Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Zorgverzekeringen
Mw. mr. K.T. Lammertsma
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
Zorg
Eerstelijnszorg

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
drs. C.G. Mastenbroek
T +31 (0)6 208677 88

2021044685

Onze referentie
2021044685

Datum 23 november 2021
Betreft Geriatrische revalidatiezorg/art. 2.5c Besluit zorgverzekering

Geachte mevrouw Lammertsma,

Met uw brief van 25 februari 2021 verzocht u ons een advies uit te brengen over de toegang tot geriatrische revalidatiezorg. Hierbij bieden wij u ons advies van 23 november 2021 aan. Wij beantwoorden in dit advies de door u gestelde vragen.

Het Zorginstituut concludeert dat een formele regeling van de geriatrische revalidatiezorg binnen het Besluit zorgverzekering niet nodig is om gepast geriatrische revalidatiezorg te leveren aan de individuele verzekerde onder de Zorgverzekeringswet. Omdat artikel 2.5c Besluit zorgverzekering in de praktijk wenselijke zorginhoudelijke ontwikkeling belemmert, stelt het Zorginstituut voor het artikel buiten werking te stellen.
Ook besteden we in het advies aandacht aan positionering van deze zorg ten opzichte van andere zorgvormen en de eerstelijnszorg en verduidelijken de verschillen. Met het elimineren van artikel 2.5c Bzv wijzigt de toegang van deze zorg voor Wlz geïndiceerden. Het is van belang de zorg uit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg duidelijk van elkaar af te bakenen. Hiervoor doen wij enkele aanbevelingen.

We blijven graag betrokken bij (de voorbereiding van) uw besluitvorming en zijn gaarne bereid om daarna eventuele vervolgvragen te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

Theo Hiemstra
Hoofd Afdeling Zorg

Zorginstituut Nederland

Geriatrische revalidatiezorg in de Zvw

Artikel 2.5c Bzv: 'to be or not to be'?

Datum 23 november 2021
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2021044654
Afdeling	Zorg
Team	Eerstelijnszorg
Uitgebracht aan	De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

	Samenvatting	**4**
	Inleiding	**6**
1	**Geriatrische revalidatiezorg formeel geregeld**	**8**
1.1	**Hoe is geriatrische revalidatiezorg geregeld in het Bzv?**	**8**
1.2	**Achtergrond van artikel 2.5c Bzv**	**9**
1.3	**De verschillende onderdelen van artikel 2.5c Bzv**	**10**
1.3.1	… de zorg sluit binnen een week aan op verblijf in verband met medisch-specialistische zorg	10
1.3.2	Zorg zoals specialisten ouderen geneeskunde die plegen te bieden	11
1.3.3	… De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf …	12
1.3.4	De zorginhoudelijke componenten van artikel 2.5c Bzv	12
1.3.5	Paramedische zorg als onderdeel van de GRZ	12
1.4	**Samenvattend**	**13**
2	**Geriatrische revalidatiezorg regelen in het Bzv?**	**14**
2.1	**Inleiding**	**14**
2.2	**Zorginhoudelijke beschrijving van de GRZ**	**14**
2.3	**Zorginhoudelijke beschrijving door de beroepsgroep**	**14**
2.3.1	Behandelkaders Geriatrische Revalidatie	15
2.3.2	Handreiking Geriatrisch Assessment door de Specialist Ouderengeneeskunde	15
2.3.3	Een indicatie voor GRZ	15
2.3.4	Toegang en zorgpad	16
2.3.5	Setting: intramuraal of ambulant	16
2.3.6	Onderzoekagenda	16
2.3.7	Indicatoren	16
2.4	**Conclusie**	**16**
3	**Direct ambulante GRZ en afbakeningen naar andere zorg**	**18**
3.1	**Inleiding**	**18**
3.2	**Direct ambulante GRZ**	**18**
3.3	**Afbakening GRZ en eenvoudige(r) herstelzorg**	**19**
3.4	**Afbakening GRZ en ELV**	**20**
3.5	**Afbakening GRZ en GZSP**	**20**

4 Paramedische zorg binnen de GRZ 22

5 GRZ en herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP VV9b) 23

5.1 Inleiding 23

5.2 Toegang tot de GRZ voor verzekerden met een Wlz-indicatie 23
5.2.1 Een heldere afbakening tussen Zvw en Wlz 23
5.2.2 Uitzicht op een Wlz-indicatie 23

5.3 Inhoudelijke vergelijking zorgzwaartepakket VV9b en GRZ 24

6 Reacties uit de consultatie 25

6.1 Geconsulteerde partijen 25

6.2 Hoofdlijnen van de reacties 25

6.3 Reactie op de strekking van het advies 25

6.4 Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden 25

6.5 Afbakeningen zonder de steun van artikel 2.5c Bzv 26

6.6 Verzekerde mag er qua zorg en vergoeding niet op achteruit gaan 26

6.7 GRZ en VV9b (Wlz) 27

7 Conclusie 29

Samenvatting

Op 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) vanuit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Deze overheveling is in de regelgeving gemarkeerd door in het Besluit zorgverzekering (Bzv) artikel 2.5c op te nemen. In deze bepaling wordt de geriatrisch revalidatiezorg inhoudelijk omschreven. Daarnaast somt de bepaling een aantal voorwaarden op waaraan zorg moet voldoen om als GRZ gekwalificeerd te kunnen worden, zoals voorafgaande intramurale medisch-specialistische zorg. Ook moet GRZ altijd intramuraal beginnen volgens artikel 2.5c Bzv.

Het Zorginstituut concludeert dat een formele regeling van de GRZ binnen het Bzv niet nodig is om gepast GRZ te leveren aan de individuele verzekerde onder de Zvw. Omdat artikel 2.5c Bzv in de praktijk wenselijke zorginhoudelijke ontwikkeling belemmert, stelt het Zorginstituut voor het artikel buiten werking te stellen.

De specialist ouderengeneeskunde is de regiebehandelaar binnen de GRZ. Deze arts heeft sinds 1 januari 2020 een vaste plek verworven binnen de Zvw nadat de AWBZ buiten werking is getreden. De beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde heeft de afgelopen jaren zorgmodules, zorgpaden en triage-instrumenten voor de GRZ (verder) ontwikkeld. In de praktijk gaat artikel 2.5c Bzv de zorginhoudelijke ontwikkelingen nu meer en meer belemmeren en frustreren. Specialisten ouderengeneeskunde zouden bijvoorbeeld GRZ ook volledig ambulant vanuit de thuissituatie willen kunnen indiceren en geven. Daarnaast zouden hybride vormen van deze zorg in individuele gevallen passend kunnen zijn (in het begin intramuraal, daarna ambulant). Artikel 2.5c Bzv belemmert dit. Deze signalen uit de praktijk waren voor het Zorginstituut aanleiding om te onderzoeken of en, zo ja, hoe we de GRZ idealiter zouden willen regelen binnen de Zvw en wat dit zou betekenen voor artikel 2.5c Bzv.

In dit rapport geven we een overzicht van de discussies die de formele regeling van de GRZ nu oplevert. Vervolgens onderzoeken we of de documenten van de beroepsgroep voldoende zijn als zorginhoudelijke beschrijving van de geriatrische revalidatiezorg en als instrument om te bepalen op welke zorg de individuele verzekerde 'redelijkerwijs is aangewezen'. Dat is immers de voorwaarde die we stellen binnen de regelgeving van de Zvw. Het Zorginstituut concludeert dat de ontwikkelde richtlijnen, triage-instrumenten, indicatieprotocollen, zorgmodules en -paden hiervoor een voldoende basis vormen en dat artikel 2.5c Bzv op dit punt geen toegevoegde waarde heeft.

Geriatrische revalidatiezorg is evenals de medisch-specialistische revalidatiezorg een geïntegreerde multidisciplinaire zorgvorm. Paramedische zorg maakt hiervan vaak deel uit. De vergoedingsmaxima en –beperkingen uit artikel 2.6 Bzv gelden niet voor de paramedische zorg als onderdeel van de medisch-specialistische revalidatiezorg (zoals het maximale aantal behandeluren per kalenderjaar voor de diëtetiek en het niet vergoeden van de eerste 20 zittingen fysio- en oefentherapie). Omdat het ook bij GRZ om revalidatiezorg gaat, gelden deze beperkingen evenmin voor de GRZ. Voor de (volledige) vergoeding van geriatrische revalidatiezorg is artikel 2.5c Bzv dus evenmin nodig.

Voor zorgverzekeraars is het belangrijk dat GRZ in de praktijk goed onderscheiden kan worden van andere vormen van zorg zoals eenvoudige(r) herstelzorg, het eerstelijnsverblijf en de zorg voor specifieke patiëntengroepen. In het rapport

sommen we een aantal kenmerken van de GRZ op die dit onderscheid in de praktijk duidelijk maken.

Artikel 2.5c Bzv omvat ook een onderdeel op grond waarvan een bepaalde groep Wlz-cliënten in het voorkomende geval GRZ krijgt onder de Zvw. Als artikel 2.5c Bzv buiten werking treedt, dan vervalt deze basis. Het Zorginstituut concludeert dat dit past in een systeem waarbinnen domeingrenzen helder getrokken worden. Een Wlz-cliënt die aangewezen is op geriatrische revalidatiezorg zou die dan ook adequaat onder de Wlz moeten kunnen krijgen.

Inleiding

Op 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) opgenomen in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vóór die datum viel deze zorg onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) onder de noemer somatische revalidatiezorg. In 2013 werd in het Besluit zorgverzekering (Bzv) een aparte bepaling opgenomen als basis voor de geriatrische revalidatiezorg, namelijk artikel 2.5c. [1] Deze bepaling werkt de zorg gedetailleerd uit. Deze detaillering had verschillende redenen. Ten eerste is de specialist ouderengeneeskunde de verantwoordelijke behandelaar bij de GRZ en deze arts viel in 2013 nog niet onder de Zvw. Er moest dus een wettelijke basis gecreëerd worden voor zijn inzet onder de Zvw. Ten tweede wilden zorgverzekeraars handvatten hebben om de groep patiënten die voor deze zorg in aanmerking kwam in omvang te beheersen. Ten derde stelde de regelgever met deze bepaling buiten twijfel dat deze zorg vanaf 1 januari 2013 onder de Zvw viel en niet meer onder de AWBZ.

In de tussentijd is er het nodige veranderd binnen de verschillende verzekeringsdomeinen. De AWBZ is vervallen per 1 januari 2015 nadat verschillende zorgonderdelen vanuit die wet successievelijk waren ondergebracht in de Zvw, zoals verpleging en verzorging in de eigen omgeving, de zorg van specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten en de zogenaamde extramurale behandeling. [2] Kortdurend verblijf zoals onder de AWBZ mogelijk was, heeft sinds 2016 vorm gekregen binnen de Zvw onder de noemer eerstelijnsverblijf. Nu de specialist ouderengeneeskunde als behandelaar volledig een plek heeft onder de Zvw (per 1 januari 2020), heeft artikel 2.5c Bzv uit dat oogpunt geen toegevoegde waarde meer.

Daarnaast heeft de geriatrische revalidatiezorg zich zorginhoudelijk verder ontwikkeld bijvoorbeeld via het opstellen van triage-instrumenten en behandelkaders. De formele detaillering die in 2013 nodig werd geacht, begint dan ook steeds meer te knellen en frustreert mogelijkheden om volgende stappen in deze ontwikkeling te kunnen zetten. In de praktijk is het bijvoorbeeld wenselijk dat de GRZ ook vanuit de thuissituatie kan beginnen en volledig ambulant geboden wordt of dat een gemixte behandeling wordt aangeboden (initieel GRZ met verblijf, aansluitend ambulant). Artikel 2.5c Bzv staat deze ontwikkelingen in de weg die juist goed aansluiten bij het gedachtegoed van passende zorg, zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Dit staat nog los van de onwenselijke situaties die voortkomen uit artikel 2.5c Bzv, bijvoorbeeld de omslachtige verwijsprocedure waarbij verzekerden onnodig ingestuurd worden bij de spoedeisende eerste hulp, om zo toegang tot de GRZ te kunnen verkrijgen. Zowel voor de patiënt als voor de 'gepastheid' van de zorg moeten we dergelijke situaties voorkomen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Zorginstituut verzocht te adviseren over 'de toegang tot de GRZ, de afbakening met aanpalende zorgvormen en de aanspraken conform Bzv.' [3] Op basis van dit advies kan de minister al of niet besluiten om artikel 2.5c Bzv te laten vervallen. In het advies moeten in ieder geval de volgende punten aan de orde komen, aldus de minister:

[1] Zie hoofdstuk 2 voor de tekst van deze bepaling.

[2] De extramurale behandeling wordt vaak aangeduid met de omschrijving GZSP: geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen, naar de titel van de desbetreffende Wmg-beleidsregel. Uit oogpunt van de Zvw-terminologie is deze omschrijving niet helemaal juist, maar nu eenmaal ingeburgerd.

[3] Brief van het ministerie van VWS, d.d. 25 februari 2021, kenmerk 1833135 – 218857 – Z 9 (bijlage 1).

- Wordt de zorginhoud vallend onder aanspraak 2.5c Bzv gedekt door aanspraak 2.10 (in combinatie met 2.4)? Wanneer niet, wat is er nodig om de zorginhoud wel volledig in de Zorgverzekeringswet te houden?
- Zijn er (zorginhoudelijke) voorwaarden verbonden aan het kunnen laten vervallen van aanspraak 2.5c Bzv? Hierbij verzoeken we u ook in te gaan op de zorginhoudelijke en formele afbakening met zorgvormen als ELV, GZSP en ambulante behandeling vanuit de eerste lijn.
- De toegang tot de GRZ voor Wlz-geïndiceerden / mensen die zich kunnen kwalificeren voor de Wlz en afbakening met het Wlz-zorgprofiel 'VV 9b – Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging'.

In de komende hoofdstukken zullen we deze vragen beantwoorden. We beschrijven en bespreken in hoofdstuk 1 de huidige regeling van de GRZ binnen het Bzv. In hoofdstuk 2 gaan we na of er nog een formele regeling voor de GRZ in het Besluit zorgverzekering nodig is. In hoofdstuk 3 gaan we in op de afbakening met aanpalende zorgvormen zoals eenvoudig(r) herstelzorg (ambulante behandeling in de eerste lijn), het eerstelijnsverblijf (ELV) en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen (GZSP). In hoofdstuk 4 adresseren we de vergoeding voor paramedische zorg als artikel 2.5c Bzv zou vervallen. In hoofdstuk 5 beschrijven we de toegang tot de GRZ onder de Zvw voor verzekerden met een Wlz-indicatie en wat een wijziging van artikel 2.5c Bzv zou betekenen voor mensen die zich kunnen kwalificeren voor de Wlz. In hoofdstuk 6 vatten we de reacties uit de consultatie samen. In het laatste hoofdstuk vatten we de conclusies samen en sommen we een aantal aandachtspunten voor de verdere ontwikkeling van de GRZ op.

1 Geriatrische revalidatiezorg formeel geregeld

1.1 Hoe is geriatrische revalidatiezorg geregeld in het Bzv?

De geriatrische revalidatiezorg is omschreven in artikel 2.5c van Besluit zorgverzekering. Dit artikel luidt als volgt:
Lid 1
Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

Lid 2
De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
a.
de zorg binnen een week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling, en

b.
de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12.

Lid 3
Het tweede lid, onderdeel a, is niet van toepassing indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en waar sprake is van voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening.

Lid 1 geeft de inhoudelijke omschrijving van de geriatrische revalidatiezorg en de leden 2 en 3 formuleren een aantal expliciete voorwaarden voor de vergoeding van deze zorg onder de Zvw. Aan deze omschrijving kunnen een aantal voorwaarden voor GRZ onder de Zvw ontleend worden. Samengevat gelden de volgende voorwaarden:

1. het gaat om integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden …
2. in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid …
3. gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen …
4. dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is;
5. de zorg sluit binnen een week aan op verblijf in verband met medisch-specialistische zorg;
6. deze voorwaarde (de voorwaarde genoemd onder 5.) is niet van toepassing als er sprake is van een acute aandoening die leidt tot acute mobiliteitsstoornissen of afname van zelfredzaamheid mits een medisch-specialist deze aandoening in eerste instantie heeft behandeld;
7. in de eerste fase van de zorg is verblijf medisch noodzakelijk;
8. tenslotte kan uit lid 2a afgeleid worden in welke gevallen verzekerden met een

Wlz-indicatie geriatrische revalidatiezorg onder de Zvw krijgen, namelijk:
- in geval van verblijf waarbij geen behandeling wordt geboden of
- bij Wlz-zorg thuis in de vorm van volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of met een persoonsgebonden budget (pgb) of een combinatie van mpt met pgb.

1.2 Achtergrond van artikel 2.5c Bzv

Een werkgroep van specialisten ouderengeneeskunde omschreef in 2009 geriatrische revalidatiezorg als volgt:

> Geïntegreerde multidisciplinaire zorg die is gericht op verwacht herstel van functioneren en participeren bij laag-belastbare ouderen (frail elderly) na een acute aandoening of functionele achteruitgang.

Uit deze omschrijving van de geriatrische revalidatiezorg kunnen we de bovengenoemde voorwaarden niet afleiden. Op zich was het echter wel begrijpelijk dat in 2013 de regelgever de zorgverzekeraars enige handvatten wilde geven om de zorg te beheersen. In de Zvw is er immers geen centraal indicatieorgaan zoals destijds binnen de AWBZ en men vreesde dat in de praktijk indicatievereisten zouden verwateren. Hierdoor zou bijvoorbeeld ook onder de noemer van GRZ 'eenvoudiger' herstelzorg voor ouderen vergoed kunnen gaan worden. Daarnaast was het nodig om een formele basis te creëren voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde onder de Zvw. Deze behandelaar was toentertijd louter actief binnen de zorg onder de AWBZ.[4] Voor de detaillering van artikel 2.5c Bzv zijn dus wel wat argumenten aan te voeren, gedacht uit de praktijk van 2013. De tijd heeft echter niet stilgestaan. Er zijn zorginhoudelijke ontwikkelingen geweest die hun weerslag hebben gevonden in inzichten en documenten van de betrokken beroepsgroepen: specialisten ouderen-geneeskunde en klinisch geriaters/internisten ouderengeneeskunde. De Zvw heeft sinds 2013 meer zorg vanuit de AWBZ geïncorporeerd zoals de verpleging in de eigen omgeving. Ook heeft kortdurend verblijf zoals het ELV steeds meer voet aan de grond gekregen binnen dit domein. De zorg voor ouderen krijgt meer en meer aandacht vanuit de zorgverzekeraars. Dit betekent dat het gerechtvaardigd is om te kijken of artikel 2.5c Bzv nog een adequate verwoording is van de geriatrische revalidatiezorg in zorginhoudelijke zin. Daarnaast zijn er formele kanttekeningen te maken bij dit artikel, bijvoorbeeld bij het onderdeel 'zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden'. (In paragraaf 1.3.2 gaan we hier verder op in.) Ook overlapt het artikel met andere prestaties binnen het Bzv. Tenslotte frustreert het artikel de zorginhoudelijke ontwikkelingen rond deze zorg, bijvoorbeeld de introductie van directe ambulante GRZ die vanuit de thuissituatie geïndiceerd wordt, hybride vormen van GRZ (aan het begin intramuraal, vervolgens ambulante) en flexibele uitwisseling tussen ELV en GRZ als dat zorginhoudelijk nodig is.

In de volgende paragrafen nemen we een aantal componenten van deze bepaling onder de loep en geven we aan welke veranderingen en nuanceringen er door de tijd heen al hebben plaatsgevonden, vooral zorginhoudelijk gedreven. Vervolgens gaan we in op het artikel in formele zin en de doublures met andere bepalingen binnen het Bzv.

[4] De duiding van het Zorginstituut dat de zorg van de specialist ouderengeneeskunde (en arts verstandelijk gehandicapten) te vatten valt onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' kwam pas in 2016 in het rapport *De extramurale behandeling ontleed*.

