

De bekostiging van de Medisch Specialistische Revalidatie: Een update



Laura van Steenveldt
Utrecht, 13 november 2018

Aan de inhoud van dit document kunnen geen rechten worden ontleend. Voor alle regels met betrekking tot registratie verwijzen wij u naar de actuele regelgeving van de NZa.

Inhoud

Inleiding.....	4
Bekostigingsregels MSR	4
Openen en sluiten zorg- en subtraject	5
Face-to-face contact.....	5
Subtraject en verzekering	6
Subtraject en plafondafspraken.....	6
Declaratie.....	6
Zorgactiviteiten MSR.....	6
Polikliniekbezoeken	6
Eerste polikliniekbezoek (190060) - EPB.....	6
Herhaal-polikliniekbezoek(190013) - HPB	7
Zorg op afstand	7
Intercollegiaal consult arts –revalidatie (190854)	8
Afsluiten van een zorgtraject bij intercollegiaal consult (ICC) (met subtraject ZT13)	8
ICC wordt behandelen.....	8
Artstijd/ behandeltijd	8
Directe behandeltijd.....	8
Indirecte behandeltijd	8
Artstijd.....	8
Verschil artstijd en consult.....	9
Groepsbehandeling	9
Zorgactiviteiten Revalidatie (in eenheden van 5 minuten)	9
Weegfactor behandeltijd	9
Verpleeg- en afwezigheidsdagen	10
Overige activiteiten	10
Zorgproducten medisch specialistische revalidatie	10
Overige zorgproducten (OZP)	11
OZP ademhalingsondersteuning.....	11
Add-on dure geneesmiddelen (botulinetoxine)	11
Parallele trajecten naast een andere medisch specialistische behandeling	12
Onderlinge dienstverlening	12
Verwijzing.....	12
Behandelingen buiten hoofdlocatie	13
Bijlage 1: Vragen vanuit veld en casuïstiek.....	14
Triageconsult	14

Declareren MDO (multidisciplinair overleg)?	14
Subtraject en face-to-face contact.....	14
Registratie behandeltime zonder EPB.....	14
Lege/nauwelijks gevulde behandelmodules.....	15
Basis medische zorg en modules.....	16
Bijlage 2: Samenvatting Rapport Performance.....	17
Bijlage 3: Samenhang zorgactiviteiten en modules.....	20

Inleiding

Begin 2017 organiseerde de VRA een bijeenkomst over de bekostiging van de medisch specialistische revalidatie (MSR). Tijdens deze bijeenkomst heeft Luc te Boekhorst¹ van Dotweb een presentatie gegeven. Directe aanleiding van deze bijeenkomst was het onderzoek van Performance naar kostprijzen van de MSR. Van deze bijeenkomst is een uitgebreid verslag gemaakt 'Verslag bijeenkomst Het financieringssysteem van de Medisch Specialistische Revalidatie: wat u moet weten', waarin een samenvatting werd gegeven van het onderzoek van Performance en de bekostigingsregels van de MSR werden beschreven. Dit document is onder de leden van de VRA verspreid.

Het voorliggende document is een, geherstructureerde, geactualiseerde versie van het verslag en bevat alle bekostigings- en registratieregels van de MSR op dit moment. In de bijlagen zijn de casussen uit het vorige document opgenomen, alsmede de samenvatting van het onderzoek van Performance en de samenhang tussen zorgactiviteiten en modules.

Bekostigingsregels MSR

De bekostiging van de medisch specialistische revalidatie valt onder de medisch specialistische zorg en is beschreven in de 'Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg' en verder uitgewerkt in de 'Regeling medisch-specialistische zorg' van de NZa. In dit laatste document staan alle regels waar de aanbieders zich aan moeten houden bij het leveren en registreren van prestaties en tarieven.

De medisch specialistische revalidatie wordt gefinancierd door middel van revalidatie DBC's. Deze DBC's worden op termijn vervangen door een ander systeem; combinaties van modules. Om dit systeem te kunnen ontwikkelen is de registratie van modules nu al verplicht.

Figuur 1: Een overzicht van het zorgproces en de registratie.

