodat cliënten meer adequate en intensieve behandelprogramma's kunnen doorlopen. De duur daarvan zal afnemen zodat zij sneller kunnen worden ontslagen. De institutionalisering, met alle aspecten van dien voor cliënt en zijn omgeving, zal korter duren.



Zorgaanbieders

De instellingen worden financieel gefaciliteerd om de revalidatiezorg te optimaliseren. Dat geldt zowel de revalidatie met verblijf alsook vormen van ambulante zorg. Via de prestatie-meting krijgen zij enerzijds inzicht in het eigen functioneren en anderzijds biedt het transparantie naar de buitenwereld. Daartegenover staat naast het ZZP-systeem de implementatie van een financiële systematiek die, gelet op de komst van de DBC's, tijdelijk van aard zal zijn.

Professionals

De behandelaren krijgen met het dynamisch tarief de ruimte om "state of the art" te werken en iedere cliënt die behandeling en dat tempo aan te bieden dat in het individuele geval passend is. Overigens is daarbij wel een aandachtspunt dat bij de bepaling van de "state of the art" een goede samenwerking van belang is tussen alle betrokken partijen (verzekeraars, patiënten/consumenten en professionals) en tussen de professionals onderling²³.

Zorgkantoor/zorgverzekeraar

De verzekeraars wordt de mogelijkheid geboden niet sec op verpleegdagen in te kopen. Met het instrument van prestatie-meting kunnen zij uitkomsten vergelijken, meer gericht sturing geven en die zorg inkopen die profijtelijk is voor hun verzekerden.

De twee gepresenteerde varianten voor een dynamisch tarief zijn beide toepasbaar. De daadwerkelijke invoering en uitvoering vraagt landelijk nog de nodige stappen. Voorstelbaar is ook dat regionaal het initiatief wordt genomen. Daarvoor zou het mogelijk moeten zijn dat instellingen en verzekeraars een toeslag afspreken om bij een kortere behandelperiode het verlies in dagen te compenseren. Zodoende kan een daling in het budget voor de instelling worden voorkomen. Hiermee kan er per diagnosegroep maatwerk geleverd worden. Deze toeslag dient alleen afgegeven te worden op basis van een gezamenlijk verzoek aan de NZa. Deze toeslagen zouden zowel in de bekostiging als in de financiering opgenomen kunnen worden om zodoende een goede aansluiting tussen budgettering en financiering te krijgen. Mogelijk dat deze aanpak als thema in de geplande proeftuinen kan worden ingebouwd.

Zoals de planning nu is, zal de overheveling van de AWBZ naar de Zvw per 2012 plaatsvinden. De invoering van DBC's zal op zijn vroegst in 2013 plaatsvinden. Indien tot het dynamisch tarief wordt besloten zal dit waarschijnlijk in 2011 worden ingevoerd. Conform deze planning zal het dynamisch tarief derhalve deels onder het regiem van de AWBZ en deels onder dat van de Zvw vallen. Onder de AWBZ betreft het een substantiële verandering, naast de systematiek van de ZZP's een nieuwe bekostigingsvariant met nieuwe eisen. Vooral van de instellingen zal het de nodige aanpassingen en energie vragen. Echter het zijn met name de aanbieders die gepleit hebben voor een tarief dat recht doet aan de geleverde zorg en dat aanzet tot meer adequate behandelprogramma's. Na introductie en implementatie in het AWBZ-tijdvak, zijn er geen belangrijke probleempunten onder de Zvw te voorzien.

Een introductie van het dynamisch tarief per 2011 zal nog de nodige voorbereiding vergen. Genoemd kunnen worden:

- ◆ Principebesluit na consultatie partijen;
- ◆ Uitwerken en vaststelling van het tarief (hoogte, aantal klassen, relatie verblijf versus ambulant);
- ◆ Inzicht verkrijgen bij de verpleeghuizen wie wel en wie niet doorgaat met het geven van geriatrische revalidatie;
- ◆ Introductie prestatie-meting in verpleeghuizen en afspraken over vastlegging en verantwoording;
- ◆ Opstellen handleiding voor de zorginkoop;

²³ . Bijvoorbeeld Verenso, VRA (Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen) en de NVKG (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie).