1.3 De verschillende onderdelen van artikel 2.5c Bzv

1.3.1 … de zorg sluit binnen een week aan op verblijf in verband met medisch-specialistische zorg

1.3.1.1 … Voorafgaand ziekenhuisverblijf

In de loop der jaren zijn de voorwaarden op verschillende punten aangepast, om ze meer op de praktijk te laten aansluiten. Het derde lid van artikel 2.5c Bzv is bijvoorbeeld het gevolg van een zorginhoudelijke analyse door de betrokken beroepsgroepen over een verbeterde toegang tot de GRZ. [5] In deze analyse was men nagegaan voor welke patiëntengroepen een voorafgaand ziekenhuisverblijf een overbodige voorwaarde was. In de praktijk bleek namelijk dat mensen, onnodig en belastend, naar het ziekenhuis gebracht werden, om formeel aan deze voorwaarde te kunnen voldoen. Deze analyse leidde tot het advies van het Zorginstituut om de voorwaarde van voorafgaand ziekenhuisverblijf te laten vallen voor patiënten bij wie sprake is van een acuut opgetreden aandoening, die, evenzo acuut, leidt tot stoornissen in de mobiliteit en/of achteruitgang in de zelfredzaamheid. Het Zorginstituut formuleerde dit advies in zijn rapport *Geriatrische revalidatiezorg, advies over verbetering van de toegang* (2014). [6] De indicatie zou in dit geval gesteld moeten worden via een geriatrisch assessment door klinisch geriater en/of internist ouderengeneeskunde
tijdens diens behandeling op de eerste hulp of via een spoedconsult op een geriatrische polikliniek. Ten tijde van het opstellen van dit advies leek het nog een brug te ver om ook een indicatiestelling vanuit de eerste lijn mogelijk te maken, zelfs als een specialist ouderengeneeskunde dit zou doen. In de tussentijd heeft de specialist ouderengeneeskunde echter een plek gekregen binnen de zorg onder de Zvw. In 2020 is deze behandelaar, in termen van de regelgeving, met zijn volledige professionele arsenaal onder de Zvw gaan vallen. Het Zorginstituut heeft dan ook geconcludeerd dat vanuit het oogpunt van de Zvw er geen belemmering meer is, om de indicatiestelling in deze gevallen ook door een specialist ouderengeneeskunde mogelijk te maken. In een standpunt van 2020 heeft het Zorginstituut hieraan toegevoegd dat de betrokken beroepsgroepen zorginhoudelijke afspraken kunnen maken over de situaties waarin het wenselijk zou zijn dat een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde betrokken wordt bij het assessment.[7] In december 2020 heeft Verenso de zorgpaden T*oegang geriatrische revalidatiezorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis* gepubliceerd waarin zij uiteenzet hoe diagnostiek, triage en de samenwerking eerste en tweede lijn eruit ziet vanuit de thuissituatie, ELV of SEH. Het standpunt van het Zorginstituut is hierin zorginhoudelijk verwerkt. [8]

1.3.1.2 … Binnen een week … : de spijtoptantenregeling

De aanpassing die we in de vorige paragraaf beschreven, richtte zich op de voorwaarde van het voorafgaande ziekenhuisverblijf. Het andere element van deze voorwaarde is de tijdspanne waarbinnen GRZ moet aansluiten op het voorgaande ziekenhuisverblijf. In de praktijk komt het voor dat een verzekerde die is

[5] Vereniging voor Klinisch Geriaters (NVKG); Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde (Verenso); Nederlands Huisartsengenootschap (NHG); Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)

[6] Geriatrische revalidatiezorg, advies over verbetering van de toegang | Advies | Zorginstituut Nederland

[7] Dit standpunt is verwerkt in een memo van de NZa over de bekostiging van het geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde van 7 april 2020.

[8] 201203_Leidraad_GRZ-toegang-versie-1-1_DEF.pdf (Verenso, december 2020)

geïndiceerd voor GRZ om persoonlijke redenen ervan afziet deze indicatie te 'verzilveren'. Ook komt het voor dat men dan binnen enkele dagen alsnog voor GRZ in aanmerking wil komen. Het omgekeerde is ook mogelijk, namelijk dat in eerste instantie geen indicatie voor GRZ is afgegeven terwijl dat later toch terecht of mogelijk blijkt, bijvoorbeeld als indicerend arts het herstel thuis te rooskleurig had ingeschat en dat dit niet van de grond komt of dat juist de trainbaarheid toegenomen blijkt. Kortom, allerlei legitieme redenen waarom teruggekomen wordt op het eerdere oordeel of besluit. In 2014 heeft het Zorginstituut geadviseerd hiervoor geen wettelijke 'spijtoptantenregeling' op te nemen, met bijvoorbeeld een bepaalde termijn waarbinnen de verzekerde zijn wens kenbaar moet maken. 'Een termijn opnemen in de wet geeft aanleiding tot grensdiscussies en werkt verstarrend', aldus het Zorginstituut in zijn advies. Het leek het Zorginstituut praktischer, om aan te sluiten bij de bestaande uitvoeringspraktijk, namelijk overleg tussen de medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de klinisch geriater in deze gevallen.

1.3.2 *Zorg zoals specialisten ouderen geneeskunde die plegen te bieden*

Zoals we hiervoor al aangaven moest er in 2013 een formele plek voor de specialist ouderengeneeskunde binnen de Zvw gecreëerd worden. Die basis zien we terug in de zinsnede 'zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden' in artikel 2.5c Bzv. Hier stuiten we op een regeltechnisch probleem. Dit probleem heeft geen zorginhoudelijke gevolgen en het raakt evenmin de vergoeding van de GRZ. Het is wel een lastig punt voor de consistentie binnen de regelgeving en de uitleg die het Zorginstituut hieraan moet geven. In 2016 heeft het Zorginstituut namelijk de zorg van de specialist ouderengeneeskunde geduid en geconcludeerd dat deze arts generalistische geneeskundige zorg levert net zoals de huisarts.[9] De specialist ouderengeneeskunde put uit hetzelfde professionele arsenaal als de huisarts (bijvoorbeeld: anamnese; eenvoudige diagnostiek; verwijzing; voorschrijven geneesmiddel). Het staat buiten kijf dat de SO een specifieke deskundigheid heeft op het gebied van de ouderen, zoals de arts verstandelijk gehandicapten die heeft rond verstandelijk beperkten.[10] Ondanks die specifieke deskundigheid kunnen we, vanuit het overeenkomstige professionele arsenaal geredeneerd, de zorg van de SO (én van de AVG) scharen onder de noemer zorg zoals huisartsen die plegen te bieden in het Besluit zorgverzekering. Daarmee is artikel 2.5c Bzv niet meer nodig om een basis te geven in het Bzv aan de SO. 'Zorg zoals specialisten ouderen-geneeskunde die plegen te bieden' laten voortbestaan, kan juist tot verwarring leiden, omdat de vraag gesteld zou kunnen worden wat dan het verschil is tussen 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en 'zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden'. Vanuit het gelijke professionele arsenaal van beide artsen gedacht, kunnen we dit verschil niet aangeven.

[9] In het rapport *Extramurale behandeling ontleed* wordt de zorg van de specialist ouderengeneeskunde geduid als 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden': https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramurale-behandeling-ontleed In dit rapport leggen we uit dat de specialist ouderengeneeskunde zich, evenals de huisarts, van een 'generalistisch' arsenaal bedient: anamnese, eenvoudige diagnostiek zoals bloedonderzoek, geruststelling, voorschrijven van geneesmiddelen, verwijzing. Dit is de reden om de zorg van de specialist ouderengeneeskunde te scharen onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' in het Besluit zorgverzekering. Dit is dus een begrip uit de regelgeving en deze juridische noemer staat los van de specifieke deskundigheid die een specialist ouderengeneeskunde natuurlijk heeft rond de zorg(vraag) van ouderen.

[10] Ter vergelijking: het Bzv kent de omschrijving 'zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden' en maakt daarbinnen ook geen onderscheid tussen geriatrische fysiotherapeuten, kinderfysiotherapeuten, fysiotherapeuten voor psycho-somatische problematiek etc.

1.3.3 *… De zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf …*

Het tweede lid (sub a) van artikel 2.5c Bzv geeft aan dat geriatrische revalidatiezorg altijd begint binnen medisch noodzakelijk verblijf, 'als bedoeld in artikel 2.12 Bzv'. Artikel 2.12 Bzv regelt 'het verblijf' binnen de Zvw. Verblijf wordt vergoed onder de Zvw als dit verblijf 'medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg', zoals omschreven in de Zvw. Dit betekent dat steeds individueel wordt vastgesteld of verblijf inderdaad medisch noodzakelijk is. De medische noodzaak kan liggen in de aard van de zorg (bijvoorbeeld een operatie) of in de fysieke of psychische gesteldheid van de betrokken patiënt. Het kan ook zijn dat de gezondheidssituatie instabiel is of nog onduidelijk waardoor een opname nodig is. Dit is steeds een zorginhoudelijke vaststelling op basis van de zorgvraag en de context van de betrokken patiënt. Deze weging valt moeilijk te rijmen met een formeel uitgangspunt, dat zorg altijd, in ieder geval bij aanvang, intramuraal moet worden geleverd.

1.3.4 *De zorginhoudelijke componenten van artikel 2.5c Bzv*

Zoals hierboven beschreven is GRZ revalidatiezorg onder regie van een specialist ouderengeneeskunde die samenwerkt met andere disciplines (multidisciplinair) waarbij betrokkenen hun inbreng op elkaar afstemmen (integraal). In 2019/2020 heeft het Zorginstituut een onderzoek gedaan naar welke disciplines een belangrijke inbreng hebben binnen de GRZ naast de specialist ouderengeneeskunde. [11] Het bleek dat het voornamelijk ging om zorg van paramedici (in het bijzonder de fysio-/oefentherapeut), gevolgd door de gedragswetenschapper, klinische verpleging en een heel klein aandeel maatschappelijk werk en geestelijke verzorging (in termen van duur elk ca 1% van het totaal). Dit zijn reguliere vormen van geneeskundige zorg binnen de Zvw die alle een eigen prestatie kennen binnen het Bzv. [12] Artikel 2.5c Bzv hebben we dus niet nodig om alle componenten van de geriatrische revalidatiezorg te omschrijven als te verzekeren prestatie. Die componenten staan al omschreven in het Bzv en in die zin vormt artikel 2.5c Bzv een doublure.

1.3.5 *Paramedische zorg als onderdeel van de GRZ*

Paramedische zorg is een belangrijk onderdeel van de GRZ. Dit bleek uit de analyse die we in de vorige paragraaf noemden. Paramedische zorg is geregeld in artikel 2.6 Bzv. Deze zorg omvat volgens artikel 2.6 lid 1: fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. Voor de zorg die geleverd wordt binnen de GRZ zijn deze prestaties zorginhoudelijk voldoende. Er is echter één hindernis. Deze paramedische prestaties kennen beperkingen in de vergoeding die niet gelden als deze zorg geleverd wordt onder de noemer revalidatiezorg (bijvoorbeeld de beperking tot aandoeningen op de Chronische lijst bij fysio-/oefentherapie en de uitsluiting van vergoeding van de eerste 20 zittingen van deze zorg). Dit verschil hangt samen met de overgang van Ziekenfondswet (Zfw) naar Zorgverzekeringswet. Onder de Zfw bestond er een apart geregelde verstrekking *Multidisciplinaire medisch-specialistische revalidatiezorg* die regelde welke zorg hieronder viel naast de zorg van de revalidatiearts, bijvoorbeeld paramedische zorg. Bij de overgang naar de Zvw zijn deze aparte verstrekkingen[13] niet meer

[11] Zie bijlage 2 : Memo geriatrische revalidatiezorg voor het ZIN, december 2020

[12] Voor de goede orde: maatschappelijk werk is geen prestatie onder de Zvw; deze zorg kan, deels teruggeredeneerd, worden naar andere prestaties zoals 'zorg zoals huisartsen of verpleegkundigen die plegen te bieden'. Het zelfde geldt voor geestelijke verzorging. Ook deze zorg valt inhoudelijk, deels onder andere prestaties binnen het Bzv.

[13] Hetzelfde gold voor klinische haemodialyse, zorg bij mechanische beademing en zorg van een trombosedienst, zie

opgenomen. Gesteld is dat zij vielen onder de generieke omschrijving 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. [14] Dit wringt qua opzet van de regelgeving: 'zorg zoals, bijvoorbeeld, fysiotherapeuten die plegen te bieden' kan kennelijk in sommige gevallen, ook, onder 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' vallen. Niettemin, dit betekent dat paramedische zorg als onderdeel van revalidatiezorg geen vergoedingsbeperkingen kent, die wel gelden voor de apart geregelde paramedische prestaties. Dit betekent dat inhoudelijk gezien de aparte regeling van de GRZ in het Bzv een doublure vormt met andere aanspraken, maar dat qua vergoeding er wel een verschil bestaat door de vergoedingsbeperkingen bij de specifieke prestaties. Als we dit verschil niet gerechtvaardigd vinden, dan moeten we hiervoor een oplossing vinden als we artikel 2.5c Bzv willen schrappen of op een andere leest willen schoeien. [15]

1.4 Samenvattend

In de voorgaande paragrafen hebben we de formele regeling van de geriatrische revalidatiezorg in het Besluit zorgverzekering beschreven. We hebben toegelicht hoe door de tijd heen enkele componenten van de regeling aangepast zijn hetzij formeel, hetzij in de uitvoering. Ook hebben we geconcludeerd dat artikel 2.5c Bzv qua omschrijving van de te verzekeren prestaties een doublure vormt met andere prestaties in het Bzv, maar ook dat er vergoedingsbeperkingen kunnen optreden als artikel 2.5c Bzv niet zou bestaan. In het volgende hoofdstuk willen we de zorginhoud als vertrekpunt nemen. Stel dat we de GRZ nu zouden opnemen in het Bzv, hoe zouden we dit dan idealiter regelen (of niet regelen)?

Nota van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering 2006, de toelichting op artikel 2.4 Bzv 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'.

[14] Zie Nota van Toelichting bij het Besluit zorgverzekering 2006, de toelichting bij artikel 2.4 Bzv 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'.

[15] Dit geldt overigens niet voor GRZ met verblijf omdat in op basis van artikel 2.12 Bzv paramedische zorg onderdeel is van het verblijf. In die setting gelden vergoedingsbeperkingen dus ook niet.

2 Geriatrische revalidatiezorg regelen in het Bzv?

2.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk hebben we beschreven welke knelpunten voortvloeien uit de uitputtende omschrijving van de GRZ in artikel 2.5c Bzv. We denken dat de bepaling in deze vorm niet meer voldoet, maar hoe kunnen we het anders doen? Is schrappen van de bepaling de beste optie of is het beter om deze op punten aan te passen? Deze vraag beantwoorden we in dit hoofdstuk en daarbij hanteren we als uitgangspunt dat regelgeving niet meer moet willen regelen en vastleggen dan noodzakelijk is om te bepalen op welke zorg een verzekerde aanspraak kan maken onder de basisverzekering.

2.2 Zorginhoudelijke beschrijving van de GRZ

Artikel 2.5c Bzv geeft een zorginhoudelijke omschrijving van de geriatrische revalidatiezorg. Is het nodig om een dergelijke beschrijving expliciet op te nemen in het Bzv?

De geneeskundige zorg is in het Bzv open en functioneel omschreven via het begrip plegen te bieden. 'Plegen te bieden' verwijst naar een beroepsgroep om de inhoud van de zorg als te verzekeren prestatie te concretiseren. Bijvoorbeeld: 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' omvat alle zorg die de huisartsgeneeskundige beroepsgroep tot zijn deskundigheidsgebied en professionele arsenaal rekent. Het Zorginstituut kijkt vervolgens naar geschreven documenten van de beroepsgroep om te bepalen welke specifieke zorg dit arsenaal omvat, zoals richtlijnen, zorgstandaarden, protocollen, omschrijving deskundigheidsgebied in de Wet BIG etc. Om een voorbeeld te geven, diabeteszorg wordt niet apart omschreven in het Bzv. Als het Zorginstituut wil weten welke zorg hieronder valt, dan vormt de Zorgstandaard Diabetes hiervoor een belangrijke bron. In deze opzet hoeft de GRZ dus ook niet apart omschreven te worden in het Bzv, mits de specialisten ouderengeneeskunde als beroepsgroep (waar nodig met andere beroepsgroepen in multidisciplinaire richtlijnen) deze zorg inhoudelijk goed omschreven hebben en het dus duidelijk is wat 'goede zorg' inhoudt bij GRZ.

De beroepsgroep beschrijft de inhoud van de GRZ onder andere in de volgende documenten, sommige kwamen al aan de orde in het voorgaande hoofdstuk:

- Behandelkaders Geriatrische Revalidatie (Verenso, 2010);
- Leidraad Geriatrische Revalidatiezorg (2013);
- Handreiking Geriatrisch assessment door de Specialist Ouderengeneeskunde (Verenso, 2014);
- Prestatie-indicatoren Geriatrische Revalidatiezorg (2014);
- Toegang Geriatrische Revalidatiezorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis (Verenso, 2020).

2.3 Zorginhoudelijke beschrijving door de beroepsgroep

Hierna gaan we kort in op de inhoud van deze documenten ter toets of de beroepsgroep de GRZ zorginhoudelijk helder heeft uitgewerkt en of wij daarmee een voldoende basis hebben om uitleg te geven aan deze zorg.

2.3.1 *Behandelkaders Geriatrische Revalidatie*

In paragraaf 1.1 citeerden we de omschrijving van de GRZ door de specialisten ouderengeneeskunde als 'geïntegreerde multidisciplinaire zorg, gericht op verwacht herstel of verbeteren van functioneren en participeren van laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang'. Volgens *Behandelkaders Geriatrische Revalidatie* gaat aan de geïntegreerde multidisciplinaire behandeling altijd een volledig geriatrisch assessment vooraf. De behandeling bestaat vervolgens uit een combinatie van behandelmodules. Voor vier diagnosegroepen (beroerte, heupfractuur, electieve orthopedie (knie/heup/schouder), amputaties) zijn de zorgactiviteiten beschreven in het document *Behandelkaders*. Deze beschrijvingen zijn deels gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, maar vooral op expert opinion. De behandelkaders zijn gevalideerd door zorgverleners (door specialisten ouderengeneeskunde, maar ook door zorgverleners uit andere disciplines die betrokken zijn bij GRZ, zorgaanbieders (Actiz) en de patiëntenfederatie (destijds NPCF)).

2.3.2 *Handreiking Geriatrisch Assessment door de Specialist Ouderengeneeskunde*

De *Handreiking Geriatrisch Assessment door de Specialist Ouderengeneeskunde* geeft aan hoe de SO het geriatrisch assessment uitvoert. Hoewel er weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan is naar de meerwaarde van dit assessment voor patiënten die gezien worden door de SO, wordt de meerwaarde door de schrijvers van de handreiking wel aannemelijk geacht. De handreiking is gebaseerd op de richtlijn *Comprehensive Geriatric Assessment* van de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Geriaters (NVKG, 2013).

2.3.3 *Een indicatie voor GRZ*

Het *Triage Instrument Geriatrische Revalidatiezorg* geeft aan dat revalidatie geïndiceerd is als er een of meer aandoeningen (na een ziekenhuisopname of (sub)acute achteruitgang) zijn die beperkingen opleveren en als voor het opheffen of verminderen van hiervan meer nodig is dan basis monodisciplinaire behandeling en/of basis verpleegkundige zorg. De keuze tussen GRZ en MSR hangt vervolgens af van de medische stabiliteit en motivatie van de patiënt. Daarnaast is de keuze afhankelijk van de intensiteit en specialisatie van de behandeling die past bij de zorgbehoefte van de patiënt. De benodigde specialisatie wordt bepaald door de functionele prognose, de benodigde intensiteit door de functionele prognose, de belastbaarheid en de leerbaarheid of trainbaarheid van de patiënt. De functionele prognose wordt vastgesteld op basis van de diagnose, nevendiagnose, het pre-morbide en actuele functioneren en de medische stabiliteit. Bij een lagere medische stabiliteit, motivatie, benodigde intensiteit en specialisatie is GRZ aangewezen, bij een hogere MSR.

Het triage-instrument is gebaseerd op de stand van de wetenschap en expert opinion.
Triagecriteria zijn een onderwerp op de onderzoekagenda (*Position Paper GRZ, Maastricht UMC, LUMC, VUmc, 2015*)

Mogelijke contra-indicaties zijn: actuele verslavingsproblematiek, ernstige psychiatrische
problematiek, vergevorderd stadium van dementie, ernstige co-morbiditeit, ernstige gedrag- of stemmingsstoornissen (*Leidraad Geriatrische Revalidatie Zorg, W Achterberg, 2013*)

2.3.4 Toegang en zorgpad

Het zorgpad naar de GRZ begint met een geriatrisch assessment. Deze kan worden uitgevoerd door een klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde (*Toegang Geriatrische Revalidatiezorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis*). Hierbij wordt vastgesteld of de diagnostiek voor acute ziekte is afgerond, of er sprake is van kwetsbaarheid en of revalidatie nodig en haalbaar is en of er een noodzaak is tot intramurale revalidatie.

Na het geriatrisch assessment volgt triage door de SO van de GRZ-instelling (*Toegang Geriatrische Revalidatiezorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis*).

2.3.5 Setting: intramuraal of ambulant

De behandelkaders zijn vooral gericht op intramurale GRZ. Echter, er wordt gesteld dat de zorgactiviteiten merendeels gelijk zullen zijn voor de intramurale en ambulantee GRZ-behandeling. Hierbij wordt aangetekend dat de mix van zorgactiviteiten wel kan verschillen.
In de behandelkaders worden voorwaarden voor thuisverblijven met ambulante zorg genoemd. Deze betreffen de thuissituatie, de draagkracht en inzicht van de patiënt en mantelzorger, de competenties van de betrokken zorgverleners en de zorgzwaarte.
(*Behandelkaders Geriatrische Revalidatie*).