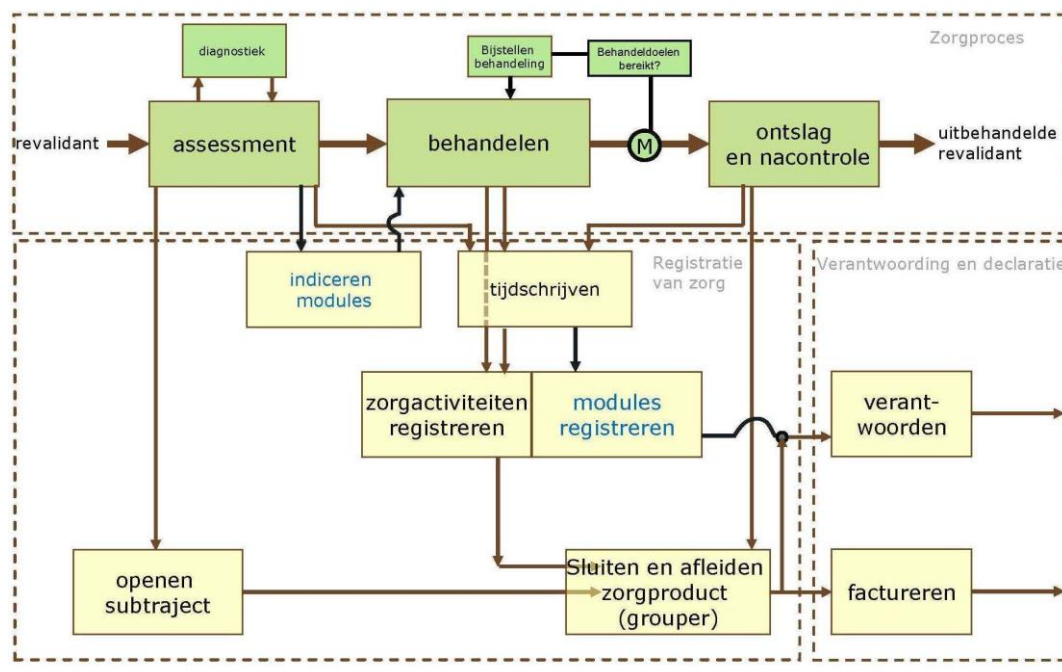


Fig. 1 Zorgproces en registratie

¹ Luc te Boekhorst is DBC specialist in de MSR en adviseur van Revalidatie Nederland op het gebied van bekostiging; <https://dotweb.com/bewustbekwaam/>; l.t.boekhorst@dotweb.com

Openen en sluiten zorg- en subtraject

Voor het openen en sluiten van een zorg- en subtraject gelden de volgende regels:

- Een zorgtraject start bij de eerste activiteit voor een patiënt t.b.v. een nieuwe zorgvraag (verwijzing naar de MSR);
- Een zorgtraject sluit:
 - Als er 3 X 120 dagen geen zorgactiviteit heeft plaatsgevonden en er geen afspraak staat gepland in de toekomst;
 - Als de patiënt komt te overlijden.
- Een zorgtraject kan jaren openstaan zolang de behandeling nog plaatsvindt in het kader van de verwijzing;
- Gekoppeld aan het zorgtraject opent een subtraject. Een subtraject met een zorgtype 11 (ZT11) wordt geopend bij het openen van een zorgtraject (eerste subtraject). Een subtraject met zorgtype 21 (ZT21) wordt aansluitend geopend aan een voorafgaand subtraject (type 11 of 21). Als een subtraject wordt afgesloten kan er worden gedeclareerd;
- Een subtraject sluit:
 - Na 120 dagen, aansluitend start *altijd* een nieuw subtraject;
 - 42 dagen ná de laatste verrichting binnen een openstaand subtraject, mits de 120 dagenregel niet wordt overschreden.

Dus als een patiënt één keer per jaar voor controle langs komt kan het zorgtraject open blijven staan mits de afspraak gepland is.

