



Medisch Specialistische Revalidatie Aanspraak en praktijk

27 mei 2013

Bij de uitvoering van deze opdracht, hebben de auteurs een groot aantal instellingen bezocht. Tijdens deze bezoeken is met veel betrokken zorgverleners en anderen gesproken. Velen hebben ook de moeite genomen om de concept versie van het rapport nauwlettend door te lezen en van commentaar en aanvullingen te voorzien. De auteurs willen iedereen van harte bedanken voor hun openheid en betrokkenheid. Wij hopen dat ons rapport een bijdrage kan leveren in de discussie over kwalitatief goede en betaalbare zorg.

| | |
|----------------|---------------------------------------|
| Referentie CVZ | 2012128652 |
| Auteur(s) | Dr. P.B.G. Peerenboom en drs. J. Spek |
| Datum | Mei 2013 |
| Bestandsnaam | RapportMSRmei2013.docx |

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|------------|
| AFKORTINGEN | V |
| SAMENVATTING | VII |
| 1. INLEIDING | 1 |
| 2. DE ONDERZOEKSAANPAK | 2 |
| 3. WET- EN REGELGEVING | 3 |
| 3.1. Zvw | 3 |
| 3.2. Pakketbeheer | 4 |
| 3.3. Openingsbevoegdheid voor DBC's | 5 |
| 4. MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE | 6 |
| 4.1. Revalidatiegeneeskunde | 6 |
| 4.2. Randvoorwaarden Beroepskader | 8 |
| 4.3. Opleidingsplan | 9 |
| 4.4. Specifieke thema's | 9 |
| 4.4.1. Pijnrevalidatie | 9 |
| 4.4.2. Arbeidsrevalidatie | 10 |
| 5. ZORGAANBIEDERS | 11 |
| 5.1. Traditionele aanbieders | 11 |
| 5.2. Nieuwe aanbieders | 11 |
| 6. FINANCIERING EN CONTRACTERING | 13 |
| 6.1. Toelating en marktwerking | 13 |
| 6.2. Beleid zorgverzekeraars | 13 |
| 6.3. Toekomstige financiering | 14 |
| 7. VOLUME-ONTWIKKELING | 15 |
| 7.1. Kostenontwikkeling | 15 |
| 7.2. Ontwikkeling in capaciteit en productie | 16 |
| 7.2.1. De traditionele aanbieders | 16 |
| 7.2.2. De nieuwe aanbieders | 18 |
| 7.2.3. Onderlinge vergelijking | 19 |
| 8. WAARNEMINGEN EN CONSTATERINGEN | 20 |
| 9. ANTWOORDEN OP DE ONDERZOEKSVRAGEN | 23 |
| 9.1. De onderzoeksvragen | 23 |
| 9.2. Conclusie | 24 |

| | |
|--|-----------|
| BIJLAGES | 27 |
| Bijlage 1. Samenstelling begeleidingscommissie..... | 29 |
| Bijlage 2. Bezochte instanties en instellingen | 30 |
| Bijlage 3. Richtlijnen, protocollen en behandelkaders..... | 31 |
| Bijlage 4. Kwantitatieve gegevens..... | 32 |
| Bijlage 5. Andere vormen van revalidatie..... | 33 |
| Bijlage 6. Semi-gestructureerde vragenlijst..... | 35 |

AFKORTINGEN

| | |
|----------|---|
| AGB-code | Algemeen GegevensBeheer zorgverleners |
| AMvB | Algemene Maatregel van Bestuur |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| Bzv | Besluit Zorgverzekering |
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek |
| CIBG | Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (uitvoeringsorganisatie VWS) |
| CVA | Cerebro-Vasculair Accident |
| CVS | Chronisch VermoeidheidsSyndroom |
| CVZ | College Voor Zorgverzekeringen |
| DBC | Diagnose Behandel Combinatie |
| DIS | DBC Informatie Systeem |
| DOT | DBC Op weg naar Transparantie |
| EBM | Evidence Based Medecine |
| EMR | Eerstelijns Multidisciplinaire Revalidatie |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| IZiZ | Informatiesysteem Ziekenhuiszorg |
| KPZ | Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren |
| KRB | Klinische Revalidatie Behandeling |
| ME | Myalgische Encephalomyelitis |
| MSR | Medisch Specialistische Revalidatie |
| NVZ | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen |
| NZA | Nederlandse ZorgAutoriteit |
| PA | Physician Assistant |
| PRB | Poliklinische Revalidatie Behandeling |
| RBU | Revalidatie BehandelUur |
| REA | Wet reïntegratie arbeidsgehandicapten |
| RN | Revalidatie Nederland |
| RSI | Repetitive Strain Injury |
| SOLK | Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten |
| SRB | Specialistische Revalidatie Behandeling |
| VRA | Vereniging van Revalidatie Artsen |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| WPN | Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland |
| WTZI | Wet Toelating Zorginstellingen |
| ZBC | Zelfstandig Behandel Centrum |
| ZFW | ZiekenFondsWet |
| ZN | Zorgverzekeraars Nederland |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |

* * *

SAMENVATTING

Medisch specialistische revalidatie (MSR) kende onder het regiem van de Ziekenfondswet (ZFW) een specifieke omschrijving. Om hier uitwerking aan te geven is door partijen in 2001 het document 'indicatiestelling revalidatiezorg' ontwikkeld. Het document beschreef welke zorg volgens partijen behoorde tot de medisch specialistische revalidatie in het kader van de ZFW. Met de komst van de Zvw is de functiegerichte MSR één op één overgegaan van de ZFW naar de Zvw. In de praktijk is sprake van een toename van poliklinische revalidatie. Het CVZ heeft de indruk dat het indicatiegebied voor de MSR aan het oprekken is en de vraag is of dit nieuwe aanbod wel voldoet aan de verzekerde prestatie medisch-specialistische zorg. Teneinde meer zicht te krijgen op het domein van MSR en de ontwikkelingen in de sector (producten, zorginkoop en kosten) is het onderhavige onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek bestond uit een kwalitatief en een kwantitatief deel.

MSR wordt van oudsher geleverd door revalidatiecentra, algemene en academische ziekenhuizen. Sinds een paar jaar zijn ook Zelfstandige BehandelCentra (ZBC's) op deze markt actief. Uit het onderzoek is gebleken dat de ZBC's zich vooral richten op poliklinische behandeling van chronische pijn en aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Kwalitatieve analyse

Geconstateerd kan worden dat er een trend bestaat om in documenten van de branche minder te spreken in termen van stoornissen en beperkingen, en meer nadruk te leggen op participatieproblemen. Ook heeft de professie, met de formulering van het Beroepskader (2012), het domein van het vak verruimd (met name kanker, diabetes, SOLK en arbeidsrevalidatie) ten opzichte van het document Indicatiestelling revalidatiezorg uit 2001. 'Stepped Care' en complexiteit ten aanzien van diagnostiek en/of te behalen behandelgoal als kenmerk voor MSR is door de beroepsgroep in algemene termen omschreven, maar is (nog) onvoldoende geoperationaliseerd voor de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat.

Er zijn geen harde grenzen, aangaande de doelgroepen pijn en bewegingsapparaat, tussen hetgeen de traditionele instellingen aan zorg bieden en hetgeen door de ZBC's wordt geboden. De ZBC's zijn geen uniforme groep, er bestaan verschillen in omvang, wijze van triage en behandeling. In sommige ZBC's is er niet tot nauwelijks sprake van verwijzingen door bedrijfsartsen en bij één van de bezochte aanbieders betreft het 90% van de verwijzingen.

De bekostiging via revalidatie-DBC's is in verhouding tot eerstelijnsstarieven (bv van fysiotherapie en psychologie) lucratief voor de zorgaanbieder en in termen van eigen betalingen voordelig voor de patiënt. Wat ontbreekt is een algemeen ingevoerde betaaltitel/prestatie voor multidisciplinaire zorg in de eerstelijns (al dan niet met een consult van de revalidatiearts) voor mensen met een zelfde type problemen en/of in de zelfde domeinen, maar die minder complex zijn, zodat de inzet van de revalidatiearts bij de behandeling niet noodzakelijk is.

Kwantitatieve analyse

De kwantitatieve analyse werd bemoeilijkt door onvolledige, onvergelijkbare en deels tegenstrijdige data; desalniettemin vallen een aantal zaken op. De algemene kosten- en volumeontwikkeling in de revalidatiebranche is niet beduidend groter dan in de medisch specialistische zorg in het algemeen. Vanaf 2002 is er een belangrijke groei geweest van het aantal voor chronische pijn behandelde patiënten in de traditionele instellingen. Ook is er een aanzienlijke groei van de diagnosegroep bewegingsapparaat sinds 2007. Beide groepen gezamenlijk vormen in 2011 meer dan 50% van de poliklinisch behandelde volwassenen.

Vanaf 2009 is er een explosieve groei in door ZBC's gedeclareerde revalidatie-DBC's in de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn. Vanwege de hoge prevalentie van chronische pijn in de Nederlandse bevolking, is er kans op een verdere groei van de poliklinische MSR indien de indicatie-criteria voor MSR niet worden aangescherpt.

Het gemiddelde gedeclareerde DBC-bedrag (diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn) ligt bij de ZBC's fors hoger (factor 3 of meer) dan in de reguliere branche. Het is onbekend in hoeverre de patiëntengroepen tussen ZBC's en traditionele instellingen vergelijkbaar zijn.

Met het onderzoek is de praktijk van MSR in kwalitatieve en in kwantitatieve zin globaal geëxploreerd. Daarbij moet vastgesteld worden dat sprake is van ruimte in de regelgeving en de bekostigingssystematiek die (nieuwe) aanbieders de mogelijkheid biedt om via revalidatie DBC's hun vormen van zorg te declareren. Het ontbreekt de zorgverzekeraars aan duidelijke criteria voor het al dan niet inkopen van deze zorg onder de noemer MSR.

Om te komen tot een betere afgrenzing van de MSR ten aanzien van de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn is een nadere oriëntatie geboden, waarbij gedacht kan worden aan:

1. Het vergelijken van de nu gangbare praktijk in de revalidatiebranche en ZBC's aan de principes van 'evidence based medicine' en aan het document 'Indicatiestelling revalidatiezorg'.
2. Het inventariseren van de behandelmogelijkheden en de gangbare praktijk in de eerstelijns rond deze diagnosegroepen, inclusief de financieringsmogelijkheden.
3. Het concreet definiëren van de criteria met betrekking tot de begrippen 'stepped care' en complexiteit rond de diagnosegroepen 'bewegingsapparaat' en 'chronische pijn' van eerstelijns tot MSR.
4. Het door verzekeraars ontwikkelen van een benchmark rond de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat; het steekproefsgewijs vergelijken van de instellingen op patiëntniveau ten aanzien van de kenmerken stepped care, complexiteit, geboden zorg en kostprijs.

1. INLEIDING

Van oorsprong beperkte de medisch-specialistische revalidatiezorg zich tot behandeling bij aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat en/of van het centraal en perifeer zenuwstelsel, voor zover deze tot stoornissen, beperkingen in activiteiten en/of participatieproblemen leidden. In de afgelopen jaren zijn hoe langer hoe meer andere indicaties of aandoeningen toegevoegd. Bestaande aanbieders hebben hun behandelaanbod uitgebreid en nieuwe aanbieders (Zelfstandige Behandel Centra [ZBC's]) zijn op de markt verschenen.

Het CVZ heeft de indruk dat door al deze ontwikkelingen het indicatiegebied voor de medisch-specialistische revalidatie aan het oprekken is en de vraag is of dit nieuwe aanbod wel voldoet aan de verzekerde prestatie medisch-specialistische zorg. Dit rapport beperkt zich tot instellingen die specialistische-, klinische- en poliklinische revalidatie-DBC's openen. De revalidatieactiviteiten van andere medisch specialisten zijn buiten beschouwing gelaten.

Om inzicht te krijgen hoe verzekeraars en zorgaanbieders (revalidatieinstellingen, ZBC's, algemene en academische ziekenhuizen) in de praktijk invulling geven aan de verzekerde prestatie medisch specialistisch revalidatiezorg heeft het CVZ Tangram *zorgadviseurs* de opdracht gegeven om onderzoek te doen om antwoord te krijgen op de volgende vragen:

- ◆ Welke zorg wordt door verzekeraars voor welke indicaties ingekocht en betaald onder de noemer medisch specialistische revalidatiezorg (Zorgverzekeringswet [Zvw])?
- ◆ Welke zorg wordt door zorgaanbieders bij welke indicaties geleverd en gedeclareerd onder de noemer medisch specialistische revalidatie (Zvw)?
- ◆ Wat zijn de kostenontwikkelingen van de medisch specialistische revalidatiezorg sinds 2006?

Op basis van de resultaten is het CVZ voornemens een signaleringsrapport uit te brengen.

Opgemerkt dient te worden dat bij de start van het onderzoek onbekend was in welke segmenten de groei van de Medisch Specialistische Revalidatie (SMR) plaatsvond en bij welke aanbieders. Daarom is door de onderzoekers een brede oriëntatie uitgevoerd. Om de deelname aan het onderzoek te verhogen is er voor gekozen om de anonimiteit van de deelnemende instellingen te waarborgen. Met name in de kwantitatieve analyse moeten daarom de gemiddelden met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Daarnaast liet de gekozen onderzoeksopzet niet toe om te toetsen in hoeverre de criteria genoemd in landelijke instrumenten, protocollen en richtlijnen daadwerkelijk door zorgaanbieders worden gerespecteerd. Wel zijn daarover in zijn algemeenheid een aantal uitspraken gedaan.

In dit rapport komen achtereenvolgens aan de orde:

- ◆ De onderzoeksaanpak
- ◆ Wet- en regelgeving
- ◆ Medisch specialistische revalidatie
- ◆ Financiering en contractering
- ◆ Volumeontwikkeling
- ◆ Uitkomsten
- ◆ Beantwoording van de onderzoeksvragen

Het rapport wordt afgerond met een algemene conclusie.

2. DE ONDERZOEKSAANPAK

Ten behoeve van het onderzoek is een begeleidingscommissie ingesteld (zie bijlage 1). Deze commissie was betrokken bij het formuleren van de onderzoeksopzet en het geven van commentaar op het concept-rapport.

Het onderzoek betrof zowel een kwantitatief als een kwalitatief onderdeel en was opgedeeld in een aantal fasen:

Fase 1: Oriëntatie

Het doel van de eerste onderzoeksfase was het inventariseren, analyseren en ordenen van alle beschikbare gegevens en documentatie.

In deze fase vonden de eerste oriënterende gesprekken plaats met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Revalidatie Nederland (RN), de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en werd de onderzoeksopzet afgestemd met de begeleidingscommissie. Vervolgens is een semigestructureerde vragenlijst opgesteld ten behoeve van het kwalitatieve deel van het onderzoek.

Fase 2a: Kwalitatief onderzoek en analyse

Deskundigen in 15 instellingen (zie bijlage 2) zijn bezocht met gebruikmaking van de semigestructureerde vragenlijst (bijlage 6). Daarnaast zijn andere bronnen (jaarverslagen, jaarrekeningen, patiënten folders, websites) van deze instellingen geraadpleegd. Ook zijn 4 zorgverzekeraars bezocht. Meerdere malen vond overleg plaats met RN en de VRA.