- ◆ Voorlichting aan professionals en patiënten.



BIJLAGEN



Bijlage 1. Samenstelling klankbordgroep

P. Schout (NPCF)
M. van Eijndhoven (CVZ)
P. Kerklaan (VWS)
S. Kalkman (ZN)
M. Maasdam (ZN)
L. van Steenveldt (RN)
C. Beeker (Actiz)
J. van Kuik (ZN)
M. Reidsma (NZa)
A. Noordermeer (NZa)

P.B.G. Peerenboom (ETC Tangram)
J. Spek (ETC Tangram)



Bijlage 2. Oorspronkelijke vraagstelling

Het project 'vervolg uitvoeringstoets overheveling revalidatiezorg AWBZ/Zvw' betreft een vervolg op de uitvoeringstoets over de overheveling van de revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw.

Het ministerie van VWS is voornemens om de somatische revalidatiezorg per 1 januari 2012 over te hevelen naar de zorgverzekeringswet. De NZa is gevraagd om middels een uitvoeringstoets advies uit te brengen over onder meer de mogelijke scenario's voor overheveling, de daaruit volgende risico's, de maatregelen om deze risico's te ondervangen en het te volgen tijdpad. In maart 2009 heeft de NZa het eerste deel van de uitvoeringstoets opgeleverd. Het rapport is als basis gebruikt voor het uitstippelen van het verdere overhevelingstraject.

De afgelopen periode zijn er belangrijke stappen gezet in het overhevelingstraject, vooral wat betreft de afbakening van de somatische revalidatiezorg. Zo is het zorgzwaartepakket waar de somatische revalidatiezorg onder behoort te vallen (ZZP 9 V&V) nader gespecificeerd, met als doel dat somatische revalidatiezorg altijd en uitsluitend vanuit dit ZZP wordt geboden. Daarnaast is een aparte prestatie geformuleerd voor revalidatiezorg in de vorm van dagbehandeling. Hiermee is duidelijk omkaderd welke zorg na de overheveling onder de Zvw zal komen te vallen.

Zorgaanbieders, zorgkantoren en het CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg) zullen met ingang van 2010 met de nieuwe prestatieomschrijvingen gaan werken. Het is de verwachting dat vanaf dat moment betrouwbare gegevens worden verzameld en vanaf 2011 beschikbaar komen. Op basis hiervan kunnen het bijbehorende zorgvolume en –budget voor somatische revalidatiezorg worden bepaald. Deze gegevens zijn noodzakelijk voor een zorgvuldige bepaling van de uitname uit de AWBZ, zowel op macro- als op instellingsniveau.

Uitgaande van overheveling in 2012 en invoering van DBC's per 2013 is het de vraag hoe de periode na 2012 het beste zou kunnen worden ingevuld. De NZa is gevraagd om te schetsen hoe het transitiepad er op hoofdlijnen uit zou kunnen zien, door:

- ◆ Advies uit te brengen over de wijze waarop de bekostiging en financiering in 2012 binnen de Zvw kunnen worden georganiseerd. In dit kader moeten de mogelijkheden onderzocht worden van de introductie van een dynamisch tarief. Dit dynamisch tarief zou een oplossing kunnen vormen voor het huidige knelpunt in financiering van de somatische revalidatiezorg binnen de AWBZ, namelijk het ontbreken van een (financiële) prikkel tot kort en intensief behandelen. Een kostenonderzoek zal deel uitmaken van een dergelijk onderzoek.
- ◆ De mogelijkheid te onderzoeken om bovengenoemd dynamisch tarief reeds in 2011 binnen de AWBZ te introduceren, met daarbij een analyse van voor- en nadelen en mogelijke risico's.