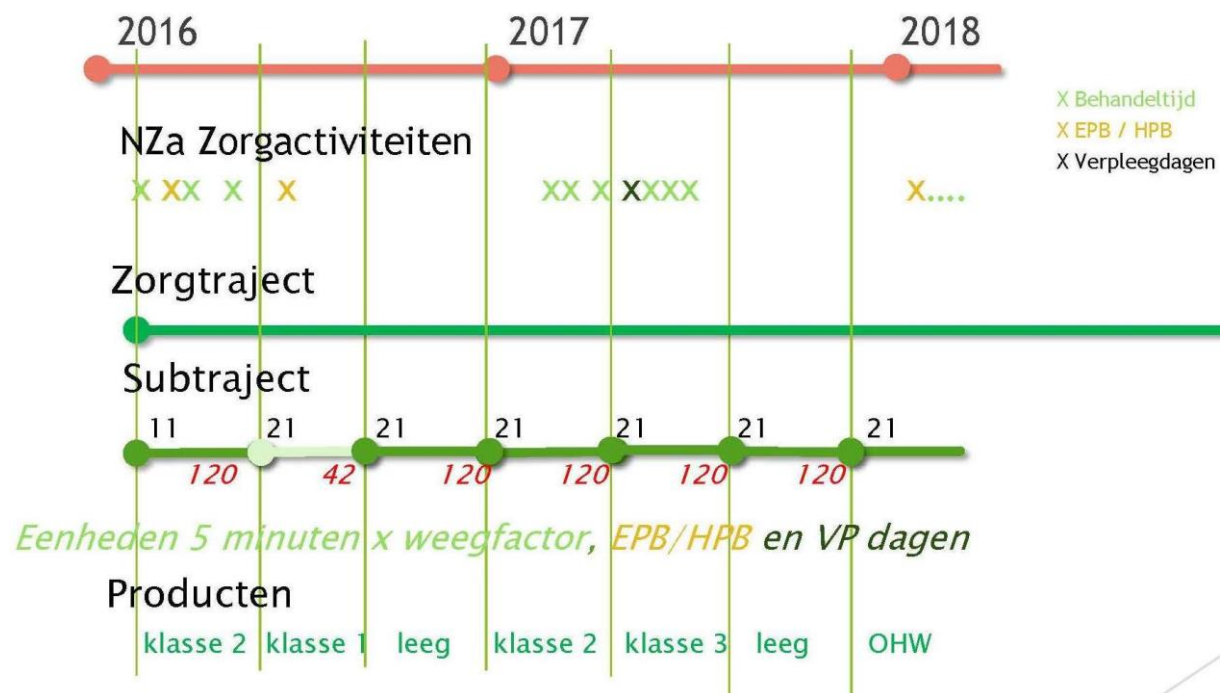


Fig. 2 Openen en sluiten

Face-to-face contact

In het eerste subtraject van een zorgtraject (zorgtype 11) moet er fysiek face-to-face contact zijn met de patiënt door de revalidatiearts (dit mag ook een VS of PA zijn). Het eerste contact met de patiënt mag wel met een fysiotherapeut, psycholoog of andere zorgprofessional zijn om een zorgtraject te kunnen openen. Echter binnen het eerste subtraject moet er dus wel fysiek contact zijn met de RA/VP/PA. Het is daarom verstandig dit plaats te laten vinden binnen de eerste 42 dagen. Het subtraject wordt namelijk 42 dagen ná de laatste verrichting gesloten. Als er geen face-to-face contact

van de RA/VP/PA is geweest, wordt dit in de Grouper een uitvalproduct en kan dit product niet gedeclareerd worden. De behandeling van de fysiotherapeut/psycholoog wordt dan niet vergoed.

Als het eerste face-to-face contact met de RA/VP/PA heeft plaatsgevonden hoeft in het vervolgtraject niet per sé een RA/PA/VP voor te komen.

Subtraject en verzekering

De startdatum van het subtraject bepaalt bij welk jaar dit traject hoort. De patiënt komt bijvoorbeeld in behandeling in 2018 dit subtraject loopt door in 2019. Dan hoort dit subtraject nog bij de verzekering en eigen risico van 2018 en niet van 2019. Indien een patiënt bijvoorbeeld verzekerd is bij verzekering A (hier heeft instelling geen contract mee) en hij stapt over naar verzekering B (hier heeft instelling wel een contract mee), dan heeft dit voor de vergoeding van de kosten van het eerste subtraject geen effect voor de patiënt als het subtraject gestart is in 2018, omdat het subtraject bij openen onder verzekering A valt. Een vervolgtraject dat start in 2019 omdat er bijvoorbeeld 120 dagen is verstreken hoort wel bij verzekering B.

Subtraject en plafondspraken

Patiënten die starten in 2018, waarbij de behandeling doorloopt in 2019 vallen onder de productieafspraken (behandelplafond) van 2018. Stel het behandelplafond is in november 2018 bereikt, dan vallen behandelingen die in december 2018 worden gestart en doorlopen in 2019 nog ten laste van 2018. Deze worden dus in principe niet vergoed omdat het behandelplafond van 2018 al was bereikt.

Declaratie

Als een subtraject is afgesloten gaan de zorgactiviteiten naar de Grouper. Dit is een landelijke applicatie die het zorgproduct afleidt op basis van een beslisboom. De behandeltijd wordt vermenigvuldigd met weegfactoren en bij elkaar opgeteld (dit wordt verderop in de notitie beschreven). Op basis van de totale tijd, verpleegdagen en consulten leidt de Grouper het zorgproduct af. Dit zorgproduct kan vervolgens tegen het afgesproken tarief met de zorgverzekeraar worden gedeclareerd. Een traject met meer dan 4 gewogen behandeluren door alleen een revalidatiearts leidt dus ook tot een hoger product.

Zorgactiviteiten MSR

In de NZa zorgactiviteiten tabel voor de MSR staan de volgende activiteiten:

- Polikliniek bezoeken
- Behandelactiviteiten
- Verpleegdagen
- Intercollegiaal Consult (ICC)
- Overige activiteiten

Polikliniekbezoeken

- Per keer, ongeacht de duur (kan 10 maar ook 70 minuten duren)
- Tellen alleen mee als 'face-to-face'
- Product Klasse 1 indien geen behandeltijd
- Géén weegfactor

Eerste polikliniekbezoek (190060) - EPB

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert. Dit houdt in dat éénmaal per zorgtraject een eerste polikliniekbezoek mag worden vastgelegd.

Deze raadpleging is gericht op het vaststellen van een diagnose en het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

De arts bepaalt of de activiteit inhoudelijk past binnen deze definitie.

Herhaal-polikliniekbezoek(190013) - HPB

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een zorgvraag een poortspecialist (of arts-assistent), verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert.

Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Zorg op afstand

Screen-to-screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek (190161)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert middels een videoverbinding.

Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)

Een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert middels een belverbinding.

Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal- polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaalpolikliniekbezoek. Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek (190163)

Een consultatie waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een poortspecialist, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant schriftelijk consulteert (bijvoorbeeld e-mail of chat).

Een schriftelijk consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaal-polikliniekbezoek. Dat betekent dat een consultatie uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen kan bestaan, maar dat deze per polikliniekbezoek dat het vervangt éénmaal mag worden vastgelegd. Van de consultatie vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Herhaal polikliniek bezoek door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van het dagelijks functioneren en welzijn betekent (190065)

Een herhaal-polikliniekbezoek waarbij de (medisch) vertegenwoordiger van de patiënt een poortspecialist consulteert. Reden hiervoor is dat de aanwezigheid van de patiënt bij het consult volgens de poortspecialist het dagelijks functioneren en welzijn van de patiënt ernstig zou verstoren. De consultatie heeft betrekking op een zorgvraag waarvoor de poortspecialist de patiënt eerder heeft gezien tijdens een polikliniekbezoek. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklachten van de patiënt te behandelen. Dit consult dient ter vervanging van een face-to-face contact met de patiënt.

Intercollegiaal consult arts –revalidatie (190854)

Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme.

ICC revalidatie heeft een eigen traject met zorgtype 13.

Voorbeeld

De revalidatiearts is in consult geroepen door de neuroloog. De patiënt wordt een aantal keer gezien door de revalidatiearts. Als er een aparte zorgvraag is voor de revalidatiearts en er is een zelfstandige revalidatiebehandeling dan is er sprake van medebehandeling en kan een eigen zorgtraject worden geopend. Als de consultatie plaatsvindt in het kader van de zorgvraag waarvan de neuroloog hoofdbehandelaar is, mag dat niet.

Afsluiten van een zorgtraject bij intercollegiaal consult (ICC) (met subtraject ZT13)

Een zorgtraject met een subtraject ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer de klinische opname van het bijbehorende zorgtraject wordt beëindigd, of uiterlijk op de 120e dag.

ICC wordt behandelen

Wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), mag geen (ICC) zorg/subtraject worden geopend. Als een ICC leidt tot behandeling wordt het zorgtype van het subtraject omgezet van zorgtype 13 naar 11, de ICC zorgactiviteit (190845) blijft de openingsactiviteit van het zorg- subtraject en dient als face to face contact met een arts. De vervolgactiviteiten worden geregistreerd onder het zorg- subtraject dat is gestart op de datum van het ICC.

Artstijd/ behandel tijd

- Directe patiëntgebonden tijd (vanaf 5 minuten)
- Indirecte patiëntgebonden tijd (vanaf 10 minuten); wordt niet door een arts geregistreerd
- Eenheden van 5 minuten
- Over tijd gaat een Weegfactor
- Telt mee in bepalen product → boven 4 uur, 9 uur , 52 uur leidt naar bepaald product

Directe behandel tijd

Directe behandel tijd betreft patiëntgerichte behandel tijd die voortvloeit uit het behandelplan, waarbij de patiënt aanwezig is.

Indirecte behandel tijd

Indirecte behandel tijd betreft patiëntgerichte behandel tijd die voortvloeit uit het behandelplan, waarbij de patiënt zelf niet aanwezig is. Het betreffen activiteiten ten behoeve van de patiënt. Alleen behandelaren mogen indirecte registreren, artsen mogen dit niet.

De minimale aan de patiënt gekoppelde registratie-eenheid bedraagt 10 minuten indirecte behandel tijd. Dus vanaf 10 minuten mag je registreren.

Artstijd

Artstijd is de bestede patiëntgebonden behandel tijd van de betreffende behandel-discipline aan de patiënt, in het kader van een op te stellen (uit te voeren) behandelplan.

Onder patiënt kan eveneens worden verstaan een persoon die de patiënt vertegenwoordigt, bijvoorbeeld een lid van het patiëntstelsel (partner, familie etc.).

Arts, VS, PA -direct patiëntgebonden handelen -revalidatie(190960):

- De arts registreert alleen directe patiëntgebonden tijd;
- Deze tijd telt wel mee in het afleiden naar een product. Bij het optellen van deze tijd kan het product in een hogere klasse uitkomen.

Het is een inhoudelijke afweging van de arts of behandeltime, EPB of HPB wordt geregistreerd. Het is ook mogelijk om een combinatie van behandeltime en EPB of behandel-time en HPB te registreren, mits dit niet op hetzelfde tijdstip plaatsvindt. Er moet een begin- en eindtime aan worden toegekend.