Fase 2b: Kwantitatief onderzoek en analyse

Data zijn van verschillende bronnen betrokken:

- ◆ Vektis (IZiZ, het ziekenhuis informatiesysteem). Het betreft van door zorgverzekeraars betaalde zorg aan zorgleveranciers. De volgende overzichten zijn samengesteld:
 - a. Over 2009, 2010 en 2011 een overzicht (aantallen + kosten) van revalidatie DBC's per zorgtype, diagnose (= de 2-cijferige hoofdgroepen), behandeltraject (Consult, Specialistische Revalidatie Behandeling (SRB), Poliklinische Revalidatie Behandeling (PRB), Klinische Revalidatie Behandeling (KRB), per type zorgaanbieder (algemeen, academisch, categoriaal en overig).
 - b. Over 2009, 2010 en 2011 voor "type zorgaanbieder = overig" de aantallen DBC's en kosten per diagnose (4-cijferig) en behandeltraject (4-cijferig).
 - c. De namen van "type zorgaanbieders = overig" die medische specialistische Revalidatie DBC's declareren in 2011, met een ordening naar omvang.
- ◆ CBS: algemene kostenontwikkeling van medisch-specialistische zorg in algemene en academische ziekenhuizen; de ontwikkeling in capaciteit van de revalidatieinstellingen.
- ◆ Revalidatie Nederland: brancherapporten ten behoeve van zorgproductie en trends over de jaren 2006-2011.
- ◆ DIS-gegevens (DBC Informatie Systeem): uitbetaalde revalidatie DBC's over de jaren 2009-2011.
- ◆ Zorgverzekeraars: twee zorgverzekeraars hebben meegewerkt aan een analyse op patiëntniveau naar zorgconsumptie voorafgaand aan het openen van een poliklinische revalidatie-DBC.

Fase 3: Analyse en feedback

De resultaten van fase 2a en 2b zijn samengebracht in een voorlopige analyse. Deze bevindingen zijn voor commentaar voorgelegd aan alle bezochte instellingen. Een eerste concept rapportage werd met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie besproken.

Fase 4: Rapportage

Na verwerking van de commentaren van instellingen, begeleidingscommissie en opdrachtgever werd de rapportage afgerond.

3. WET- EN REGELGEVING

3.1. Zvw

Medisch specialistische revalidatiezorg was vroeger een functiegerichte omschrijving in de Ziekenfondswet (ZFW). In artikel 23 was dit als volgt omschreven:

“Revalidatiezorg van medisch-specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie-technische aard omvat onderzoek, behandeling en advisering, te verlenen door een aan een instelling voor revalidatiezorg verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een specialist.”

Om hier invulling aan te geven is door ZN, RN, NVZ, KPZ en VRA in 2001 het document ‘indicatiestelling revalidatiezorg’ ontwikkeld.¹ Het document beschreef welke zorg volgens partijen behoorde tot de medisch specialistische revalidatie in het kader van de ZFW:

“Revalidatiezorg omvat de kennis, vaardigheid en faciliteiten van specifiek revalidatiegeneeskundige aard op specialistisch niveau, die zich richten op de complexe en/of ingrijpende blijvende gevolgen, in de zin van stoornissen en beperkingen van:

- *somatische ziekten, -trauma's of aangeboren afwijkingen van het houdings- en bewegingsapparaat,*
- *somatische ziekten of aandoeningen die tot complexe en/of ingrijpende beperkingen in het bewegingsvermogen leiden,*
- *somatische aandoeningen van het centraal en perifeer zenuwstelsel, leidend tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen,*
- *somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel leidend tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, in principe in persisterende aanwezigheid van defecten in het bewegingsvermogen.*

De revalidatiezorg beoogt ten behoeve van deze problematiek:

- *de stoornissen en de (mogelijk) daaruit voortvloeiende beperkingen zo vroeg mogelijk te onderkennen (diagnostiek).*
- *daarover op verzoek te adviseren (advies en consultatie),*
- *en door behandeling, op basis van analyse/diagnostiek van deze stoornissen en/of beperkingen en de (mogelijk) daaruit voortvloeiende handicap dezen te voorkomen, herstellen of verminderen, dan wel door beperkingen beter hanteerbaar te maken handicap preventie te bewerkstelligen.”*

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is revalidatiezorg als bijzondere verstrekking losgelaten. In de Zvw is revalidatie onderdeel van het in artikel 10 meer in algemene termen omschreven verzekerde risico ‘geneeskundige zorg, verpleging, verzorging, verblijf’ ed. Het door wie en waar van de uitvoering van de zorg wordt in de functiegerichte omschrijving van de Zvw niet meer geregeld op het niveau van de wet- en regelgeving, maar in de polis tussen zorgverzekeraar en verzekerde.

In het Besluit zorgverzekering (Bzv, een AMvB bij de Zvw) wordt een nadere omschrijving gegeven over de inhoud en omvang van deze zorg:

“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6.”

Bij het inwerking treden van de Zvw is het verzekerde pakket van de ZFW één op één overgegaan, niet minder maar ook niet meer. Dit betekent dat de bovengenoemde formulering uit het document indicatiestelling (2001) nog steeds van kracht is. Daarbij moet worden aangetekend dat de VRA en RN

¹ De VRA en RN hebben weliswaar recentelijk een nieuwe versie van het document indicatiestelling opgesteld, maar deze nieuwe versie is nog niet door andere partijen gefiatteerd. Het CVZ beschouwt het document van 2001 nog als het leidende toetsingskader.

onlangs een nieuwe versie hebben opgesteld die voor beoordeling is toegestuurd aan Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen.

Rond het revalideren van mensen in het arbeidsproces is de wetgeving veranderd. Sinds 2005 is de Wet Revalidatie Arbeidsgehandicapten afgeschaft. Reïntegratiebedrijven boden multidisciplinaire zorg aan, aanvullend op de extramurale fysio- en ergotherapie in de eerstelijns. Werd daarvoor een deel van de behandeling door het UWV vergoed, vanaf 2005 moeten de kosten volledig worden vergoed door de werkgever. Enkele reïntegratiebedrijven hebben sindsdien een ZBC opgericht die is toegelaten in het kader van de WTZi.

3.2. Pakketbeheer

Het CVZ vervult in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de AWBZ de functie van pakketbeheerder. Eén van de hierbij aan het CVZ toebedeelde taken is de duiding van het te verzekeren pakket aan de hand van de geldende wet- en regelgeving. Het CVZ beoordeelt in dit kader welke zorg deel uitmaakt van het basispakket.

Beoordelingscriteria

De Zvw vereist dat de zorg voldoet aan:

1. De stand van wetenschap en praktijk;
2. 'Plegen te bieden';
3. Dat verzekerde redelijkerwijs een beroep dient te doen op de gevraagde zorg (d.w.z. dat niet middels minder dure zorg of zelfzorg etc. een afdoende resultaat kan worden bereikt).

Ad 1

Eén van de kernpunten uit de Zvw is dat het antwoord op de vraag of zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk². Dit criterium geldt sedert de invoering van de Zvw (per 1 januari 2006) en is in de plaats gekomen van het gebruikelijkheids criterium uit de ziekenfondsverzekering. Dit laatste criterium gold destijds alleen voor huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. Met de invoering van de Zvw is het criterium (thans: stand van de wetenschap en praktijk) gaan gelden voor alle zorgvormen. Dat betekent dat er een voor alle zorgvormen consistent beoordelingskader wordt gehanteerd.

Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het CVZ de principes van evidence based medicine (EBM). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap en praktijk, en die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Verder is van belang dat EBM naast internationale literatuur rekening houdt met de gepubliceerde expert-opinie. De EBM-methode richt zich op "het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal".

Ad 2

In artikel 2.4, lid 1, Besluit zorgverzekering is bepaald dat geneeskundige zorg, zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.

De systematiek van de Zorgverzekeringswet en de onderliggende regelgeving brengen met zich mee dat men, pas nadat is vastgesteld dat er sprake is van 'zorg zoals een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep pleegt te bieden', toekomt aan beoordeling van het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Anders gezegd: zorg die niet 'pleegt te worden geboden' behoort (reeds om die reden) niet tot de te verzekeren prestaties, ook al zou het gaan om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk'. Zorg die een (in de regelgeving genoemde) beroepsgroep 'pleegt te bieden', maar waarvan wordt vastgesteld dat deze niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', behoort ook niet tot de te verzekeren prestaties. In dat geval is het laatstgenoemde criterium het doorslaggevende criterium³.

De te verzekeren prestaties – de prestaties die zorgverzekeraars in hun modelpolissen moeten vertalen naar verzekerde prestaties – zijn in de Zvw functioneel omschreven. Alleen het 'wat' (de inhoud en omvang van de zorg) en het 'wanneer' (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg wordt verleend is ter bepaling van de zorgverzekeraars. De regel-

² CVZ, Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk (2007)

³ CVZ, Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden' (herziene druk 2009)

gever heeft dit voor sommige zorgvormen in de Zvw vormgegeven door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners in combinatie met de term 'plegen te bieden'. Door te verwijzen naar bepaalde typen zorgverleners ('zorg zoals die en die zorgverleners die plegen te bieden') worden de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. Anderzijds wordt door de gekozen formulering niet dwingend voorgeschreven door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden wil sprake zijn van een te verzekeren prestatie.

Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft – kort gesteld - zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de regel kan aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Genoemde documenten kunnen in voorkomend geval ook dienen om na te gaan wanneer/of sprake is van zorgverlening op 'professioneel juiste wijze'.

Het criterium 'plegen te bieden' laat ruimte voor de zorgverzekeraar om zelf (in de polisvoorwaarden) te bepalen tot wie een verzekerde zich voor de betreffende zorg moet wenden. Een zorgverzekeraar moet bij het maken van een keuze de door de wetgever gestelde grenzen in acht nemen. De wettelijke grenzen kunnen worden ontleend aan de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG). Die wet brengt - met name als het gaat om voorbehouden handelingen – beperkingen met zich mee. Met betrekking tot niet-voorbehouden handelingen heeft een zorgverzekeraar meer ruimte. Voor het verlenen van zorg kan hij (via bepaling in de polis) allerlei (categorieën) beroepsbeoefenaren inschakelen. Hij moet zich er wel van vergewissen dat degenen die hij noemt ook daadwerkelijk in staat zijn (bekwaam zijn) om de zorg op het vereiste niveau – het kwaliteitsniveau van de beroepsgroep die die zorg pleegt te bieden – te verlenen.

Ad 3

Dit criterium is een rechtvaardiging om een behandeling af te wijzen als volstaan kan worden met behandeling in een lager echelon ("stepped care").

3.3. Openingsbevoegdheid voor DBC's

Tot op heden heeft de medisch specialist het alleenrecht tot het openen van een DBC met de verplichting van een face-to-face contact met de patiënt. Zonder medisch specialistische inbreng van een revalidatiearts is het onmogelijk om revalidatie-DBC's te openen en te declareren.

De minister heeft de NZa gevraagd welke financiële belemmeringen er zijn om taken van medisch specialisten in ziekenhuizen en de GGZ over te dragen aan de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist. Nu kunnen alleen medisch specialisten een diagnose-behandelcombinatie (DBC) openen. De NZa adviseerde in 2012 om de lijst van zorgverleners die een DBC mogen openen uit te breiden. Het is aan de minister om te beoordelen of een beroepsgroep hiervoor in aanmerking komt. Daarnaast mag een bezoek aan de polikliniek op dit moment alleen geregistreerd worden als een specialist de patiënt gezien heeft. De NZa adviseert om de verplichting tot een face-to-face contact met een specialist te vervangen door een face-to-face contact met een willekeurige BIG-geregistreerde zorgverlener. De minister heeft overigens over dit onderwerp nog geen standpunt ingenomen.

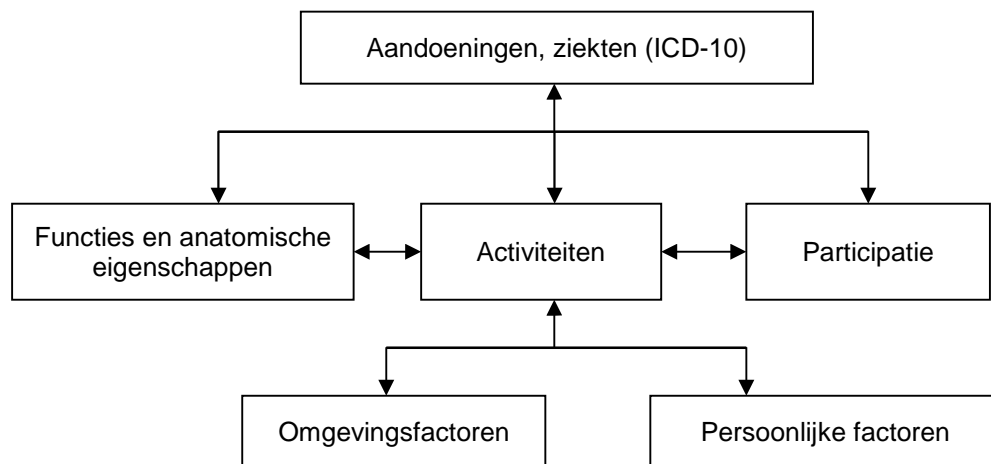
4. MEDISCH SPECIALISTISCHE REVALIDATIE

De term revalidatie is geen 'beschermd' begrip. Allerlei vormen van herstellzorg, in verschillende settings, maken gebruik van het etiket revalidatie. Datgene wat revalidatieartsen tot hun domein rekenen, de revalidatiegeneeskunde, omvat maar een deel van wat in de praktijk van alle dag 'revalidatie' wordt genoemd.

Revalidatie manifesteert zich dus in verschillende vormen:

- ◆ Medisch specialistische revalidatie onder leiding van een revalidatiearts (intercollegiaal consult, specialistische-, klinische- en poliklinische DBC's);
- ◆ Medisch specialistische revalidatie onder leiding van andere medisch specialisten bv. hartrevalidatie (cardioloog) of longrevalidatie (longarts);
- ◆ Geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde;
- ◆ Diverse vormen van eerstelijnsrevalidatie.

Ook internationaal gezien bestaat er geen eenduidige definitie. Echter het moet altijd gaan om zorg die wordt gegeven met als doelstelling het opheffen of verminderen van beperkingen en/of participatieproblemen zoals gedefinieerd in de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De revalidatiearts maakt in zijn handelen gebruik van instrumenten en terminologie die passen binnen het ICF-model (figuur 1).



Figuur 1: ICF-model (WHO 2001)

Binnen het ICF-model wordt het menselijk functioneren en de factoren die daarop van invloed zijn benaderd vanuit de wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en de externe en persoonlijke factoren. In het ICF-model staat de gehele patiënt en zijn omgeving centraal. In dit model worden stoornissen gedefinieerd als afwijkingen in of verlies van functies of anatomische eigenschappen. Beperkingen zijn de moeilijkheden die iemand heeft met het uitvoeren van activiteiten. Participatieproblemen betreffen de problemen van iemand met het deelnemen aan het maatschappelijk leven. Iemand kan stoornissen hebben zonder dat dit leidt tot beperkingen of participatieproblemen. Anderzijds kan iemand beperkingen hebben zonder participatieproblemen, of andersom participatieproblemen hebben zonder stoornissen of beperkingen.

4.1.Revalidatiegeneeskunde

De revalidatieartsen zijn verenigd in de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). In 2012 waren 460 revalidatieartsen in de sector werkzaam en waren 156 assistenten in opleiding. Toegang voor medisch specialistische revalidatie wordt geregeld via een landelijk document Indicatiestelling revalidatiezorg (2001) dat door revalidatieartsen wordt gehanteerd. Van dit document wordt door de VRA en RN momenteel een nieuwe versie voorbereid. In dit document worden de algemene criteria beschreven waaraan een patiënt moet voldoen om voor MSR in aanmerking te komen.

In het Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde⁴ van de VRA wordt aangegeven dat revalidatiegeneeskunde zich richt op het bevorderen van de autonomie van de patiënt, waarbij participatie in de maatschappij centraal staat. Waar andere medische specialisten zich bezighouden met de behandeling van ziekten en aandoeningen, richten revalidatieartsen zich nadrukkelijk op het verminderen van de gevolgen en waar mogelijk preventie daarvan.

In het handelen van de revalidatiearts worden de volgende fasen onderscheiden: diagnostiek, prognostiek, behandeling en evaluatie. De complexiteit wordt bepaald door de specialisatie- of moeilijkheidsgraad in diagnostiek en door het gestelde behandeldoel.

