

Hartelijke dank voor mogelijkheid om te reageren op de twee notities over kortdurende zorg behorende bij het overleg op 25 januari 2024; *Prestaties modulaire bekostiging tijdelijk verblijf en Kostprijs naar tarief*. Allereerst geven we een aantal algemene uitgangspunten voor bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde. In het tweede deel beantwoorden we een aantal vragen uit de notities daar waar het direct betrekking heeft op de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de genoemde zorgvormen.

Eerst ELV, dan pas GRZ onderzoeken

In eerste instantie willen we benadrukken dat het positief is dat er aandacht wordt besteed aan de bekostiging van kortdurende zorg, mits de zorginhoud als leidraad wordt gehanteerd. Verenso herhaalt dat zij geen voorstander is van het toekennen van dezelfde bekostigingsstructuur aan GRZ als die van ELV. Onze voorkeur gaat uit naar een verdere uitwerking van ELV. De behandeling in ELV hoogcomplex (voor patiënten met een herstelvraag) en GRZ (voor patiënten met een revalidatiedoel) verschilt aanzienlijk, waardoor meer onderzoek nodig is om de juiste bekostigingskenmerken te bepalen. We pleiten voor een aanpak waarbij de zorginhoud leidend is en waarbij de focus in eerste instantie ligt op ELV.

Regiebehandelaar met medisch inhoudelijke verantwoordelijkheid

In de uitwerkingen van de prestaties zien we op verschillende plekken de term regiebehandelaar terugkomen. Meerdere disciplines kunnen regiebehandelaar zijn. Voor de specialist ouderengeneeskunde is het essentieel om de koppeling met de behandelverantwoordelijkheid en (medisch)inhoudelijke verantwoordelijkheid zoals een arts deze biedt mee te nemen. Dit is een bredere verantwoordelijkheid dan de regiebehandelaar die alleen de continuïteit en samenhang van de behandeling bewaakt, zorgt voor voldoende overleg en afstemming tussen betrokken zorgprofessionals en erop toeziet dat er één vast aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten. Zie ook beschrijving in [221213-Kwaliteitsbeschrijving-geriatrie-revalidatiezorg-Verenso.pdf](#).

Complexe multidomeinproblematiek werkveld van specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde is de regiebehandelaar daar waar het gaat om patiënten met complexe multidomeinproblematiek, met enkelvoudige of opeenstapeling van fysieke aandoeningen en/of toenemend regieverlies. We zijn geen behandelaar voor patiënten die nu onder ELV laagcomplex vallen. We vinden het belangrijk dat bij de uitwerking van de bekostiging helder is welke arts wanneer de medische verantwoordelijkheid heeft.

Verdieping observatie en diagnostiek

Het ontbreken van bekostiging van observatie en diagnostiek was een belangrijke reden om de bekostiging voor ELV te herzien. We zien echter dat er nog verwarring is hoe observatie en diagnostiek kan worden ingezet. Daarom hebben we met een werkgroep van specialisten ouderengeneeskunde een verdiepende notitie gemaakt om observatie en diagnostiek voor bekostigingsdoeleinden uit te leggen. Deze is in de bijlage opgenomen.

Reactie op vragen in notitie *Prestaties modulaire bekostiging tijdelijk verblijf*:

- **Ambulante GRZ is ook GRZ.** Geriatrie revalidatiezorg (GRZ) is bedoeld voor kwetsbare ouderen om te revalideren en te herstellen na een (sub)acute achteruitgang in functioneren. Daarom valt ambulante GRZ ook onder GRZ en niet onder GZSP. Dit zijn duidelijk afgebakende zorgvormen. Omdat er op dit moment nog geëxperimenteerd wordt met ambulante GRZ en er te weinig praktijkervaringen beschikbaar zijn, kunnen we ons vinden in de aanname dat de tijdsverdeling direct/indirect gelijk in de behandelmodules is aan GRZ met verblijf (m.u.v. reiskosten).