Verschil artstijd en consult

Het is artstijd (190960) als de bestede **patiëntgebonden behandeltime** van de betreffende behandeldiscipline aan de patiënt in het kader van een op te stellen (uit te voeren) behandelplan wordt uitgevoerd. Voor zorg op afstand geldt dezelfde definitie. Zorg er in dat geval voor dat de patiënt op de hoogte is dat het om behandeling gaat en doe aan dossiervoering.

Groepsbehandeling

Bij een groepsbehandeling moet de bestede tijd van de behandelaar verdeeld worden over het aantal deelnemers aan de groepsbehandeling. Er kunnen ook meerdere behandelaren betrokken zijn. In dat geval dient de bestede tijd per soort behandelaar per patiënt als volgt berekend te worden: (aantal behandelaren betreffende discipline X duur van de groepsbehandeling) / aantal deelnemers groepsbehandeling.

Zorgactiviteiten Revalidatie (in eenheden van 5 minuten)

Binnen de medisch specialistische revalidatie bestaan de zorgactiviteiten uit eenheden van 5 minuten. Niet alle disciplines worden genoemd in de zorgactiviteiten, zoals bijvoorbeeld de rolstoeltechnicus. De tijd van deze disciplines kan echter geschreven worden onder de zorgactiviteit waarvan het tarief overeen komt. Hieronder een opsomming van deze zorgactiviteiten:

- Ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, psycholoog (*incl. AGB code*)
- Maatschappelijk werk, diëtik
- Hydrotherapie, bewegingsagoog
- Orthopedagoog, psychologisch medewerker, cognitief trainers
- Therapeutische peuterleiders
- Activiteitenbegeleiding, muziektherapie
- 'Niet klinische' verpleegkundige, klinische verpleegkundige (specifiek benoemde specialistische verpleegkundige handelingen)
- Therapieassistenten en geestelijke verzorging

Weegfactor behandeltime

De tijd die binnen de medisch specialistische revalidatie wordt geregistreerd telt niet allemaal op dezelfde manier mee in het product. De tijd wordt eerst 'gewogen' afhankelijk van de discipline die de tijd heeft uitgevoerd. Hieronder staan de weegfactoren voor de verschillende disciplines genoemd:

KVAH	0,6
TP	0,8
KVDEC	0,8
KVMIC	0,8
NKVP	0,8
AB	1
PM	1
TA	1
KVINP	1
BA	1
CT	1

ET	1
FT	1
HT	1
LO	1
MU	1
DIE	1,2
MW	1,2
OP	1,2
PS	1,4
GV	1,4
RA	3

De PA/VS registreren onder de ZA revalidatiearts.

Verpleeg- en afwezigheidsdagen

- Verpleegdagen → bij meer dan 14 verpleegdagen wordt het traject een klinisch zorgproduct (mits er geen verpleegdagen op hetzelfde moment worden geregistreerd bij een ander specialisme).
- Afwezigheidsdagen → Deze worden geregistreerd als een bed maximaal 3 dagen vrij wordt gehouden voor bijvoorbeeld een patiënt die een weekend naar huis is of tijdelijk is opgenomen in een andere instelling. De afwezigheidsdagen tellen niet mee voor de bepaling van het zorgproduct, maar zijn een activiteit om kosten naar toe te rekenen.

Overige activiteiten

- MRI/ CT scan/ MDO (multidisciplinair overleg)
- Tellen niet mee bij afleiden product
- Zijn alleen kostendragers

MRI/ CT scan/ MDO etc. kunnen niet gedeclareerd worden, maar moeten wel worden geregistreerd. Dit zijn kostendragers. Om inzage te krijgen in wat een behandeling kost is dit belangrijk. Ook zouden hierover afspraken gemaakt kunnen worden en de kosten eventueel doorberekend aan het specialisme die het zorgtraject heeft geopend.

Zorgproducten medisch specialistische revalidatie

Binnen de medisch specialistische revalidatie bestaan de volgende zorgproducten (revalidatie DBC's):

- ICC (zie beschrijving eerder in deze notitie)
- Consultair / beperkt behandelen product
- Beperkt behandelproduct
- Klinische behandelproducten
- Ambulante behandelproducten
- OZP Ademhalingsondersteuning
- Add-on dure geneesmiddelen (botox)

De volgende DBC diagnoses* voor **behandel**producten worden onderscheiden:

- 100. Aandoeningen bewegingsapparaat
- 200. Amputaties
- 300. Hersenen
- 400. Neurologie
- 500. Dwarslaesie
- 600. Organen
- 700. Chronische pijn en psychische stoornissen

**Elke DBC-diagnosecode is gerelateerd aan één of meer ICD10-DE-REV diagnoses
Voor elke hoofdgroep is een aantal subdiagnoses gedefinieerd.
Elk traject moet een geldige DBC-diagnose hebben!*

Elke DBC hoofddiagnose bestaat uit een aantal subdiagnoses.