Revalidatiegeneeskunde richt zich op patiënten (in het Beroepskader deels gebaseerd op het document Indicatiestelling uit 2001):

1. *“Somatische ziekten, trauma's of aangeboren afwijkingen van het bewegings- en houdingsapparaat;*
2. *Somatische ziekten of aandoeningen die leiden tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;*
3. *Somatische aandoeningen van het centraal en perifeer zenuwstelsel die leiden tot complexe en/of ingrijpende stoornissen en beperkingen van het bewegingsvermogen;*
4. *Somatische aandoeningen van het centraal zenuwstelsel (inclusief sensitisatie bij chronische pijn) die leiden tot ingrijpende stoornissen en beperkingen in de communicatie en/of cognitie/gedrag, ook als defecten in het bewegingsvermogen niet (meer) aanwezig zijn;*
5. *Chronische pijn van het bewegingsapparaat, zowel specifiek (er is geen of onvoldoende lichamelijke afwijkingen voor de klachten) als specifiek (er is een lichamelijke afwijking die de klachten verklaart) die leidt tot ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie;*
6. *Kanker en/of beperkingen ten gevolge hiervan (oncologische revalidatie);*
7. *Diabetes (diabetesrevalidatie);*
8. *Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) die leiden tot complexe, ingrijpende beperkingen van zowel het bewegingsvermogen als op het niveau van activiteiten en participatie;*
9. *Beperkingen op het niveau van arbeidsparticipatie.⁵”*

De onderzoekers constateren dat de professie met de formulering van dit Beroepskader het domein van het vak heeft verruimd ten opzichte van het document 'Indicatiestelling revalidatiezorg' uit 2001. Deze verruiming betreft een expliciete aanduiding van kanker, diabetes, SOLK en arbeidsrevalidatie, waarbij aangetekend kan worden dat behandeling van chronische pijn altijd al tot het arsenaal van de revalidatiearts heeft behoord⁶. In het document uit 2001 werd naast een beperkter domein ook meer nadruk gelegd op stoornissen en beperkingen van het bewegingsapparaat en bewegingsvermogen. Het beroepskader sluit meer aan bij de huidige praktijk waarin maatschappelijk hoe langer hoe meer eisen worden gesteld aan de participatie.

De opsomming van aandoeningen en ziekten in het beroepskader wil echter niet zeggen dat op het moment dat een revalidatiearts betrokken is bij de behandeling, automatisch sprake is van medisch specialistische revalidatie. Het kan ook gaan om betrokkenheid bij diagnostiek alleen (consult) en/of medebehandeling bij bv. een long- of hartrevalidatie patiënt. Hierbij is een andere medisch specialist hoofdbehandelaar. Ook wil deze opsomming niet zeggen dat een revalidatiearts bij elke patiënt op de genoemde gebieden, betrokken zou moeten zijn. In de MSR gaat het om de behandeling van de gevolgen van de genoemde aandoeningen, waarbij ook de principes van stepped care en complexiteit het uitgangspunt blijven.

Voor de revalidatiegeneeskunde zijn verschillende richtlijnen opgesteld. In bijlage 3 staan de geautoriseerde richtlijnen en protocollen waarvan de VRA de (mede)houder is. Naast de richtlijnen waarvan de VRA (mede)houder is, gebruiken revalidatieartsen ook andere richtlijnen, waarbij de beroepsgroep rond de opstelling veelal betrokken is geweest. Daarnaast zijn er verschillende behandelkaders opgesteld (bijlage 3).

⁴ Versie augustus 2012.

⁵ In het kader van het ICF-model een onduidelijke formulering: gaat het om beperkingen die leiden tot problemen in de arbeidsparticipatie of puur om problemen rond de arbeidsparticipatie?

⁶ In een volgende versie van het beroepskader wordt deze brede omschrijving overigens weer beperkt.

Met betrekking tot MSR van het bewegingsapparaat en chronische pijn werkt de beroepsgroep aan protocollen voor een gestandaardiseerde intake. Revalidatieartsen geven aan dat de vertaling van de uitslag van deze protocollen in een volledige gestandaardiseerd behandelplan onmogelijk is; dit komt deels omdat de complexiteit van het type patiënten juist een kenmerk is van het vak en dus niet alles volgens protocol kan / zal verlopen. Volgens de de VRA is typisch voor MSR dat gedurende een behandeltraject de inbreng van de revalidatiearts onmisbaar is om het beleid te kunnen evalueren en bijstellen.

4.2.Randvoorwaarden Beroepskader

In het Beroepskader zijn 62 randvoorwaarden geformuleerd om revalidatiegeneeskunde op verantwoorde wijze te kunnen uitoefenen, uitgesplitst naar:

- ◆ Inzet en expertise van de revalidatiearts
- ◆ Inzet en expertise van het revalidatiebehandelteam
- ◆ Instelling en organisatie
- ◆ Netwerk

De volgende randvoorwaarden zijn in dit kader relevant:

- A. *“De revalidatiearts heeft in (alle fasen van) het revalidatieproces direct arts-patiënt contact, ten minste 1 uur per patiënt, tenzij het gaat om patiënten die gezien worden door een revalidatiearts in de rol van consulent-adviseur.*
- B. *De revalidatiearts is verantwoordelijk voor het toezien op de principes van “stepped care”. Dit houdt in dat de revalidatiearts beoordeelt of er een primaire indicatie is voor revalidatiegeneeskundige behandeling of voor behandeling in een andere instelling, dan wel op een ander niveau.*
- C. *Indien er sprake is van gedelegeerde taken van de revalidatiearts naar de physician assistent of een vergelijkbare medewerker, dan dient de betrokkenheid van de revalidatiearts wel aantoonbaar te voldoen aan de punten genoemd onder “inzet en expertise van de revalidatiearts” in het hoofdstuk randvoorwaarden van het Algemeen Beroepskader. De verantwoordelijkheden en taken dienen schriftelijk te zijn vastgelegd*
- D. *De revalidatiearts neemt deel aan de kwaliteitsvisitaties van de VRA.*
- E. *De omvang van het aantal in te zetten (fte) revalidatieartsen in een instelling dient in redelijke verhouding te staan tot het aantal patiënten of bedden (“caseload”) en wel in een verhouding van^{7, 8}:*
 - i. *1 fte revalidatiearts doet maximaal 1000 eerste patiëntbezoeken en/of klinische medebehandelingen per jaar.*
 - ii. *Of 1 fte revalidatiearts coördineert maximaal 12.000 poliklinische behandeluren (volwassenen*).*
 - iii. *Of 1 fte revalidatiearts per 32 bedden (hierin zijn ook klinische Revalidatie Behandelingen verdisconteerd).*
 - iv. *Het aantal daadwerkelijk binnen de (opleidings)instelling werkzame aios/ anios/ PA’s revalidatiegeneeskunde uitgedrukt in fte’s bedraagt ten hoogste 1,5 maal het gezamenlijk aantal revalidatieartsen uitgedrukt in fte’s dat in de instelling werkzaam is. In een specifiek besluit kan een aan deze ratio aanvullende bepaling worden opgenomen⁹.*
- F. *De instelling met Poliklinische Revalidatie Behandeling (PRB) beschikt over tenminste 2 revalidatieartsen die tezamen voor minimaal 0,5 fte aan de instelling verbonden zijn om de continuïteit te kunnen waarborgen. De revalidatieartsen dienen minimaal 1 dagdeel per week gelijktijdig aanwezig te zijn voor o.a. overdracht en collegiaal overleg.*
- G. *Er is een revalidatiearts op de locatie aanwezig tijdens de behandelingen of direct bereikbaar voor overleg.”*

⁷ De onderstaande punten zijn additief aan elkaar.

⁸ De getallen zijn maximum getallen. Dit wil zeggen indien de aantallen boven deze getallen liggen de kwaliteit van de behandeling niet meer gegarandeerd kan worden. Dit dient niet gelezen te worden als een productienorm die gehaald dient te worden. Per doelgroep verschillen deze aantallen.

⁹ 1 fte aios/ anios/ PA : 0,5 fte revalidatiearts. NB. Het maximaal aantal poliklinische behandeluren voor kinderen zal in overleg met de Sectie Kinderrevalidatie worden vastgesteld. Vooralsnog wordt in het rekenvoorbeeld het maximaal aantal poliklinische behandeluren gebruikt voor volwassenen.

4.3.Opleidingsplan

In het opleidingsplan voor de revalidatiegeneeskunde 'Beter' (2010) worden themagewijs de belangrijkste en grootste diagnosegroepen binnen de revalidatiegeneeskunde aangeduid. De keuze van de thema's in het opleidingsplan is gebaseerd op een aantal criteria en overwegingen, die inhoudelijk bepaald kunnen zijn of voortvloeien uit praktische overwegingen:

- ◆ Allereerst is de frequentie van voorkomen in de dagelijkse revalidatiegeneeskundige praktijk een belangrijk criterium geweest. Diagnoses en problemen die vaak leiden tot een verwijzing naar een revalidatiearts zijn bijvoorbeeld: CVA, neuromusculaire aandoeningen en cerebrale parese (deze opsomming is niet compleet).
- ◆ Verder zijn er aandoeningen die "prototypisch" zijn voor het vak, in die zin dat ze de aard en werkwijze van revalidatiegeneeskunde vanouds zeer helder tonen. Voorbeelden hiervan zijn dwarslaesieproblematiek, amputaties en ongevalletsels.
- ◆ Tot slot bepalen de dagelijkse praktijkvoering en actuele ontwikkelingen een deel van de keuze: zo zijn in de loop der jaren steeds meer aspecifieke diagnoses met consequenties voor het functioneren van de patiënt deel uit gaan maken van de praktijk (chronische pijn, onbegrepen bewegingsstoornissen, et cetera).

Concreet zijn de volgende thema's benoemd:

1. *"Niet-aangeboren hersenletsel bij volwassenen (incl. cerebrovasculair accident)*
2. *Dwarslaesie*
3. *Neuromusculaire aandoeningen (NMA)*
4. *Amputatie onderste extremiteit*
5. *Gewrichtsgerelateerde aandoeningen / reumatische aandoeningen*
6. *Chronische pijn*
7. *Multitrauma-patiënten*
8. *Kinderrevalidatie"*

Deze klassieke revalidatiethema's komen in grote lijnen overeen met de omschrijving van MSR in het document Indiciestelling revalidatiezorg uit 2001. In het beroepskader uit 2012 is MSR breder omschreven.

4.4.Specifieke thema's

Door medisch specialisten zijn rond een aantal aandoeningen specifieke revalidatieprogramma's ontwikkeld: hartrevalidatie, longrevalidatie en oncologische revalidatie. In bijlage 5 staan deze vormen van revalidatie in grote lijnen beschreven. Het betreft in de regel revalidatie onder leiding van een andere medisch specialist, met eigen DBC's. Slecht in uitzonderingsgevallen wordt, vanwege de complexiteit van het te bereiken behandeldoel, de revalidatiearts bij de behandeling betrokken.

In deze paragraaf wordt ingegaan op twee thema's: (i) Revalidatie bij chronische pijn en (ii) Arbeidsrevalidatie. Beide thema's spelen een rol in relatie tot de vraag rond de geconstateerde groei van gedeclareerde revalidatie DBC's.

4.4.1. Pijnrevalidatie

Citaat oratie Prof Schreurs (28-3-2013) *"Een op de vijf Nederlanders heeft last van chronische pijnklachten zoals rugpijn, fibromyalgie, nek- en schouderpijn of chronische vermoeidheid. "Chronische pijn is aan de buitenkant vaak niet te zien, maar heeft een grote invloed op het dagelijks leven," vertelt Karlein Schreurs. "Die pijn beïnvloedt de stemming, werken, huishouding en sociale contacten. Dat er pijnklachten zijn zonder letsel of nadat letsel is hersteld, is vanuit traditionele medische modellen niet goed te verklaren. Het wordt echter steeds duidelijker dat ontregelingen van het zenuwstelsel en het stresssysteem een rol spelen bij het chronisch aan blijven van pijnklachten. Ook emotionele, cognitieve, sociale en omgevingsfactoren spelen een rol."*

Een pijnrevalidatieprogramma is een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met chronische pijn van het bewegingsapparaat, bestaande uit een op elkaar afgestemde combinatie van fysieke en psychosociale behandelmethoden, welke plaatsvinden onder eindverantwoordelijkheid van een revalida-

tiearts met als doel patiënten te leren zelfstandig om te gaan met pijn en de gevolgen ervan voor het dagelijks functioneren. Er bestaat een groeiend inzicht dat een dergelijke benadering vaak effectiever is dan het doorbehandelen met medisch-technische ingrepen.

Bij pijnproblematiek bestaat er een glijdende schaal waarbij¹⁰ vooral somatische problemen een rol spelen tot problematiek waarbij psychische en sociale factoren een belangrijke onderhoudende en zelfs een oorzakelijk rol spelen. Er bestaat op dat moment een discrepantie tussen de mate van lichamelijke problematiek en de ernst van de beperkingen. Tussen beide uitersten bestaat een glijdende overgang, waarbij psychische en sociale factoren een steeds belangrijker (onderhoudende) rol spelen. Vanuit praktisch oogpunt heeft de Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland (WPN) een onderverdeling gemaakt in vier niveaus van pijnproblematiek en daarvoor kwaliteitsprofielen opgesteld. Niveau 1 geeft aan dat er somatische problematiek is zonder onderhoudende factoren anders dan de aandacht op zich. Niveau 4 geeft aan dat psychische en sociale factoren een belangrijke onderhoudende of veroorzakende factor zijn. De overige 2 niveaus bevinden zich daartussen. De indeling is lastig omdat er een geleidelijke overgang is van niveau 1 naar niveau 4 en de interpretatie binnen de beroepsgroep van revalidatieartsen verschillend is. Tot op heden zijn er geen objectieve criteria, die een indeling in een niveau zonder meer mogelijk maken.

4.4.2. Arbeidsrevalidatie

Arbeidsrevalidatie richt zich vooral op het vergroten en maximaal benutten van de arbeidscapaciteit van de patiënt en valt onder de Zvw. Daarnaast verzorgt de arbeidsrevalidatie een overdracht naar de verantwoordelijke partijen rondom de re-integratie van de patiënt. Daar waar nodig kunnen deze partijen medisch inhoudelijk geadviseerd worden. Daadwerkelijke re-integratie vindt dus niet binnen de arbeidsrevalidatie plaats en valt niet onder de Zvw.

Veelal zijn re-integratietrajecten gericht op het aangaan van werk bij een nieuwe werkgever. Soms is de begeleiding gericht op het zo optimaal functioneren van een medewerker. In een dergelijk geval kan de werknemer door middel van jobcoaching, counseling of andere individuele vormen van coaching begeleid worden.

In een rapport van de SER¹¹ uit 2009 wordt onder andere melding gemaakt van de effectiviteit van de arbeidsrevalidatiegeneeskundige aanpak die 'evidence based' een meerwaarde heeft in de re-integratie. Tevens staat in dit rapport dat het van belang is dat er veel aandacht uit dient te gaan naar een betere ketenzorg rondom arbeid en gezondheid, zodat de re-integratie meer kans van slagen heeft.

Revalidatiecentra en sommige ZBC's hebben een aparte tak (al dan niet ook juridisch gescheiden) die gespecialiseerd is in vraagstukken rondom arbeid en re-integratie, waarvan de bekostiging niet via de Zvw loopt. In multidisciplinair verband werken medewerkers met kennis op het gebied van de arbeidscapaciteit (onderzoek, trainen, adviseren), wet- en regelgeving (ziekte & arbeid, re-integratie) en arbeidsmarkt(her)oriëntatie. Deze expertise wordt ingezet indien er ten gevolge van fysieke, cognitieve of meervoudige beperkingen vragen aan de orde zijn omtrent de mogelijkheden op de arbeidsmarkt. Vanuit de afdeling worden de contacten met de werkgevers en bedrijfsartsen onderhouden, zodat er een maximale samenwerking is tussen het team en de werkgever/Arbodienst.

