

Nieuwsbrief

Behandelmodules

Nummer 2, 10 oktober 2014



Deze nieuwsbrief informeert u over de laatste stand van zaken in de ontwikkeling van de behandelmodules voor revalidatie. Deze modules beschrijven de onderdelen waaruit een revalidatiebehandeling kan worden opgebouwd.

In deze nieuwsbrief vindt u de volgende onderwerpen:

1. Nieuwsbrief Behandelmodules
2. Waarom behandelmodules?
3. Het programma Behandelmodules en Bekostiging
4. Interview met Marc van Gestel, lid Projectgroep Behandelmodules en Bekostiging
5. De stand van zaken
6. Veel gestelde vragen

Meer informatie:

Revalidatie Nederland, Jeroen Schols, projectleider, j.schols@revalidatie.nl

VRA, Wijnandien Hoek, directeur, w.hoek@revalidatiegeneeskunde.nl

1. Nieuwsbrief Behandelmodules

Het programma Behandelmodules en Bekostiging heeft een grote impact op de revalidatiesector. Via deze nieuwsbrief houden we u op de hoogte van de ontwikkelingen binnen dit programma. In deze tweede uitgave gaan we in op de ontwikkeling van het programma Behandelmodules en Bekostiging en wat de stand van zaken op dit moment is. Deze nieuwsbrief verschijnt regelmatig voor de duur van het programma.

2. Waarom behandelmodules?

Voor de bekostiging van de medisch specialistische revalidatie werd op 1 januari 2013 een nieuwe productstructuur ingevoerd. Het was de bedoeling deze productstructuur verder door te ontwikkelen. De NZa kwam echter in dezelfde periode met het voorstel om, op basis van een beschrijving van de kenmerkende zorgactiviteiten, een nieuwe productstructuur te gaan ontwikkelen. Daarom werd besloten de doorontwikkeling van de productstructuur opnieuw te bekijken. De conclusie was dat de opbrengst van het vakgebied tot uitdrukking zou moeten komen

in de bekostiging. Dit zal een bijdrage leveren aan de zichtbaarheid van het belang van de medisch specialistische revalidatiesector. Hiermee kan de medisch specialistische revalidatie haar unieke positie ten opzichte van andere revalidatievormen (geriatrische revalidatie, eerstelijnszorg en orgaanrevalidatie) duidelijk beschrijven. Revalidatie Nederland en de VRA hebben de ontwikkeling van landelijke behandelmodules vervolgens voortvarend opgepakt.

Het doel van de ontwikkeling van landelijke modules is om op termijn een modulaire productstructuur in te voeren. Hiermee wordt de relatie tussen de bekostiging (hoe worden revalidatie-aanbieders betaald) en de praktijkvoering (welke vorm van revalidatie wordt geleverd) inzichtelijk gemaakt en neemt de hanteerbaarheid van het systeem toe.

3. Het programma Behandelmodules en Bekostiging

Het programma Behandelmodules en Bekostiging is gestart in 2013. In dat jaar zijn intensieve voorbereidingen getroffen. In 2014 worden de behandelmodules beschreven.

Een behandelmodule is een beschrijving van een aantal samenhangende zorgactiviteiten, gericht op een behandeldoel. Verschillende behandelmodules vormen samen de behandeling.

Projectgroep en Stuurgroep

Het programma Behandelmodules en Bekostiging staat onder leiding van een stuurgroep. In de stuurgroep hebben naast de VRA en Revalidatie Nederland de NZa, Verenso, DBC-Onderhoud, Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ) zitting. Voorzitter van de stuurgroep is Luikje van der Dussen, bestuurslid van de VRA en revalidatiearts bij Merem Behandelcentra. De stuurgroep is eindverantwoordelijk voor het hele project.

Daarnaast is er een projectgroep die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het project. In de projectgroep hebben onder andere bestuurders van verschillende revalidatiecentra zitting. Voorzitter van de projectgroep is Rob Beuse, lid Raad van bestuur van De Hoogstraat Revalidatie.