Dit resulteert in de volgende producten:

		Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Klasse 4	Klasse 5	Klasse 6	Klasse 7
Bewegingsapparaat	Ambulant	4	9	58	128	>		
	Klinisch			9-35	83	150	296	>
Amputaties	Ambulant	4	9	70	269	>		
	Klinisch			9-51	140	270	485	>
Hersenen	Ambulant	4	9	50	161	397	>	
	Klinisch			9-34	97	201	381	>
Neurologie	Ambulant	4	9	67	182	>		
	Klinisch			9-39	123	214	381	>
Dwarslaesie	Ambulant	4	9	74	163	>		
	Klinisch*			9-26	99	223	429	>
Organen	Ambulant	4	9	72	232	>		
	Klinisch			9-50	140	276	490	>
Pijn	Ambulant	4	9	48	130	>		
	Klinisch			9-41	89	173	296	>

*Dwarslaesie heeft nog een aantal extra producten: hoge dwarslaesie

Overige zorgproducten (OZP)

Overige zorgproducten kunnen additioneel bij een DBC-zorgproduct gedeclareerd worden.

OZP ademhalingsondersteuning

De toeslag in verband met chronische beademing- revalidatie (190982) mag in rekening worden gebracht voor iedere verpleegdag waarop een patiënt, die afhankelijk is van chronische kunstmatige beademing, chronische beademing ontvangt in het kader van een revalidatiebehandeling. Het gaat om patiënten die:

- Gebruik maken van invasieve beademing (via tracheacanule) of;
- Gebruik maken van non invasieve beademing (via masker) en het masker niet zelfstandig kunnen hanteren i.v.m. afwezig arm-handfunctie.

De inzet van een revalidatiearts bij een calamiteit die zich tijdens en als gevolg van de chronische beademing voordoet, vormt geen onderdeel van deze toeslag, maar kan als directe tijd worden geregistreerd.

Deze toeslag is niet van toepassing op patiënten die in principe zelfstandig ademen, maar waarbij op grond van hun aandoening te verwachten is dat zij incidenteel en kortdurend beademd moeten worden of een andere vorm van ondersteuning bij de ademhaling nodig hebben. Voor het vastleggen van deze zorg mag de zorgactiviteitencode Klinische verpleging – ademhaling ondersteuning (zuurstof geven, airstacken (longvolume op peil houden), longen uitzuigen) – revalidatie (190879) worden gebruikt.

Add-on dure geneesmiddelen (botulinetoxine)

Een add-on geneesmiddel kan uitsluitend worden geregistreerd in combinatie met een zorgtraject.

Een add-on is aangemerkt per consumentenartikel (merknaam, toedieningsvorm en sterkte per eenheid). Alle add-ons zijn opgenomen in de G-Standaard van de firma Z-index. Deze wordt maandelijks geüpdatet en kan je via een abonnement raadplegen. Ook de tarieven zijn hierin te vinden, dit is de lijstprijs (apotheekinkoopprijs). De add-on geneesmiddelen worden als OZP in rekening gebracht, uitsluitend in combinatie met een zorgtraject. De add-on bevat alleen het geneesmiddel, dus niet de tijd van de dokter. Deze kan als artstijd worden geregistreerd.

De indicatie dient verplicht op de factuur vermeld te worden. Het CBG houdt een openbare lijst bij van on-label (= handelsvergunning) indicaties en off-label indicaties. Deze laatste kunnen via de FMS worden toegevoegd aan de lijst van het CBG. Deze indicaties worden opgenomen in de G-Standaard. Als de juiste indicatie hier niet in is opgenomen, kan de categorie 'overige' worden geregistreerd en vermeld op de factuur. Gebeurt dit regelmatig dan moet via de beroepsgroep het verzoek worden gedaan om de indicatie op te nemen in de G-standaard.

Parallele trajecten naast een andere medisch specialistische behandeling

Bij één zorgvraag waarbij meerdere poortspecialismen als hoofdbehandelaars een eigen behandeling uitvoeren is sprake van multidisciplinaire behandeling. In dat geval opent elk (poort)specialisme een eigen zorgtraject. Er is géén sprake van multidisciplinaire behandeling indien binnen een zorgtraject zowel een poortspecialist als een SEH-arts KNMG, arts-assistent, verpleegkundig specialist en/of physician assistant een deel van de prestaties in het kader van één zorgvraag uitvoeren. In dat geval wordt er één zorgtraject geopend.

Als een patiënt bij revalidatiecentrum A in behandeling is, maar voor een specifieke andere zorgvraag in ziekenhuis B een behandeling ondergaat mag in de andere instelling een nieuw zorgtraject geopend worden. Betreft het dezelfde zorgvraag dan moeten er onderling afspraken gemaakt worden over de verrekening en declaratie van de kosten.

Als een patiënt met twee zorgvragen (bijvoorbeeld amputatie en CVA) in behandeling is, mogen twee zorgtrajecten geopend worden. Let wel: je moet twee apart registraties bijhouden. De juiste zorgactiviteiten bij de juiste zorgvraag registreren.