Vroege interventie

Voor personen met specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat die vanwege die klachten langdurig ziek (thuis) zijn, biedt het diagnostisch instrument 'Vroege Interventie' de mogelijkheid om hun klachten nader te onderzoeken op een eerder moment dan gebruikelijk is in het revalidatietraject. Op grond van dat onderzoek kan een interventie worden voorgesteld. Hierdoor lopen zij minder risico dat hun klachten overgaan in langdurige chronische klachten met het risico van permanente uitval op het werk. De Vroege Interventie bestaat uit een intake door de revalidatiearts, gevolgd door multidisciplinair vervolgonderzoek: de quickscan. In 2008 stelde het CVZ dat de quickscan past binnen het zorgdomein, binnen het te verzekeren risico van de Zvw en binnen de zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. De quickscan is niet een nieuwe diagnostische test, maar een al lang in de revalidatie bestaande diagnostische methode. De quickscan voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De quickscan leidt tot een advies ten aanzien van een eventueel vervolgtraject dat kan liggen op het terrein van Multidisciplinaire Eerstelijns Revalidatie, Medisch Specialistische Revali-

¹⁰ Werkgroep Consensus Pijnrevalidatie (2004)

¹¹ SER, Een kwestie van gezond verstand: breed preventiebeleid binnen arbeidsorganisaties (2009)

datie of arbeidsre-integratie. De Vroege Interventie behoort als diagnostisch instrument tot de te verzekeren prestaties van het basispakket van de Zvw.

Naast de 'Vroege Interventie' als diagnostisch instrument, betreft het ook een specifieke aanpak voor arbeidsrevalidatie uitgevoerd door een 14-tal instellingen in Nederland.

5. ZORGAANBIEDERS

5.1. Traditionele aanbieders

Zoals in de inleiding aangegeven lijkt hetgeen onder medisch specialistische revalidatiezorg wordt verstaan in de voorbije jaren een ruimere interpretatie te hebben gekregen. Van oudsher kennen we enerzijds revalidatiecentra voor klinische en poliklinische revalidatie en anderzijds zijn revalidatieartsen aan algemene en academische ziekenhuizen verbonden voor poliklinische behandeling en klinische consulten/medebehandeling. Vaak is sprake van een verwevenheid in de personele sfeer tussen de revalidatieinstellingen en de ziekenhuizen. Nederland telde in 2010 21 revalidatieinstellingen die allen lid zijn van de branchevereniging Revalidatie Nederland. Daarnaast waren in 2010 ook 6 ziekenhuizen geassocieerd lid van Revalidatie Nederland.

De revalidatieinstellingen zijn sterk betrokken bij wetenschappelijk onderzoek, de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen, subspecialisatie en de opleiding van diverse professionals. Naast de revalidatiearts bestaat het multidisciplinaire team uit een grote verscheidenheid van professionals.

Revalidatiecentra bieden medisch specialistische revalidatie in de volle omvang met soms speciale afdelingen voor specifiek ziektebeelden (bijvoorbeeld dwarslaesie). Daarnaast zijn er speciale centra voor kinderrevalidatie. Bij de aandoeningen wordt een onderscheid gemaakt tussen neurologische en niet-neurologische.

Neurologisch

Neurologische aandoeningen vinden hun oorzaak in de hersenen en/of het zenuwstelsel. Het kan hierbij gaan om aangeboren afwijkingen maar ook om niet-aangeboren hersenletsel (NAH). Voorbeelden zijn diagnoses zoals een beroerte (CVA), spierziekten (NMA, ALS, HMSN, (P)SMA etc.), multiple sclerose (MS), dwarslaesie, Parkinson, hersenkneuzing (contusio cerebri), open rug (spina bifida), plexusletsels etc.

Niet-neurologisch

Niet-neurologische aandoeningen zijn letsels of beperkingen die hun oorzaak hebben in het lichaam, en niet in de hersenen. Het gaat hierbij om diagnoses zoals amputatie, gewrichtsproblemen, reuma, handletsel, hartrevalidatie, longrevalidatie, rugklachten, posttraumatische dystrofie (CRPS), brandwonden, chronische pijn, meervoudig letsel (politrauma), beenletsel etc.

In algemene en academische ziekenhuizen richt de revalidatie zich met name op poliklinische revalidatie en de consultfunctie. Evenals de hele revalidatiesector heeft de ziekenhuisrevalidatie de afgelopen tien tot vijftien jaar een duidelijke groei doorgemaakt. Steeds meer revalidatiebehandelingen worden ook in ziekenhuizen gedaan. Er zijn (nog) geen algemene ziekenhuizen met klinische opname-mogelijkheden.

5.2. Nieuwe aanbieders

In de afgelopen 3 jaar zijn ZBC's opgericht voor poliklinische revalidatie. In totaal waren er in 2011 14 ZBC's die MSR declareren. Eén van deze ZBC's is onderdeel van een revalidatie-instelling. Het is onbekend hoeveel ZBC's in de periode 2012-2013 zijn opgericht. De ZBC's zijn in een aantal gevallen ontstaan vanuit re-integratiebedrijven (waarvan sommige in het verleden zijn opgericht door een zorgverzekeraar) en in andere gevallen ligt de oorsprong in een eerstelijnspraktijk (fysiotherapie). In vrijwel alle gevallen zijn de ZBC's relatief jonge organisaties die zich vooral richten op specifieke gebieden. Voorbeelden van teksten op de respectievelijke websites zijn:

- ◆ Revalidatie voor mensen met chronische fysieke klachten, die daarnaast psychische en sociale problemen hebben;

- ◆ Revalidatie voor mensen met chronische pijnklachten van het bewegingsapparaat;
- ◆ Revalidatie voor lichamelijke en psychische klachten;
- ◆ Revalidatie gericht op chronische klachten bij wie (para)medische behandelingen niet of nauwelijks hebben geholpen;
- ◆ Revalidatie is o.a. gericht op klachtenbeelden van het bewegingsapparaat (rug-, nek-, schouderklachten, zoals chronische lumbago, status na HNP, RSI/Cans klachtenbeelden etc.), whiplash, (chronische) vermoeidheid (ME/ CVS), Burn Out klachten, diverse psychische ziektebeelden (zoals depressie e.d.), fibromyalgie, bekkeninstabiliteit, moeheid na kanker of bij chronische ziektebeelden e.d.;
- ◆ Revalidatie is specifiek ontwikkeld voor mensen met aanhoudende aspecifieke, vaak fysiek gelabelde klachten die gecombineerd kunnen zijn met andere psychosociale problemen.

Het beoordelen van de validiteit ten aanzien van het indicatiegebied en de complexiteit van diagnostiek of behandeldoel heeft geen onderdeel uitgemaakt van dit onderzoek. In het algemeen wordt het indicatie instrument uit 2001 zo geïnterpreteerd dat de behandeling van primaire GGZ-problematiek (depressie, angststoornissen, PTSS) géén onderdeel uitmaakt van de MSR. In de op de websites gevonden teksten wordt het indicatiegebied van MSR uitdrukkelijk ruimer omschreven.

Karakteristieken

Gelet op het nog korte bestaan van de ZBC's worden hieronder een aantal algemene kenmerken beschreven van de bezochte ZBC's; hierbij moet worden aangetekend dat niet alle ZBC's zijn bezocht (7 van de 14) en niet al deze kenmerken overal aanwezig zijn. Er bestaan ook grote onderlinge verschillen die echter vanwege de opzet van het onderzoek niet per individuele instelling worden beschreven.

- ◆ De intake vindt meestal plaats aan de hand van (vooraf ingevulde) vragenlijsten. Per ZBC is er sprake van standaardisatie, maar onderling zijn er grote verschillen. Niet overal bestaat er bij de intake een face-face contact tussen cliënt en revalidatiearts.
- ◆ De ZBC's hanteren eigen inclusie- en exclusiecriteria; men richt zich (een uitzondering daar gelaten) alleen op volwassenen.
- ◆ Van cliënten wordt de nodige inzet en motivatie gevraagd bij het doorlopen van het programma, dat in de regel zeer tijdsintensief is.
- ◆ Veelal is sprake van een modulair en intensief behandelprogramma op geleide van de klachten/beperkingen en behandeldoel. Het revalidatieprogramma is in de regel afgegrensd in de tijd (3 – 4 maanden).
- ◆ Er is altijd een revalidatiearts bij de behandeling betrokken, zij het soms in marginale zin (teleconsult).
- ◆ Naast de revalidatiearts bestaat het multidisciplinaire team veelal uit een psycholoog, ergotherapeut, manueel therapeut en fysiotherapeut.
- ◆ Verwijzingen komen van huisartsen, medisch specialisten en bedrijfsartsen, overigens met een verschillende verdeling. In sommige ZBC's is er niet tot nauwelijks sprake van verwijzingen door bedrijfsartsen en soms betreft dat 90% van de verwijzingen.
- ◆ Men geeft in sommige gevallen aan dat ziekenhuizen en revalidatiecentra dermate lange wachttijden kennen dat mensen van daaruit worden doorverwezen; de ZBC's zelf hebben nauwelijks tot geen wachttijd.
- ◆ De ZBC's geven aan weinig uitval van cliënten te zien tijdens het volgen van de behandeling.
- ◆ Er bestaat een grote variatie in omzet van enkele tonnen tot 25 miljoen euro (2011).
- ◆ De grotere ZBC's zijn veelal betrokken bij onderwijs en onderzoek.

Geconstateerd moet worden dat het ondernemerschap, de programmatische aanpak en de groei van de ZBC's niet onopgemerkt zijn gebleven in de branche. De marktwerking lijkt hier zijn vruchten af te werpen in de zin dat dit voor de traditionele instellingen een extra stimulans is om zich te beraden op hun eigen aanbod.

Naast de groei van ZBC's zijn er ook nieuwe aanbieders uit de kring van verpleeghuizen. Met de overheveling van de geriatrische revalidatie van de AWBZ naar de Zvw in 2013, zijn er verpleeghuizen die een revalidatiearts aan zich binden. Vaak is dat om de expertise te vergroten (bij triage en behandeling) binnen de geriatrische revalidatie, maar soms is het oogmerk ook om medisch specialistische revalidatie te gaan leveren en DBC's te gaan declareren.

6. FINANCIERING EN CONTRACTERING

6.1. Toelating en marktwerking

Zorginstellingen hebben een toelating nodig wanneer zij zorg willen aanbieden die op grond van de Zorgverzekeringswet of AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) regelt de toelatingen, stelt regels over goed bestuur en bepaalt daarnaast in welke gevallen winst uitgekeerd mag worden. Doel van de WTZi is vereenvoudiging van de overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen en de gewenste marktwerking te faciliteren¹².

Bij de aanvraag voor de toelating toetst het CIBG of de instelling aan bepaalde eisen voldoet. De belangrijkste eisen zijn de bereikbaarheid van acute zorg en de transparantie van bestuursstructuur en bedrijfsvoering, zoals het hebben van een onafhankelijk toezichthoudend orgaan en eisen aan de financiële administratie.

In de praktijk blijkt het geen grote opgave om als startend ZBC een toelating te verkrijgen, als e.e.a. juridisch administratief goed op papier staat. Sommige ZBC's voeren zelf geen enkele behandeling uit, maar huren de volledige zorg bij derden in. Het ZBC is dan toegelaten, maar de daadwerkelijke zorg wordt door anderen geboden. Tenslotte moet erop worden gewezen dat een toelating niet betekent dat de geboden zorg automatisch het predicaat "verzekerde zorg" heeft.

6.2. Beleid zorgverzekeraars

Ten aanzien van de klassieke revalidatie branche bestaat er een helder beleid, alle revalidatieinstellingen hebben met alle zorgverzekeraars contracten; dit overigens niet altijd voor alle producten. Tevens is er een beweging gaande waarbij tussen revalidatiecentra en zorgverzekeraars afspraken worden gemaakt ten einde het terugverwijzen naar een minder complex echelon mogelijk te maken. In het kader van vernieuwing zijn sommige verzekeraars met revalidatieinstellingen in gesprek om te komen tot een vorm van multidisciplinaire eerstelijnsrevalidatie.

Wat betreft de ZBC's doet zich een apart fenomeen voor. Op inhoudelijke gronden zijn zorgverzekeraars van oordeel dat hetgeen door veel ZBC's wordt geleverd zinvol is, maar dat hier in veel gevallen geen sprake is van medisch specialistische revalidatie. Vragen worden gesteld over het toepassen van de principes van stepped care en of de mate van complexiteit binnen de groep patiënten de inzet van mensen en middelen rechtvaardigt (dure DBC's). In de huidige kwaliteitsprofielen worden geen heldere criteria aangegeven rond de begrippen 'stepped care' en 'complexiteit'. Ook geven deze profielen geen houvast voor de te gebruiken instrumenten bij de diagnostiek. De aanbieders van dit type revalidatie kunnen daarop dus ook niet eenduidig worden getoetst volgens een algemeen erkende norm.

Desondanks sluiten veel verzekeraars toch contracten af met ZBC's voor medisch specialistische revalidatie. In sommige gevallen speelt daarbij mee dat de verzekeraar betrokken is geweest bij het initiatief en/of aandeelhouder is. Belangrijk argument voor het sluiten van een contract is het feit dat niet gecontracteerde ZBC's zonder volumerestrictie declaraties kunnen indienen; met contractering worden afspraken gemaakt over het productieplafond. Een ander genoemd argument is 'angst' voor het verlies van verzekerden (met name de collectieve contracten).

Indien sprake is van de contracten met ZBC's worden kortingen op de DBC-tarieven overeengekomen, bijvoorbeeld 30% of 40% op het gebruikelijke tarief. Gelet op de kostenstructuur van de ZBC's (huisvesting, overhead en dergelijke) past zulks bij de marktwerking. Indien er geen contract bestaat tussen de zorgverzekeraar en de ZBC geldt ook een lagere vergoeding (passantentarief), die verschilt per verzekeraar/polis.

In juli 2011 is een Hoofdlijnenakkoord gesloten tussen vijf partijen: het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars

¹² VWS, Beleidsvisie Wet toelating zorginstellingen (2005)

Nederland (ZN). Belangrijkste doelen zijn: beheersing van de kosten en verdere kwaliteitsverbetering van de zorg. In het akkoord is een beheerste uitgavengroei vastgelegd van structureel 2,5 procent per jaar voor de periode 2012 tot 2015. ZBC's die niet door een zorgverzekeraar zijn gecontracteerd, zijn niet gebonden aan het Hoofdlijnenakkoord. Maar de kosten die zij genereren, worden wel meegeteld in het totale budget. Als gevolg van het uitgavenplafond in het Hoofdlijnenakkoord kunnen ziekenhuizen en revalidatiecentra genoodzaakt zijn de instroom te reguleren, waardoor mensen zich kunnen wenden tot op al dan niet gecontracteerde ZBC's.

6.3.Toekomstige financiering

Sinds januari 2009 is er in de revalidatiegeneeskunde sprake van een DBC-productstructuur. Het instellingsbudget wordt bepaald door de contracten tussen instelling en zorgverzekeraars. De tarieven worden door de overheid vastgesteld; per 2012 betreft het maximum tarieven. Het voornemen is om in 2013 voor de MSR een nieuwe DBC-systematiek met meer medisch herkenbare producten te ontwikkelen en daarna een directe koppeling te maken tussen productie per discipline en vergoeding (prestatiebekostiging). In een overgangperiode wordt het verschil tussen prestatiebekostiging en het oude functiegerichte budget nog deels gecompenseerd. Vanaf 2015 geldt volledige prestatiebekostiging. Teneinde de sector hierop voor te bereiden, wordt aan de huidige productstructuur vanaf 2013 een zorgvraagindex (ZVI) gekoppeld. De zorgvraagindex beoogt iets te zeggen over de verwachte complexiteit van de behandeling. De index gaat over de doelstelling van de behandeling in de zin van participatie-ambitie: de afstand die bestaat tussen het aanvangsniveau en het beoogde eindniveau (niveau van functioneren). Het is echter onzeker in hoeverre de zorgvraagindex inderdaad een valide instrument is om onderscheidend te zijn voor de verzekerde prestatie MSR.

