

Financiering van geriatrische revalidatie; de relatie tussen bekostiging en prestatie

Drs. J. Spek, adviseur, ETC Tangram Leusden

Dr. P.B.G. Peerenboom, adviseur, ETC Tangram Leusden

Dr. R. van Balen, specialist ouderengeneeskunde, LUMC Public Health en Eerstelijngeneeskunde Leiden

INLEIDING

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onderzoek gedaan naar een alternatieve bekostigingswijze voor geriatrische revalidatie na een somatische aandoening, zoals deze in verpleeghuizen plaatsvindt. Voor deze in principe curatieve zorgvorm bestaat het voornemen om deze in 2012 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) over te hevelen. Vervolgens zal volgens de planning de bekostiging vanaf 2013 via DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties) gaan verlopen.

In afwachting van deze overgang naar DBC's wenste de NZa inzicht in bekostigingsvormen die een gepast gebruik, een betere doorstroming en kwaliteit in de keten faciliteren. In dit verband wordt wel gesproken van een dynamisch tarief. Door de sector en de NZa is namelijk geconstateerd dat het huidige vaste tarief per opnamedag niet aansluit bij het verloop van de intensiteit van de behandeling.¹ 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. Kortom, in de huidige financieringssystematiek is de instelling er bij gebaat dat de bedden vol blijven (continue inkomstenbron) en intensiever en korter behandelen heeft tot gevolg dat er gemiddeld hogere kosten per dag worden gemaakt die niet worden gecompenseerd.

De onderzoeksvraag betrof een inventarisatie van bekostigingsmethodieken die recht doen aan de behandelinzet en prikkels bevatten voor efficiënte zorg. In dit artikel worden de resultaten van het onderzoek op hoofdlijnen gepresenteerd.

ONDERZOEK

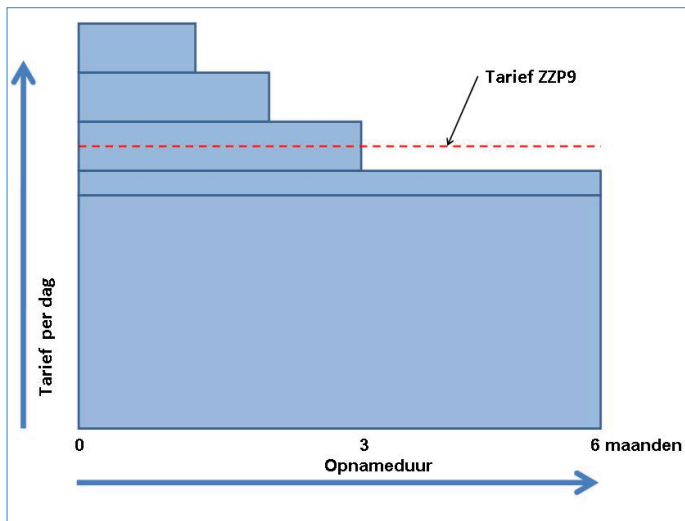
In het onderzoek zijn verschillende varianten tegen het licht gehouden. Daarbij is een aantal randvoorwaarden en uitgangspunten gehanteerd, waaronder budgetneutraliteit (op macroniveau), aansluiting bij de ZZP-systematiek in de

AWBZ, zo min mogelijk (extra) administratieve belasting en zo mogelijk aansluiting bij de tariefstructuur van de medisch specialistische revalidatie-DBC's.

In theorie doen zich verschillende mogelijke varianten van 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.² Te denken valt aan 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 bekostiging op geleide van de intensiteit en duur van de behandeling) te volgen, kwam deze variant niet in aanmerking voor verdere uitwerking. Bij revalidatie bestaat namelijk een forse variatie in de hulpvraag en het aangevraagd behandel aanbod, de diagnose alleen is veelal niet leidend voor de intensiteit en de duur van de behandeling.