Onderlinge dienstverlening

Wanneer een patiënt in meerdere instellingen voor dezelfde zorgvraag wordt behandeld, mag alleen de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is declareren. De andere zorgverlener brengt hierbij de vergoeding in rekening bij de instelling waar de patiënt onder behandeling is. Voor de MSR geldt hiervoor de volgende uitzondering:

Een (revalidatie)arts is vanuit een categorale instelling gedetacheerd in het ziekenhuis en verwijst de patiënt voor gespecialiseerde zorg naar de categorale instelling waar hij/zij zelf werkzaam is en waarbij hij/zij zelf hoofdbehandelaar is.

Verwijzing

In de Zorgverzekeringswet staat in artikel 14 lid 5 het volgende over de verwijzing:

'Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties, en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is, en verlangt een nieuwe verzekeraar niet dat nogmaals toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd.'

Als de verwijzing een einddatum heeft en deze is verlopen wanneer de patiënt met de zorgvraag bij de arts komt, dan is er een nieuwe verwijzing nodig of de patiënt moet toestemming vragen bij de

zorgverzekeraar. Als de verwijzing geen einddatum heeft, dan is de verwijzing in principe onbeperkt geldig. Al kan de zorgverzekeraar hier voorwaarden aan stellen in de polis. Het is raadzaam dat dit vooraf bij de zorgverzekeraar wordt gecontroleerd.

Of er bij recidiverende klachten een nieuwe verwijzing nodig is hangt af van de behandelstatus. Als de behandelend arts oordeelt dat de patiënt voor die zorgvraag structureel terug moet komen, dan is geen verwijzing nodig. Als de medisch specialistische behandeling wel is afgesloten, dan is een nieuwe verwijzing nodig. Het is dus de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar om te beoordelen of een patiënt is uitbehandeld. De hoofdbehandelaar moet hier transparant over zijn naar de patiënt en huisarts. De KNMG heeft hierover [een richtlijn opgesteld](#). Hierin staat onder andere dat de medisch specialist een huisarts per brief op de hoogte moet stellen van de gestelde diagnose en geleverde behandeling.

Behandelingen buiten hoofdlocatie

Er bestond onduidelijkheid over de declaratie van een MSR behandeling als een patiënt binnen een WLZ-instelling is opgenomen en de revalidatiearts (en team) wordt ingezet.

Het is mogelijk om twee prestaties tegelijkertijd 'open' te hebben staan, mits er sprake is van twee aparte zorgvragen. Als de prestatie is vastgelegd volgens de vastgestelde registratiebepalingen zoals opgenomen in de regeling medisch specialistische zorg en voldaan is aan de omschrijvingen en definities van zorgactiviteiten uit de Beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg', dan mag hiervoor een DBC-zorgproduct worden geregistreerd. Het is uiteraard niet mogelijk om dan ook nog verpleegdagen te registreren voor de revalidatie, want er mag geen sprake zijn van dubbele bekostiging. De locatie van de zorgverlening is niet vastgelegd in de regelgeving voor medisch specialistische zorg.

De Wlz-aanspraak omvat in principe alle verpleging die noodzakelijk is. De leveringsvorm is daarbij niet van belang. Alleen in uitzonderlijke situaties, waarbij de medisch-specialist de verpleegkundige zorg direct aanstuurt, kan de verpleging ten laste van de Zvw komen. Directe aansturing wil zeggen dat de medisch-specialist direct opdracht geeft voor de verpleegkundige handelingen en daarvoor aanwijzingen geeft, waarbij het toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst door de medisch specialist voldoende is geregeld.

Als de geleverde revalidatiezorg direct wordt aangestuurd door de medisch specialist (revalidatie arts in dit voorbeeld), komt de zorg niet ten laste van de Wlz maar ten laste van de Zvw. Daarbij geldt dat als de verpleging kan worden bekostigd uit de Wlz, er geen aanspraak is op verpleging ten laste van de Zvw. Ten slotte moet er dus ook sprake zijn van een nieuwe (aparte) zorgvraag voor medisch-specialistische revalidatiezorg.

Bijlage 1: Vragen vanuit veld en casuïstiek

Triageconsult

Hoe kan ik een triageconsult kosteneffectief uitvoeren? GRZ of MSR?

Definitie kosteneffectief: De inzet in uren t.o.v. het te bereiken doel

- Inhoudelijk kosteneffectief is aan de artsen onderling om te regelen
- Registratie van tijd is essentieel om te kunnen bepalen of het kosteneffectief is

Indien het op aanvraag is van een ander specialisme dan registreer je ICC.

Indien anders, dan kan het onderdeel zijn van een DBC van een ander specialisme. Het is dan wel belangrijk het consult te registreren en afspraken maken over de verrekening met bijvoorbeeld de neuroloog, chirurg etc.

De triage kan onderdeel zijn van een ketenafpraak. Door een goede triage worden patiënten die gebaat zijn bij medisch specialistische revalidatie juist doorverwezen en komen niet onterecht bij de geriatrische revalidatie terecht. Het kan dus ook worden gezien als een soort van acquisitie.