Tranches en werkgroepen

Gedurende het project komen verschillende werkgroepen bij elkaar om de behandelmodules te beschrijven. Hierbij wordt gekeken naar de inhoud van de medisch specialistische revalidatie. Wat doen we nu precies? Deze werkgroepen bestaan uit revalidatieartsen en managers van de revalidatie-instellingen (revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen).

4. 'Registreren, registreren, registreren....'

Interview met Marc van Gestel

Marc van Gestel is lid van de Raad van Bestuur van het Rijnlands Revalidatie Centrum en revalidatiearts. Hij maakt deel uit van de projectgroep Behandelmodules en bekostiging. Als bestuurder, voormalig bestuurslid van Revalidatie Nederland en als revalidatiearts kent hij de bestuurlijke en de inhoudelijke kant van het revalidatievak. Vanuit die rol levert hij input en probeert hij het project Behandelmodules en Bekostiging tot een goed einde te brengen.



Van Gestel is enthousiast over het verloop van het project. 'Ik ben zeer positief over de samenwerking tussen VRA en Revalidatie Nederland. Maar ook over het enorme elan waarmee Revalidatie Nederland de professionals in de gelegenheid stelt om dit project te realiseren. Ik ben onder de indruk van de inzet van de artsen in de werkgroepen.'

Het vergt veel tijd en overal is een tekort aan artsen. Desondanks gaan ze met veel enthousiasme aan de slag. 'Positief verrast is Van Gestel over het resultaat tot nu toe. 'Als ik lees wat er uit de eerste twee tranches is gekomen aan modules, ben ik heel optimistisch. Ook de derde tranche, die pas een maand oud is, is voortvarend van start gegaan.'

Onzekerheid is er ook, vooral als het gaat om de haalbaarheid binnen de gestelde planning. 'Ik hoop dat er binnen de deadline voldoende 'rijpe' modules zijn en dat we niet met een product moeten werken, dat nog niet af is. Ook is het spannend of de ICT op tijd klaar is om het nieuwe systeem overal te kunnen implementeren.' Van Gestel maakt zich zorgen om de deadlines van de NZa. 'Ik hoop dat we voldoende tijd krijgen om de modules zorgvuldig te registeren en te kijken of het een werkbaar systeem is. Het vangnet ontbreekt, dus het moet wel goed zijn. Je kunt het niet halsoverkop invoeren.'

Koppeling van kosten en inhoud

Hoewel het er wat de ontwikkeling van modules betreft goed uitziet, is er nog wel een slag te slaan. De generieke modules moeten nog gesynchroniseerd worden, zodat ze door alle diagnosegroepen gebruikt kunnen worden. Inmiddels is er een pilot gestart in vier revalidatie-instellingen. Van Gestel: 'Dat is de eerste proef of het werkbaar is. We kijken in de pilot of de modules voldoende onderscheidend zijn en of de huidige behandelprogramma's kunnen worden vertaald naar modules.' De huidige DOTS zeggen niets over de inhoud van de behandeling, de ernst van de aandoening en over homogeniteit van werkzaamheden.

Volgens de planning krijgen de instellingen in de eerste helft van 2015 de tijd om de modules in te voeren. Vanaf de tweede helft van 2015 moet er geregistreerd gaan worden. Van Gestel: 'Registreren is het allerbelangrijkste. Hieruit blijkt of inkomsten opwegen tegen kosten. Alles staat of valt met de tijdregistratie van alle zorgprofessionals. Daarmee wordt de samenstelling van modules bepaald. De combinatie van ingezette modules bepaalt uiteindelijk de prijs. Bestuurders willen natuurlijk weten of ze hierop kunnen sturen.'