Probleemstelling onderzoek tarifiering reactiveringzorg

ETC Tangram heeft in opdracht van het CVZ onderzoek gedaan naar de reactiveringzorg. Hieruit kwam naar voren dat, ten aanzien van de praktijk in het verpleeghuis, behandeling gedurende de eerste periode vaak minder intensief is dan mogelijk en dat mensen vaak later naar huis gaan dan ze kunnen en zelf willen. Het tweede punt komt enerzijds mogelijk door gebrek aan aanbod in de sfeer van de dagbesteding, anderzijds door de huidige tariefstructuur.

Daarnaast zien we dat ziekenhuizen steeds sneller mensen uitbehandeld verklaren en 'betrokkene' doorsturen naar het verpleeghuis. Het is wellicht een optie om op dit punt een Zvw-prestatie te formuleren die ook door verpleeghuizen (functioneel omschreven) kan worden geleverd. De verzekeraar heeft dan een prikkel in het B-segment kritisch in te kopen en om



het reactiveringstraject efficiënt te verdelen over ziekenhuis en de aanbieder van reactiveringzorg.

Waar behoefte aan is, is een tariefstructuur die optimaal is voor de keten en die start (indien mogelijk) al in het ziekenhuis, waar de start van de reactivering onderdeel kan zijn van de DBC.

Het verkennen van de mogelijkheid tot aanpassing van de tarief/prestatiestructuur voor reactiveringzorg is onderdeel van de onderzoeksvraag. Het al dan niet aanpassen van het huidige DBC zal hier geen onderdeel van zijn, dit wordt door de NZa zelf opgepakt.

Doelstelling onderzoek tarifiering reactiveringzorg

Bijdragen aan het door de NZa te ontwikkelen transitiepad voor de periode vanaf 2012, wanneer de reactiveringzorg overgeheveld is van de AWBZ naar de Zvw.

Het doel is om te komen tot een voorstel voor een dynamisch tarief (al dan niet in combinatie met een intelligente interface), op een zodanige wijze uitgewerkt dat dit naar verwachting een budgettair neutrale uitkomst oplevert. Daarbij dienen ook de bestaande toeslagen, zoals voor CVA, te worden betrokken.

Onderzoeksvraag

- ◆ Hoe kan de tarief/prestatiestructuur voor reactiveringzorg dusdanig worden aangepast dat de doorstroming en kwaliteit in de keten beter kan worden gefaciliteerd?
- ◆ Op welke wijze kunnen bekostiging en financiering in 2012 binnen de Zvw georganiseerd worden? Is het mogelijk om een dynamisch tarief te introduceren?
- ◆ Is het dynamische tarief een oplossing voor het huidige knelpunt in financiering van de somatische revalidatiezorg binnen de AWBZ, te weten het ontbreken van een (financiële) prikkels tot kort en intensief behandelen?
- ◆ Is het mogelijk om bovengenoemd dynamisch tarief reeds in 2011 binnen de AWBZ te introduceren? Wat zijn hiervan de voor- en nadelen en mogelijke risico's?

Hierbij gelden de volgende randvoorwaarden en uitgangspunten:

- ◆ Het nieuwe tarief moet budgetneutraal zijn;
- ◆ Er mogen zo min mogelijk wijzigingen c.q. verdere differentiatie plaatsvinden in de prestaties (immers overheveling vindt plaats op basis van prestaties 2010 en er loopt al een traject voor invoering DBC's per 2013);
- ◆ De wijziging moet zo min mogelijk (extra) administratieve belasting veroorzaken (dat wil zeggen geen extra administratieve belasting bovenop wat DBC-Onderhoud gaat opleveren in verband met registratie om tot DBC's te komen);
- ◆ Zo mogelijk moet er aangesloten worden bij de tariefstructuur van de revalidatie DBC's.