2.3.6 Onderzoekagenda

In 2015 is een onderzoekagenda opgesteld door Actiz, Verenso en onderzoekers van het consortium Geriatrische Revalidatie (*Position Paper GRZ, Maastricht UMC, LUMC, VUmc, 2015*). Hierbij is samengewerkt met belanghebbenden als zorgverleners (SO's, kaderartsen geriatrische revalidatie), patiënten, beroepsverenigingen, verzekeraars en bestuurders. Thema's op de agenda zijn: persoonsgerichte zorg, triagecriteria, effectiviteit van soorten zorgpaden (modulair model, generiek model, zorgpad per diagnose), effectiviteit van ambulante revalidatie, cognitieve vermogens en revalidatie, ontwikkeling van ondersteunende technologie, meetinstrumenten gericht op monitoring, kwaliteitsindicatoren, (kosten)effectiviteit, volgen van beloop van GRZ in Nederland in peilstations.

2.3.7 Indicatoren

In 2014 heeft een werkgroep prestatie-indicatoren ontwikkeld voor de GRZ. Deze zijn gebaseerd op expert opinion. De indicatoren betreffen de thema's doelmatigheid, patiënten ervaringen, expertise en ketenafspraken. (Prestatie indicatoren geriatrische revalidatiezorg, R van Balen et al, 2014)

2.4 Conclusie

Wij concluderen dat met de besproken documenten de specialisten ouderengeneeskunde als beroepsgroep helder inzicht geven in de geriatrische revalidatiezorg. De zorginhoud is voor de grootste groepen patiënten (kwetsbare ouderen met revalidatiedoelen na een beroerte, heupfractuur, electieve knie of heup operatie, amputatie) duidelijk beschreven. Dit zijn zorgprogramma's die gericht zijn op het behalen van een doel en een duidelijk begin en einde hebben. Ook is er duidelijkheid over wie er wel en niet in aanmerking komt voor GRZ en zijn de toegang, triage en indicatiestelling duidelijk beschreven.

Gezien de beschikbare beschrijvingen zien wij het uitvoeren van de onderzoekagenda ook niet als een voorwaarde om grip te krijgen op de zorginhoud van de GRZ; het lijkt ons alleen maar goed dat de beroepsgroep in samenwerking met andere partijen bezig blijft met het verder ontwikkelen van de GRZ, niet alleen zorginhoudelijk, maar bijvoorbeeld ook organisatorisch. Dit geldt bijvoorbeeld voor de GRZ die vanuit de thuissituatie geïndiceerd en gegeven wordt. Actualisering lijkt ons op zich nuttig omdat sommige documenten, zoals wij hierboven aangaven, van oudere datum zijn.

In het volgende hoofdstuk gaan we na of deze zorginhoudelijke beschrijvingen ook voldoende helder zijn om GRZ te kunnen onderscheiden van andere zorg, zoals eenvoudige(r) herstelzorg, eerstelijnsverblijf en geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen.

3 Direct ambulante GRZ en afbakeningen naar andere zorg

3.1 Inleiding

De minister heeft ons gevraagd aandacht te schenken aan het onderscheid tussen GRZ enerzijds en zorg zoals eenvoudige(r) herstelzorg,[16] eerstelijnsverblijf, geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen anderzijds. Deze vraag beantwoorden in dit hoofdstuk. Om te beginnen gaan we in op de wenselijke ontwikkeling dat GRZ ook mogelijk wordt onmiddellijk vanuit de eigen omgeving van de betrokkene.

3.2 Direct ambulante GRZ

Artikel 2.5c Bzv stelt dat GRZ begint met een klinisch opname. Bij aanvang is sprake van medisch noodzakelijk verblijf, aldus lid 2 (sub a). Deze voorwaarde belemmert GRZ die van begin af aan ambulant is en/of vanuit de thuissituatie geïndiceerd wordt. Volgens de beroepsgroep is dit wel een natuurlijke ontwikkeling. De praktijk vraagt om mogelijkheden om steeds per individuele verzekerde af te wegen wat de zorg inhoudt en waar deze moet plaatsvinden. Het kan een keuze zijn tussen ambulant of intramuraal. Het kunnen ook hybride constructies zijn waarbij de GRZ intramuraal begint en ambulant wordt voortgezet. Het kan ook zijn dat er een samenloop is met andere diagnoses, bijvoorbeeld het werken aan een revalidatiedoel parallel aan een GGZ-opname.

In paragraaf 1.4 hebben we toegelicht dat het huidige perspectief 'primair klinisch en eventueel vervolgens ambulant' moeilijk te rijmen valt met het uitgangspunt dat 'medisch noodzakelijk verblijf' een afweging is die aanvullend hoort te zijn op het bepalen van de noodzakelijke zorg. De uitkomst zou afhankelijk moeten zijn van de inhoud van de vereiste zorg in combinatie met de gesteldheid en context van de verzekerde en niet van een formele bepaling in het Bzv. Als direct ambulante GRZ mogelijk wordt, betekent dit niet dat er indicaties of zorgvormen toegevoegd worden aan de bestaande. De documenten die nu gelden voor triage, indicatiestelling en zorgtoewijzing blijven gelden. In de praktijk zal alleen nadrukkelijker de keuze gemaakt worden tussen de mogelijkheden thuis en de noodzaak van een klinische opname. Dit betekent dat de zorg veilig en verantwoord thuis georganiseerd moet kunnen worden, waarbij ook vormen van digitale ondersteuning een rol kunnen spelen. In de praktijk is hiermee nog geen ervaring opgedaan. Dat is wel belangrijk om goed zicht te krijgen op de randvoorwaarden voor veilige en verantwoorde GRZ thuis. In gesprekken met de beroepsgroep over de randvoorwaarden voor direct ambulante GRZ, hebben wij geconcludeerd dat voor de implementatie de organisatorische, praktische voorwaarden van groter belang zijn dan ontwikkeling van de zorginhoud. De beschrijving van de zorg is immers voldoende beschikbaar zoals wij hierboven uitlegden. De beroepsgroep wil gaan experimenteren met direct ambulante GRZ in pilots onder de Beleidsregel Innovatie. Zo kan via de praktijk grip gekregen worden op de organisatorische en praktische randvoorwaarden.

Hierna gaan we in op de afbakening van GRZ met verschillende andere zorgvormen. Als GRZ ook direct vanuit de eigen omgeving van de betrokkene kan plaatsvinden, dan is het nodig een helder onderscheid tussen de verschillende zorgvormen te kunnen maken.

[16] De brief van de minister spreekt over 'ambulante behandeling in de eerste lijn'. Wij denken dat zorginhoudelijk het begrip eenvoudige(r) herstelzorg de lading beter dekt.

3.3 Afbakening GRZ en eenvoudige(r) herstelzorg

Als er geen formele omschrijving van de GRZ meer is via artikel 2.5c Bzv en dit ook niet meer als basis kan dienen voor afbakeningen, dan moet GRZ in de praktijk zorginhoudelijk afgebakend kunnen worden. Is het zorginhoudelijke verschil met 'eenvoudige(r) herstelzorg' voldoende helder in de praktijk? Onder eenvoudige(r) herstelzorg scharen we bijvoorbeeld de reactiverende begeleiding door een fysiotherapeut op verwijzing van de huisarts. De inzet van de fysiotherapeut als onderdeel van eenvoudige(r) herstelzorg kan ook plaatsvinden op verwijzing van de specialist ouderengeneeskunde.

GRZ wordt ingezet bij ouderen bij wie nà een ingreep of de behandeling van een acuut gezondheidsprobleem (zoals een CVA, heupfractuur of electieve orthopedie) nog functionele beperkingen resteren. Voor die functionele beperkingen worden specifieke revalidatiedoelen geformuleerd. Het behalen van de revalidatiedoelen vergt een multidisciplinaire inzet van zorgverleners die gezamenlijk en in samenhang ('geïntegreerd') hieraan werken. Het revalidatieprogramma staat onder regie van de specialist ouderengeneeskunde. Deze stelt in samenspraak met de andere betrokken zorgverleners het precieze programma opdat de patiënt doorloopt, volgt de voortgang van de betrokkene, stelt het programma zo nodig bij en stelt vast, in overleg met de andere zorgverleners, of de doelen bereikt zijn, nog bereikt of niet meer bereikt kunnen worden. GRZ kan niet onder regie staan van een huisarts of monodisciplinair geleverd worden.

Niet iedere samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en een andere zorgverlener bijvoorbeeld fysiotherapeut, is GRZ. Hiervan is pas sprake als er inderdaad een indicatie is voor GRZ vanwege de resterende functionele beperkingen, als deze indicatie is vastgesteld op basis van het geriatrisch assessment en triage door een SO, als specifieke revalidatiedoelen zijn geformuleerd en als er een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak is om de revalidatiedoelen te bereiken. Om na te gaan of er een indicatie is voor GRZ wordt dus altijd een geriatrisch assessment gedaan. Deze kan worden uitgevoerd door een klinisch geriater, internist ouderengeneeskunde of specialist ouderengeneeskunde.[17] Hierbij wordt vastgesteld of de diagnostiek voor acute ziekte is afgerond of er sprake is van kwetsbaarheid en of revalidatie nodig en haalbaar is en of er een noodzaak is om de revalidatie intramuraal te laten plaatsvinden.

Dit betekent dus dat er een aantal vaste kenmerken zijn die bepalen of er sprake kan zijn van GRZ:

- GRZ volgt op een acuut gezondheidsprobleem (waaronder 'ingreep');
- GRZ grijpt in op functionele beperkingen ten gevolge van dit acute gezondheidsprobleem;
- GRZ wordt geïndiceerd op basis van een geriatrisch assessment en triage;
- GRZ stelt specifieke revalidatiedoelen;
- GRZ is multidisciplinaire zorg (minimaal twee zorgdisciplines betrokken) die in samenhang zorg verlenen (geïntegreerd);
- GRZ staat onder regie van de specialist ouderengeneeskunde die de voortgang op het (kunnen) behalen van de revalidatiedoelen volgt en het behandelplan zo nodig wijzigt;
- GRZ is per definitie tijdelijke zorg.

[17] Toegang Geriatrische Revalidatiezorg zonder voorafgaande opname in het ziekenhuis, Verenso, 2020

Dit betekent dat:

- GRZ niet onder regie van de huisarts kan plaatsvinden. Sterker nog, de huisartsen hebben aangegeven dat zij als beroepsgroep de deskundigheid missen om GRZ te kunnen bieden;[18]
- niet iedere samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en een andere beroepsgroep leidt tot geriatrische revalidatiezorg. Daarvoor is het nodig dat ook aan de andere kenmerken wordt voldaan zoals regie door de specialist ouderengeneeskunde en specifieke revalidatiedoelen gericht op functionele beperkingen die resteren na de behandeling van een acuut probleem.
- ook de toeleiding naar de GRZ van belang is. Er is geen directe toegang tot de GRZ. Als de verwijzing niet plaatsvindt via de medisch specialist (na opname, SEH of poli), dan is in een ambulante situatie de huisarts meestal het eerste aanspreekpunt voor de verzekerde. Het is dan aan de huisarts om te besluiten dat verwijzing naar de specialist ouderengeneeskunde aan de orde is omdat hij meent dat zijn eigen deskundigheid in dat geval tekortschiet. Het is vervolgens aan de specialist ouderengeneeskunde om de afweging te maken of GRZ ingezet zou kunnen worden.

3.4 Afbakening GRZ en ELV

Specialisten ouderengeneeskunde lieten ons weten dat het niet altijd van meet af aan duidelijk is of een patiënt zich kwalificeert voor de GRZ. Het kan dan aangewezen zijn om de betrokkene eerst te observeren of te laten herstellen in een ELV, waarna met de GRZ begonnen kan worden. Dit is nu niet mogelijk omdat artikel 2.5c Bzv aangeeft dat GRZ (binnen een week) aansluit op een voorafgaande medisch-specialistische ziekenhuisopname. ELV is wel een verblijfssetting, maar niet onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het lijkt ons doelmatig en van 'goede zorg' getuigen om de mogelijkheid te creëren dat een SO (of huisarts) een patiënt eerst observeert in het ELV, waarna al of niet besloten wordt tot GRZ. Ook hier kan een afbakeningsvraag gesteld worden, namelijk of het onderscheid tussen ELV en GRZ voldoende helder is voor de praktijk. Binnen het ELV gaat het dan om de zorg onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde die (qua bekostiging) omschreven wordt als ELV-hoog complex. Ook in het ELV kan een specialist ouderengeneeskunde de zorg van een paramedicus inroepen als onderdeel van herstelzorg en waar ligt dan het zorginhoudelijke verschil met geriatrische revalidatiezorg? Wij verwijzen dan naar de paragraaf 3.3 waarin we de onderscheidende kenmerken van de GRZ beschreven hebben tegenover de eenvoudige(r) herstelzorg. ELV-hoog complex zien wij als de intramurale vorm van 'eenvoudige(r) herstelzorg' en voor de afbakening met de GRZ gelden dan ook dezelfde onderscheidende kenmerken van de GRZ.

3.5 Afbakening GRZ en GZSP

De minister heeft ons gevraagd ook aandacht te schenken aan het onderscheid tussen GRZ en GZSP, geneeskundige zorg voor specifieke patiëntengroepen. De term GZSP is afkomstig uit de wereld van de bekostiging; het is de titel die de NZa heeft gegeven aan de beleidsregel die de bekostiging regelt voor de zorg die vroeger onder de 'extramurale behandeling' van de AWBZ viel. Wij vinden het een ongelukkige term om te gebruiken als we ingaan op de te verzekeren zorg. GZSP komt als begrip niet voor in het Besluit zorgverzekering. Binnen de Zvw spreken we

[18] Zie hoofdstuk 6 waarin de reacties uit de consultatie worden besproken en bijlage 3 waarin de reacties zijn opgenomen.

van geneeskundige zorg die verzekerd is voor iedereen die hierop 'redelijkerwijs is aangewezen' (hiervoor een indicatie heeft). Voor het onderscheid met GRZ is van belang dat onder GZSP de inzet van de specialist ouderengeneeskunde valt in twee hoedanigheden. Deze twee rollen moeten zorginhoudelijk goed uit elkaar gehouden worden. Het gaat om de specialist ouderengeneeskunde:

- als behandelaar naast of na de huisarts (eventueel in samenwerking met andere zorgverleners in de eerste lijn) en
- als regiebehandelaar bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen (bijvoorbeeld Parkinson, multiple sclerose, ALS).

Voor de afbakening tussen GRZ en de specialist ouderengeneeskunde als behandelaar in de eerste lijn naast of na de huisarts, grijpen we weer terug op paragraaf 3.3. GRZ vereist een specifieke indicatie op basis van de functionele beperkingen. De zorg vraag om specifieke revalidatiedoelen en om een specialist ouderengeneeskunde die het behandelplan overziet. Dit blijven de principiële onderscheidende kenmerken die altijd gelden of we de naastgelegen zorg nu omschrijven als eenvoudige(r) herstelzorg, ELV-hoog complex of GZSP.

Voor het onderscheid met de specialist ouderengeneeskunde in zijn rol van regiebehandelaar bij chronisch, progressief, degeneratieve aandoeningen is daarnaast van belang dat duidelijk is wat onder ziekte-specifieke zorg valt en wat onder de revalidatiezorg. Het behandelplan moet hierover duidelijk zijn. Onderscheidend hierbij is bijvoorbeeld ook het per definitie tijdelijke karakter van GRZ: het gaat om het (al of niet volledig) behalen van specifieke doelen gerelateerd aan een specifieke indicatie terwijl het bij de chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen gaat om het behoud van functioneren door de tijd heen gezien de voortschrijdende achteruitgang van het functioneren. Voor vier diagnosegroepen (beroerte, heupfractuur, electieve orthopedie (knie/heup/schouder), amputaties) zijn de zorgactiviteiten beschreven in het document *Behandelkaders Geriatrische Revalidatie.* Voor de categorie *Overige diagnoses* zijn deze behandelkaders in ontwikkeling. Het is belangrijk dat hierin duidelijk beschreven wordt waar de ziekte-specifieke zorg ophoudt en waar de revalidatiezorg begint. De beroepsgroep heeft al een begin gemaakt hiermee op basis van bestaande zorgpaden en wil dit in de komende tijd verder uitwerken.

Hierboven hebben we duidelijk gemaakt dat we bij de verschillende afbakeningsvragen eigenlijk altijd teruggrijpen naar de onderscheidende kenmerken van de GRZ die we beschreven in paragraaf 3.3. Samen met het geriatrisch assessment en de triage geven deze, naar onze mening, een voldoende helder handvat om afbakeningsvragen in de praktijk te kunnen beantwoorden.

In het volgende hoofdstuk gaan we in op de vergoeding van paramedische zorg binnen de geriatrische revalidatie als artikel 2.5c Bzv niet meer zou gelden.

4 Paramedische zorg binnen de GRZ

Als artikel 2.5c Bzv wegvalt en de GRZ als te verzekeren prestatie een optelsom wordt van artikel 2.4 Bzv en, onder andere, artikel 2.6 Bzv dan stuiten we op de vergoedingsbeperkingen in dit laatste artikel. Paramedische zorg wordt immers niet volledig vergoed onder de Zvw of kent behandelmaxima. Zo kent diëtetiek een maximum van 3 behandeluren per kalenderjaar. Voor de fysiotherapie geldt de voorwaarde dat de te behandelen aandoening vermeld wordt op de Chronische Lijst. Voor alle vermelde aandoeningen geldt vervolgens dat de eerste 20 zittingen niet vergoed worden. Een dergelijke beperking is kennelijk niet de bedoeling van de regelgever geweest voor de GRZ, immers, onder artikel 2.5c Bzv gelden die beperkingen niet. Er is niet onmiddellijk een inhoudelijk argument te bedenken waarom dit dan wel het geval zou moeten zijn als artikel 2.5c Bzv buiten werking treedt.

Bij de uitleg van de paramedische zorg als onderdeel van de GRZ willen we dan ook aansluiten bij de systematiek rond de medisch-specialistische revalidatie in het Bzv. In paragraaf 1.6 beschreven we dat de regelgever bij de invoering van de Zvw expliciet heeft gesteld dat multidisciplinaire revalidatiezorg in zijn geheel onder de Zvw valt, dat wil zeggen zonder dat er sprake is van vergoedingsbeperkingen voor de paramedische component binnen de revalidatiezorg. Revalidatiezorg valt volgens de Nota van Toelichting bij Bzv onder 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Het gaat niet alleen om de zorg onder regie van een revalidatiearts, maar ook bijvoorbeeld revalidatie onder regie van een orgaanspecialist zoals de cardioloog of longarts bij hart- en longrevalidatie. Multidisciplinaire revalidatiezorg is dus een overkoepelend begrip waaronder revalidatiezorg onder regie van verschillende medisch specialisten kan vallen. Het is legitiem om onder multidisciplinaire revalidatiezorg ook de geriatrische revalidatie te scharen. Er is immers inhoudelijk, qua doel en opzet van de zorg, geen verschil aan te wijzen tussen de medisch-specialistische revalidatiezorg en de geriatrische revalidatie. Beide richten zich via een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak op de functionele beperkingen van een verzekerde en willen deze zoveel als mogelijk wegnemen of verminderen om de eigen regie en zelfredzaamheid van de betrokkene te versterken of te herstellen. Daarnaast is er een medisch specialist die als deskundigheidsgebied de zorg(vraag) van de kwetsbare oudere patiënt heeft, namelijk de klinisch geriater. Dit betekent dat we geriatrische revalidatiezorg inhoudelijk in termen van de Zvw omschrijven als 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. De GRZ wordt in de praktijk gegeven en gesuperviseerd door de specialist ouderengeneeskunde. Binnen de functionele systematiek van de Zvw is dit goed mogelijk. De omschrijving 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' wil immers niet zeggen dat deze zorg uitgevoerd moet worden door de medisch specialist. Iedere zorgverlener die 'bekwaam en bevoegd' is om de te verzekeren zorg te leveren, mag dit doen onder de Zvw. [19]

Dit betekent dat de geriatrische revalidatiezorg integraal vergoed kan worden onder de Zvw zonder dat de beperkingen voor de vergoeding van de paramedische zorg uit artikel 2.6 Bzv van toepassing zijn.

[19] Dit doet dus niets af aan onze eerder aangehaalde conclusie uit het rapport *Extramurale behandeling ontleed* dat de specialist ouderengeneeskunde in het Bzv onder de prestatie 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' valt. De geriatrische revalidatiezorg valt als geïntegreerde multidisciplinaire revalidatiezorg op het gebied van kwetsbare ouderen onder 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. De specialist ouderengeneeskunde is de regiebehandelaar. Deze valt zelf in termen van de Zvw onder 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Let wel, dit is 'louter' een regeltechnische uiteenrafeling van de zorg in termen van de te verzekeren prestaties.