Een andere variant is een gedifferentieerd tarief op individueel niveau op basis van de patiëntgegevens bij opname, waarbij de te verwachten behandelduur en intensiteit worden gehouden tegen een op te stellen categorisering. Op grond hiervan ontvangen verpleeghuizen een hoger of lager tarief. Dit is administratief bewerkelijk, maar kan mogelijk goed aansluiten bij de DBC-systematiek. Het sluit echter niet goed aan bij de AWBZ-systematiek met een vast bedrag per dag per zorgzwaarte voor alle categorieën patiënten.³

Ook kan worden gedacht aan een bonus/malussysteem op nacalculatiebasis, waarbij op basis van cumulatieve patiëntgegevens over een zeker tijdvak de gemiddelde behandelduur van een instelling gehouden wordt 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



Afbeelding 1: Schematische weergave van het degressieve klassentarief

er binnen de branche voornamelijk consensus over te formuleren prestatie-indicatoren.

Tenslotte komt de introductie van een degressief tarief in aanmerking. 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 behandeluren afneemt met de tijd.⁴

Vanuit financieel perspectief bieden alle bovenstaande varianten aanknopingspunten en prikkels voor een intensievere en kortere behandelduur. Gekozen is voor het nader uitwerken van twee varianten van het degressieve tarief (continue degressief en degressief met klassen).

Met een in het verleden opgebouwd databestand (3600 cliënten verdeeld over 128 instellingen) zijn met de geselecteerde varianten in het voorjaar 2010 simulaties uitgevoerd.⁴ De gevolgen voor de totale kosten van het verkorten van de gemiddelde opnameduur met 10 of 20% onder gelijktijdige verhoging van het tarief zijn berekend. De diagnoses zijn onderverdeeld naar de volgende categorieën: CVA, traumatologie, electieve orthopedie, amputaties en een groep overigen.

Uit de simulaties blijkt dat bij een gelijkblijvend budget en een gelijkblijvend aantal patiënten het mogelijk is om het huidige vaste tarief van € 192,- per dag op te plussen met een bedrag variërend tussen de € 15,- en € 118,- afhankelijk van de gerealiseerde opnameduur. Dit geld zou dan beschikbaar kunnen komen voor extra inzet van behandelaars. De voorkeursvariant van de onderzoekers was om meerdere klassen op te zetten en deze te koppelen aan de opnameduur, hetgeen neerkomt op een hoog dagtarief bij een korte behandelduur en een laag tarief bij een lange behandelduur.⁵ Hierdoor wordt een verpleeghuis financieel gestimuleerd een kortere opnameduur te realiseren. Zorgkantoren zouden daarover productieafspraken per instelling moeten maken.

In afbeelding 1 is het degressieve klassentarief weergegeven en afgezet tegen de huidige bekostiging (ZZP9). Op het moment van ontslag wordt de duur van de opname gemeten en de corresponderende tariefklasse bepaald. De eerste 3 maanden kent 3 tariefklassen. Een korte opnameduur levert per opnamedag derhalve een hoger tarief op. Een opname die langer duurt dan 3 maanden wordt afgerekend op een basistarief. Bij de simulatie is uitgegaan van budgettaire neutraliteit, bij een gelijkblijvend volume aan cliënten.

PRESTATIEFACTOR

Indien een bekostigingssystematiek de efficiëntie bevordert, ontstaat er meestal een inherente prikkel om de kosten af te wentelen op anderen. Teneinde dit afwentelingsmechanisme op het snijvlak van Zvw en AWBZ en tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen te voorkomen, is het noodzakelijk de effecten zowel kwantitatief als kwalitatief te monitoren. Zorgorganisaties, cliëntvertegenwoordigers, beroepsgroepen, verzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) hebben eisen voor verantwoorde zorg opgesteld. Deze eisen hebben betrekking op langdurige zorg en thuiszorg, voor de revalidatiezorg zijn ze nog niet geoperationaliseerd.⁶