Heroverweging behandeltraject

De komst van de behandelmodules brengt volgens Van Gestel ook met zich mee dat er anders tegen het behandeltraject moet worden aangekeken. 'De gewoonte om mensen volledig uit te behandelen voor ze ontslagen worden, moeten we heroverwegen. We moeten ons focussen op hetgeen ons als medisch specialistische revalidatie onderscheidt. Je zult er als medisch specialist veel strenger op moeten toezien dat het team de afgesproken zorgvraag behandelt en ervoor moeten waken dat er steeds weer nieuwe vragen bijkomen. Daarna kun je de patiënt indien mogelijk overdragen aan de periferie.' Van Gestel geeft aan dat het 'zakelijk en warm' moet. 'Zakelijk door ons in het team aan de afspraken te houden. Warm door ervoor te zorgen dat er een goede overdracht is en dat de patiënt daar behandeld wordt, waar hij de beste zorg krijgt.' Belangrijk is volgens Van Gestel dan wel dat er kennisoverdracht plaats vindt, want nu is die kennis in de eerste lijn er nog niet.

Voor de patiënt betekent dit dat je niet meer eindeloos doorbehandelt in de revalidatie-instellingen, maar dat bij binnenkomst de ontslagdatum al bepaald wordt. 'Zo beperk je je in de revalidatiegeneeskunde tot de hoog complexe niche waar we in thuis horen', aldus Van Gestel. 'Belangrijk daarbij is dat de verwachtingen van de patiënt goed gemanaged worden. En dat de medisch specialist een juiste diagnose stelt en een oog ontwikkelt voor de fase waarin de patiënt in zijn DBC zit. Zo kan er gestuurd worden: moet er nog zorg bij, of moet er juist geremd worden?' Van Gestel realiseert zich dat de overgang naar behandelmodules de behandelaren en medisch specialisten extra tijd kost. 'Maar het levert ook wat op', geeft Van Gestel aan. 'Het betekent namelijk ook dat we dezelfde hoog kwalitatieve zorg kunnen leveren. En door de focus op de hulpvraag, zijn we in staat om de organisatie financieel gezond te houden.'

Gezamenlijke verantwoordelijkheid

Tot slot geeft Van Gestel aan dat in het modulesysteem de link tussen zorgprofessionals en management groter wordt. 'In het modulesysteem zijn de inhoud van de zorg en de kosten gekoppeld. Zorgprofessionals en management hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Ik heb er alle vertrouwen in dat het in de toekomst goed komt, want ik merk nu al dat die gezamenlijke verantwoordelijkheid overal gevoeld wordt.'

5. De stand van zaken

Om de relatie tussen de bekostiging (hoe worden revalidatie-aanbieders betaald) en de praktijkvoering (welke revalidatiezorg wordt geleverd) inzichtelijk te maken en de hanteerbaarheid van het systeem te verbeteren wordt de medisch specialistische revalidatie (MSR) in 2014 modulair beschreven. Gezien het belang van een bruikbare dataverzameling voor de ontwikkeling van modulaire tarifiering, vindt de invoering van de modulestructuur gefaseerd plaats.

Alle werkgroepen aan de slag

Gedurende het project komen verschillende werkgroepen bij elkaar om de behandelmodules te beschrijven. Hierbij wordt gekeken naar de inhoud van de medisch specialistische revalidatie. Wat doen we nu precies en -belangrijker nog- wat maakt dat de ene patiënt een eenvoudige revalidatiebehandeling ontvangt en de ander een intensief traject? Deze werkgroepen bestaan uit revalidatieartsen en managers van de revalidatie-instellingen (revalidatiecentra en revalidatieafdelingen van ziekenhuizen).

Inmiddels heeft de werkgroep Raamwerk en Generieke modules haar werk afgerond. Het moduleraamwerk, de indeling van de modulestructuur, en de algemene onderdelen van de revalidatie, de generieke modules, zijn beschreven.