5 GRZ en herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP VV9b)

5.1 Inleiding

Het ministerie heeft ons gevraagd ook aandacht te schenken aan:

> De toegang tot de GRZ voor Wlz-geïndiceerden / mensen die zich kunnen kwalificeren voor de Wlz en afbakening met het Wlz-zorgprofiel 'VV 9b – Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging'.

Deze vraag hangt samen met de volgende passage in artikel 2.5c Bzv (lid 2 sub a):

> (…) *waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf in een instelling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, van de Wet langdurige zorg gepaard gaande met behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet in dezelfde instelling* (…)

Deze passage betekent dat verzekerden die Wlz-zorg ontvangen (waarbij geen sprake is van verblijf met behandeling), de GRZ onder de Zvw krijgen. Welke consequentie zou het vervallen van artikel 2.5c Bzv hebben voor deze situatie?

5.2 Toegang tot de GRZ voor verzekerden met een Wlz-indicatie

5.2.1 Een heldere afbakening tussen Zvw en Wlz

Als artikel 2.5c Bzv in zijn geheel vervalt, vervalt ook de juridische basis om GRZ onder de Zvw te verlenen aan verzekerden met een Wlz-indicatie. Het Zorginstituut vindt dat geen bezwaar. De uitvoering is gebaat bij zoveel mogelijk heldere afbakeningen tussen domeinen. Het is logisch om aan mensen met een Wlz-indicatie de zorg zoveel als mogelijk onder de Wlz te verlenen. Dit geldt ook voor 'herstelgerichte zorg', zoals de GRZ. Het is niet duidelijk waarom specifiek voor die zorg een uitzondering gemaakt zou moeten worden, ook niet zorginhoudelijk (zie paragraaf 5.3).

5.2.2 Uitzicht op een Wlz-indicatie

Een heldere afbakening betekent ook dat een verzekerde de GRZ onder de Zvw afmaakt ook al heeft hij 'uitzicht' op een indicatie voor de Wlz. 'Uitzicht hebben op' is immers een vrij mistig criterium, nog daargelaten dat 'het uitzicht hebben op' zich niet per se hoeft te materialiseren in een daadwerkelijke indicatie. De toekenning van de indicatie is voorbehouden aan het CIZ dat moet bepalen of de verzekerde voldoet aan de toegangscriteria voor de Wlz (een blijvende behoefte aan permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid). Natuurlijk is het mogelijk dat het aanvragen van een Wlz-indicatie voor de hand ligt en het kan ook voorkomen dat een indicatiebesluit al wordt aangevraagd én toegekend tijdens een GRZ-traject onder de Zvw (bijvoorbeeld in verband met wachtlijsten voor verpleeghuizen). Uit oogpunt van vermijdbare administratieve belasting zou dan het GRZ-traject afgemaakt kunnen worden onder de Zvw.

Overigens is het wel wenselijk dat een Wlz-indicatie pas wordt aangevraagd als het duidelijk is wat de uitkomsten van de GRZ zijn: het behandeldoel is gehaald of het is duidelijk dat dit behandeldoel niet gehaald kan worden. In de praktijk is er een druk om verzekerden die GRZ zorg onder de Zvw ontvangen en bij wie de

veronderstelling is dat zij 'uitzicht hebben' op een indicatie voor de Wlz, snel naar de Wlz over te laten gaan. Voor die verzekerden wordt dan VV9b aangevraagd. Dat is niet de bedoeling. Een verzekerde maakt eerst het GRZ-traject af, voordat zorgprofiel VV9b onder de Wlz aan de orde kan zijn en dat kan pas nadat de Wlz-indicatie is afgegeven.

5.3 Inhoudelijke vergelijking zorgzwaartepakket VV9b en GRZ

Als een Wlz-cliënt zijn 'herstelgerichte zorg' onder de Wlz krijgt, is het de vraag in hoeverre een afbakening tussen dit zzp en de GRZ relevant is. Niettemin, in bijlage 3B hebben we de beschrijving van zorgzwaartepakket VV9b opgenomen, de herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging. [20] De eerste alinea van deze beschrijving luidt als volgt:

> Bij cliënten heeft *medisch-specialistische diagnostiek/interventie* plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een *opname.* In aansluiting op de interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die aanvullende *integrale en multidisciplinaire aanpak* vereist. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt (aanvullende) behandeling ontvangt heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van *kwetsbaarheid en comorbiditeit* (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, *complicaties en verminderde leer- en trainbaarheid.*

In deze beschrijving komen veel elementen terug die we kennen uit artikel 2.5c Bzv (zie cursivering) en de definitie van GRZ door de specialisten oudergeneeskunde. In het vervolg van de beschrijving komen veel cliëntkenmerken aan de orde die doen vermoeden dat de doelgroep anders kan zijn dan die binnen de GRZ. Dat is ook niet verwonderlijk. Het gaat immers om cliënten met een Wlz-indicatie. Dit betekent dat zij voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, kortweg, een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid om ernstig nadeel te voorkomen. GRZ-patiënten onder de Zvw voldoen nu eenmaal (nog) niet aan deze criteria. Gezien de verschillen in patiëntengroepen ligt het voor de hand dat ook de behandeldoelen kunnen verschillen. Voor een thuiswonende verzekerde zal het behandeldoel anders liggen, dan voor een Wlz-cliënt die in een instelling verblijft. Behoudens deze accentverschillen zien wij geen inhoudelijke verschillen tussen GRZ en VV9b die uitwisseling tussen Zvw en Wlz nodig zouden kunnen maken voor verzekerden los van het al of niet hebben van een indicatie voor de Wlz.

[20] Ontleend aan Bijlage A bij artikel 2.1 van de Regeling langdurige zorg

6 Reacties uit de consultatie

6.1 Geconsulteerde partijen

We hebben het concept-rapport voorgelegd aan een aantal relevante partijen:

- Actiz;
- Landelijke Huisartsenvereniging (LHV);
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG);
- Patiëntenfederatie;
- Verenso;
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Hierna vatten we de reacties samen op hoofdlijnen. De afzonderlijke reacties kunt u vinden in bijlage 4.

6.2 Hoofdlijnen van de reacties

Wij zien de volgende hoofdlijnen in de reacties:

- reactie op de strekking van het advies;
- de omschrijving ' zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden';
- afbakeningen zonder de steun van artikel 2.5c Bzv;
- verzekerde mag er qua zorg en vergoeding niet op achteruit gaan;
- consequenties van het wegvallen van de basis voor het leveren van GRZ aan verzekerden met een indicatie voor de Wlz.

6.3 Reactie op de strekking van het advies

De zorgaanbieders en de beroepsgroepen hebben positief gereageerd op het advies. Men kon zich goed vinden in de uitwerking en de onderbouwing hiervan. De inhoudelijke punten of vragen die zij opwerpen komen aan de orde in de paragrafen hieronder. De reactie van ZN was negatief getoonzet. Onze reactie op hun punten adresseren we ook hieronder.

6.4 Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden

Actiz vindt het belangrijk dat het Zorginstituut met dit advies de positie van de professionals binnen de geriatrische revalidatie en andere vormen van (herstel)zorg erkent en bevestigt. Een aantal organisaties, waaronder Verenso, wijst erop dat door het wegvallen van artikel 2.5c Bzv ook de omschrijving 'zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden' gaat ontbreken binnen de Zvw. In het advies verwijzen wij naar ons rapport *De extramurale behandeling ontleed*. In dat rapport hebben wij uiteengezet waarom wij menen dat de zorg van de specialist ouderengeneeskunde volledig geschaard kan worden onder de noemer zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. In dit rapport hebben wij die redenering nog eens samengevat. Als artikel 2.5c Bzv geschrapt wordt uit het Bzv heeft dit geen enkele consequentie voor de inhoud en omvang van de zorg van de specialist ouderengeneeskunde die onder de Zvw vergoed kan worden. Wij onderschrijven de specifieke deskundigheden van de specialist ouderengeneeskunde ten opzichte van

die van de huisarts. Wij hebben echter geconcludeerd dat voor de vergoeding van die zorg onder de Zvw het niet nodig is, dat in het Bzv een prestatie 'zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden' wordt opgenomen. De LHV benadrukt de specifieke deskundigheden van de specialist ouderengeneeskunde bij multidisciplinaire revalidatiezorg en geeft aan dat de huisarts niet geëquipeerd is om de indicatie te stellen voor de GRZ als deze vanuit huis wordt ingezet en dat de huisarts evenmin de verantwoordelijkheid kan hebben voor ambulante GRZ ('geven noch superviseren'). Dat is ook het uitgangspunt dat wij hebben geformuleerd in het advies.

6.5 Afbakeningen zonder de steun van artikel 2.5c Bzv

ZN gaat uitgebreid in op afbakeningsvragen: medisch-specialistische revalidatie ten opzichte van GRZ; GRZ ten opzichte van ELV (hoog complex); GRZ ten opzichte van GZSP; GRZ ten opzichte van VV9b (Wlz). Zorgverzekeraars geven suggesties voor de afbakening tussen deze verschillende zorgvormen, maar het is niet helemaal duidelijk welke zorgkenmerken hierbij precies een rol spelen. De reactie verwijst bijvoorbeeld naar de 'noodzaak van behandeling' als onderscheid tussen ELV (laag complex) en GRZ, waarbij GRZ dan overlapt met ELV (hoog complex). Die redenering kunnen wij niet goed volgen. In hoofdstuk 3 hebben we uiteengezet hoe wij deze afbakening zien en wij sluiten daarvoor aan bij de onderscheidende kenmerken van de GRZ ten opzichte van eenvoudige(r) herstelzorg.

Zorgverzekeraars menen ook dat de richtlijnen en zorgprogramma's van de beroepsgroep niet voldoende zijn om onderscheid te kunnen maken tussen GRZ en GZSP. Wij hebben geconcludeerd dat de beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde dit verschil goed voor ogen heeft: bij GZSP in de zin van zorg bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen gaat het, aldus de beroepsgroep, om behoud van functioneren door de tijd heen gekoppeld aan de gestage achteruitgang eigen aan de aandoening. GRZ richt zich op specifieke revalidatiedoelen voor activiteiten en participatie (niveau) nà acute achteruitgang/aanleiding.

6.6 Verzekerde mag er qua zorg en vergoeding niet op achteruit gaan

Verschillende partijen wijzen erop dat het schrappen van artikel 2.5c Bzv geen nadelige gevolgen voor de verzekerde mag hebben qua zorg of vergoeding. Dit zou kunnen gebeuren doordat zorgverzekeraar beperkende (toelatings)eisen voor GRZ en (herstel)zorg opnemen in hun inkoopbeleid en polisvoorwaarden, aldus Actiz. Zorgverzekeraars kunnen echter geen toelatingseisen of voorwaarden opnemen in hun polis die de aanspraak op GRZ of (herstel)zorg beperken. Het Zorginstituut beoordeelt jaarlijks de polissen van zorgverzekeraars om te zien of de voorwaarden in de polis overeenstemmen met de aanspraak. Zorgverzekeraars kunnen wel een toestemming of machtiging verbinden aan een te verzekerde prestatie, maar dit is een administratieve voorwaarde die de inhoud van de zorg als aanspraak niet kan beperken.

ZN veronderstelt dat door het schrappen van artikel 2.5c Bzv de GRZ als 'geïntegreerde revalidatiezorg' in het geding komt. Dat is niet juist. GRZ houdt een plek binnen het Bzv als integrale zorg. De beschrijving van deze zorg is terug te vinden in de beschrijvingen van de zorg die de beroepsgroep geeft. Hetzelfde geldt overigens voor medisch-specialistische revalidatie. Dit is ook 'geïntegreerde

multidisciplinaire zorg' en deze zorg heeft evenmin een zelfstandige prestatie binnen het Bzv.

Voor de paramedische component binnen de GRZ gelden geen vergoedingsbeperkingen die voortvloeien uit artikel 2.6 Bzv. In hoofdstuk 4 hebben we beschreven hoe we tot deze conclusie komen.

6.7 GRZ en VV9b (Wlz)

Veel partijen gaan in op artikel 2.5c Bzv als basis voor GRZ onder de Zvw aan patiënten met een indicatie voor de Wlz en de consequenties van het wegvallen van deze basis. Over het algemeen kan men zich vinden in het uitgangspunt dat zorg aan verzekerden met een indicatie voor de Wlz ook via de Wlz geleverd moet worden. Wat daar tegenin gebracht wordt zijn over het algemeen bezwaren die samenhangen met de uitvoering van de Wlz in de praktijk, zo brengt Actiz in dat er:

- beperkte financiële mogelijkheden voor revalidatie zijn binnen Wlz (het aandeel behandeling binnen ZZP9b is heel beperkt);
- er binnen de Wlz ZZPs zijn zonder behandeling (of ZZP met behandeling wordt niet ingekocht door zorgkantoren);

Verenso geeft aan dat, in lijn met het eerste punt van Actiz:

- VV9b onvoldoende mogelijkheden voor behandeling biedt voor Wlz-cliënten bij wie men verwacht dat ze na de behandeling weer naar huis kunnen.

Deze praktische bezwaren kunnen we goed volgen, maar hangen volgens ons wel samen met de principiële discussie rond de indicatie van en vergoeding voor 'behandeling' binnen de Wlz. Het zou niet zo mogen zijn dat er Zvw-zorg wordt ingeroepen omdat de zorg onder de Wlz niet volstaat. Met andere woorden: deze constatering is geen reden om artikel 2.5c Bzv te behouden.

7 Conclusie

De minister stelde ons in zijn brief de volgende vragen:

1 Wordt de zorginhoud vallend onder aanspraak 2.5c Bzv gedekt door aanspraak 2.10 (in combinatie met 2.4)? Wanneer niet, wat is er nodig om de zorginhoud wel volledig in de Zorgverzekeringswet te houden?
2 Zijn er (zorginhoudelijke) voorwaarden verbonden aan het kunnen laten vervallen van aanspraak 2.5c Bzv? Hierbij verzoeken we u ook in te gaan op de zorginhoudelijke en formele afbakening met zorgvormen als ELV, GZSP en ambulante behandeling vanuit de eerste lijn.
3 De minister heeft ons gevraagd ook aandacht te schenken aan:
De toegang tot de GRZ voor Wlz-geïndiceerden / mensen die zich kunnen kwalificeren voor de Wlz en afbakening met het Wlz-zorgprofiel 'VV 9b – Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging'.

In dit rapport zijn wij op de overwegingen ingegaan die voor de beantwoording van deze vragen van belang zijn. Onze conclusie is dat het Besluit zorgverzekering ook zonder artikel 2.5c voldoende basis biedt voor (de vergoeding van) de geriatrische revalidatiezorg onder de Zvw. Wij denken ook dat de beroepsgroep(en) in hun zorginhoudelijke documenten een heldere en voldoende uitwerking hebben gegeven om inhoud te geven aan de GRZ als te verzekeren prestatie en dat er geen andere zorginhoudelijke voorwaarden nodig zijn om artikel 2.5c Bzv te laten vervallen. Wij denken wel dat het belangrijk is dat de beroepsgroep in de praktijk kan experimenteren met direct ambulante GRZ. Dan gaat het vooral om verkrijgen van inzicht in de organisatorische randvoorwaarden voor veilig en verantwoorde GRZ in de thuissituatie.

Het Bzv maakt geen formele afbakening tussen GRZ enerzijds en ambulante behandeling in de eerste lijn (eenvoudige(r) herstelzorg, ELV en GZSP anderzijds als 2.5c Bzv vervalt. (Overigens doet artikel 2.5c Bzv dit slechts indirect.) Wij concluderen dat die formele afbakening ook niet (meer) nodig is, omdat deze goed gemaakt kan worden aan de hand van de zorginhoud zoals beschreven door de beroepsgroep. De onderscheidende kenmerken van de GRZ geven hiervoor een houvast, naast de zorginhoudelijke beschrijving in de *Behandelkaders Geriatrische revalidatie*. In hoofdstuk 3 hebben we deze onderscheidende kenmerken aan de hand van het verschil tussen GRZ en eenvoudige(r) herstelzorg opgesomd. Het onderscheid tussen ziekte-specifieke zorg en revalidatiezorg is bij de categorie Overige diagnoses belangrijk. De beroepsgroep zal dit onderscheid nog verder uitwerken in het behandelkader *Overige diagnoses*.

Voor de paramedische zorg die integraal onderdeel is van de geriatrische revalidatie gelden de vergoedingsbeperkingen uit artikel 2.6 Bzv niet als artikel 2.5c Bzv vervalt. Deze conclusie kunnen we trekken omdat geriatrische revalidatie, in termen van de Zvw, te scharen valt onder de geïntegreerde mutidisciplinaire medisch-specialistische revalidatiezorg die onder 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' valt. Deze categorisering staat los van de praktische uitvoering (indiceren, geven, superviseren) die in handen is van de specialisten ouderengeneeskunde als beroepsgroep.

In de Inleiding gaven we aan dat in 2013 bij de overheveling van de GRZ naar de Zvw, artikel 2.5c Bzv ook een handvat moest vormen voor zorgverzekeraars om het gebruik van de GRZ in omvang te beheersen. We denken dat dit formele handvat

niet meer nodig is gezien de stappen die gezet zijn in het indicatieproces en triage, de inzet van het geriatrisch assessment ten behoeve van de indicatiestelling en de beschrijvingen van verschillende zorgpaden met de daarbij behorende toegeleiding (vanuit de eerste lijn of vanuit de tweede lijn). De projecten rond direct ambulante GRZ die onder de Beleidsregel Innovatie van de NZa beginnen, zullen inzicht geven in de organisatorische randvoorwaarden voor ambulante GRZ die vanuit de thuissituatie wordt geïndiceerd.

Tenslotte, als artikel 2.5c Bzv vervalt dan is er ook geen basis meer om aan Wlz-cliënten GRZ te bieden onder de Zvw. Wij denken dat het systeem gebaat is bij heldere grenzen tussen domeinen en dat Wlz-cliënten adequate revalidatiezorg onder de Wlz zouden moeten kunnen krijgen. Wij zien dan ook geen (zorginhoudelijke) reden om deze optie alsnog te creëren onder het Bzv als artikel 2.5c Bzv vervalt.

Bijlagen

1) Verzoek Ministerie
2) Cijfermatige analyse Zorginstituut Nederland
3) Zorgprofiel VV9b
4) Reacties partijen

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer S. Wijma
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakket en Risicoverevening

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
Verra, L.M. (Liset)
Beleidsmedewerker

T (070)-340 54 71
M (31)-621464186
lm.verra@minvws.nl

Kenmerk
1833135-218857-Z

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum	25 februari 2021
Betreft	Verzoek advies Zorginstituut Nederland over de toegang tot geriatrische revalidatiezorg, de afbakening met aanpalende zorgvormen en de aanspraken conform Besluit zorgverzekering

Geachte heer Wijma,

Graag ontvang ik uw advies op de vraagstukken rondom toegang tot geriatrische revalidatiezorg (GRZ), de afbakening met aanpalende zorgvormen en de aanspraken conform Besluit zorgverzekering.

Directe aanleiding voor dit voornemen komt voort uit de overheveling van de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP), waarbij de specialist ouderengeneeskunde (SO) met zijn/haar volledige arsenaal in de Zorgverzekeringswet is gekomen per 2020. Het Zorginstituut Nederland heeft op 31 oktober 2016 hierover een advies[1] afgegeven. Hierdoor kan GRZ ook geschaard worden onder artikel 2.4 Bzv en is artikel 2.5c Bzv formeel gezien overbodig.

Streven is wet- en regelgeving zo eenduidig en simpel mogelijk te maken en te houden en daar past een mogelijke dubbele aanspraakgrond niet bij.

Wij vragen het Zorginstituut om een advies uit te brengen over de formele en zorginhoudelijke toegang tot de GRZ. Hierbij zal ook de afbakening met aanpalende zorgvormen zoals het eerstelijnsverblijf (ELV), geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) en ambulante behandeling vanuit de eerste lijn aan de orde komen.

Een vraagpunt dat nadere reflectie (en uitwerking) verdient is de specifieke verwijzing naar toegang voor Wlz-geïndiceerden die behandeling als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel c, van die wet ontvangen.

[1] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2016/10/31/extramurale-behandeling-ontleed

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakket en Risicoverevening

Kenmerk
1833135-218857-Z

Samengevat verzoek ik u om in uw reactie in ieder geval in te gaan op in ieder geval de volgende punten:

- Wordt de zorginhoud vallend onder aanspraak 2.5c Bzv gedekt door aanspraak 2.10 (in combinatie met 2.4)? Wanneer niet, wat is er nodig om de zorginhoud wel volledig in de Zorgverzekeringswet te houden?
- Zijn er (zorginhoudelijke) voorwaarden verbonden aan het kunnen laten vervallen van aanspraak 2.5c Bzv? Hierbij verzoeken we u ook in te gaan op de zorginhoudelijke en formele afbakening met zorgvormen als ELV, GZSP en ambulante behandeling vanuit de eerste lijn.
- De toegang tot de GRZ voor Wlz-geïndiceerden/ mensen die zich kunnen kwalificeren voor de Wlz en afbakening met het Wlz-zorgprofiel 'VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging'.