De criteria voor de monitoring moeten vanzelfsprekend objectiveerbaar zijn. Met betrekking tot de revalidatie ligt het voor de hand dit in ieder geval deels uit te drukken in termen van "het verminderen van functioneringsproblemen".⁷ Dit betekent dat het functioneren van de patiënt zowel bij aanvang van de revalidatie als bij ontslag in kaart moet worden gebracht. Daarbij kan worden aangesloten bij instrumenten die nu al door de desbetreffende instellingen en professionals worden gebruikt. Voornamelijk gaan de gedachten uit naar een eenvoudig en tegelijkertijd nog onvolkomen model. Verschillende aspecten zijn daarbij gewogen, zoals leeftijd, geslacht, aantal nevend diagnoses (comorbiditeit) bij opname en woon- en gezinssituatie. Op basis van betekenis en uitvoerbaarheid is 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 ontslag⁸
- D. De ontslagbestemming

Het vormgeven van een prestatiefactor staat los van de toepassing ervan in regelgeving, in bekostiging of als element in de onderhandelingen tussen instelling en verzekeraar. De manier waarop een prestatiefactor een rol gaat spelen, staat los van de vormgeving.

DISCUSSIE

In de beleidsregel die de Nza op 1 juli 2010 heeft gepubliceerd is de invoering van een transitietarief opgenomen gebaseerd op het idee van het klassetarief, waarbij gekozen is voor één tarief per doelgroep.⁹

Binnen de revalidatiezorg zijn meerdere groepen te onderscheiden die een verschillende (intensivering van) zorginzet en (verkorting van) ligduur kunnen hebben. In de beleidsregel worden vijf doelgroepen onderscheiden: CVA, (heup)fractuur, electieve orthopedie, amputatie en overig. Voor elke doelgroep is een apart tarief opgenomen. Door intensivering van de hoeveelheid behandeling een betere voorbereiding van het ontslag en benodigde nazorg thuis, kan de ligduur worden ingekort. De middelen die vrijvallen door de verkorte ligduur zijn per doelgroep toegedeeld op basis van de behandelkaders die Verenso heeft ontwikkeld. Voor toepassing van het transitietarief dient mede in het kader van kwaliteitsverbetering sprake te zijn van een tweezijdige afspraak tussen instelling en zorgkantoor.

Deze tariefsystematiek maakt het mogelijk intensiever te revalideren. De prikkel tot korter behandelen is echter beperkt omdat er slechts één afkappunt bestaat ten opzichte van de oude situatie. Indien de revalidatie binnen de vastgestelde termijn (afkappunt) wordt gerevalideerd, wordt de toeslag toegekend. Overschrijding van de termijn houdt derhalve het risico in dat bij een intensieve vorm van revalidatie de hogere kosten niet worden vergoed. Dit betekent dat aanbieders aan het begin van het revalidatietraject een goede inschatting moeten maken van de haalbaarheid van een korte (maar intensieve) behandelduur.

De wijze van bekostiging van gezondheidszorg is sinds jaar en dag internationaal en nationaal onderwerp van discussie, wijziging en aanpassing. Iedere systematiek heeft nadelen en leidt in de praktijk tot onbedoelde neveneffecten. Tevens bestaat er bij iedere methode ook een inherente prikkel om al dan niet de efficiëntie te bevorderen. Bij het zoeken naar adequate methodieken komt de laatste jaren meer en meer aandacht voor de koppeling van de geleverde prestatie aan het tarief. Gezocht wordt naar 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.

De huidige DBC's in ziekenhuizen zijn een prima voorbeeld van bekostiging om de efficiëntie per product te bevorderen. Immers, als de ziekenhuizen de kosten kunnen verminderen, wordt er aan het eind van het jaar meer overgehouden. Anderzijds is het gevaar van afwenteling op eerstelijns en/of AWBZ-voorzieningen (thuiszorg en verpleeghuiszorg) aanwezig. Voor wat betreft de directe koppeling van geld aan de geleverde kwaliteit is het lastig zulks te operationaliseren.¹⁰ Voor wat betreft de introductie van een prestatiefactor zullen er in de toekomst nog nadere stappen moeten worden gezet.

Uit het onderzoek blijkt dat de introductie van een dynamisch tarief in de AWBZ-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 geduceerd en gelimiteerd door de bekostiging en geen prikkel om snel te ontslaan).