Type onderzoek

Aangaande het uit te voeren onderzoek geven wij onderstaande onderdelen als leidraad mee. Wij gaan ervan uit dat in de offerte onderbouwd beschreven wordt welke keuzes gemaakt zijn ten aanzien van de onderstaande elementen:

- ◆ Literatuurstudie
- ◆ Samenstellen databestand
- ◆ Analyse op data
- ◆ Bijeenkomsten klankbordgroep
- ◆ Evt interviews



Data en onderzoeksbronnen

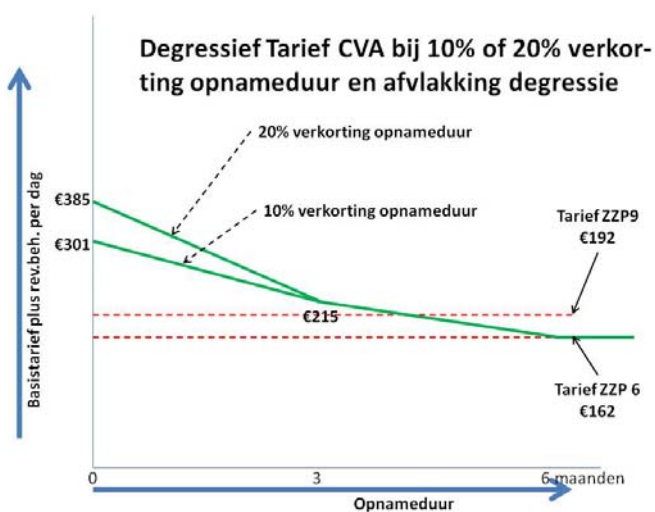
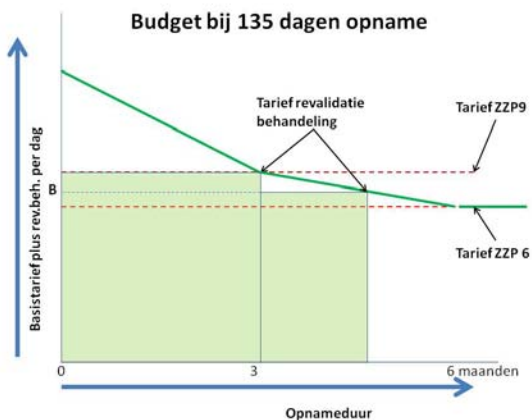
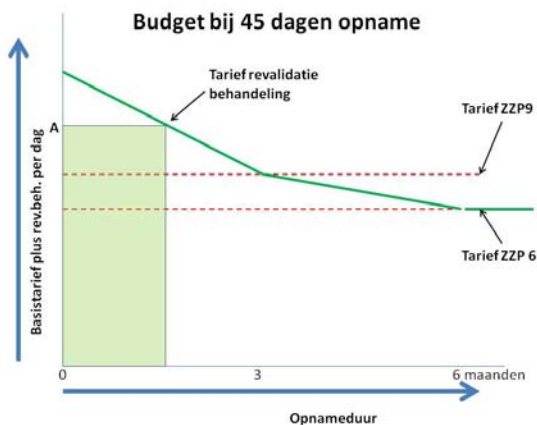
Er kan gebruik gemaakt worden van de data van het eerder door ETC Tangram uitgevoerde onderzoek in opdracht van CVZ, voor zover deze zijn opgenomen in de rapporten (ETC Tangram/LUMC: Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit - 2008). Hierbij geldt wel dat deze data gedateerd zijn. Er wordt nog met CVZ overlegd of ook de ruwe verzamelde data beschikbaar zijn. Daarnaast kunnen de inmiddels door de NCPF ontwikkelde inzichten rond de zorgpaden worden betrokken, inclusief relevante aspecten van door beroepsgroepen ontwikkelde zorgstandaarden. Er moet wel een check plaatsvinden of daarbij voldoende rekening is gehouden met de multi-morbiditeit bij deze groepen patiënten/cliënten. Ook kunnen gesprekken met experts en koploperinstellingen plaatsvinden, voor een verdere verdieping.



Bijlage 3. Bekostiging bij het degressieve tarief

45 dagen opname: budget zorgaanbieder = 45 dagen x tarief A

135 dagen opname: budget zorgaanbieder = (90 x tarief ZZP9) + (45 dagen x tarief B)





Bijlage 4. Bekostiging bij het klasstarief