Ik zie uw advies met belangstelling uiterlijk in het 3e kwartaal van 2021 tegemoet.

Hoogachtend,
de plv. directeur Zorgverzekeringen,

mw. mr. K.T. Lammertsma

MEMO

Analyses zorgproducten Geriatrische Revalidatiezorg

Jan-Willem Dik, Maud ten Koppel, Carel Mastenbroek, Freerkje van der Meer, Jolanda Latta
December 2020

Achtergrond

Binnen Zorginstituut Nederland (ZIN) leefden een aantal vragen rondom de invulling van de DBC-producten binnen de geriatrische revalidatiezorg (GRZ). Met behulp van extra inzichten is het mogelijk voor ZIN om beter te kunnen adviseren rondom de GRZ en de mogelijke wijzigingen in de aanspraak. Daarom zijn een aantal data analyses gedaan op declaratiegegevens vanuit de GRZ. Na presentatie van eerste resultaten aan veldpartijen, zijn extra vragen naar voren gekomen die in een vervolganalyse behandeld zijn en ook hier gepresenteerd worden.

Methode

Zorginstituut Nederland ontvangt via Vektis datasets met declaraties van zorgverzekeraars en zorgkantoren van alle zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz), waarbij de declaratiegegevens over meerdere jaren te koppelen zijn met eenzelfde pseudoniem.[1] Het gaat hier onder andere om de declaraties van medisch specialistische zorg, waaronder ook de GRZ valt. In de dataset van de medisch specialistische zorg staan alle gedeclareerde DBC-zorgproducten en vanaf 2015 zijn de zorgactiviteiten binnen de DBC's ook bekend. Het gaat hierbij alleen om de zorgactiviteiten die op nota staan en daarmee ook bekend zijn bij de zorgverzekeraar. Op dit moment beschikt het Zorginstituut over declaratiegegevens van medisch specialistische zorg t/m 2020, waarbij voor de GRZ geldt dat deze tot en met 2019 zo goed als compleet is. Het aantal verrichtingen wordt dan ook bepaald voor de jaren 2015 t/m 2019. In overleg met team Ouderenzorg is de onderstaande methode afgestemd. Voor dit onderzoek is het gebruik van GRZ in de jaren 2015 t/m 2019 onderzocht. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de gegevens van medisch specialistische zorg van de jaren 2015 t/m 2019, gegevens eerstelijnsverblijf (ELV) 2015 t/m 2019, gegevens Wlz 2015 t/m 2019 en gegevens over de verzekerden van 2015 t/m 2019.

Patiëntenselectie

Patiënten met geriatrische revalidatiezorg werden geïdentificeerd door middel van een declaratie van een DBC-productcode die begint met 9984. De diagnosetypering uit het DBC-product is gebruikt voor een uitsplitsing op diagnose en de verblijfsduuromschrijving uit het DBC-product is gebruikt voor een uitsplitsing op duur (waarbij geldt dat 92+ is ingedeeld bij 92-133). Zorgactiviteiten die op nota staan en daarmee ook beschikbaar zijn bij ZIN voor data analyses, zijn geselecteerd op basis van uniek koppel-id waarmee de activiteiten aan het juiste subtraject gekoppeld kunnen worden.

Voor ELV is een selectie gemaakt op alle declaratiecodes die in tot 2020 geldig zijn (geweest) voor zowel de periode dat het nog een subsidieregeling onder de Wlz was als voor de Zvw. Voor Wlz-verblijf is een selectie gemaakt op alle ZZP-codes voor verblijf (VV4-VV10) en VPT.

Exclusies

Patiënten werden niet meegenomen indien zij verzekerd waren bij een zorgverzekeraar die geen goede gegevens had aangeleverd.

[1] Dit pseudoniem is een versleuteling van de BSN en de versleuteling wordt door een TTP uitgevoerd.

Zorg na ontslag GRZ

Om te bepalen wat er met patiënten is gebeurd na ontslag en sluiting van de DBC is eerst gekeken of er nog een aansluitend DBC-subtraject werd geopend na sluiting van de vorige. Hiervoor is een periode van 30 dagen aangehouden. Als binnen deze periode een nieuwe GRZ-DBC werd geopend is dit gerekend als één traject. Na afsluiting van traject op basis van de DBC-sluitingsdatum is gekeken of verzekerden binnen 7 dagen een declaratie hadden voor:

- Een verpleegdag in het ziekenhuis
- Een verblijfdag in een ELV
- Opname in een Wlz-instelling

Daarnaast is nog gekeken of er na de 30 dagen alsnog weer een nieuwe GRZ-DBC werd geopend. Voor beide opties geldt dat er gekeken is binnen het jaar van openen van initieel zorgproduct.

Resultaten

Totale kosten en gebruikers GRZ

In tabel 1 worden de totale kosten van de GRZ gepresenteerd voor de jaren 2015 t/m 2019 volgens de stand van de tweede kwartaal aanlevering in 2020. Voor 2018 en 2019 geldt dat deze jaren nog niet definitief zijn en dat de bedragen nog veranderen de komende tijd. Een overzicht van deze kosten inclusief 2020 volgens de meest actuele stand is terug te vinden op de zorgkostenwebsite van het Zorginstituut: www.zorgcijfersdatabank.nl.

Tabel 1: Totale kosten GRZ 2015 t/m 2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ15-17
Geriatrische revalidatie (670)	€ 690,4	€ 715,2	€ 706,5	€ 734,2	€ 762,0	2%
Totaal	**€ 690,4**	**€ 715,2**	**€ 706,5**	**€ 734,2**	**€ 762,0**	**2%**

In tabel 2 worden de totale aantallen gebruikers in de GRZ gepresenteerd voor de jaren 2015 t/m 2019 gebaseerd op de declaratiebestanden van de verzekeraars en gecorrigeerd voor mogelijke missende aanleveringen. Hier geldt dat met name 2019 nog licht kan wijzigingen als er nog nieuwe declaratiebestanden binnenkomen. Een overzicht van deze aantallen is eveneens terug te vinden op de website www.zorgcijfersdatabank.nl, wanneer de Verdiepende analyses Zvw worden geselecteerd.

Tabel 3 is een overzicht van deze aantallen uitgesplitst per leeftijd en geslacht en tabel 4 tenslotte bevat de gemiddelde kosten per gebruiker, ook weer uitgesplitst per leeftijd en geslacht. Voor 2019 is gebruik gemaakt van ongecorrigeerde declaratiebestanden, omdat deze niet volledig zijn op dit moment. Dit betekent dat de gemiddelde bedragen iets afwijken van het gemiddelde van tabel 1 gedeeld door tabel 2. Zowel de kosten als de aantallen laten een redelijk stabiel beeld zien over de jaren, hoewel de kosten in vanaf 2017 jaarlijks wel een stijgende trend laten zien. De stijging is echter minder hard dan VWS in de begrotingen had voorspelt de afgelopen jaren. Daarnaast lijken de gebruikers ook minder hard toe te nemen in de meest recente jaren dan de kosten, wat er op duidt dat de gemiddelde kosten per gebruiker zullen de stijgende in de komende jaren.

Al deze tabellen zijn gebaseerd op analyses die jaarlijks door ZIN gedaan worden ten behoeve van het Verdiepende analyses Zorglasten Zvw rapport welke terug te vinden zijn op de website.

Tabel 2: Totale aantallen gebruikers GRZ 2015 t/m 2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ15-17
Geriatrische revalidatie (670)	51.410	54.267	52.906	53.543	52.307	3%
Totaal	**51.410**	**54.267**	**52.906**	**53.543**	**52.307**	**3%**

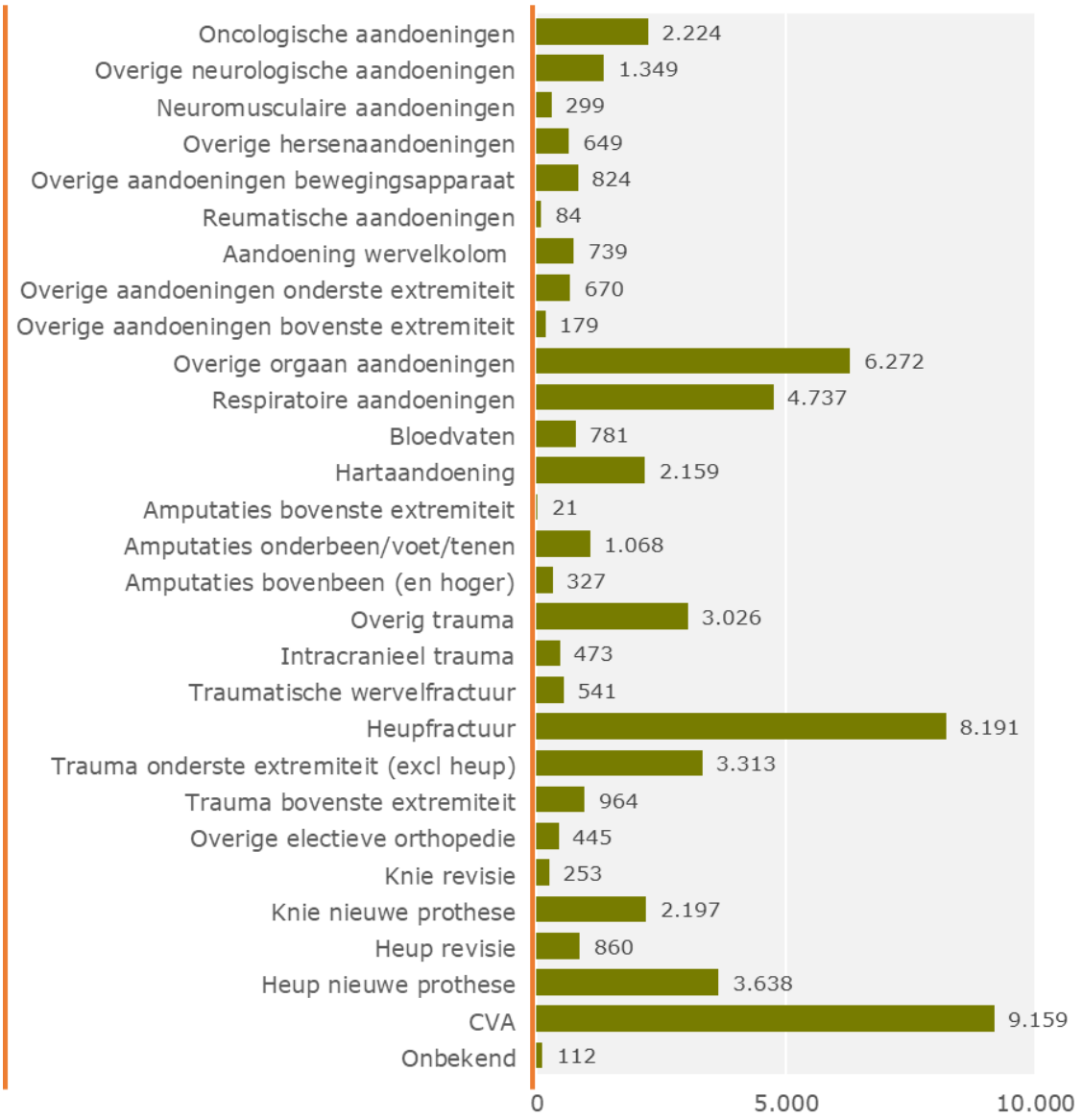
Tabel 3: Totale aantallen gebruikers GRZ 2015 t/m 2019, uitgesplitst per leeftijd en geslacht.

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ15-17
Alle gebruikers	51.410	54.267	52.906	53.543	52.307	1,1%
Leeftijd						
0-4 jaar						
5-18 jaar						
18-44 jaar	307	294	222	193	187	-28,1%
45-64 jaar	4.565	5.116	4.615	4.772	4.387	-0,5%
65-75 jaar	10.486	11.328	11.373	11.470	11.519	6,7%
75-84 jaar	20.842	21.573	21.086	21.239	20.792	-0,6%
85 jaar en ouder	15.208	15.954	15.609	15.869	15.418	0,6%
Geslacht						
Man	18.458	19.644	19.747	20.255	19.839	5,1%
Vrouw	32.951	34.622	33.158	33.288	32.464	-1,2%

Tabel 4: Gemiddelde kosten per gebruikers GRZ 2015 t/m 2019, uitgesplitst per leeftijd en geslacht.

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ15-17
Alle gebruikers	€ 13.430	€ 13.180	€ 13.353	€ 13.713	€ 13.965	1,2%
Leeftijd						
0-4 jaar						
5-18 jaar						
18-44 jaar	€ 15.387	€ 16.724	€ 15.010	€ 16.209	€ 17.635	-0,7%
45-64 jaar	€ 13.929	€ 13.682	€ 14.359	€ 14.635	€ 14.722	4,9%
65-75 jaar	€ 13.354	€ 12.974	€ 13.112	€ 13.652	€ 13.847	-0,1%
75-84 jaar	€ 13.226	€ 12.897	€ 13.171	€ 13.489	€ 13.669	1,4%
85 jaar en ouder	€ 13.573	€ 13.481	€ 13.456	€ 13.749	€ 14.193	0,9%
Geslacht						
Man	€ 13.701	€ 13.450	€ 13.622	€ 13.989	€ 14.290	1,2%
Vrouw	€ 13.279	€ 13.026	€ 13.194	€ 13.545	€ 13.767	1,2%

Uitgesplitst naar diagnose is te zien dat de meeste gebruikers een zorgproduct krijgen voor de behandeling van een beroerte (Cerebro Vasculair Accident [CVA]), voor een gebroken heup, overige orgaan aandoeningen en respiratoire aandoeningen (figuur 1). De helft van de patiënten binnen de GRZ komt binnen voor een van deze vier diagnoses. Daarnaast zijn er een heel aantal diagnoses die verhoudingsgewijs heel weinig voorkomen.



Figuur 1: Aantallen gebruikers binnen de GRZ uitgesplitst naar diagnose voor 2019.

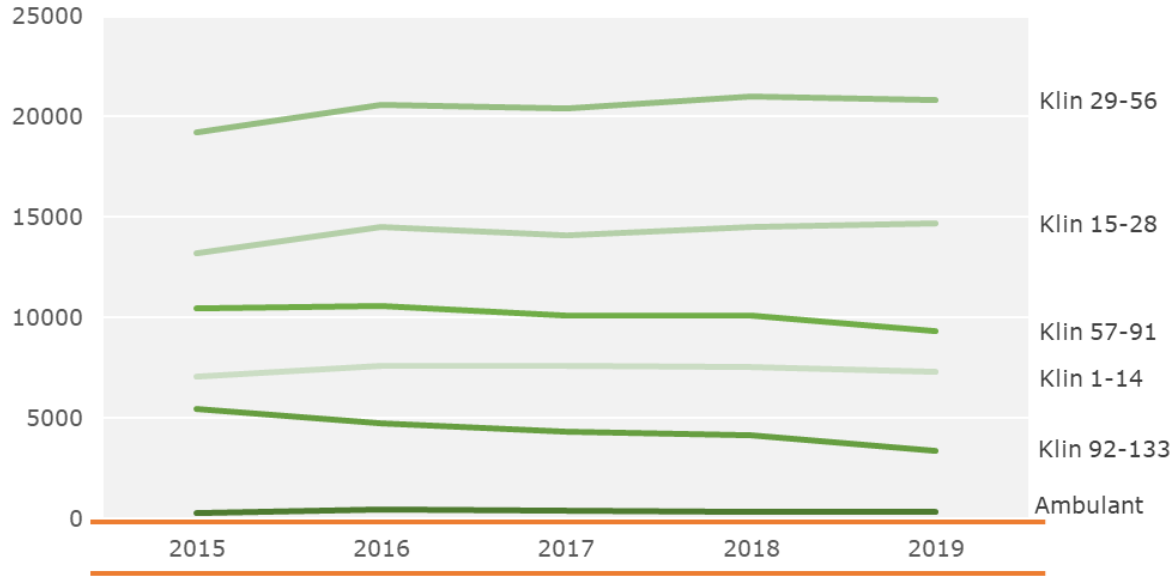
Verblijfsduur GRZ

Op basis van de zorgactiviteit voor verpleegdag binnen een GRZ-DBC is het ook nog mogelijk om een uitdraai te maken van het gemiddeld aantal verpleegdagen per gebruiker per jaar. Hierbij geldt dat er over DBC heen gekeken wordt en dat het dus mogelijk is dat er meerdere zorgproducten per jaar meetellen voor het gemiddelde aantal. Tabel 5 laat zien dat de gemiddelde verblijfsduur per gebruiker afneemt over de jaren.

Wanneer uitgesplitst naar de verschillende categorieën die bestaan in de DBC-structuur is te zien dat de daling komt de een daling en de producten met een heel lange verblijfsduur (meer dan 92 dagen). Deze daalt het sterkst, maar ook de producten van 51 tot 91 dagen dalen in aantallen. Daartegenover staat dat er een lichte stijging te zien is voor producten in de categorie 15 tot 28 dagen (figuur 2).

Tabel 5: Gemiddelde verblijfsduur per gebruikers GRZ 2015 t/m 2019, uitgesplitst per leeftijd en geslacht.

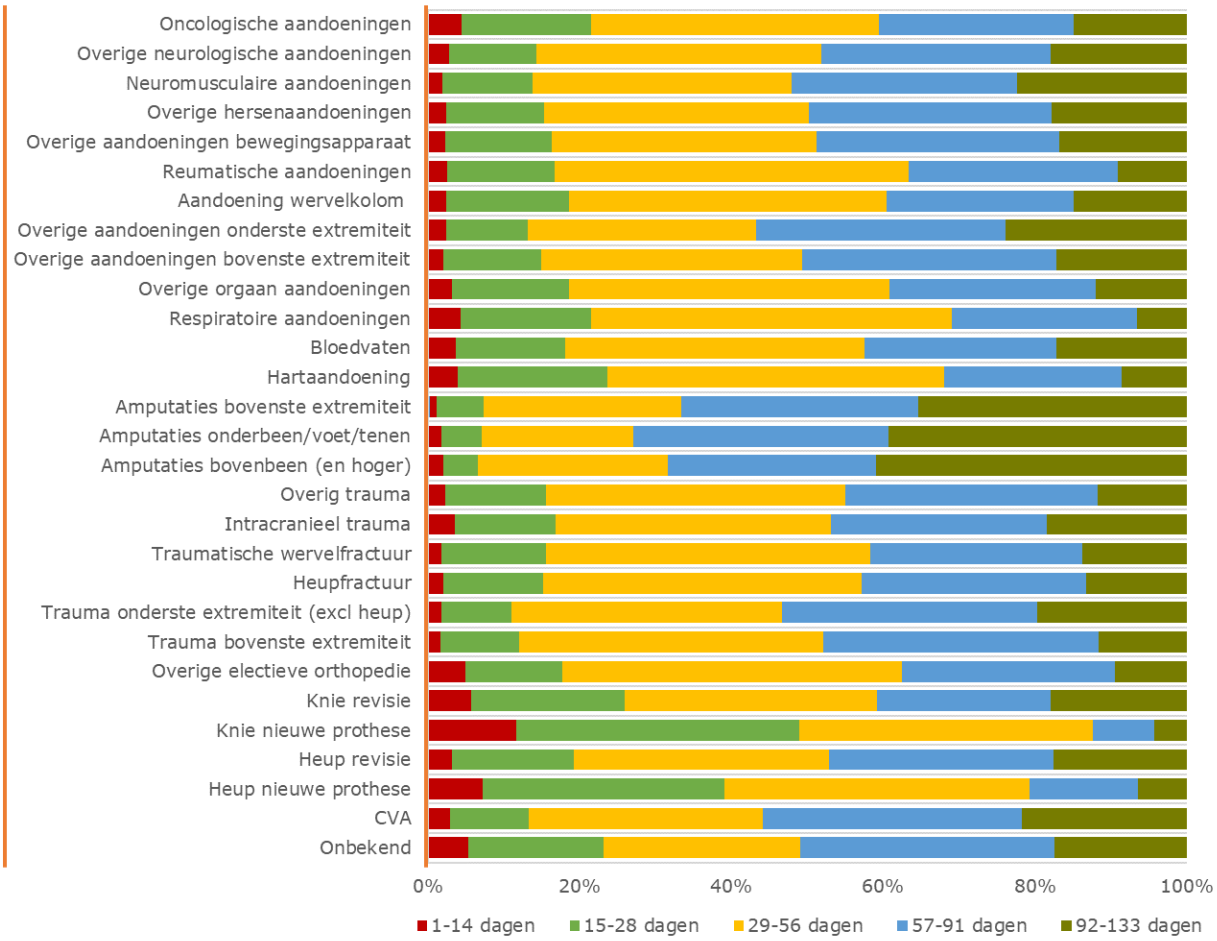
	2015	2016	2017	2018	2019	Δ15-17
Alle gebruikers	47,3	44,8	44,0	43,7	41,9	-5,6%
Leeftijd						
0-4 jaar						
5-18 jaar						
18-44 jaar	54,6	56,2	48,8	51,0	53,9	-6,1%
45-64 jaar	48,6	46,0	46,9	46,1	43,6	0,3%
65-75 jaar	46,1	43,6	42,6	43,0	40,9	-6,4%
75-84 jaar	46,3	43,8	43,3	42,9	40,9	-5,2%
85 jaar en ouder	48,7	46,4	45,0	44,5	43,4	-6,9%
Geslacht						
Man	47,6	45,2	44,4	44,1	42,5	-5,2%
Vrouw	47,1	44,6	43,7	43,5	41,6	-5,8%



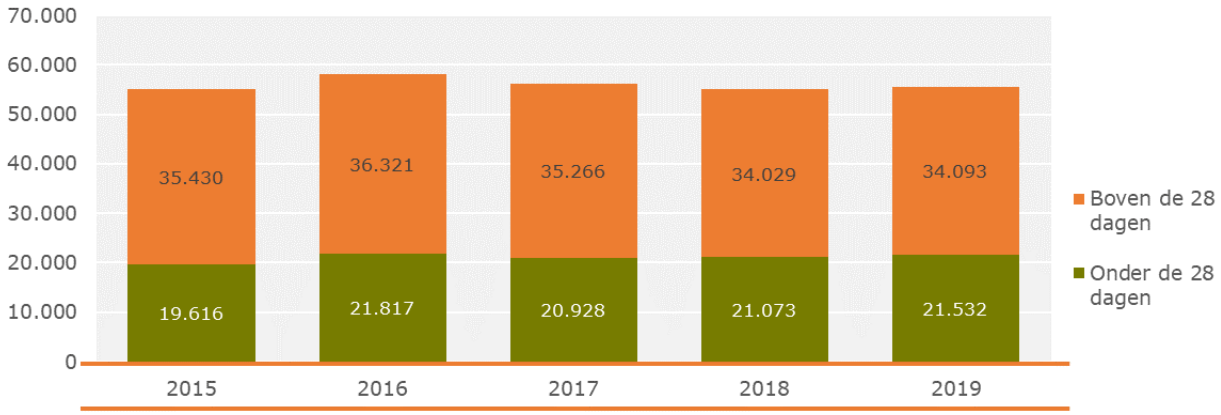
Figuur 2: Aantallen zorgproducten GRZ uitgesplitst naar verblijfsduur 2015 t/m 2019.