De minister heeft aangegeven de Zvw te willen wijzigen om zorgverzekeraars de mogelijkheid te geven om niet gecontracteerde zorg niet meer te vergoeden. Op dit moment staat in de wet dat een verzekeraar voor in natura verzekerde zorg een lagere vergoeding mag geven. Deze vergoeding mag niet zo laag zijn dat het verzekerden belemmert om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dit 'hinderpaal-criterium' verbiedt zorgverzekeraars de hele rekening bij de patiënt neer te leggen. Nieuwe Europese wetgeving maakt aanpassing van de Zvw op dit punt volgens de minister mogelijk.

7. VOLUME-ONTWIKKELING

In dit hoofdstuk wordt getracht inzicht te bieden rond een aantal vragen:

- ◆ Wat is de algemene kostenontwikkeling van de medisch specialistische revalidatie? Wijkt deze kostenontwikkeling af van andere typen medisch specialistische zorg in het algemeen?
- ◆ Wat zijn trends ten aanzien van de productie over de jaren heen? Zijn deze trends gelijkmatig verdeeld of bestaat er onderscheid naar type zorgaanbieder?
- ◆ Welke diagnosegroepen worden door nieuwe aanbieders gedeclareerd? Is daarin getalsmatig een onderscheid aan te brengen vergeleken met de klassieke revalidatieinstellingen?

Ten einde de kwantitatieve gegevens goed te kunnen interpreteren is het noodzakelijk vooraf een aantal kanttekeningen te plaatsen:

- ◆ Per 1 januari 2009 is de manier van financiering van de MSR veranderd. Tot die datum bestond er een methodiek van budgetfinanciering gerelateerd aan de afgesproken productie. Vanaf 2009 wordt revalidatie bekostigd via de systematiek van revalidatie-DBC's, de afrekening vond overigens t/m 2011 nog plaats op basis van verpleegdagen en Revalidatie Behandelingen (RBU's).
- ◆ DBC's worden geopend bij de aanvang van de behandeling van een patiënt. Het kan maximaal een jaar duren voordat een DBC wordt gesloten en door de zorgaanbieder wordt gefactureerd. Omdat Vektis en DBC-onderhoud hun databank vullen met gegevens van afgesloten DBC's, betekent dit dat deze statistieken achterlopen op de werkelijke productie. Het betreft immers betalingen. Zo is bekend dat op de dag van vandaag voor het jaar 2011 nog niet alle DBC's zijn gesloten; dit heeft tot gevolg dat ongeveer 10% van de productie van 2011 nog niet in IZiZ is opgenomen (februari 2013).
- ◆ In IZiZ worden de aanbieders gecategoriseerd in 4 typen: academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en 'overigen'. In deze laatste groep treffen we de ZBC's aan. Ten slotte is er een groep 'onbekend' (<1%). Het onderscheid in productie tussen revalidatiecentra en de ziekenhuizen (algemeen en academisch) is niet scherp begrensd. Er zijn ziekenhuizen die de revalidatie-DBC's zelf declareren. Andere kopen het hele pakket als het ware in bij een revalidatiecentrum en de DBC's worden door het revalidatiecentrum gedeclareerd. Die DBC's worden dan ook in de Vektis-registratie gecategoriseerd als 'revalidatiecentrum', terwijl de feitelijke plaats van handeling een ziekenhuis is. Reden waarom in een aantal tabellen de productie van ziekenhuizen en revalidatieinstellingen bij elkaar op zijn geteld.
- ◆ In de statistieken van het CBS treffen we de rubriek 'categorale ziekenhuizen' aan. Dit betreft niet alleen de traditionele revalidatieinstellingen, maar ook klinieken voor o.a. astma, epilepsie, longziekten, oogziekten, transplantatiecentra en privéklinieken met tot 24-uursverblijf.
- ◆ In de statistieken van Revalidatie Nederland (Brancherapporten) zijn opgenomen de gegevens van de bij RN aangesloten leden. Het betreft alle revalidatiecentra, de academische ziekenhuizen en ongeveer 2/3 van de algemene ziekenhuizen. Ongeveer 1/3 van de algemene ziekenhuizen zijn niet aangesloten bij RN. Ook de meeste ZBC's zijn niet bij RN aangesloten.
- ◆ De vulling van het DIS was voor het jaar 2011 zo onvolledig (<70% februari 2013) dat de gegevens niet zijn meegenomen in de analyse.

7.1. Kostenontwikkeling

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de kostenontwikkeling in de medisch specialistische zorg. In de CBS databank wordt een onderscheid gemaakt tussen academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en categorale instellingen. Deze laatste zijn niet in de tabel opgenomen, omdat van de categorale instellingen, wat betreft financiële omzet, ongeveer 50% niet in de revalidatieinstellingen wordt gerealiseerd en de cijfers dus niet representatief zijn voor de branche. De cijfers van RN betreffen alle leden. De cijfers van Vektis betreffen betaalde DBC's in heel Nederland, alle instellingen die revalidatie-DBC's declareren: revalidatieinstellingen, algemene- en academische ziekenhuizen en ZBC's.

De ontwikkelingen in de algemene en academische ziekenhuizen kunnen slechts gedeeltelijk worden vergeleken met de revalidatieinstellingen. De financiering van de ziekenhuizen gaat voor een deel via afspraken rond het 'wettelijk budget'; in toenemende mate is sprake van vrij onderhandelbare DBC's. Daarom is uit de CBS-statistiek voor de ziekenhuizen gekozen voor de 'netto omzet' en niet voor het

wettelijke budget dat fors lager ligt. De DBC's bij revalidatieinstellingen waren tot en met 2011 niet vrij onderhandelbaar, dus is in de vergelijking daar wel voor het wettelijke budget gekozen.

Tabel 1. Netto omzet (CBS) en wettelijk budget (RN) van ziekenhuizen en revalidatieinstellingen in miljoenen euro's; gedeclareerde DBC's (IZiZ).

| CBS netto omzet | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Toename ¹³ |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-------------------|-----------------------|
| Acad. ziekenhuizen | 3 693 | 3 772 | 3 661 | 4 057 | 4 402 | 4 541 | 23,0% |
| Algemene ziekenhuizen | 10 309 | 10 412 | 11 039 | 11 857 | 13 036 | 12 776 | 23,9% |
| Revalidatie Nederland | | | | | | | |
| Leden RN wettelijk budget | 370 | 395 | 400 | 414 | 430 | 467 | 26,2% |
| IZiZ | | | | | | | |
| Revalidatie DBC's totaal | | | | 588 | 561 | 511 ¹⁴ | |

De statistiek van IZiZ rond de revalidatie laat een tegenstrijdig beeld zien ten opzichte de licht stijgende lijn in de CBS- en branchestatistieken. Belangrijkste oorzaak hiervan is dat het betalingen betreft (en dus niet de productie) en de invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2009 een grote verschuiving heeft teweeg gebracht in declaratiegedrag bij de zorgaanbieders. Voor alle patiënten die per 1-1-2009 in behandeling waren is er een nieuwe DBC geopend. Dit heeft er toe geleid dat er in 2009 relatief veel eerste DBC's zijn gedeclareerd. En de uitgaven rond MSR lijken vanaf 2009 te dalen, dit in tegenstelling tot alle andere statistieken rond kosten en productie. De situatie lijkt zich vanaf 2011 in de cijfers te stabiliseren.

Hoe is de groei in kosten van de MSR nu in vergelijking met de groei van de totale groei van medisch specialistische zorg? Bij het vergelijken van de cijfers van het CBS met de gegevens uit de brancherapporten van RN lijkt de conclusie gewettigd, dat de revalidatiebranche als zodanig financieel in de afgelopen 6 jaar slechts iets meer is gegroeid (26,2%) dan de medisch specialistische zorg in ziekenhuizen in het algemeen (23,9%).

7.2. Ontwikkeling in capaciteit en productie

7.2.1. De traditionele aanbieders

In tabel 2 wordt een samenvatting gegeven van de productie capaciteit (CBS revalidatieinstellingen) en rond de groei van de productie blijkt uit de cijfers van Revalidatie Nederland. Dit betreft alle revalidatieinstellingen, en de leden onder de academische en algemene ziekenhuizen.

Tabel 2. Ontwikkelingen in capaciteit (gegevens CBS) en productie (leden RN) in de afgelopen 6 jaar.

| CBS rev.instellingen | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Verandering 2006-2011 |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------|
| Polikl. Behandelplaatsen | 980 | 1.030 | 1.080 | 1.130 | 1.180 | | |
| Bedden klin. Behandeling | 1.770 | 1.770 | 1.880 | 1.880 | 1.860 | | |
| RN leden | | | | | | | |
| Eerste consulten | 39.810 | 44.308 | 41.743 | 46.770 | 50.765 | 50.147 | 26% |
| Poliklinische RBU (x1000) | 1.455 | 1.564 | 1.632 | 1.719 | 1.847 | 1.991 | 37% |
| Klinische opname | 7.397 | 7.541 | 7.715 | 7.794 | 7.902 | 8.236 | 11% |
| Klin. Verpleegdagen (x1000) | 518 | 509 | 507 | 505 | 502 | 500 | -3% |
| Gemiddelde verpleegduur | 70 | 67,5 | 65,7 | 64,8 | 63,5 | 60,7 | -13% |
| Klinische RBU (x1000) | 858 | 864 | 914 | 944 | 987 | 1.011 | 18% |
| RBU per opname | 116 | 115 | 118 | 121 | 125 | 123 | 6% |
| RBU-totaal (x1000) | 2.313 | 2.429 | 2.546 | 2.663 | 2.835 | 3.003 | 30% |

¹³ Periode 2006-2011

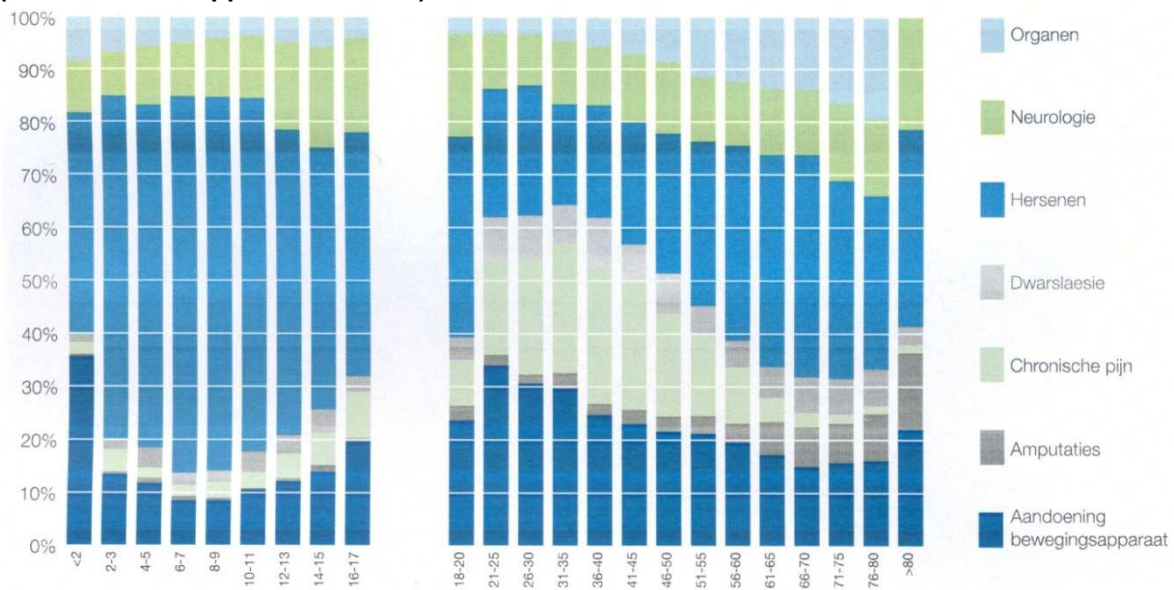
¹⁴ Het betreft de vulling begin februari 2013. Geschat wordt dat dit ongeveer 90% van de werkelijke waarde betreft. Daarmee komt de totale gedeclareerde productie 2011 ongeveer uit op de productie in 2010.

In het algemeen zijn de volgende conclusies te trekken uit deze gegevens:

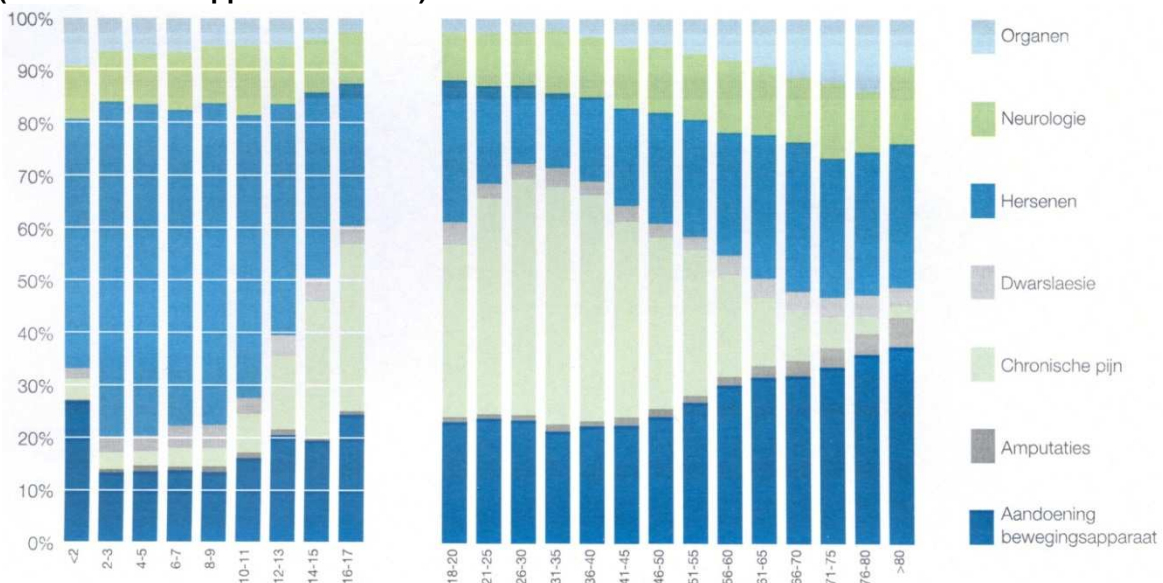
- ◆ Het aantal klinische bedden is redelijk stabiel. Door de afname van het aantal verpleegdagen vermindert het bedbezettingspercentage.
- ◆ Het aantal klinische opnames neemt toe, terwijl tegelijkertijd het aantal verpleegdagen afneemt. De gemiddelde verpleegduur neemt derhalve fors af. De intensiteit van de behandeling uitgedrukt in RBU's neemt per opgenomen patiënt toe. De algemene trend is dus meer patiënten intensiever behandelen en korter opnemen.
- ◆ De kortere opnameduur zou kunnen leiden tot meer poliklinische nazorgbehandelingen. Uit de beschikbare gegevens is dat echter niet direct af te leiden.

De figuren 1 en 2 laten respectievelijk de verdeling per diagnosegroepen van mannelijke en vrouwelijke poliklinische patiënten per leeftijdsgroep zien.

Figuur 1. Verdeling mannelijke poliklinische revalidatie naar leeftijd en diagnosegroep in 2011 (bron: brancherapport revalidatie).



Figuur 2. Verdeling vrouwelijke poliklinische revalidatie naar leeftijd en diagnosegroep in 2011 (bron: brancherapport revalidatie).