- **Diagnostiek elders is bekostiging elders.** Bij het vergelijken van de aanspraken tussen ELV en GRZ wordt opgemerkt dat in de GRZ dat verschillende mogelijkheden zijn voor bekostiging van diagnostiek 'elders' (niet door huisarts of specialist ouderengeneeskunde maar overige zorgaanbieder elders). Een diagnostiek op een andere plaats zien we als een verwijzing naar een andere zorgvorm, waardoor het logisch is om dit ook 'elders' te bekostigen. Bovendien zien we in de praktijk terug dat bekostiging via 'onderlinge dienstverlening' te veel problemen oplevert.
- **Module Behandeling medisch**
 - **MDO is directe tijd.** Voor de specialist ouderengeneeskunde wordt het MDO als directe tijd beschouwd. In de ouderenzorg is afstemming en coördinatie tijdens het MDO gelijkwaardig aan het zien van de patiënt. Daarom verzoeken wij de NZa om in de nieuwe bekostigingsstructuur het MDO op te nemen als directe tijd in de modules.
 - **Uitleg hoe indirecte tijd in tarief is verdisconteerd.** Alleen directe tijd wordt in de module gedeclareerd, een keuze die hoort bij modulaire bekostiging. Dit vraagt echter uitleg voor zorgprofessionals die minder thuis zijn in het systeem van bekostiging. We adviseren de NZa om in de omschrijving op positieve wijze uitleg te geven over wat is verdisconteerd in het tarief. I.p.v. 'contact met andere zorgaanbieders kan niet apart in rekening worden gebracht', zou ons tekstvoorstel zijn: 'indirecte tijd zonder patiëntcontact (m.u.v. MDO) zoals contact met andere zorgaanbieders is in het tarief verdisconteerd, daarom kan dit niet apart in rekening wordt gebracht'.
 - **Maak duidelijk hoe zorgvormen in prestaties zijn verwerkt.** In het voorstel van de modules draait het om wat we nu ELV laagcomplex, ELV hoogcomplex en GRZ noemen. Bij tariefstelling per module wordt uitgegaan dat de verhouding directe/indirecte tijd gelijk is voor alle zorgvormen. Wij hebben onze twijfels of dit ook in de praktijk werkbaar is. We gaan de komende tijd met een aantal van onze leden verder onderzoeken in welke praktijkvoorbeelden dit beter zichtbaar kan maken. We houden de NZa graag op de hoogte van onze bevindingen.
 - **Regiebehandelaar met medisch inhoudelijke verantwoordelijkheid.** Zoals in de inleiding aangegeven gaat het regiebehandelaarschap van de specialist ouderengeneeskunde samen met medisch inhoudelijke verantwoordelijkheid. We stellen voor om dit in de uitwerking van de prestatie op te nemen.
 - **Geriatrisch assessment en observatie en diagnostiek zijn niet hetzelfde.** De tweede prestatie van Behandeling medisch wordt beschreven dat observatie en diagnostiek gelijk is aan een geriatrisch assessment. Dat is niet de juiste weergave. Een geriatrisch assessment vindt altijd plaats bij aanvang van een herstel- of revalidatietraject. Een conclusie uit het assessment kan zijn dat observatie en diagnostiek noodzakelijk is. We denken graag met de NZa na over hoe dit beter in de prestatie kan worden weergegeven.

Reactie op vragen in notitie *Kostprijs naar tarief*:

- **Bij combineren kostprijsonderzoeken ELV en GRZ rekening houden met ontwikkeling beloning.** In de notitie *Kostprijs naar tarief* wordt aangegeven dat om tot een experimentprestatie te komen het tariefonderzoek van GRZ over 2020 wordt betrokken (4.2). De afgelopen jaren kenmerken zich door veel prijsontwikkelingen. We vragen daarom NZa om voor doorrekenen van salarissen recente wijzigingen mee te nemen. Daarbij willen we specifiek de recente afspraken over de CAO VVT benoemen waarin afspraken zijn gemaakt om lonen met 10% te verhogen.

- **Wijziging bekostiging Toegang tot GRZ vanuit ELV.** We kunnen ons vinden in het voorstel om de bekostiging van het geriatrisch assessment t.b.v. toegang tot GRZ vanuit ELV naar ELV bekostiging te verplaatsen. Voor patiënten die vanuit huis naar GRZ gaan is bekostiging van geriatrisch assessment echter nog wel logisch vanuit GZSP. We vragen NZa om te verduidelijken dat de bekostiging voor patiënten op dit zorgpad ongewijzigd blijft

Tot slot willen we nogmaals benadrukken dat het cruciaal is om eerst de bekostiging van ELV nader uit te werken voordat wordt onderzocht of dezelfde structuur op GRZ kan worden toegepast. Dit is met name belangrijk gezien de verschillen in kenmerken tussen de zorgvormen en de verhouding tussen directe en indirecte tijd. Daarnaast verzoeken wij de NZa vriendelijk om de rol van de regiebehandelaar door de specialist ouderengeneeskunde, meer prominente aandacht te geven bij de uitwerking van de modules als het gaat om patiënten met complexe multidomeinproblematiek.

Mochten er naar aanleiding hiervan vragen zijn, dan horen we dat graag.