Uitgesplitst naar diagnose van het zorgproduct valt op dat er grote verschillen zijn in de verblijfsduur (figuur 3). Vooral bij amputaties hebben een lange verblijfsduur voor revalidatie, waar meer dan de helft van de patiënten langer dan 56 dagen ligt. Mensen die een nieuwe knie hebben gekregen hebben daarentegen kortere revalidatie nodig.

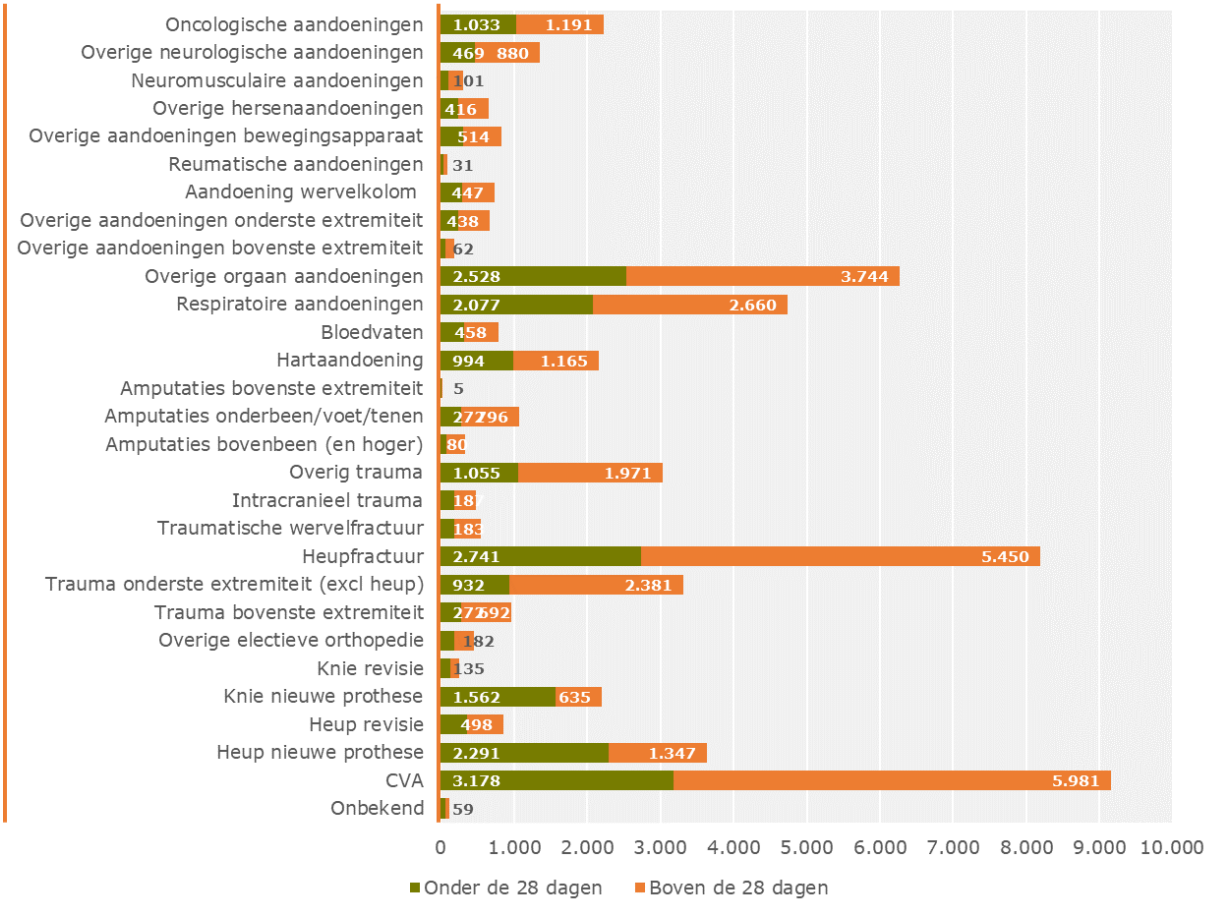
Uitgesplitst naar kort of lang is gekozen voor een knip op 28 dagen. De meerderheid van de zorgproducten is voor een periode van langer dan 28 dagen en dat blijft redelijk stabiel over de tijd, wat aangeeft dat de daling van verblijf niet doorzet naar onder de 28 dagen (figuur 4). Uitgesplitst naar diagnose van de zorgproducten is vooral bij trauma relatief veel lang verblijf (figuur 5).



Figuur 3: Verhouding van verblijfsduur van zorgproducten binnen de GRZ uitgesplitst naar diagnose voor 2019.



Figuur 4: Verhouding van verblijfsduur van zorgproducten binnen de GRZ uitgesplitst naar meer of minder dan 28 dagen voor 2015 t/m 2019.

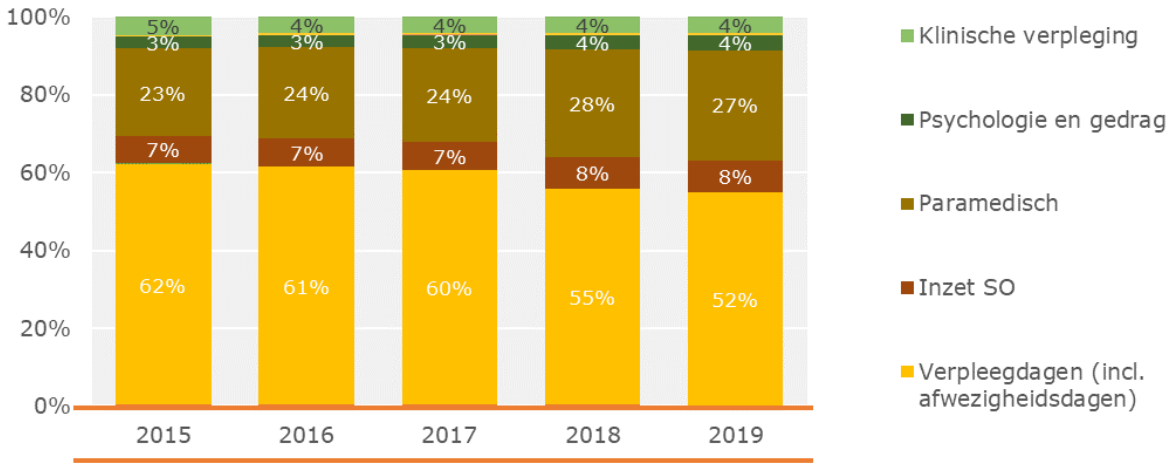


Figuur 5: Verhouding van verblijfsduur van zorgproducten binnen de GRZ uitgesplitst naar meer of minder dan 28 dagen uitgesplitst per diagnose voor 2015 t/m 2019.

Zorg geleverd binnen de DBC

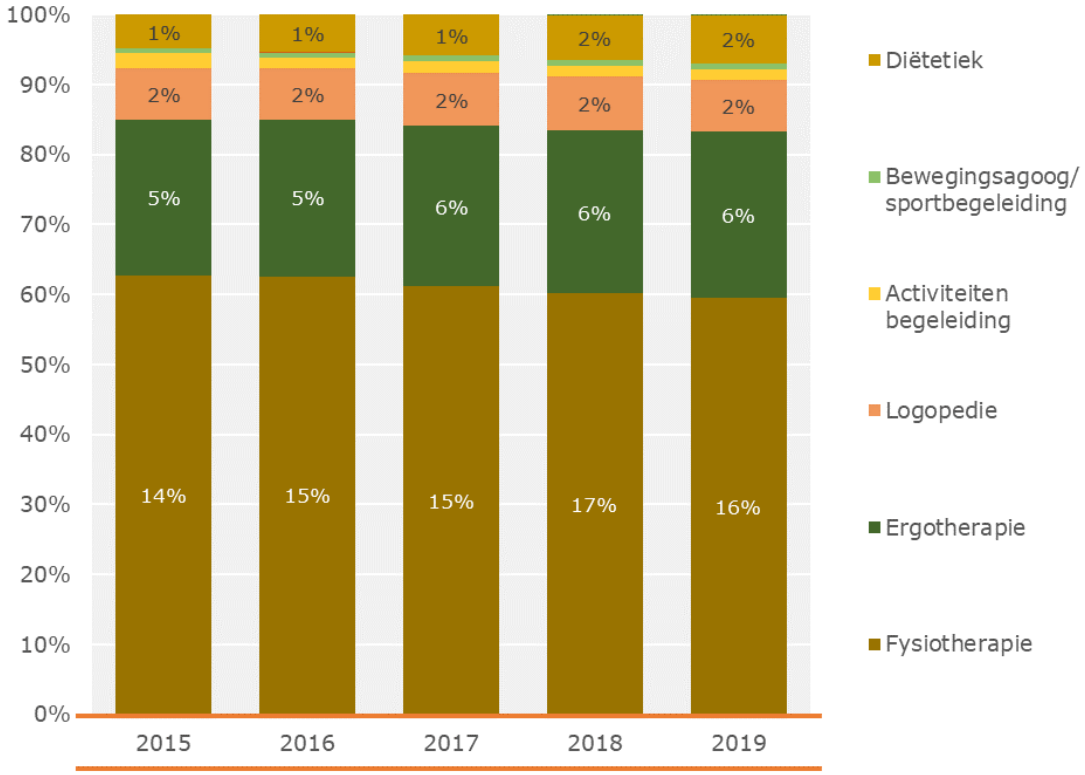
Een van de vragen die heerste was welke zorg geleverd wordt binnen een DBC-zorgproduct. Hiervoor hebben we naar de activiteiten gekeken die geregistreerd werden binnen een zorgproduct. Deze activiteiten hebben we ter verduidelijking van de resultaten gegroepeerd op onderwerp. De volledige lijst van activiteiten en de groepering staat in bijlage 1.

Binnen de GRZ is de hoofdmoot van de geleverde zorg de paramedische zorg (PMZ) (de meest voorkomende activiteit is de verpleegdag, maar daar wordt verder geen zorg geleverd). Na de paramedische zorg is de inzet van de specialist ouderengeneeskunde (SO) en psychologie de meest voorkomende. Omdat de verblijfsduur over de jaren afneemt, neemt ook het aantal activiteiten voor verpleegdagen af. Verhoudingsgewijs wordt het aandeel van de andere activiteiten daarmee dus steeds groter over de jaren heen (figuur 6).



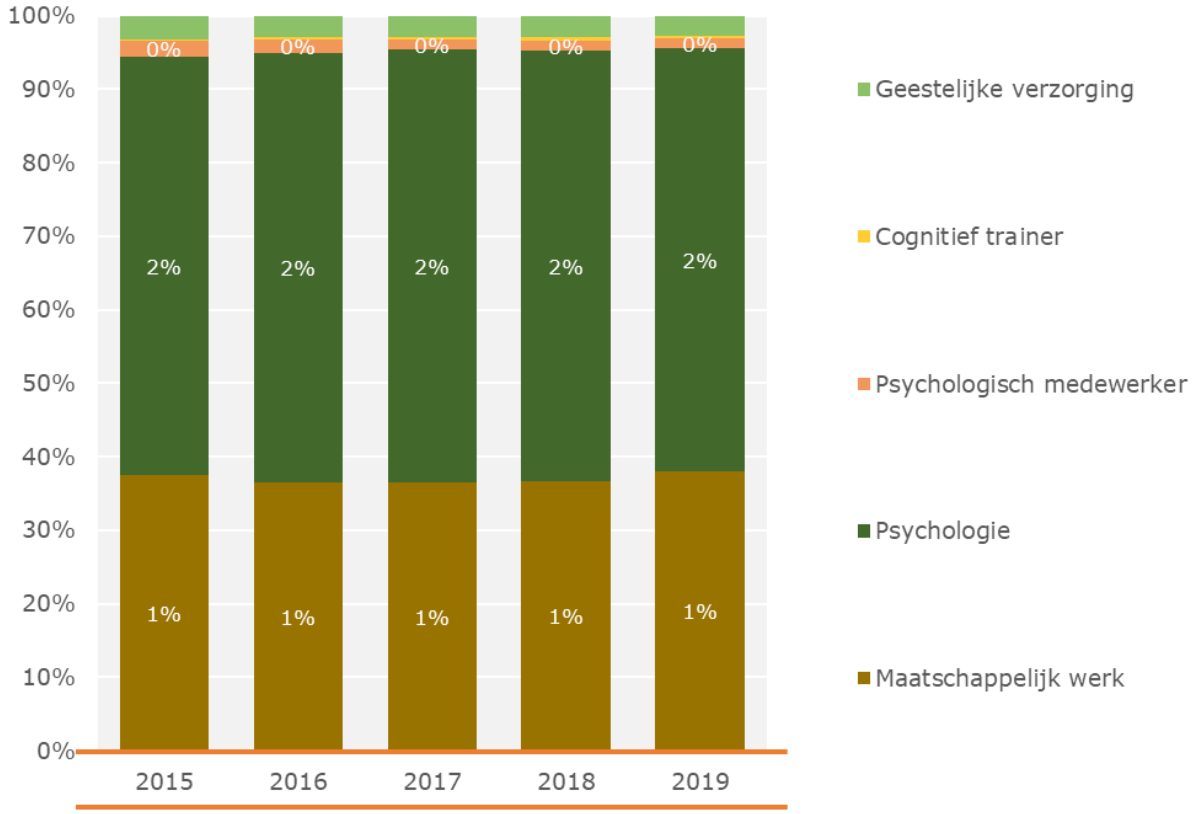
Figuur 6: Geleverde zorg binnen de GRZ-zorgproducten 2015 t/m 2019.

Wanneer er weer binnen de PMZ wordt gekeken naar welke activiteiten daar geregistreerd werden, dan is te zien dat de meerderheid van die geleverde zorg fysiotherapie is. Deze is verantwoordelijk voor meer dan de helft van de activiteiten binnen de PMZ in GRZ-zorgproducten. Daarna volgt ergotherapie en logopedie (figuur 7).



Figuur 7: Geleverde zorg binnen de PMZ binnen de GRZ-zorgproducten 2015 t/m 2019.

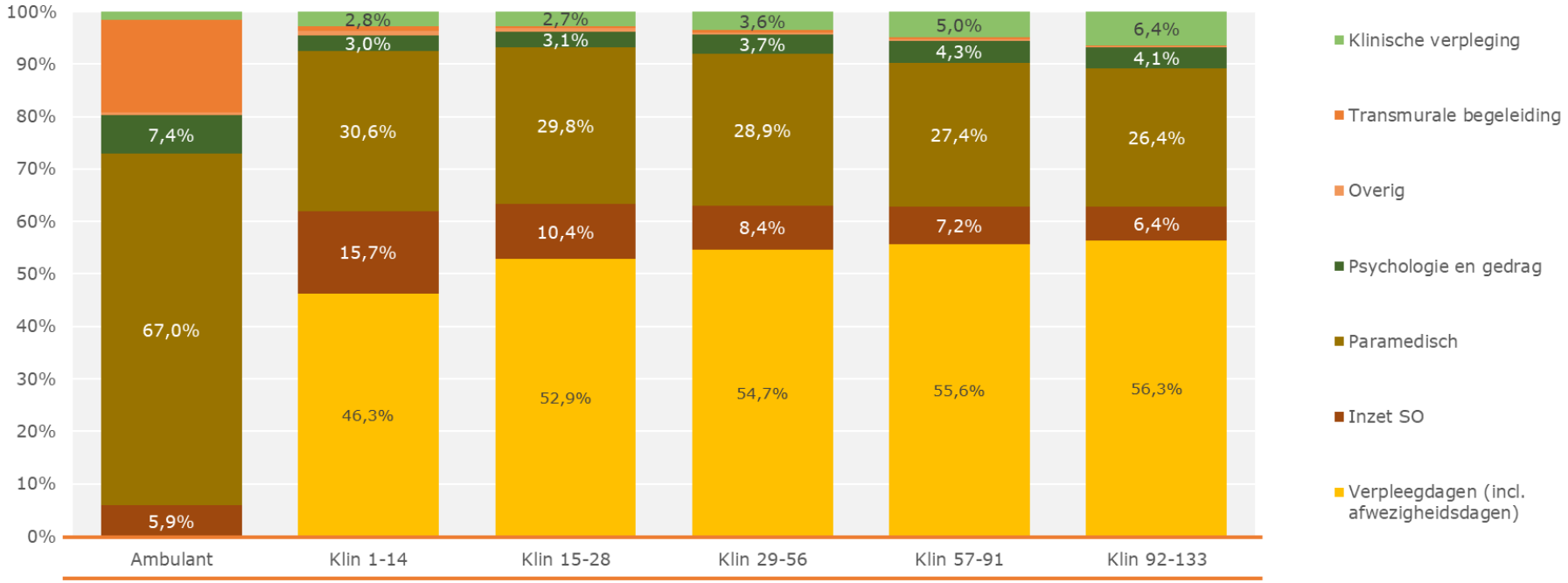
Wanneer binnen de geleverde psychologische zorg wordt gekeken naar welke activiteiten daar geregistreerd werden, dan is te zien dat de meerderheid van die geleverde zorg psychologie is. Deze is verantwoordelijk voor meer dan de helft van de activiteiten binnen de psychologische zorg in GRZ-zorgproducten. Daarna volgt maatschappelijk werk (figuur 8).