Opvallend is hier de grote groep jongvolwassenen met chronische pijn. Een nadere analyse van de brancherapporten van RN vanaf 2002 leert, dat de groep chronische pijn bij volwassen poliklinische patiënten is toegenomen van ongeveer 7% (2002) van de patiënten naar 25% in 2011. Vanwege ver-

anderingen in classificatie (de statistiek van 2002 had een hoog percentage onbekende classificatie) zijn de cijfers ongetwijfeld niet helemaal één op één vergelijkbaar. Dat neemt niet weg dat geconstateerd kan worden dat in de reguliere branche de behandeling van chronische pijn een grote vlucht heeft genomen en voor een belangrijk deel de groei van de poliklinische revalidatie bij volwassen sinds 2002 kan verklaren.

Ten aanzien van de diagnosegroep 'bewegingsapparaat' is deze analyse vanaf 2002 niet goed uit te voeren, omdat deze diagnosegroep tot 2007 niet in de statistieken van RN als zodanig voorkwam. Wel zien we ook voor deze diagnosegroep een stijging van 22,5% naar 29,6% van het aantal poliklinische patiënten in de periode 2007-2011. In 2011 betreft het de grootste diagnosegroep voor poliklinische volwassen patiënten.

Geconcludeerd kan worden dat de afgelopen jaren het aantal poliklinische patiënten in de diagnosegroepen 'chronische pijn' en 'bewegingsapparaat' sterk is toegenomen. In 2011 betreft het gezamenlijk meer dan 50% van het aantal poliklinische volwassen patiënten.

7.2.2. De nieuwe aanbieders

Vanaf 2009 is er een toename te zien in ZBC's die revalidatie-DBC's declareren. De omvang van de productie van deze ZBC's is alleen te achterhalen door een meer gedetailleerde analyse van de gegevens van IZiZ. De nieuwere aanbieders zijn geen lid van Revalidatie Nederland en in de cijfers van het CBS zijn ze niet onderscheidend aanwezig.

In de algemene analyse over de kosten (tabel 1) was al te zien dat, in tegenstelling tot de productiegegevens, de betaalde declaraties over het geheel een daling laten zien tussen 2009-2011. In tegenstelling tot deze algemene trend, is er een duidelijke stijging waarneembaar van de productie van de ZBC's (tabel 3), zowel in aantallen (van 2603 naar 6315) als in bedragen (van 5 naar 33 miljoen). Tevens is bekend dat voor het jaar 2011 de vulling van IZiZ nog niet volledig is afgerond. Dit betekent dat de stijging in werkelijkheid sterker is dan in tabel 3 is te zien.

Tabel 3. Aantallen declaraties en uitbetaalde bedragen (in euro's x1000) per jaar per categorie instellingen (bron: IZiZ).

| Type instelling | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal |
| Ziekenhuizen en categ. Instellingen | 581.656 | 228.033 | 537.935 | 208.319 | 477.060 | 175.997 |
| ZBC's | 5.168 | 2.603 | 23.014 | 5.046 | 32.987 | 6.311 |
| Onbekend | 960 | 316 | 24 | 61 | 716 | 260 |
| Totaal | 587.784 | 230.952 | 560.973 | 213.426 | 510.763 | 182.568 |

De explosieve stijging van MSR in ZBC's, betreffen in het bijzonder de groep Poliklinische Revalidatie Behandelingen (tabel 4).

Tabel 4. Aantallen en bedragen betaalde DBC's (in euro's x 1000) naar zorgtype en type DBC in ZBC's voor de jaren 2009-2010 (bron: IZiZ).

| Zorgtype | Type DBC | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|-------------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal |
| Reguliere zorg | PRB | 4.326 | 751 | 21.474 | 3.065 | 30.895 | 4.369 |
| Reguliere zorg | ICC | 591 | 1.661 | 709 | 1.137 | 1.118 | 1.473 |
| Vervolg DBC | PRB | 225 | 97 | 427 | 194 | 356 | 172 |
| Vervolg DBC | ICC | 26 | 91 | 233 | 612 | 65 | 174 |
| Intercoll.consult | ICC | | 3 | | | | |
| | KRB | | | 171 | 38 | 553 | 123 |
| | Totaal | 5.168 | 2.603 | 23.014 | 5.046 | 32.987 | 6.311 |

Typen DBC's en diagnosegroepen

Meer in detail is geanalyseerd wat voor typen DBC's zijn geopend (zie bijlage 4). Door de 20-80 regel moet deze cijfermatige beschouwing met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat de grootste ZBC sterk meeweegt in met name de gemiddelden. Uit de cijfers is het volgende op te maken:

- ◆ Er is één ZBC die Klinische RevalidatieBehandelingen (KRB's) declareert vanaf 2010.
- ◆ De ZBC's declareren géén Specialistische RevalidatieBehandelingen (SRB's).
- ◆ Het aantal poliklinische vervolg-DBC's is laag (4%) en neemt waarschijnlijk niet toe. De fluctuatie, met een piek in 2010, is waarschijnlijk het gevolg van de invoering van de DBC-systematiek begin 2009. Hierdoor is hun aantal in 2009 relatief laag en in 2010 relatief hoog.
- ◆ Het betaalde bedrag en de aantallen poliklinische revalidatiebehandelingen (reguliere zorg) neemt sterk toe, van 4 naar 30 miljoen euro (2009-2011) (tabel 4). ZBC's declareren in overwegende mate DBC's rond de diagnosegroepen: aandoeningen van het bewegingsapparaat en chronische pijn, met een opvallende toename in de groep WPN 4¹⁵.
- ◆ Verdere uitsplitsing in detail van iedere diagnosegroep leert dat de groei met name zit in de PRB's 3015 en 3016, met respectievelijk 49 t/m 129 uur en 129 t/m 299 uur behandeling. In 2009 werd er slechts sporadisch door ZBC's een declaratie ingediend in de trajectcodes 3015 en 3016. Momenteel betreft het meer dan de helft van alle patiënten. Dit sluit aan bij de observatie dat een aantal ZBC's inzetten op een kortdurende intensieve behandeling. Overigens bestaan er ook weer onderling grote verschillen.

Geconcludeerd kan worden dat de ZBC's de afgelopen jaren een explosieve groei hebben doorgemaakt rond de diagnosegroepen 'bewegingsapparaat' en 'chronische pijn'. De groei betreft met name de intensievere vormen van poliklinische DBC's met minimaal 49 uur behandeling per traject.

7.2.3. Onderlinge vergelijking

Wij zijn nagegaan in hoeverre de explosieve groei rond bepaalde categorieën patiënten in ZBC's gepaard is gegaan met een afname van de zelfde categorie patiënten in de traditionele instellingen. De nadere analyse van de kwantitatieve gegevens laten hier echter geen eenduidige conclusie toe, mede vanwege de invoering van de DBC systematiek en de verandering in een aantal definities wordt een consistente dataverzameling node gemist. Vanuit de gegevens van RN kan echter wel worden geconcludeerd dat er met betrekking tot de chronische pijn en aandoeningen van het bewegingsapparaat de afgelopen 10 jaar ook een sterke groei heeft plaatsgevonden, en er geen afname in aantallen patiënten wordt gezien in de afgelopen jaren. Het totale aantal behandelde patiënten in deze patiëntencategorieën is dus in zijn geheel fors gestegen. Deze stijging kan niet alleen worden verklaard uit wijzigingen in prevalentie en/of incidentie. Mogelijke verklaringen zijn:

- I. Een gewijzigd indicatiebeleid door professionals.
- II. Een maatschappelijke tendens om steeds minder ongemak te accepteren. Voor klachten wordt steeds vaker medische hulp gezocht.
- III. Een tendens om voor chronische pijnklachten eerder te kiezen voor een vorm van revalidatiebehandeling dan voor een medische/invasieve ingreep.

Opvallend verschil tussen de ZBC's en de traditionele instellingen is het gemiddelde declaratiebedrag (PRB) per patiënt. Voor de diagnosegroep bewegingsapparaat is het gemiddelde gedeclareerde bedrag bij de ZBC's (€5.267) aanzienlijk hoger dan bij de traditionele instellingen (€1.412). Datzelfde geldt voor de diagnosegroep pijn, ZBC's (€8.760) en traditionele instellingen (€2.905). ZBC's declareren gemiddeld de duurdere DBC's, hoewel zij per specifieke DBC gemiddeld juist minder betaald krijgen in vergelijking met het reguliere tarief. In het onderzoek is niet gekeken in hoeverre de patiëntengroepen tussen ZBC's en traditionele instellingen vergelijkbaar zijn.

In hoeverre is het verschil in gemiddelde kosten per patiënt in de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat, te verklaren uit het aantrekken van een ander type patiënt? Om hierop een antwoord te krijgen zijn twee zorgverzekeraars benaderd met de vraag om een nadere analyse rond de zorgconsumptie van hun patiënten voorafgaand aan het openen van de revalidatie-DBC. Gekeken is onder andere naar huisartsbezoek, eerstelijns fysiotherapie, eerstelijns behandeling door een psycholoog, en het openen van andere DBC's. Uit deze analyse is echter geen eenduidige conclusie te trekken. De belangrijkste redenen daarvoor zijn:

¹⁵ In de VRA Richtlijn chronische pijn staat dat het WPN niveau 4 in feite niet poliklinisch behandeld kan worden.

1. De diversiteit in vormen van eigen bijdragen, eigen risico, en de inhoud van het aanvullende pakket; hierdoor worden sommige behandelingen direct door de patiënt vergoed en niet bij de verzekeraar gedeclareerd.
2. Het ontbreken van gegevens over het inschakelen van fysiotherapeuten en psychologen door ARBO-diensten en reïntegratiebedrijven. Zonder nadere analyse op patiëntniveau per ZBC is op deze vraag dus vanuit de bestaande gegevensverzamelingen geen antwoord te krijgen.

8. WAARNEMINGEN EN CONSTATERINGEN

De vraag, in het kader van dit onderzoek, is niet of bepaalde zorgactiviteiten zinvol en/of effectief zijn, maar of daarbij altijd sprake is van MSR. Maatschappelijk gezien kan, in termen van verzuim, welbevinden en participatie, mogelijk sprake zijn van een zeer efficiënte vorm van zorg. Maar dat ligt buiten de vraagstelling. Meer relevant zijn vragen als:

- (i) Liggen sommige zorgactiviteiten niet meer binnen het domein van de GGZ of van welzijn?
- (ii) Horen sommige klachten niet in de eerstelijns (huisarts, psycholoog, fysiotherapeut, maatschappelijk werk) thuis?
- (iii) Is de afgrenzing met re-integratie naar arbeid duidelijk?
- (iv) In hoeverre dient een revalidatiearts betrokken te zijn bij de behandeling om te kunnen spreken van MSR?

In hoeverre de principes van stepped care en de mate van complexiteit daadwerkelijk door zorgaanbieders worden gehanteerd, vormde geen onderdeel van het onderzoek.

Hieronder worden constatering en waarnemingen gepresenteerd die tijdens het onderzoekstraject zijn verzameld.

Regelgeving

1. Medisch specialistische revalidatiezorg was in de Ziekenfondswet (ZFW) expliciet omschreven. Bij de invoering van de Zvw in 2006 is revalidatiezorg als bijzondere verstrekking losgelaten. In de Zvw is revalidatie onderdeel van het meer in algemene termen omschreven verzekerde risico 'geneeskundige zorg, verpleging, verzorging, verblijf' ed.
2. Bij het inwerking treden van de Zvw in 2006 is het verzekerde pakket van de ZFW één op één overgegaan. De aanspraak van de MSR wordt dus formeel beperkt tot het in 2001 opgestelde document Indicatiestelling Revalidatiezorg. Hierin ligt de nadruk op stoornissen en beperkingen.
3. Het is relatief gemakkelijk voor een startend ZBC om een toelating ex WTZi te krijgen, als e.e.a. juridisch/administratief goed op papier staat.
4. Tot op heden heeft de medisch specialist het alleenrecht tot het openen van een DBC met de verplichting van een face-to-face contact met de patiënt. Zonder medisch specialistische inbreng is het voor een instelling of ZBC onmogelijk om DBC's te openen en te declareren.

Revalidatiegeneeskunde

5. Het is logisch en gebruikelijk dat een specialisme zich door de tijd ontwikkelt, aangaande indicatiegebieden, diagnostiek en therapie. Het is aan de beroepsgroep om het domein en de grenzen van het vakgebied aan te geven en daarmee verantwoorde en gepaste zorg te definiëren.
6. Geconstateerd kan worden dat er een trend bestaat om in documenten minder te spreken in termen van stoornissen en beperkingen, en meer nadruk te leggen op participatieproblemen. Ook heeft de professie, met de formulering van het Beroepskader (2012), het domein van het vak verruimd (met name kanker, diabetes, SOLK en arbeidsrevalidatie) ten opzichte van het document Indicatiestelling revalidatiezorg uit 2001.
7. 'Stepped Care' en complexiteit ten aanzien van diagnostiek en/of te behalen behandeldoel als kenmerk voor MSR is door de beroepsgroep in algemene termen omschreven, maar is (nog) onvoldoende geoperationaliseerd voor de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat.
8. De behoefte aan een multidisciplinaire behandeling alleen is op zich geen voldoende indicatie voor MSR. Een aantal zorgverzekeraars is gestart met het maken van afspraken met zorgaanbieders over multidisciplinaire eerstelijns revalidatie.
9. Indien een behandeltraject dusdanig is gestandaardiseerd, dat na de intake en triage door de revalidatiearts zijn inbreng niet meer noodzakelijk is, zou kunnen worden volstaan met de decla-

ratie van een consult, waarna de behandeling mono- of multidisciplinair ter hand kan worden genomen door (een) andere discipline(s). In dat geval is geen sprake van MSR.

10. Met het openen van een DBC neemt de medisch specialist de verantwoording voor de complete behandeling; het ontbreken van een face-to-face contact (en ook geen lichamelijk onderzoek) bij de intake dan wel een marginale rol in het zorgtraject is uit professioneel en juridisch oogpunt niet acceptabel.
11. De VRA is bezig de intake voor de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn te standaardiseren. Er bestaat echter nog géén door de beroepsgroep erkende methodiek gebaseerd op EBM, ten aanzien van intake (gevalideerde instrumenten), en effectiviteit/efficiëntie van de inzet van bepaalde behandelmodules.
12. Revalidatieartsen hebben géén eenduidig standpunt ten aanzien van de behandeling van patiënten met classificatie WPN 4 binnen de MSR dan wel binnen de GGZ.
13. Voor huisartsen, medisch specialisten en bedrijfsartsen is de mogelijkheid van het doorverwijzen van mensen met specifieke klachten naar een vorm van revalidatie een welkome optie. Er is behoefte aan en vraag naar een vorm van multidisciplinaire behandeling waarbij het bestaande medisch circuit in de eerstelijns onvoldoende soelaas biedt.

Traditionele aanbieders

14. Er is in de afgelopen 10 jaar een belangrijke toename geweest in aantallen patiënten behandeld voor chronische pijn. De gemiddelde wachttijd voor deze categorie patiënten is, blijkens de websites van de aanbieders, langer dan voor andere diagnoses. Klaarblijkelijk geeft men een andere prioriteit aan deze groep patiënten en het hanteren van wachtlijsten voorkomt mogelijk ook een ongebreidelde groei.
15. Vanuit het ICF-model gezien, richten traditionele instellingen zich ook op stoornissen, terwijl de ZBC's zich veelal alleen richten op beperkingen en participatieproblemen.
16. Er zijn geen harde grenzen, aangaande de doelgroepen pijn en bewegingsapparaat, tussen hetgeen de traditionele instellingen aan zorg bieden en hetgeen door de ZBC's wordt geboden.
17. ZBC's bieden veelal systematische-, programmatische- en in tijd gelimiteerde zorg, die de meer traditionele aanbieders aansporen tot herijking en optimalisatie van hun aanbod.
18. Door een aantal instellingen wordt, in nauw overleg met zorgverzekeraars, gezocht naar het terugverwijzen van patiënten naar algemene ziekenhuizen en/of multidisciplinaire eerstelijns revalidatieteams.

