

Aan

ActiZ, Verenso en ZN

Van

NZa (in overleg met Zorginstituut en VWS)

Onderwerp

Toegang tot de geriatrische revalidatiezorg

Datum

7 april 2020

Vooraf

We hebben twee vragen ontvangen over de toegang tot geriatrische revalidatiezorg (grz) in relatie tot de corona-uitbraak:

1. Mag de specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment uitvoeren voor toegang tot de grz, zonder tussenkomst van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde?
2. Na de ziekenhuisopname verblijven patiënten tijdelijk op speciale COVID-units / externe isolatieafdelingen. Daarna start (indien nodig) het revalidatietraject. Hierdoor zit er meer dan een week tussen de ziekenhuisopname en start van het grz traject. Is dit toegestaan?

Bij beide vragen is het de vraag of de NZa-regelgeving een beperking vormt en/of de formele toegang tot de grz via artikel 2.5c uit het Besluit Zorgverzekering een beperking vormt. In deze notitie schetsen we de casus, lichten we toe of onze regelgeving hierin een belemmering vormt en geven we de reactie van het Zorginstituut op de vraag of artikel 2.5c een beperking vormt.

Huidige wetgeving rond toegang tot de grz

Op dit moment moet voldaan worden aan [artikel 2.5c van het Besluit Zorgverzekering](#) om toegang te krijgen tot de grz. In artikel 2.5c staat het volgende geschreven:

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.

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](#).

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.

4 De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het eerste lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

1. Mag de specialist ouderengeneeskunde een geriatrisch assessment uitvoeren voor toegang tot de grz, zonder tussenkomst van een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde?

Pagina
2 van 3

Casus

Zowel ActiZ als meerdere individuele zorgaanbieders verzoeken om het mogelijk te maken dat de specialist ouderengeneeskunde (op afstand) de triage uitvoert voor de grz, zonder tussenkomst van klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde uit het ziekenhuis. De klinisch geriater en internist ouderengeneeskunde krijgen hierdoor meer ruimte om zorg te leveren aan patiënten met het corona-virus. De druk op de ziekenhuizen wordt hierdoor verlaagd.

Regelgeving NZa: Hoe kan de triage door de specialist ouderengeneeskunde (op afstand) gedeclareerd worden?

Wanneer het geriatrisch assessment conform de opgestelde standaarden en richtlijnen door de specialist ouderengeneeskunde wordt uitgevoerd, kan dit aan de hand van de DBC-systematiek en de geldende regels geregistreerd en gedeclareerd worden. Binnen de regelgeving van de NZa wordt geen voorwaarde gesteld wie het geriatrische assessment moet uitvoeren om toegang tot de geriatrische revalidatiezorg te krijgen, dit volgt alleen uit artikel 2.5c.

Er bestaat voor de geriatrische revalidatiezorg een zorgactiviteit voor 'trage door de SO' (194814). Daarnaast is het reeds mogelijk om binnen de geriatrische revalidatiezorg, zorg op afstand te registreren. Bij zorg op afstand binnen de geriatrische revalidatiezorg, mag directe behandelijd worden geregistreerd als het behandelen betreft in het kader van een op te stellen of uit te voeren behandelplan. Als dat het geval is, dan kan hiervoor behandelijd worden geregistreerd.

Reactie Zorginstituut: Vormt artikel 2.5c een belemmering in bovenstaande casus?

Een specialist ouderengeneeskunde kan met behulp van een geriatrisch assessment of gelijkwaardige vorm van indicatiestelling een indicatie stellen voor de grz. Daarmee is de toegankelijkheid van deze zorg, zoals beschreven in het eerste lid van 2.5c Besluit zorgverzekering, vanuit de eigen omgeving, mogelijk.

Dit geldt niet alleen voor de huidige situatie rond de corona-uitbraak, maar geldt per 1 januari 2020. Per 1 januari 2020 is de specialist ouderengeneeskunde volledig onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Een onderdeel van het arsenaal van de specialist ouderengeneeskunde is het geriatrisch assessment om onder andere aan de hand daarvan interventies te bepalen. Dit betekent concreet dat de specialist ouderengeneeskunde per 2020 met behulp van een geriatrisch assessment of gelijkwaardige vorm van indicatiestelling een indicatie kan stellen voor de grz.

2. Na de ziekenhuisopname verblijven patiënten tijdelijk op speciale COVID-units / externe isolatieafdelingen. Daarna start (indien nodig) het revalidatietraject. Hierdoor zit er meer dan een week tussen de ziekenhuisopname en start van het grz traject. Is dit toegestaan?

Pagina
3 van 3

Casus

Zorgaanbieder Coloriet heeft de volgende vraag ingediend bij ActiZ: *'Volgens de spijtoptantregeling kan binnen een week na ziekenhuisopname een elv-indicatie alsnog worden omgezet naar grz. Momenteel is het zo dat patiënten met (een verdenking van) besmetting met het coronavirus veelal eerst naar herstelunits/externe isolatie-afdelingen gaan voordat zij naar een verpleeghuis gaan voor grz. In die herstelunits wordt zorg geleverd o.b.v. elv hoog-complex. Wanneer mensen hersteld zijn van Covid-19 en de druppelisolatie is opgeheven, komen mensen naar onze grz-afdeling. Dat zal er echter toe leiden dat vaak meer dan een week tijd zal zitten tussen ziekenhuisopname en opname grz. Weet jij of er een verruiming komt voor de spijtoptantregeling? Mogen wij meerdere weken na ziekenhuisopname voor deze herstelde Covid-patiënten een DBC openen om de grz te leveren?'*

Regelgeving NZa

Ook in bovenstaande casus geldt dat de regelgeving van de NZa geen belemmering vormt. Wij hebben geen voorwaarde opgenomen dat de zorg binnen een week moet aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.1. Het enige moment waarop wij de voorwaarde stellen dat voorafgaand aan het openen van een grz zorgtraject een noodzakelijk ziekenhuisverblijf heeft plaatsgevonden, is wanneer er sprake is van een nieuwe grz zorgvraag die ontstaat tijdens een reeds lopend grz zorgtraject. Deze voorwaarde levert echter geen belemmering op in de beschreven casus.

Reactie Zorginstituut: Vormt artikel 2.5c een belemmering in bovenstaande casus?

Als de periode tussen de beëindiging van het verblijf en de toegang tot de grz langer is dan een week (lid 2 artikel 2.5c Bzv), vinden wij de analogie met het ontbreken van een voorafgaand verblijf gerechtvaardigd. Omdat het gaat om patiënten met een acute aandoening en acute mobiliteitsstoornissen gaan wij er van uit dat de toegang tot de grz ook in deze gevallen zorginhoudelijk kan worden vastgesteld en kan plaatsvinden na een geriatrisch assessment door de specialist ouderengeneeskunde (lid 3 artikel 2.5c Bzv).