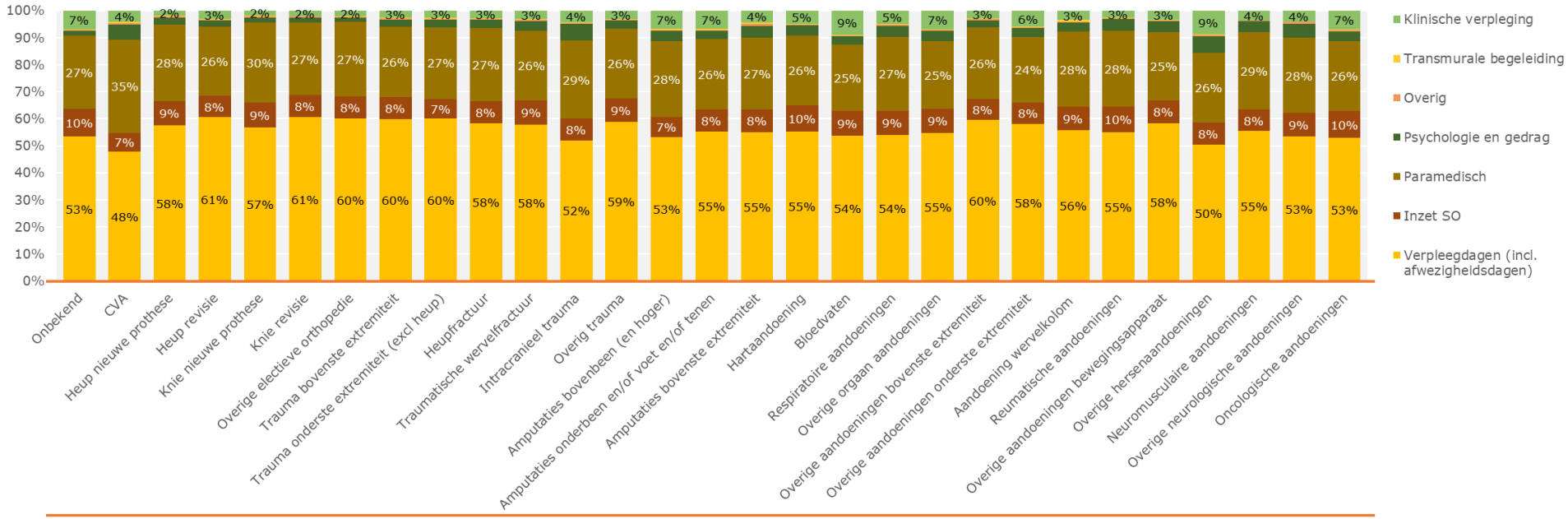
Figuur 8: Geleverde zorg binnen de PMZ binnen de GRZ-zorgproducten 2015 t/m 2019.

De uitsplitsing van de verschillende categorieën zorgactiviteiten is ook nog gemaakt verder uitgesplitst per duur van het zorgproduct. Hierbij houden we weer de indeling van de duur aan die in de zorgproductomschrijving staat. De zorg bij ambulante zorgproducten is voor PMZ, bij zorgproducten met verblijf is een substantieel deel uiteraard de verpleegdagen. Deze nemen verhoudingsgewijs steeds meer toe naarmate de duur van het product langer is. Tevens stijgt het aandeel Klinische verpleging sterk naarmate de duur langer wordt, wat strookt met de langere verblijfsduur (figuur 9).

De uitsplitsing is ook gemaakt per diagnose zoals in de productstructuur van de GRZ mogelijk is (figuur 10). Hierbij lijkt het beeld van de zorgactiviteitcategorieën over de diagnose een redelijk constant te zijn. Vooral het aandeel Klinische verpleging wisselt, wat samenhangt met de verschillende gemiddelde verblijfsduur per diagnose.



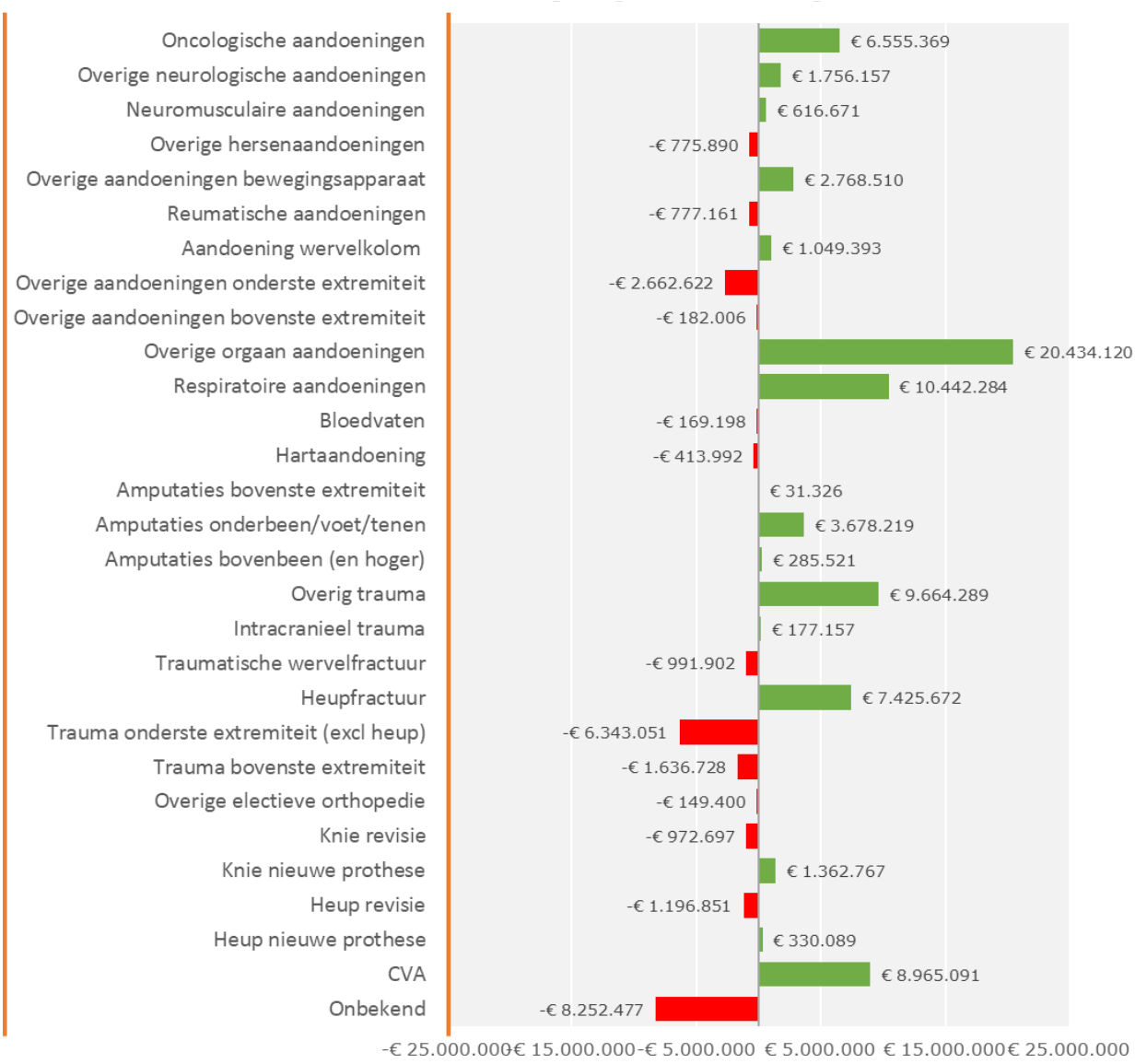
Figuur 9: Geleverde zorg binnen de GRZ-zorgproducten 2015 t/m 2019, uitgesplitst per duur van het product.



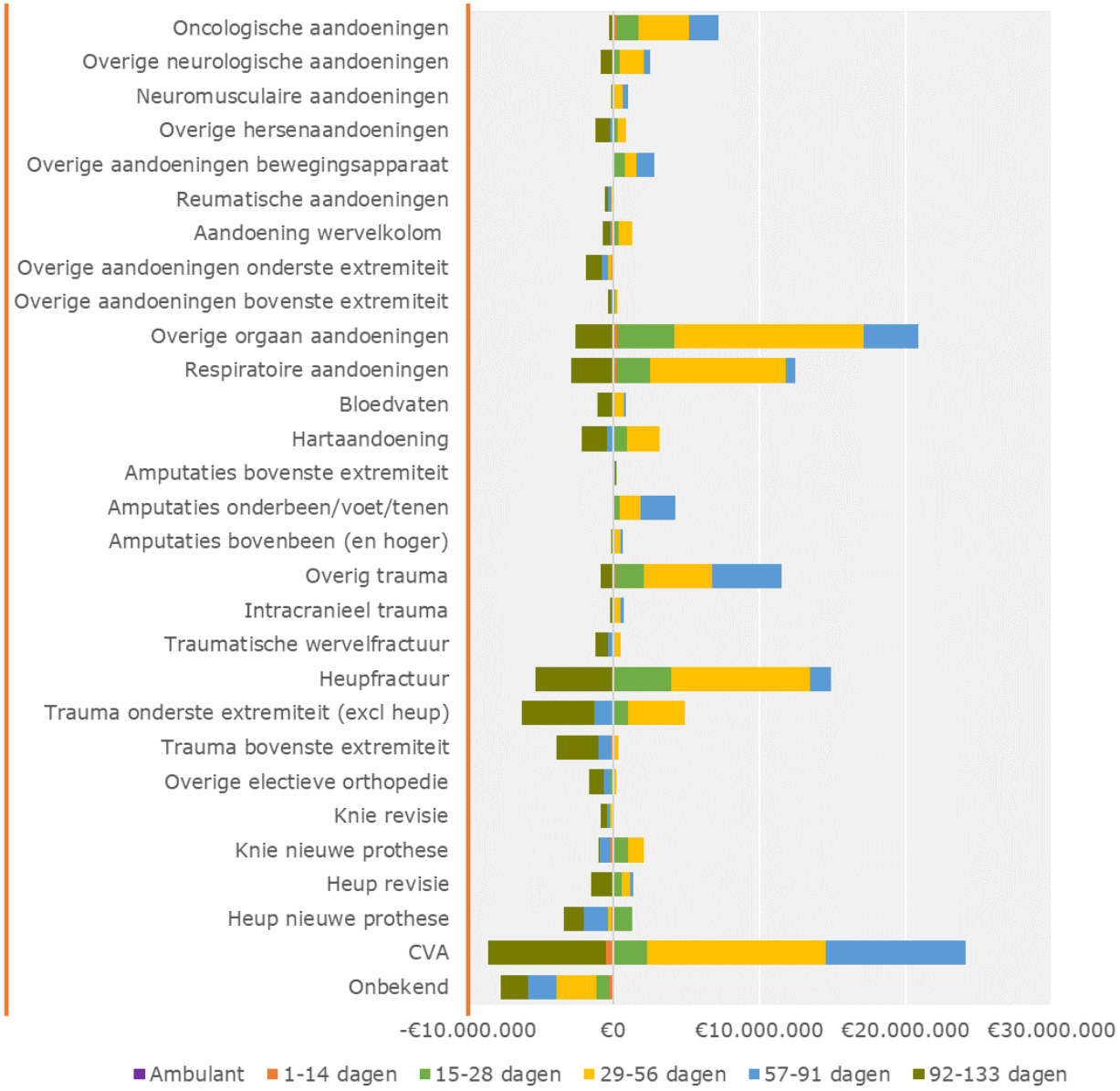
Figuur 10: Geleverde zorg binnen de GRZ-zorgproducten 2015 t/m 2019, uitgesplitst per diagnosetypering van het product.

Kosten binnen de GRZ

In de vergelijking tussen 2015 en 2019 is ook gekeken naar de gemiddelde vergoedde kosten per zorgproduct. Deze zijn weer uitgesplitst per diagnose (figuur 11). Overall stijgen de kosten van de GRZ over deze periode (van ongeveer 690 naar 760 miljoen euro, tabel 1). Tussen de diagnose zit echter groot verschil in de verandering over de tijd. Er zijn een aantal diagnoses die in de afgelopen vijf jaren duurder zijn geworden, maar daartegenover staan ook een aantal diagnoses die goedkoper zijn geworden. Dit hangt voor een deel samen met de veranderende verblijfsduur over de tijd per diagnose. In figuur 10 is te zien dat het aandeel van de zorgproducten met een lange verblijfsduur met name voor kostendalingen zorgen terwijl de producten met kortere verblijfsduur verhoudingsgewijs voor meer kostenstijgingen zorgen (figuur 12).



Figuur 11: Verschil in kosten binnen de GRZ-zorgproducten 2015 t/m 2019, uitgesplitst per diagnosetypering van het product.



Figuur 12: Verschil in kosten per verblijfsduur binnen de GRZ-zorgproducten 2015 t/m 2019, uitgesplitst per diagnosetypering van het product.

Waar gaan mensen naar toe na de GRZ

Vanuit het veld kwam de vraag waar mensen terechtkomen nadat het GRZ-zorgproduct gesloten is. Hierbij was met name aandacht voor ziekenhuisopnames, ELV-opnames en Wlz-opnames. Er is daarom gekeken of verzekerden binnen 7 dagen na sluiting van hun GRZ-traject een declaratie hadden die een van deze drie opties (ziekenhuis, ELV, Wlz) indiceert.

Een deel van de mensen heeft na hun eerste GRZ-traject nog een tweede GRZ-traject in hetzelfde jaar gehad, waarbij geldt dat een nieuw traject wordt gedefinieerd als meer dan 30 dagen geen GRZ-declaratie. Dit percentages stijgt heel licht over de jaren (van 2,7% naar 3,2%) (tabel 6). Als er wordt gekeken binnen een week van sluiting van het traject, dan zien we dat het overgrote deel van de verzekerden geen opname aansluitend aan de GRZ-opname heeft gehad. Meest voorkomend is een ziekenhuisopname, daarna ELV en vervolgens Wlz. Gebruik van ELV neemt wel toe over de tijd, terwijl ziekenhuisopnames afnemen.

Tabel 6: Percentages verzekerden waar ze terecht kwamen na hun eerste GRZ-traject voor de jaren 2015 t/m 2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Nieuw GRZ-traject (>30 later)	2,7%	2,9%	3,1%	3,0%	3,2%
Thuis (<7 dagen)	97,1%	97,7%	97,7%	97,7%	97,9%
Ziekenhuisopname (<7 dagen)	2,1%	1,6%	1,5%	1,4%	1,1%
ELV-opname (<7 dagen)	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,6%
Wlz-opname (<7 dagen)	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,4%

Hoewel het gaat om zeer kleine aantallen, is ook nog gekeken naar een uitsplitsing van deze vervolgopnames per DBC-diagnose. Hieruit komen de diagnoses naar voren die sowieso vaak voorkomen (CVA, heupfractuur, overige orgaanaandoeningen en respiratoire aandoeningen), wat er op lijkt dat vervolgopnames niet onevenredig verdeeld zijn over de diagnoses.

Hoe stromen mensen in, in de GRZ

Tevens was er de vraag of mensen steeds complexer zijn als ze instromen, oftewel mensen hebben steeds meer en steeds ernstigere vormen van co-morbiditeit. Tot op zekere hoogte kan ZIN hier onderzoek naar doen. Op basis van declaratiegegevens definieert ZIN een dertigtal chronische aandoeningen. Er is gekeken hoeveel van deze aandoeningen mensen hebben in het jaar dat een GRZ-zorgproduct geopend wordt.

Voor 2015 t/m 2019 is dit beeld redelijk constant (tabel 7). Gemiddeld over de hele populatie ligt het aantal rond de 2,8 waarbij geldt dat 2019 nog niet helemaal compleet is in de data en dit aantal nog (licht) kan oplopen. Er is ook gekeken naar het gemiddeld voor iedereen met tenminste één chronische aandoening, oftewel zijn de zieke mensen zieker geworden over tijd. Ook dit laat een constant beeld zien over de laatste vijf jaren.

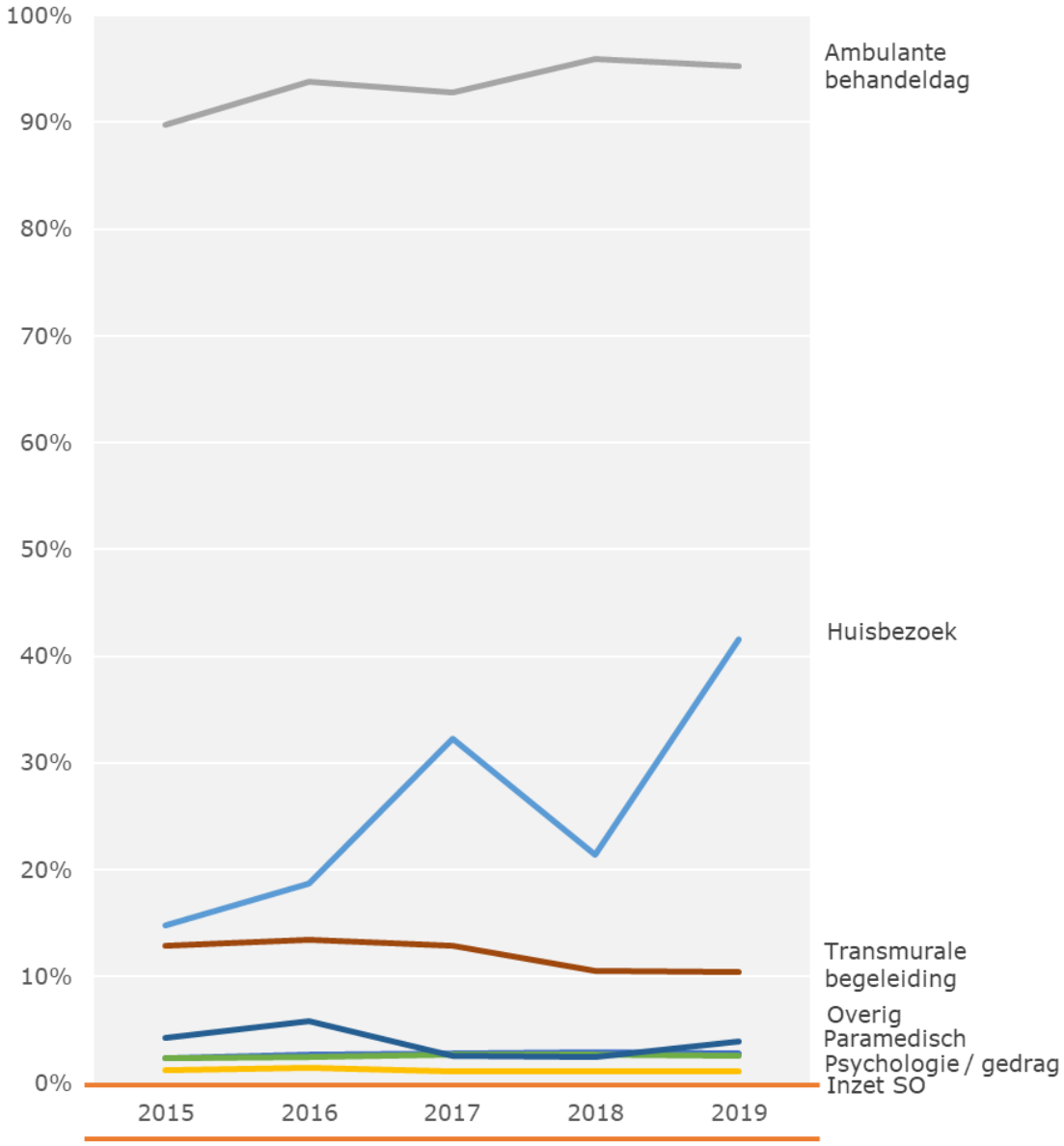
Tabel 7: Gemiddeld aantal chronische aandoeningen in het jaar van hun GRZ-traject voor de jaren 2015 t/m 2019.

	2015	2016	2017	2018	2019
Gem. aantal chronische aandoeningen	2,81	2,87	2,90	2,80	2,43
Gem. aantal chronische aandoeningen bij >1	3,53	3,58	3,59	3,52	3,43

GRZ zorg na opname in revalidatiecentrum

Tenslotte was er nog de vraag vanuit het veld of er veel zorgactiviteiten geregistreerd worden, nadat de laatste verblijfsdag geweest is. Dit duidt namelijk op het geven van GRZ in een ambulante setting na verblijf, maar nog wel binnen het openstaande zorgproduct. Hiervoor is een selectie gemaakt van alle zorgactiviteiten binnen een zorgproduct waarvan de verrichtingsdatum na de laatste verblijfsdag ligt.

Logischerwijs geldt voor de activiteit Ambulante behandeldag dat deze voor 95% wordt geregistreerd na afloop van verblijf. De huisbezoeken zijn voor ongeveer de helft geregistreerd na afloop van verblijf. De overige zorgactiviteiten worden slechts minimaal ambulant geregistreerd, de overgrote meerderheid wordt geregistreerd tijdens het verblijf van de cliënt in de instelling (figuur 13).



Figuur 13: Het percentage van de zorgactiviteitcategorieën (ten opzichte van het totaal van die specifieke categorie) binnen de GRZ-zorgproducten 2015 t/m 2019, welke na afloop van verblijf (dus ambulant) gegeven werden.

Bijlage 3 (2021044806)

Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging sector verpleging en verzorging

Zorgprofiel VV 9b

Bij cliënten heeft medisch-specialistische diagnostiek/interventie plaatsgevonden waarbij doorgaans sprake is geweest van een opname. In aansluiting op de interventie is behoefte aan herstelgerichte behandeling die aanvullende integrale en multidisciplinaire aanpak vereist. De medisch-specialistische diagnostiek/interventie is afgerond. Naast de aandoening waarvoor de cliënt (aanvullende) behandeling ontvangt heeft de cliënt ook andere problemen in de zin van kwetsbaarheid en comorbiditeit (zoals problemen met de bloedsomloop, psychogeriatrische aandoeningen, het bewegingsapparaat en/of metabole stoornissen), hetgeen leidt tot instabiliteit, complicaties en verminderde leer- en trainbaarheid.