Nieuwe aanbieders

19. De ZBC's zijn geen uniforme groep, er bestaan verschillen in omvang, wijze van triage en behandeling. De meerderheid van ZBC's komt voort uit een re-integratiebedrijf of een eerstelijns fysiotherapie praktijk.
20. Verwijzingen komen van huisartsen, medisch specialisten en bedrijfsartsen, overigens met een verschillende verdeling. In sommige ZBC's is er niet tot nauwelijks sprake van verwijzingen door bedrijfsartsen en bij één nieuwe aanbieder betreft dat 90% van de verwijzingen.
21. Sommige aanbieders hebben naast hun ZBC een apart onderdeel arbeidsre-integratie; bij anderen is het onderscheid niet organisatorisch aanwezig. Met de bekostiging vanuit werkgeverszijde wordt verschillend omgegaan.
22. ZBC's richten zich niet op het integrale palet van medisch specialistische revalidatie, maar vooral op volwassenen met klachten van het bewegingsapparaat en chronische pijn; bij sommige ZBC's lijkt de nadruk te liggen op psychosociale problematiek. De ingezette modules hebben vaak een beperkte fysieke component en een uitgebreide psychische component (emotioneel, sociaal, cognitief en spiritueel). De vraag kan gesteld worden of hier sprake is van verzekerde zorg.
23. Sommige ZBC's voeren zelf geen enkele behandeling uit, maar huren de volledige zorg bij derden in. Het ZBC is dan toegelaten, maar de daadwerkelijke zorg wordt door anderen geboden. Andere ZBC's hanteren een soort 'franchise'-model, waarbij centraal een aantal zaken worden geregeld (protocollen, automatisering, e.d.).
24. Binnen de ZBC's is soms sprake van een zeer beperkte inzet/bemoeienis van de revalidatiearts. Een enkele ZBC is op verzoek van een zorgverzekeraar de formatie revalidatiearts aan het uitbreiden; kennelijk was in de periode daaraan voorafgaand geen behoefte aan een grotere inhoudelijke inbreng van deze medisch specialist in het behandeltraject.
25. Bij de ZBC's staan in een groot aantal gevallen de niet-somatische interventies voorop.

26. Niet alleen ZBC's bewegen zich op het terrein van MSR, ook in de sector van verpleeghuizen zijn er tekenen dat men, door middel van het inhuren van een revalidatiearts, naast geriatrische revalidatie ook MSR wil bieden.

Financiering en contractering

27. De bekostiging (bv van fysiotherapie en psychologie) via revalidatie-DBC's is in verhouding tot eerstelijnsstarieven lucratief voor de zorgaanbieder en in termen van eigen betalingen voordelig voor de patiënt.
28. 20% van de ZBC's is verantwoordelijk voor 80% van de omzet. Dit betekent dat de kwantitatieve analyse sterk wordt beïnvloed door de grotere ZBC's.
29. Indien verzekeraars overgaan tot het contracteren van ZBC's worden kortingen op de DBC-tarieven overeengekomen, bijvoorbeeld 40% korting op het gebruikelijke tarief. Met deze lagere tarieven onderkent men kennelijk dat de vastgestelde DBC-tarieven voor deze revalidatiezorg niet passend zijn.
30. Er is geen algemeen ingevoerde betaaltitel/prestatie gedefinieerd voor multidisciplinaire zorg in de eerste lijn (al dan niet met een consult van de revalidatiearts) voor mensen met een zelfde type problemen en/of in de zelfde domeinen, maar die minder complex zijn, zodat de inzet van de revalidatiearts bij de behandeling niet noodzakelijk is.
31. Op inhoudelijke gronden zijn verzekeraars van oordeel dat hetgeen door de ZBC's wordt geleverd zinvol kan zijn, maar dat hier veelal geen sprake is van MSR. Daartegenover zijn er verzekeraars die toch contracten afsluiten met ZBC's voor MSR.
32. Zorgverzekeraars hanteren bij de contractering van de ZBC's nog niet het door de VRA opgestelde beroepskader, omdat dit pas eind 2012 is gepubliceerd. Naar verwachting zal niet iedere ZBC zelfstandig aan alle vereisten kunnen voldoen.
33. Een verdere groei van de groepen 'chronische pijn' en 'bewegingsapparaat' kan leiden tot een generieke korting op het budget voor MSR, wat ten koste zal gaan van die groepen patiënten die van oudsher door de branche werden behandeld.
34. Sommige verzekeraars overwegen het instrument van machtiging weer in te voeren bij ZBC's.

Volumeontwikkeling

35. De algemene kosten- en volumeontwikkeling in de revalidatiebranche is niet beduidend groter dan in de medisch specialistische zorg in het algemeen.
36. Vanaf 2002 is er een belangrijke groei geweest van het aantal voor chronische pijn behandelde patiënten in de traditionele instellingen. Ook is er een aanzienlijke groei van de diagnosegroep bewegingsapparaat sinds 2007. Beide groepen gezamenlijk vormen in 2011 meer dan 50% van de poliklinisch behandelde volwassenen.
37. Vanaf 2009 is er een explosieve groei in door ZBC's gedeclareerde revalidatie-DBC's in de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn.
38. Vanwege de lange wachttijden bij traditionele aanbieders kan bij ZBC's deels sprake zijn van vervangingsvraag.
39. Vanwege de hoge prevalentie van chronische pijn in de Nederlandse bevolking (één op de vijf Nederlanders), is er kans op een aanzienlijke groei van de poliklinische MSR indien de indicatiecriteria voor MSR niet worden aangescherpt.
40. Het gemiddelde gedeclareerde DBC-bedrag (diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn) ligt bij de ZBC's fors hoger (factor 3 of meer) dan in de reguliere branche. Het is onbekend in hoeverre de patiëntengroepen tussen ZBC's en traditionele instellingen vergelijkbaar zijn.

9. ANTWOORDEN OP DE ONDERZOEKSVRAGEN

In dit hoofdstuk gaan wij in op de door het CVZ geformuleerde drie onderzoeksvragen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

9.1. De onderzoeksvragen

1. Welke zorg wordt door verzekeraars voor welke indicaties ingekocht en betaald onder de noemer medisch specialistische revalidatiezorg (Zvw)?

Verzekeraars kopen alleen zorg in bij door hen geselecteerde aanbieders. Dat geldt voor de revalidatiecentra en de ziekenhuizen, en in een beperkt aantal gevallen voor ZBC's. De gecontracteerde zorg kan klinisch of poliklinisch van aard zijn.

De inkoop vindt in het algemeen stapsgewijs plaats:

- In een overleg wordt de inhoud van de zorg en de nieuwe beleidslijnen van de instelling besproken
- Het plafond (de aanneemsom) voor jaar X wordt vastgesteld. Hierbij wordt gekeken naar de afspraken in voorgaande jaren, de verwachte realisatie in jaar X-1 en input vanuit het inhoudelijk overleg.
- De prijzen van de DOT's worden vastgesteld aan de hand van vergelijkingen met vorige jaren en met andere aanbieders (benchmarking).

Van traditionele aanbieders (revalidatiecentra en ziekenhuizen) wordt in de regel het complete assortiment ingekocht (poliklinische- en klinische revalidatie DBC's). Bij nieuwe aanbieders wordt op basis van de DBC-codes selectief bepaald wat wordt ingekocht. In de regel betreft dat de poliklinische behandeling van chronische pijn en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Binnen het contractueel vastgelegde omzetplafond is substitutie tussen de prestatiecodes door de aanbieder over het algemeen mogelijk. Sommige ZBC's hebben met het merendeel van de zorgverzekeraars een contract. Anderen met geen enkele. Belangrijk argument voor het sluiten van een contract is het feit dat niet-gecontracteerde ZBC's zonder volumerestrictie declaraties kunnen indienen; met contractering worden afspraken gemaakt over het productieplafond. Een ander genoemd argument is in het kader van de marktwerking en concurrentie de 'angst' voor het verlies van verzekerden (met name de collectieve contracten).

De beoordeling van de doelmatigheid van behandelprogramma's door verzekeraars wordt bemoeilijkt door de productstructuur, die niet inzichtelijk maakt hoe intensief wordt gerevalideerd en met welke methodieken, omdat de DBC een combinatie is van intensiteit en duur. Ook kan vanuit de bestaande databases niet collectief worden getoetst of stepped-care is toegepast.

2. Welke zorg wordt door zorgaanbieders bij welke indicaties geleverd en gedeclareerd onder de noemer medisch specialistische revalidatie (Zvw)?

Het in 2001 vastgestelde document Indicatiestelling revalidatiezorg vormt voor alle zorgaanbieders het uitgangspunt. Daarnaast geven alle bezochte instellingen aan te werken volgens de landelijk door de VRA vastgestelde richtlijnen en protocollen. Door het ontbreken van operationele criteria in deze documenten rond de begrippen 'stepped care' en 'complexiteit' was het voor de onderzoekers niet mogelijk op collectief niveau te toetsen in hoeverre de door zorgaanbieders geleverde zorg aan de opgestelde richtlijnen en protocollen voldoet. Dit geldt in het bijzonder voor de sterk in volume toegenomen zorg in de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat.

Traditionele aanbieders

Door de sterke verwevenheid in personele en organisatorische zin van de klassieke revalidatieinstellingen met de MSR in algemene en academische ziekenhuizen, is het niet goed mogelijk vanuit de landelijke database een onderscheid te maken naar plaats van levering; wel wordt een onderscheid gemaakt naar diegene die de DBC declareert. De leden van RN (alle revalidatieinstellingen en een deel van de ziekenhuizen) werken allen met de behandelkaders zoals door de VRA vastgesteld. Tevens worden de daar werkzame revalidatieartsen periodiek door de VRA gevisiteerd.

In de afgelopen tien jaar heeft er een belangrijke volumegroei plaatsgevonden in poliklinische behandeling van volwassen patiënten in de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat. Vanwege veranderingen in de classificatie is het percentage groei niet exact vast te stellen, maar momenteel betreffen deze twee diagnosegroepen meer dan de helft van de poliklinische volwassen patiënten. Deze groei heeft te maken met enerzijds een veranderende maatschappelijke vraag, anderzijds met het groeiende wetenschappelijke inzicht dat revalidatie soms een betere keuze is, dan een medische ingreep op het niveau van een aandoening of stoornis door andere medisch specialisten.

Zelfstandige behandelcentra

De omzet van ZBC's is in de periode 2009-2011 explosief gestegen (meer dan 600%). Het betreft in het bijzonder de groep Poliklinische Revalidatie Behandelingen (tabel 4). Nadere analyse laat zien dat de groei binnen de ZBC's met name de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn betreft (tabel 5); en in het bijzonder de DBC's met een groot aantal behandelingen (de codes 3015 en 3016; bijlage 4).

Tabel 5. Aantallen en bedragen (euro's x1000) van de reguliere zorg poliklinische revalidatiebehandeling in ZBC's (bron IZiZ).

| Diagnosegroep | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|-------------------|--------------|------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal |
| Bewegingsapparaat | 886 | 200 | 4.932 | 1.212 | 10.435 | 1.981 |
| Chronische pijn | 2.947 | 380 | 16.228 | 1.747 | 20.237 | 2.310 |
| Overige diagnoses | 493 | 171 | 314 | 106 | 223 | 78 |
| Totaal | 4.326 | 751 | 21.474 | 3.065 | 30.895 | 4.369 |

Naast de 2 genoemde diagnosegroepen, is er één ZBC gespecialiseerd in 'handrevalidatie' en is er één ZBC dat ook Klinische Revalidatie Behandeling declareert.

3. Wat zijn de kostenontwikkelingen van de medisch specialistische revalidatiezorg sinds 2006?

De verschillende bronnen (CBS, IZiZ, DBC-onderhoud, RN) vertonen geen eenduidig beeld over de kostenontwikkeling. Daarvoor zijn diverse oorzaken aan te wijzen: de invoering van de DBC-systematiek vanaf januari 2009, de onvolledige vulling van de databases rond de gedeclareerde DBC's (Vektis en DIS), de verschuiving van statistieken tussen algemene ziekenhuizen en de revalidatieinstellingen, en de veranderingen in definities van bepaalde aandoeningen.

Uit de door het CBS en Revalidatie Nederland beschikbaar gestelde data is op te maken dat de revalidatiebranche ieder jaar in productie en kosten toeneemt. Deze toename verschilt niet veel met de percentages die in de gehele medisch specialistische zorg gebruikelijk zijn in de afgelopen jaren.

De database van Vektis met gedeclareerde DBC's laat een afname zien in kosten van uitbetaalde DBC's over de jaren 2009-2011. De vraag is in hoeverre deze data iets zeggen over de feitelijke productie, omdat de branchetellingen in dezelfde periode een toename laten zien. Daarenboven is bekend dat voor het jaar 2011 de database nog niet geheel is gevuld. In de zelfde database zien we echter een explosieve groei van uitbetaalde DBC's aan ZBC's van 5 naar 33 miljoen euro (tabel 4). Omdat hier waarschijnlijk ook sprake is van onvolledige vulling, is de werkelijke groei van de ZBC's mogelijk groter. De groei bij de ZBC's komt door een toename van declaraties in de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn. Voor een deel betreft het hier waarschijnlijk door huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts doorverwezen patiënten die door de langere wachttijden bij traditionele instellingen voor een ZBC kiezen.

9.2. Conclusie

Met dit onderzoek is de praktijk van MSR in kwalitatieve en in kwantitatieve zin in kaart gebracht, waarbij de kwantitatieve analyse alleen op hoofdlijnen kon worden uitgevoerd door onvolledige en onvergelykbare data. Daarbij moet vastgesteld worden dat sprake is van ruimte in de regelgeving en

de bekostigingssystematiek die nieuwe aanbieders de mogelijkheid biedt om via revalidatie DBC's hun intensieve vormen van zorg te declareren. De onder de diagnose 'chronische pijn' gedeclareerde DBC's zijn niet altijd te kwalificeren als MSR in de zin van het document Indicatiestelling uit 2001. De door de beroepsgroep opgestelde protocollen en richtlijnen bieden onvoldoende operationele criteria om patiënten te selecteren die voor MSR in aanmerking komen. Hierdoor ontbreekt het zorgverzekeraars aan criteria voor het al dan niet inkopen van deze zorg onder de noemer MSR.

Om te komen tot een betere afgrenzing van de MSR ten aanzien van de diagnosegroepen bewegingsapparaat en chronische pijn is een nadere oriëntatie geboden, waarbij gedacht kan worden aan:

1. Het vergelijken van de nu gangbare praktijk in de revalidatiebranche en ZBC's aan de principes van 'evidence based medicine' en aan de Indicatiestelling revalidatiezorg.
2. Het inventariseren van de behandelmogelijkheden en de gangbare praktijk in de eerstelijns rond deze diagnosegroepen, inclusief de financieringsmogelijkheden.
3. Het concreet definiëren van de criteria met betrekking tot de begrippen 'stepped care' en complexiteit rond de diagnosegroepen 'bewegingsapparaat' en 'chronische pijn' van eerstelijns tot MSR.
4. Het door verzekeraars ontwikkelen van een benchmark rond de diagnosegroepen chronische pijn en bewegingsapparaat; het steekproefsgewijs vergelijken van de instellingen op patiëntniveau ten aanzien van de kenmerken stepped care, complexiteit, geboden zorg en kostprijs.