Naast generieke modules, die bij alle behandelingen kunnen voorkomen, zijn er specifieke modules. Hierin worden de onderdelen opgenomen die onderscheidend zijn voor de verschillende doelgroepen in de revalidatie. Ze beschrijven een revalidatiedoel dat specifiek is voor een bepaalde diagnosegroep. Er zijn vier tranches, waarin verschillende diagnosegebonden werkgroepen aan de slag zijn gegaan om de modules te beschrijven:

- Neurologie
- Pijn, oncologie en orgaanrevalidatie
- Amputatie, trauma en dwarslaesie
- Kinderrevalidatie

Onder de tranche Neurologie vallen de werkgroepen niet-aangeboren hersenletsel (WCN en WTH), Parkinson en aanverwante Bewegingsstoornissen (WPB), Multiple Sclerose en Neuromusculaire aandoeningen (WNMA). Binnen de tranche Pijn, oncologie en orgaanrevalidatie gaan twee werkgroepen aan de slag: Pijnrevalidatie Nederland (WPN) en Oncologische Revalidatie (WOR). De WOR draagt ook zorg voor de module-ontwikkeling voor orgaanrevalidatie, hierbij ondersteund door specialisten uit het veld.

De werkgroepen WAP, WAP-A, WTR en NVDG beschrijven de behandelmodules binnen de tranche Amputatie, trauma en dwarslaesie.

Registratiemogelijkheden vanaf 1 januari 2015

Vanaf 1 januari 2015 dienen de technische voorzieningen getroffen te zijn voor invoering van de modulestructuur. DBC-Onderhoud heeft hiervoor medio juli een gedeelte van de ICT-specificaties uitgeleverd als onderdeel van het DBC-pakket 2015. De overige specificaties komen beschikbaar nadat de modulestructuur eind 2014 is opgeleverd.

6. Veel gestelde vragen

1. **Waarom ontwikkelt de revalidatiesector behandelmodules?**

Het doel van de ontwikkeling van landelijke modules is om op termijn een modulaire productstructuur in te voeren. Hiermee wordt de relatie tussen de bekostiging (hoe worden revalidatie-aanbieders betaald) en de praktijkvoering (welke revalidatiezorg wordt geleverd) inzichtelijk gemaakt en neemt de hanteerbaarheid van het systeem toe.

2. **Wanneer gaat de sector daadwerkelijk over op behandelmodules?**

Vanaf 1 januari 2015 kunnen de modules geregistreerd worden. Revalidatie-instellingen (revalidatiecentra en ziekenhuizen) hebben daarbij 6 maanden de tijd om de modulestructuur door te voeren in de organisatie. Vanaf 1 juli 2015 is aanlevering van de moduleregistratie een declaratieverplichting. Vanaf dat moment worden rekeningen zonder modulecodes niet meer betaald.

Naar verwachting zal rond 2019 de bekostiging van de revalidatie op basis van behandelmodules plaatsvinden. Over het precieze invoeringsmoment wordt nog gesproken met de NZa.

3. **Wat merkt de patiënt ervan?**

De patiënt merkt er wat de zorg betreft niets van. Wel zal het zich uiten in een duidelijkere rekening.

4. **Wie merken er binnen de revalidatie-instellingen hier iets van?**

Vooraf de zorgadministratie en de logistiek/planning zal hier veel van merken. Deze afdelingen moeten plannen in modules en niet in disciplines, zoals nu het geval is. Daarnaast zullen ook de artsen er bij de samenstelling van het behandelplan en bij de vormgeving van de behandelprogramma's mee te maken krijgen.

5. **Wat is de consequentie van de doorlooptijdverkorting per 2015 voor de modules?**

Naar verwachting is de verkorting van de maximale doorlooptijd van 365 naar 120 dagen (per 1 januari 2015) slechts zeer beperkt van invloed op de inzet van behandelmodules. Daar de assessmentfase een belangrijke afzonderlijke prestatie betreft, zou deze afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden. Hierdoor neemt de doorlooptijd van het revalidatietraject af. Daarnaast wordt naar verwachting de inzet van de verschillende behandelmodules binnen 120 dagen bepaald.