Aanvullend op de herstelgerichte behandeling kan functionele diagnostiek noodzakelijk zijn. Deze aanvullende functionele diagnostiek is vooral gericht op het beperkingenniveau van de cliënt, het onderzoeken welke behandeldoelen haalbaar zijn en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren van de verzekerde voor zover mogelijk, voorkomen van verergering van beperkingen en het zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid).

De cliënten hebben ten aanzien van sociale redzaamheid op alle aspecten in ieder geval hulp en vaak overname van zorg nodig. Er is bij deze cliënten sprake van vergaand verlies van zelfregie. Er kan sprake zijn van zwerfgedrag. De cliënten hebben geen grip meer op hun eigen doen en laten.

Cliënten hebben ten aanzien van de verschillende psychosociale/cognitieve functies continu hulp, toezicht en sturing nodig, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot oriëntatie, concentratie, geheugen en denken. Er is vaak sprake van desoriëntatie naar tijd, plaats en persoon.

Ten aanzien van ADL hebben cliënten op alle aspecten hulp of overname van zorg nodig, waaronder eten en drinken, kleine verzorgingstaken, de persoonlijke zorg voor tanden, haren, nagels en huid, de toiletgang, het wassen en kleden.

Ten aanzien van mobiliteit hebben de cliënten vaak hulp of overname van zorg nodig. Gedurende de verblijfsperiode vermindert de mobiliteitsproblematiek substantieel.

In het kader van herstel is verpleegkundige aandacht nodig.

Meestal is geen sprake van psychiatrische problematiek.

De cliënten kunnen soms gedragsproblematiek vertonen. Dit betreft met name dwangmatig gedrag, ongecontroleerd/ontremd gedrag of reactief gedrag met betrekking tot interactie.

De aard van het begeleidingsdoel is veelal gericht op stabilisatie, soms op ontwikkeling of begeleiding bij achteruitgang.

Het beperkingenbeeld van de cliënt verandert langzaam.

De cliënten hebben een tijdelijke behoefte (2-6 maanden) aan extra behandeling en zorg, op meerdere momenten per dag.

Cliënten hebben behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Bij deze cliëntgroep is sprake van een multidisciplinaire inzet van behandelaars, waarbij specialistische deskundigheid op het gebied van ouderengeneeskunde noodzakelijk is.

De dominante grondslag is meestal een somatische of psychogeriatrische ziekte/ aandoening.

2021044798

Bijlage 4

Reacties partijen

LHV, V&VN en NVKG geen opmerkingen/bezwaar

Patiëntenfederatie Nederland

Beste Carel,

Via mijn collega Tom ontving ik onderstaand verzoek, dank daarvoor. Hierbij een reactie.

In de notitie wordt beschreven dat artikel 2.5c Bzv qua omschrijving van de te verzekeren prestaties een doublure vormt met andere prestaties in het Bzv, maar ook dat er vergoedingsbeperkingen kunnen optreden als artikel 2.5c Bzv niet zou bestaan. Vervolgens wordt verder naar een eventuele de vergoedingsbeperking gekeken en wordt beschreven dat het Besluit zorgverzekering ook zonder artikel 2.5c voldoende basis biedt voor (de vergoeding van) de geriatrische revalidatiezorg onder de Zvw. Daarnaast wordt beschreven dat de beroepsgroep(en) in hun zorginhoudelijke documenten een heldere en voldoende uitwerking hebben gegeven om inhoud te geven aan de GRZ als te verzekeren prestatie en dat er geen andere zorginhoudelijke voorwaarden nodig zijn om artikel 2.5c Bzv te laten vervallen.

- ➔ Herstelgericht zorg is voor patiënten een belangrijke schakel om weer naar huis te kunnen. Het is dan ook belangrijk dat deze van goede kwaliteit is. Het is voor patiënten belangrijk dat helder is wat ze mogen verwachten van GRZ (dus dat dat goed omschreven staat), de vergoeding helder is en mensen er qua vergoeding ook niet op achteruit gaan.

In de notitie wordt ook ingegaan op mensen met een Wlz indicatie zonder verblijf en behandeling: Artikel 2.5c lid 2 sub a geeft aan dat mensen met een Wlz-indicatie (zonder verblijf en behandeling) of uitzicht op een dergelijke indicatie, de GRZ onder de Zvw krijgen. Als dit artikel in zijn geheel vervalt, vervalt ook de juridische basis om GRZ onder de Zvw te verlenen aan verzekerden met een Wlz-indicatie. Het Zorginstituut vindt dat geen bezwaar. De uitvoering is gebaat bij zoveel mogelijk heldere afbakeningen tussen domeinen. Het is logisch om aan mensen met een Wlz-indicatie de zorg zoveel als mogelijk onder de Wlz te verlenen. Dit geldt ook voor 'herstelgerichte zorg', zoals de GRZ. Het is niet duidelijk waarom specifiek voor die zorg een uitzondering gemaakt zou moeten worden, ook niet zorginhoudelijk (zie paragraaf 3.2)

- ➔ Uit de notitie wordt voor mij niet duidelijk hoe GRZ gefinancierd wordt voor deze groep als artikel 2.5c vervalt en hoe het therapeutische klimaat voor deze groep geborgd wordt. Kan dat helderder beschreven worden?

Mocht bovenstaande vragen oproepen, dan hoor ik het graag.

Met vriendelijke groet,

Corrien van Haastert | senior adviseur patiëntenbelang

Actiz

Beste Carel,

Hartelijk bedankt voor de mogelijkheid om mee te lezen op het concept advies. Het is wat ons betreft een mooi wel overwogen inhoudelijk advies. De analyse die in de bijlage wordt gegeven is buitengewoon inzichtelijk, die gaan we graag ook verder gebruiken de komende tijd.

ActiZ is blij met het feit dat het Zorginstituut vertrouwen in, zeggenschap maar vooral positie van de professionals binnen de geriatrische revalidatie en andere vormen van (herstel-)zorg binnen de Zorgverzekeringswet erkend en bevestigd. De expertise van de specialist ouderengeneeskunde is leidend binnen de geriatrische revalidatiezorg en dat wordt in het advies duidelijk benadrukt. Ook in de verwijzing van welke zorg passend is. Dat er ruimte komt in directe ambulante revalidatie zonder klinische opname, is een al lang bestaande wens vanuit het veld. We zijn dan ook erkentelijk dat dit straks ook in de regelgeving mogelijk wordt gemaakt.

Het advies om revalidatie voor mensen met een Wlz indicatie te bekostigen vanuit de Wlz, ongeacht verzilvering van verblijf of behandeling, is een zuiver gedachtengoed vanuit de regelgeving. De praktijk echter is een stuk weerbarstiger, de (financiële) mogelijkheden voor revalidatie zijn binnen de Wlz beperkt (het aandeel behandeling binnen een ZZP9b is immers heel beperkt). Dit punt raakt echter een ander meer algemeen punt binnen de ouderenzorg, namelijk het bestaan van ZZP indicaties zonder behandeling (of niet ingekocht door Zorgkantoren) en de onduidelijkheden die dat met zich mee brengt tussen de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Zeker bij thuiswonende ouderen met Wlz zorg. Ons inziens doet revalidatie (GRZ dus, bekostigd vanuit de Zorgverzekeringwet) voor thuiswonenden die ook weer naar huis terugkeren, meer recht aan deze cliëntengroep.

Die weerbarstige praktijk heeft ook zijn weerslag op het beleid van zorgverzekeraars. We zijn dan ook van mening dat het niet de bedoeling kan zijn dat met het afschaffen van artikel 2.5.c in het Bzv, straks zorgverzekeraars nieuwe beperkende (toelatings-)eisen aan geriatrische revalidatie (en herstel-)zorg gaan stellen in inkoopbeleid en polisvoorwaarden. Dat kan wat ons betreft geen reden zijn om het betreffende artikel dan maar te handhaven (zoals hier en daar wordt geopperd) maar het is wel van essentieel belang om deze zorg vanuit het veld mee te nemen in het advies en vooral daarna in de uitwerking, polisvoorwaarden en de zorginkoop. Cliënten moeten er immers ook echt iets mee opschieten!

We willen nogmaals benadrukken dat we verheugd zijn met het advies. Daarnaast zien we dat het belangrijk is om samen met Verenso en andere belanghebbenden aan de slag te gaan met verdere (door)ontwikkeling van richtlijnen en kwaliteitsbeschrijvingen, daar wordt volop aan gewerkt.

Anne Lee Edens
Beleidsadviseur

Verenso

Reactie Verenso 21 oktober 2021

Hartelijk dank voor uw consultatie rondom geriatrische revalidatiezorg. We zijn verheugd met het advies dat de ambulante geriatrische revalidatiezorg (GRZ) mogelijk zou moeten worden gemaakt zonder voorafgaande opname voor patiënten voor wie dit passend is. De conclusie dat de zorg in de GRZ ruimschoots is omschreven en van waarde is voor de zorg voor kwetsbare patiënten doet ons deugd. Tegelijkertijd worden ook een aantal andere overwegingen gemaakt, waar we graag op willen reageren.

Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden

GRZ bestaat uit geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare (veelal oudere) patiënten na een acute aandoening of functionele achteruitgang. De specialist ouderengeneeskunde in de geriatrische revalidatiezorg heeft als hoofdbehandelaar specifieke competenties voor revalidatie. Denk bijvoorbeeld aan het multidisciplinaire karakter van de zorg, de behandeling met

revalidatiedoelen voor kwetsbare mensen met co-morbiditeit en de groei van het technisch diagnostische arsenaal. Het is daarom belangrijk dat de specifieke deskundigheid van de specialisten ouderengeneeskunde die werken in de GRZ te blijven borgen zoals nu ook gebeurt in de zorgverzekeringswet. Daarom vragen we het Zorginstituut om de beschrijving van 'zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden' te behouden.

Afbakening tussen zorgvormen in de kortdurende revalidatie en herstelzorg

In de conclusie onder 2.4 wordt gesteld dat er geen formele afbakening meer nodig is tussen GRZ enerzijds en ELV en GZSP anderzijds. In de praktijk met de verzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit merken we helaas dat de verschillen niet bij een ieder bekend zijn. We vragen daarom om het verschil tussen GRZ aan de ene kant en ELV en GZSP aan de andere kant nadrukkelijk aan de orde te stellen in het advies. De zorg in het ELV vanuit een herstelvraag vraagt om een andere aanpak dan de revalidatievraag met concrete doelstellingen in de GRZ. In GZSP draait het juist om behoud, verbetering en begeleiding van afname van functioneren samen met de huisarts, zoals bijvoorbeeld met ACP. De komende tijd gaan we aan de slag met actuele beschrijving van zorg in ELV hoogcomplex en GRZ, waarbij de afbakening ook wordt meegenomen. Omdat dit nu nog niet gereed is, is het wat ons betreft nog te vroeg om deze conclusies te trekken en de aparte beschrijving van GRZ los te laten.

Onderscheid GRZ en GZSP

Het onderscheid tussen GRZ en GZSP zou duidelijker kunnen worden gemaakt door niet op basis van diagnosen onderscheid te maken, maar op basis van zorgbehoefte en triage. Het beloop bij deze diagnosen kan namelijk ook aanleiding geven tot een GRZ indicatie. Bij de GRZ gaat het vaak om een indicatie stelling na een acute achteruitgang/aanleiding. Er zijn bij GRZ één of meerdere revalidatiedoelen op activiteiten en participatie niveau, terwijl bij GZSP wordt gekeken hoe een niveau van functioneren kan worden behouden.

Toegang tot GRZ voor verzekerden met een Wlz indicatie

Alle kwetsbare patiënten met een revalidatiebehoefte zouden recht moeten hebben op passende revalidatiezorg. De prognose van de patiënt zou hier leidend moeten zijn. Ook vanuit Passende Zorg wordt juist gekeken hoe de verbinding tussen domeinen kwetsbare patiënten kan helpen om passende zorg te krijgen. Patiënten met een Wlz-indicatie die nog thuis wonen zijn juist gebaat bij GRZ. We hebben het hier specifiek over patiënten waarvan de verwachting is dat ze na de revalidatie weer naar huis kunnen. Voor hen biedt VV9b onvoldoende mogelijkheden voor behandeling. We vragen om de prognose voor de patiënten als uitgangspunt te nemen voor een heldere afbakening. We kunnen ons wel vinden in de adviezen omtrent patiënten met een uitzicht op een Wlz-indicatie. Ook is VV9b wel passend voor patiënten met indicatie die na revalidatie niet zelfstandig kunnen wonen zoals beschreven in het advies.

Borgen van bekostiging multidisciplinaire samenwerking

Tot slot maken we ons zorgen om het verdwijnen van de noemer paramedische zorg onder geriatrische revalidatie. In de GRZ draait het om de multidisciplinaire behandeling en is een naadloze bekostiging van verschillende onderdelen essentieel. Alle componenten samen maakt het multidisciplinaire revalidatiezorg. We pleiten ervoor artikel 2.5c Bzv zo in te richten dat bekostiging geborgd wordt.

ZN

Dat het artikel 2.5.c herschreven moet worden, omdat we intussen jaren verder zijn en de SO intussen een plaats in de Zvw heeft, lijkt ons niet een basis om dit in zijn geheel te laten vervallen. Dat er geregeld afbakeningsdiscussies zijn, herkennen we wel. Een herziening van het artikel kunnen we ons wel voorstellen. Ditzelfde zou ook bij MSR ook hebben gespeeld. We begrijpen dat dit bij MSR ook heeft geleid tot een nieuwe duiding. Een aantal onderdelen binnen de GRZ-discussies is herkenbaar voor medisch advies:

1. De afbakeningsvraagstukken: dit zit onder andere in discussie welke doelgroep heeft behoefte aan welk behandelaanbod:

MSR versus GRZ; GRZ vs ELV ; GRZ vs GZSP of GRZ vs VV9b (Wlz)
Stichting Hersenz had er een mooie metafoor voor:
MSR is revalideren in tempo "Snelkookpan"
GRZ is revalideren in tempo "normaal koken"
En GZSP is revalideren in tempo "Slow Cooking"

2. Daarnaast is de discussie opgeworpen of GRZ altijd intramuraal (dus met Verblijf) moet plaatsvinden en of ambulant ook passend is.
3. Tenslotte is vermeld dat de disciplines afzonderlijk allemaal al een plaats hebben in de Zvw, waardoor deze nadere omschrijving overbodig zou zijn.

Ad 1)

Afbakening:

We menen dat de indicatiestelling/ GA door een specialist ouderengeneeskunde (SO) of klinisch geriater goed mogelijk zou moeten zijn. Grijze gebieden blijven altijd bestaan. Bij het geriatrisch assessment (GA) zou dit onderscheid gemaakt moeten kunnen worden. Uit GA moet ook duidelijk blijken dat er een zorgvraag is waarvoor behandeling noodzakelijk is. Uitsluitend de behoefte aan zorginzet, zonder behandeling (ELV of WV thuis) of een zorgvraag waarbij de noodzaak van behandeling onvoldoende aantoonbaar is (WV thuis of Wlz).

Op dit moment zijn er ook meerdere zorgaanbieders die al verzoeken indienen om uitzonderingen en/of extra financiële ruimte naast de bestaande DBC's binnen de GRZ.

Afbakening GRZ- ELV: in onze optiek kan ELV "Verblijf met zorg" blijven bestaan. Zodra er een behandelvraag naast bestaat, zou GRZ meer passend zijn. Dus ELV HC zou hiermee komen te vervallen. Dat maakt de afbakening wat ons betreft meer helder.

Afbakening GRZ- GZSP: bij een omschreven behandelprogramma, met een bepaalde behandelintensiteit en realiseerbare einddoelen, zou GRZ meest passend zijn tov GZSP. De beroepsgroep van SO's heeft helaas onvoldoende richtlijnen en zorgprogramma's ontwikkeld die duidelijkheid geven over de behandelgroepen en behandeldoelen. De huidige omschrijvingen in de DBC structuur lijkt ook niet passend. De DBC Overig wordt frequent gebruikt omdat de andere DBC niet passend zijn of (financieel) niet toereikend of waarvoor geen passend zorgprogramma beschikbaar is.

Afbakening GRZ-VV9b: een Wlz indicatie impliceert revalidatiezorg volgens VV9b. Maar als men thuis woont en zorg uit Wlz ontvangt, dan is er weer recht op GRZ uit de Zvw. We pleiten voor duidelijke afbakening: eenmaal Wlz (waarbij zorg ofwel thuis ofwel in een instelling) Beleidsmatig zou het ook beter passend zijn om Zvw client met revalidatievraag dan GRZ, en Wlz client met revalidatievraag dan VV9b . (Ongeacht de woonlokatie). Als bij aanvang revalidatievraag er duidelijk sprake is van Wlz vraag, dan kan er direct een VV9b geopend worden uit Wlz. Dit doet meest recht op een Wlz plaats.

Ad 2)

GRZ zorgaanbod intramuraal of extramuraal. We zien een noodzaak dat GRZ qua kwaliteit

en doelmatigheid bij voorkeur (in eerste instantie, bij aanvang) intramuraal moet plaatsvinden vanwege:

a. therapeutische klimaat/ behandelomgeving
b. Multidisciplinaire afstemming tussen de diverse behandelaren wat leidt tot kwaliteit van Zorg
c. Naast behandeling kan ook zorgverlening plaatsvinden en ook dit in afstemming met behandelaren. Eén product, één behandeltarief leidt automatisch tot multidiciplinaire/ interdisciplinaire afstemming (vergelijk MSR)

Hierdoor zien we een borging van doelmatigheid, behandelinzet en kwaliteit van zorg

Extramuraal/ Ambulant: Bij GRZ gaat het om de onderlinge samenwerking en samenhang om de doelen te behalen. Het gaat bij GRZ om multi-/interdisciplinaire zorg waarbij het team van behandelaars en verpleegkundigen iets toevoegt tov de losse producten!! Dit itt zorg in de eerste lijn waarbij ieder zijn 'eigen ding doet' en daarmee ook een gat valt in de zorg en doelmatigheid. En uiteraard niet alles onder een vergoeding valt.

De afbakening in de thuissituatie wanneer de behandeldoelen behaald zijn en met welk resultaat, kan leiden tot perverse prikkels om GRZ niet binnen passende termijnen af te ronden. Ook omdat richtlijnen ontbreken en zeker als de 6 maanden grens komt te vervallen. Men kan dan behandeltempo zelf bepalen. De doelmatigheidsprikkel ontbreekt dan ons inziens.

Ook een reëel risico dat GRZ in de thuissituatie een argument is om de Wlz niet aan te vragen, als GRZ in de Zvw de Wlz uitsluit, zoals hier beschreven. Of voor het CiZ een argument om de Wlz niet af te geven, omdat er nog wel even door-gerevalideerd kan worden. Hierin zien we duidelijke beheersrisico's.

Ad 3)

De disciplines zijn allemaal afzonderlijk beschreven in de Zvw waardoor een omschrijving van een integraal product GRZ komt te vervallen?

Daar zijn we het helemaal mee oneens! De meerwaarde van een interdisciplinair behandelaanbod hebben we bij 2) genoemd. "Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden' wil men laten vervallen, en dit binnen de definitie 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' laten voortbestaan. Zowel op inhoud en expertise zit duidelijk een verschil. Dat er raakvlakken zijn, ontkennen we niet,, maar het zijn echt twee gescheiden beroepen met hun eigen competenties en opleidingseisen.

Bovendien is voor parazorg niet altijd onbeperkt aanspraak Zvw basisverzekering of AV. De verantwoordelijk behandelaar kan , aldus VWS, vaststellen waar de individuele verzekerde op is aangewezen. Daarnaast komt de omschrijving '"Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden' te vervallen, specifiek voor GRZ? Dus de huisarts zou dan ook een GA kunnen doen? GRZ bieden en zelfs regiebehandelaar worden? We zien veel haken en ogen, zeker over de kwaliteit van zorg.

En mbt paramedische zorg : dit betekent dat paramedische zorg als onderdeel van revalidatiezorg geen vergoedingsbeperkingen kent, die wel gelden voor de apart geregelde paramedische prestaties. Dit betekent dat inhoudelijk gezien de aparte regeling van de GRZ in het Bzv een doublure vormt met andere aanspraken, maar dat qua vergoeding er wel een verschil bestaat door de vergoedingsbeperkingen bij de specifieke prestaties. Als we dit verschil niet gerechtvaardigd vinden, dan moeten we hiervoor een oplossing vinden als we artikel 2.5c Bzv willen schrappen of op een andere leest willen schoeien.