BIJLAGES

Bijlage 1. Samenstelling begeleidingscommissie

| Organisatie | Naam |
|------------------------|------------------------------|
| CVZ | I. de Groot (Ingrid) |
| | M. van Eijndhoven (Marij) |
| RN | J. Smale (Jeroen) |
| VRA | M. Karssemeijer (Marjan) |
| ZN | G. Salemink (Gerrit) |
| | J. van Kuik (Jasper) |
| VAGZ/Menzis | M. Kop (Monika) |
| Revalidatie instelling | M. van Gestel (Marc) |
| NPCF | P. Schout (Petra) |
| KNGF | A. Visscher (Arjan) |
| Tangram zorgadviseurs | P.B.G.Peerenboom (Peter Bob) |
| | J. Spek (Jan) |

Bijlage 2. *Bezochte instanties en instellingen*

Revant (Breda)
Libra Zorggroep (Eindhoven)
Het Roessingh (Enschede)
Heliomare (Wijk aan Zee)
Rijndam (Rotterdam)
Maartenskliniek (Nijmegen)
Capri (Rotterdam)

Albert Schweitzer Ziekenhuis (Dordrecht)
ErasmusMC (Rotterdam)

Medinello (Amersfoort)
Winnock Zorg(Zeist)
Aratame Health (Heerlen)
Ciran (Venlo)
Belife (Rotterdam)
OCA (Amsterdam)

CZ (Tilburg)
Achmea (Zeist)
DSW (Schiedam)
Menzis (Wageningen)

Revalidatie Nederland
VRA
ZN
NZa

Bijlage 3. Richtlijnen, protocollen en behandelkaders

Door de VRA ontwikkelde en geautoriseerde richtlijnen en protocollen:

- ◆ Richtlijn Diagnostiek en behandeling van kinderen met spastische Cerebrale Parese (2006). *Wordt momenteel herzien.*
- ◆ Richtlijn Complex Regionaal Pijn Syndroom type 1 (2006). *Wordt momenteel herzien.*
- ◆ Richtlijn Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (2007).
- ◆ Richtlijn Oncologische revalidatie (2011).
- ◆ Richtlijn Guillain-Barré syndroom (2011).
- ◆ Protocol PPP-Arm (2011).
- ◆ Richtlijn Amputatie en Prothesiologie onderste extremiteit (2012).
- ◆ Richtlijn Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) en arbeidsparticipatie (2012).
- ◆ Richtlijn Beenorthesen naar maat (2012).

Richtlijn Loopvaardigheid van kinderen en adolescenten met Spina Bifida (2013).

Bestaande behandelkaders:

- ◆ Behandelkader cognitieve revalidatie na niet-aangeboren hersenletsel
- ◆ Behandelkader pijnrevalidatie bestaande uit:
 - kwaliteitseisen pijnrevalidatie
 - kwaliteitseisen klinische pijnrevalidatie
 - kwaliteitsprofiel WPN-niveaus 1, 2, 3 en 4
- ◆ Behandelkader beroerte
- ◆ Behandelkader beenamputatie
- ◆ Behandelkader kinderrevalidatie
- ◆ Behandelkader dwarslaesie
- ◆ Behandelkader neuromusculaire aandoeningen
- ◆ Behandelkader traumatisch hersenletsel bij volwassenen

Daarnaast is een beroepskader opgesteld: "Algemeen Beroepskader Revalidatiegeneeskunde" augustus 2012.

Bijlage 4. *Kwantitatieve gegevens*

Aantallen en bedragen (euros' x 1000) van de declaraties van de ZBC's m.b.t. de diagnosegroep 'bewegingsapparaat' (reguliere zorg PRB; bron IZiZ)

| Diagnosegroep bewegingsapparaat | Traject code | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---|--------------|------------|------------|--------------|--------------|---------------|--------------|
| | | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal |
| Overige aandoeningen bovenste extremiteit | 3015 | | 4 | 376 | 63 | 404 | 72 |
| | 3016 | | 1 | 272 | 30 | 660 | 73 |
| Overige aandoeningen onderste extremiteit | 3015 | 89 | 11 | 153 | 28 | 265 | 42 |
| | 3016 | | 2 | 224 | 25 | 394 | 40 |
| Aandoeningen wervelkolom en romp | 3015 | 118 | 15 | 657 | 107 | 1.137 | 193 |
| | 3016 | | 1 | 683 | 71 | 1.690 | 180 |
| Overige aandoeningen Bewegingsapparaat | 3015 | 164 | 21 | 730 | 99 | 1.903 | 269 |
| | 3016 | 100 | 8 | 737 | 62 | 2.339 | 187 |
| Restant | | 415 | 147 | 1.099 | 727 | 1.642 | 925 |
| Totaal | | 886 | 200 | 4.932 | 1.212 | 10.435 | 1.981 |

Aantallen en bedragen (euros' x 1000) van de declaraties van de ZBC's m.b.t. de diagnosegroep 'chronische pijn' (reguliere zorg PRB; bron IZiZ)

| Diagnosegroep Chronische pijn | Traject code | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|-------------------------------|--------------|--------------|------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal |
| WPN 3 | 3015 | 81 | 11 | 375 | 52 | 1.576 | 213 |
| | 3016 | 0 | 3 | 106 | 9 | 1.578 | 112 |
| WPN 4 | 3015 | 195 | 26 | 1.331 | 173 | 1.879 | 246 |
| | 3016 | 401 | 34 | 2.905 | 227 | 4.416 | 335 |
| Overige pijn | 3015 | 611 | 78 | 1.525 | 204 | 2.193 | 302 |
| | 3016 | 447 | 34 | 1.858 | 141 | 2.318 | 182 |
| Psychische stoornissen | 3015 | 439 | 58 | 2.825 | 390 | 1.747 | 269 |
| | 3016 | 481 | 38 | 5.032 | 452 | 2.886 | 314 |
| Restant | | 290 | 98 | 272 | 99 | 1.645 | 337 |
| Totaal | | 2.947 | 380 | 16.228 | 1.747 | 20.237 | 2.310 |

Bedragen (euro's x 1000) en aantallen gedeclareerde eerste DBC (reguliere PRB's) per categorie instelling voor de diagnosegroep 'bewegingsapparaat' (bron: IZiZ).

| Categorie instelling | 2009 | | 2010 | | 2011 | | Bedrag per DBC |
|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | |
| Ziekenhuizen en rev.instellingen | 33.290 | 20.338 | 27.277 | 17.010 | 21.754 | 15.403 | €1.412 |
| ZBC's | 886 | 200 | 4.932 | 1.212 | 10.434 | 1.981 | €5.267 |
| Totaal | 34.176 | 20.538 | 32.209 | 18.222 | 32.188 | 17.384 | |

Bedragen (euro's x 1000) en aantallen gedeclareerde reguliere PRB's per categorie instelling voor de diagnosegroep 'chronische pijn' (bron: IZiZ).

| Categorie instelling | 2009 | | 2010 | | 2011 | | Bedrag per DBC |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | Bedrag | Aantal | |
| Ziekenhuizen en rev. instellingen | 38.677 | 12.884 | 33.375 | 10.637 | 25.279 | 8.700 | €2.905 |
| ZBC's | 2.946 | 380 | 16.228 | 1.747 | 20.237 | 2.310 | €8.760 |
| Totaal | 41.623 | 13.264 | 49.603 | 12.384 | 45.516 | 11.010 | |

Bijlage 5. *Andere vormen van revalidatie*

Hartrevalidatie

In de complexe hartrevalidatie hebben revalidatieartsen hun rol. Bij meervoudige hartrevalidatie (die ook plaatsvindt in de revalidatiecentra) betreft het de cardiologen en de NVVC. Hiervoor is reeds aparte tarifiering geregeld. Momenteel loopt een traject met DBC-O en de NZa.

Hartrevalidatie is de zorg die in het vervolg van een acute behandeling wordt aangeboden aan patiënten die een cardiaal incident doormaakten. De Amerikaanse Public Health Services hanteert een uitgebreide definitie voor hartrevalidatie, die tevens de definitie van de World Health Organization (WHO) omvat:

Hartrevalidatie bestaat uit samenhangende lange-termijn-programma's, omvattende medische evaluatie, voorgeschreven oefeningen, beïnvloeding van cardiale risicofactoren, geven van psychische counseling, voorlichting en advies; deze programma's zijn ontworpen om de fysiologische en psychische gevolgen van de cardiale aandoening te beperken, het risico van plotselinge dood of nieuwe infarcten te verminderen, cardiale symptomen onder controle te houden, atherosclerotische processen te verminderen of tenminste te stabiliseren en ten slotte het psychosociale welbevinden en de deelname aan het arbeidsproces te bevorderen; de voorzieningen beginnen tijdens de opname in het ziekenhuis, ze worden gevolgd door een programma tijdens de poliklinische fase in de daaropvolgende 3 tot 6 maanden, daarna volgt een stadium van levenslang onderhoud waarin fysieke training en vermindering van risicofactoren worden bewerkstelligd in een situatie zonder of met minimale supervisie.

In de door de Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie / Nederlandse Hartstichting opgestelde multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie (2011) onderscheidt men drie fasen:

Fase I of klinische fase

Deze begint direct na een acuut cardiaal incident zoals een myocardinfarct, een eerste manifestatie van angina pectoris of hartfalen, en/of een acute opname in een ziekenhuis vanwege een andere cardiologische aandoening. In deze fase verwijst de behandelend cardioloog de patiënt door naar hartrevalidatie.

Fase II of revalidatiefase

Deze fase sluit aan op de klinische fase, en begint na ontslag uit het ziekenhuis. Omdat het verblijf in het ziekenhuis na een cardiovasculaire gebeurtenis steeds korter duurt, stijgt het belang van een goede opvang in deze tweede fase; het merendeel van de adviezen in deze revalidatierichtlijn is op deze fase van toepassing. Onderdelen van fase II zijn het verzamelen van gegevens voor de indicatiestelling (waarin de patiënt op risico's gescreend wordt), het vaststellen van de doelen van de hartrevalidatie (indicatiestelling), en het aanbieden van een of meer interventies (groepsinterventies en individuele behandeling). Fase II wordt afgesloten met een evaluatie. Hartrevalidatie wordt altijd aangeboden onder eindverantwoordelijkheid van een cardioloog.

Fase 3 of postrevalidatiefase

Deze fase, ook wel nazorg genoemd, sluit aan op de revalidatiefase. De aandacht is in deze fase vooral gericht op overdracht naar de huisarts (mogelijk via de behandelend cardioloog), het behoud van de in fase II ingezette leefstijlveranderingen, bescheiden follow-up van psychische symptomen en indien nodig behandeling van psychische symptomen die langere tijd na het incident optreden.

Longrevalidatie

Longrevalidatie biedt de mogelijkheid beter met het chronisch longfalen om te gaan. De gevolgen van een chronische ziekte kunnen het dagelijks leven negatief beïnvloeden; door het volgen van een revalidatieprogramma is dit te beperken. Wanneer dit lukt, verbetert in veel gevallen de kwaliteit van leven. Globaal is het doel dat mensen zich beter gaan voelen, meer uithoudingsvermogen krijgen, een hogere kwaliteit van leven bereiken en men beter zijn grenzen kan stellen. Naast het verbeteren van het lichamelijk functioneren, wordt veel aandacht besteed aan het krijgen van inzicht in klachten en beperkingen. Dit heeft als doel beter met de aandoening om te leren gaan om zodoende het dagelijks leven weer op te kunnen pakken.

Longrevalidatie wordt poliklinisch in algemene ziekenhuizen en een aantal revalidatieinstellingen en klinisch (in vijf centra) aangeboden. In de regel is de longarts de medische hoofdbehandelaar. De Vereniging van Astmacentra Nederland (VAN) is hiervoor de betreffende brancheorganisatie. De vijf centra hebben voor deze zorg een aparte erkenning en financiering.

Oncologische revalidatie

Oncologische revalidatie omvat zorg die gericht is op de functionele, fysieke, psychische en sociale problemen verbonden met kanker, inclusief nazorg en revalidatie. Het gaat daarbij om advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte, herstel, conditieverbetering en in stand houden van de conditie. Het CVZ stelt in een standpunt uit 2008 dat oncologische revalidatie onderdeel is van oncologische zorg en daarmee van geneeskundige zorg. Het is zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Oncologische revalidatie is daarmee aan te merken als te verzekeren zorg in de zin van de Zvw.

Het CVZ is voorts van oordeel dat oncologische revalidatieprogramma's als Herstel en Balans niet zijn aan te merken als te verzekeren zorg. Er is nog onvoldoende bewijs voor de werkzaamheid en effectiviteit van programma's die een fysiek deel combineren met een psychosociaal deel en zich beperken tot één bepaalde fase van kanker.

De richtlijn 'Oncologische Revalidatie' (2011) is gericht op het bereiken van optimale revalidatie, tijdig en op maat voor patiënten met kanker. De richtlijn beschrijft:

- prevalentie van klachten;
- signalering van klachten en verwijzing;
- het intakeproces voorafgaand aan oncologische revalidatie;
- interventies binnen oncologische revalidatie;
- meetinstrumenten voor effectevaluatie;
- empowerment van de patiënt.

In de richtlijn wordt specifiek gewezen op de rol van de revalidatiegeneeskunde, indien sprake is van complexe problematiek (p. 29).

Bijlage 6. *Semi-gestructureerde vragenlijst*

Algemeen

- ◆ Historie van het instituut: jaar van oprichting, groei
- ◆ Juridische structuur
- ◆ Samenwerkingspartners

Revalidatieaanbod

- ◆ Type behandelingen
- ◆ Klinisch/poliklinisch

Instream

- ◆ Wie zijn de verwijzers (Tabel met percentages huisartsen, med.spec., bedrijfsartsen, e.d.)?
- ◆ Hoe wordt geregistreerd of de stepped care systematiek is gevolgd? Wat zijn daarvan de uitkomsten?
- ◆ Gebruikte instrumenten voor de indicatiestelling?
- ◆ Classificatie naar ernst van patiënten binnen een diagnosegroep: b.v. pijn

Revalidatieteam

- ◆ Hoeveelheid professionals (formatie / fte's) naar discipline? Hoeveel revalidatieartsen in dienst?
- ◆ Welke disciplines registreren uren voor de DBC's?
- ◆ Al dan niet dienstverband van het personeel, cq vrijgevestigde medisch specialisten.
- ◆ Aan welk type opleiding van professionals levert de instelling een bijdrage?
- ◆ Hoe is de behandeling georganiseerd (teamoverleg, e.d.)?
- ◆ Is er altijd sprake van 'face to face' contact van de revalidatiearts? Zo ja, bij welke momenten en/of in welke frequentie?

Productie

- ◆ Diagnoses (2 cijferige groepen) en aantallen RBU's per diagnose, uitgesplitst naar klinisch en poliklinisch cq. consult.
- ◆ Productie over 2010, 2011 en 2012

Financiën

- ◆ Welke tarieven zijn met de verzekeraars overeengekomen voor de DBC's?
- ◆ Met welke verzekeraars worden productieafspraken gemaakt?
- ◆ Welke onderdelen worden via revalidatie DBC's afgerekend, en wat eventueel onder een andere titel?
- ◆ Wat is de omzet van de instelling in euro's en welk percentage betreft daarin de medisch specialistische revalidatie?

Kwaliteit

- ◆ Wat is de evidence van de geboden behandelingen?
- ◆ Is de praktijk gevisiteerd door de VRA en is de uitslag daarvan bevredigend?
- ◆ Mening over het hanteren van revalidatie-DBC's voor arbeidsrevalidatie? Hoe werkt dat in de praktijk? Hoe worden kostenstructuren transparant gemaakt naar cliënt en zorgverzekeraar cq. arbeidsongeschiktheidsverzekering?
- ◆ Hoe wordt inzichtelijk gemaakt dat de cliënten voldoen aan de criteria zoals neergelegd in het algemene beroepskader t.a.v. meervoudige problematiek en/of complexiteit van doelstellingen behandeling, leer- en trainbaarheid, te bereiken mate van zelfstandigheid, eigen woonsituatie?
- ◆ Voldoet de instelling aan de criteria zoals neergelegd in het algemeen beroepskader?
- ◆ Voldoet het behandelteam aan de criteria zoals neergelegd in het algemeen beroepskader?
- ◆ In hoeverre beantwoordt de caseload voor de revalidatiearts aan de normen die daarvoor zijn geformuleerd in het algemeen beroepskader?