6. **Welke consequenties heeft de invoering van modules voor instellingen?**

Inmiddels heeft een praktijkonderzoek plaatsgevonden naar de invoering van Behandelmodules. Hiervoor zijn bij een aantal instellingen (Revant, Beatrixoord en Merem) de consequenties voor ICT, planning en behandelprogramma's onderzocht. De eindrapportage wordt binnenkort beschikbaar gesteld. Als vervolg op dit onderzoek vindt vanaf kwartaal 3 een pilot plaats met de ontwikkelde generieke en neurologiemodules. De geleerde lessen komen eind 2014 beschikbaar voor alle instellingen.

7. **Vervangt de moduleregistratie de zorgvraagindex?**

Partijen kijken verschillend naar de relatie tussen de zorgvraagindex en de moduleontwikkeling. Sommigen zien dit als concurrerende ontwikkelingen, anderen als afzonderlijke (of zelf onderling versterkende) trajecten. Zo wordt de zorgvraagindex ook door een aantal instellingen gebruikt in het kader van de bedrijfsvoering, bijvoorbeeld ter

ondersteuning van het jaarrekeningentraject. Op korte termijn zal duidelijk worden welke consequenties de invoering van de moduleregistratie voor de zorgvraagindex heeft.

8. Weten ICT-leveranciers wat zij voor invoering van de modulestructuur per 1 januari 2015 moeten doen?

De consequenties van invoering van modulair werken worden op dit moment samen met enkele ICT-leveranciers (Ecaris en Chipsoft) onderzocht in een pilot. Hieraan nemen 3 revalidatiecentra en een ziekenhuis deel. Op basis van de uitkomsten hiervan zullen de systemen ingericht kunnen worden. Deze bevindingen zullen beschikbaar worden gesteld in een *Handleiding invoering modulestructuur MSR* (medio november beschikbaar).

9. Hoeveel modules komen er?

Hoewel de definitieve modulestructuur in december beschikbaar komt, is de voorlopige inschatting dat het totale aantal modules substantieel (>100) zal zijn. Let wel: de modules zijn ingedeeld naar behandelfase (assessment, behandeling, controle) en diagnosegroep. Dit betekent dat voor individuele patiënten slechts een beperkte selectie van toepassing zal zijn.

10. Hoeveel DBC-producten zijn er in 2019?

Tijdens de uiteindelijke gegevensanalyses (naar verwachting eind 2017) worden de meest voorkomende combinaties van ingezette modules geïnterpreteerd. Daarbij wordt beoordeeld of dit ook geschikt is voor bekostiging. Dan wordt duidelijk hoeveel DBC-producten nodig zijn. Het is dus niet zo dat per module betaald zal gaan worden.

11. Is er voorlichtingsmateriaal beschikbaar?

Er komt een animatie beschikbaar waarin op begrijpelijke manier wordt uitgelegd wat er precies gaat veranderen. Deze animatie wordt onder andere beschikbaar gesteld via Revalidatie Kennisnet onder het hoofdstuk Sturing en Ondersteuning, Bekostiging en financiële zaken, Behandelmodules en bekostiging. De animatie wordt geplaatst in het menu-item Instrumenten/toolbox en is daar te downloaden.

Deze animatie is te gebruiken voor communicatieactiviteiten richting medewerkers, maar ook voor stakeholders. U kunt hem bijvoorbeeld op uw intranet plaatsen of gebruiken in een presentatie.

Daarnaast kunt u uiteraard de nieuwsbrieven behandelmodules intern verspreiden. Tenslotte komen begin december diverse aanvullende (voorlichtings)materialen beschikbaar (waaronder *Modulestructuur MSR 2015 & toelichting modulair werken* en *Handleiding invoering modulestructuur MSR*).

Voor meer informatie over het project *Behandelmodules en Bekostiging* kunt u ook terecht op *Revalidatie Kennisnet*.