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 deels ook beïnvloed door externe factoren die een "delay" kunnen veroorzaken, zoals een plaats in een verzorgingshuis of woningaanpassingen thuis. De voorgestelde toeslag in de AWBZ noch de huidige DBC's in revalidatiecentra kennen inherente prikkels tot het efficiënter behandelen van patiënten, zoals die in de ziekenhuis DBC's bestaan. Naar de toekomst is het een optie om een prikkel ter bevordering van de efficiency in te bouwen in het tarief. Alternatief zou zijn om zorgverzekeraars en instellingen op individueel niveau afspraken te laten maken over het tarief met gelijktijdige monitoring van de prestatie om afwentelingsproblemen te voorkomen.

Voor de betrokken zorgaanbieders kan het dynamisch tarief helpen om zich voor te bereiden op de komende overheveling van de geriatrische revalidatiezorg. Het kabinetsvoornemen is om die per 2012 te laten plaatsvinden. Verwacht mag worden dat dan een ander speelveld ontstaat, waarbij tarieven en aantallen meer onderhandelbaar worden met de zorgverzekeraars. Idealiter gaat contractering dan ook meer op kwaliteit plaatsvinden. Mogelijk dat ook andere instellingen dan verpleeghuizen, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra, deze trajecten zullen gaan aanbieden. Het dynamisch tarief beoogt dat alvast stappen kunnen worden gezet op weg naar deze nieuwe situatie.

REFERENTIES

- 1 De intramurale zorg binnen de AWBZ wordt bekostigd via Zorgzwaartepakketten (ZZP). In dit geval betreft het ZZP 9 V&V: herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.
- 2 Elovainio R. 'Performance incentives for health in high income countries – key issues and lessons learned', WHO Geneva; 2009.
- 3 Voor CVA's is sprake van een toeslag gedurende 8 weken.
- 4 Peerenboom P.B.G., Spek J., Zekveld I., Cools H.J.M., Balen R. van, Hoogenboom M.J., 'Revalidatie in de AWBZ, omvang, aard en intensiteit', ETC Tangram/LUMC; 2008.
- 5 Balen R van, Peerenboom P.B.G., Spek J. 'Onderzoek tarifiering revalidatie in verpleeghuizen', ETC-Tangram, april 2010.
- 6 NZa, Uitvoeringstoets overheveling somatische revalidatiezorg van AWBZ naar Zvw (2009).
- 7 Problemen in termen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen; Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF; WHO 2001), uitgave BSL 2002.
- 8 Hiervoor zou de Barthel-index kunnen worden gebruikt; deze is gangbaar in verpleeghuizen, maar heeft het nadeel van een plafond effect en is eendimensionaal (alleen ADL).

Het is te overwegen aan te sluiten bij USER (Utrechtse Schaal voor Evaluatie van Revalidatie). Hierin zitten, naast de ADL, ook metingen in stemming, cognitie, pijn en gedrag. Dit instrument lijkt kansrijk maar is nooit op validiteit getest in de verpleeghuissetting.

- 9 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten', beleidsregel CA-437; bijlage 18 bij circulaire AWBZ/Care/10/10c van 1 juli 2010.

- 10 Uitvoeringstoets Best Practises: kwaliteit en bekostiging AWBZ, Nza; 2008.

Correspondentieadres
secretariaat@etc-tangram.nl

SAMENVATTING

In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onderzoek gedaan naar een alternatieve bekostigingswijze voor geriatrische revalidatie zoals deze in verpleeghuizen plaatsvindt, die recht doen aan de behandelinzet en prikkels bevatten voor efficiënte zorg. Verschillende bekostigingswijzen zijn tegen het licht gehouden. Met een in het verleden opgebouwd databestand (3600 cliënten verdeeld over 128 instellingen) zijn vervolgens simulaties uitgevoerd.

Het onderzoek toont aan dat de introductie van een dynamisch tarief in de AWBZ 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. Naast de puur financiële kant is in het onderzoek ook de verbinding gelegd tot het ontwikkelen van een kwalitatieve maat (prestatiefactor) die de bekostiging mede kan bepalen. Mede op basis van dit onderzoek heeft de NZa per 2011 een dynamisch tarief ingevoerd. Hierdoor wordt het mogelijk kortere en intensievere zorg te bieden. Het kabinetsvoornemen is dat per 2012 deze zorg wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.