Declareren MDO (multidisciplinair overleg)?

Is het mogelijk om de bijdrage aan het MDO van een revalidatiearts te declareren?

Het gaat dan om een revalidatiearts van een revalidatie-instelling die werkt in een netwerkziekenhuis en aanwezig is bij het MDO neurologie bijvoorbeeld.

Nee, een MDO is indirecte tijd en kan niet gedeclareerd worden, onderlinge verrekening kan wel afgesproken worden.

Het is in ieder geval belangrijk dat het MDO geregistreerd wordt en de zorgactiviteit wordt doorgegeven aan het ziekenhuis ten behoeve van de registratie in de DBC van de neuroloog. Je maakt hierdoor inzichtelijk wat je doet, ook voor bestuurders en verzekeraars. Hierdoor kunnen betere kostprijzen berekend worden.

Subtraject en face-to-face contact

Moet elk subtraject een face-to-face contact bevatten van de revalidatiearts?

Nee, alleen initiële subtrajecten (zorgtype 11) moeten een fysiek face-to-face contact bevatten met de revalidatiearts (of PA of VS), bij alle vervolgtrajecten (zorgtype 21) is dit niet noodzakelijk.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is ook verantwoordelijk voor een juiste typering van een zorgtraject/subtraject bij de geleverde zorg.

Registratie behandeltime zonder EPB

Kan een revalidatiearts bij het eerste contact al direct behandeltime (190960) registreren zonder eerst een eerste polikliniekbezoek (190013) vast te leggen?

Ja, dat is mogelijk. Indien de bestede patiëntgebonden behandeltime aan de patiënt in het kader van een op te stellen (uit te voeren) behandelplan is, dan mag dit geregistreerd worden. De arts bepaalt zelf of de uitgevoerde activiteit voldoet aan de definitie. Als er vragen over worden gesteld dient de arts inhoudelijk te kunnen verantwoorden dat het hele initiële contact artstijd betreft.

Casus 1

Patiënt is klinisch opgenomen voor specialisme X. De revalidatiearts wordt in consult gevraagd en besluit dat een revalidatiebehandeltraject aan de orde is en wil hiermee direct starten. De paramedische ondersteuning wordt dus gelijk ingezet terwijl de patiënt nog klinisch is voor een ander specialisme. De revalidatiearts gaat nog een aantal keren bij deze klinische patiënt langs. Het behandeltraject loopt vervolgens poliklinisch door.

Er lopen 2 behandeltrajecten met een eigen zorgvraag en behandeling door 2 poortspecialisten.

- Openen eigen Zorgtraject met ZT 11
- Registratie behandelactiviteiten door arts en behandelaars

Het betreft geen klinische revalidatiebehandeling omdat er niet meer dan 14 verpleegdagen in voorkomen voor de revalidatiebehandeling. De klinische verpleegdagen vallen onder de neurologie.

Stel het betreft een patiënt met NAH in het ziekenhuis onder behandeling van de neuroloog. De RA komt na 10 dagen in consult en besluit tot een revalidatiebehandeling. De fysiotherapie die voorafgaand is langs geweest voordat gestart is met de behandeling dient te worden geregistreerd in het zorgtraject dat de neuroloog heeft geopend. Zodra de fysiotherapeut wordt aangestuurd door de revalidatiearts valt de fysiotherapie onder de revalidatiebehandeling.

Let op, in ziekenhuizen worden de personeelskosten van alle fysiotherapeuten soms toegerekend aan de MSR, terwijl ze ook worden inzet bij andere specialismen.

Vervolg casus 1

Wat als deze zelfde patiënt vanuit de kliniek overgaat naar een andere zorginstelling? (b.v. klinisch revalidatiecentrum)

- Openen van een nieuw zorgtraject en subtraject in de andere zorginstelling, volgens de regels.
- Afsluiten trajecten in het ziekenhuis volgens de regels....
- Zelfverwijzing is toegestaan (artikel 32 lid 5 regelgeving MSZ)

Als een ziekenhuis afdeling revalidatiegeneeskunde organisatorisch valt onder het revalidatiecentrum, dan valt het zorgtraject onder de instelling die declareert, in dit geval het revalidatiecentrum.

Lege/nauwelijks gevulde behandelmodules

Waarom wordt in sommige centra indringend geadviseerd om geen "lege/ nauwelijks gevulde" behandelmodule open te zetten?

Het advies moet zijn om juist / passend te indiceren

- Een lege, nauwelijks gevulde behandelmodule kan een signaal zijn dat er te ruim geïndiceerd is
- Dus niet modules voor de zekerheid open zetten
- Bij veel modules moet een doel bereikt worden d.m.v. een behandeling, alleen een advies is dan niet voldoende om een module te indiceren

Basis medische zorg en modules

Welke module kun je het best gebruiken voor het zelf zien van patiënten die opgenomen liggen in het centrum voor BMZ zaken of een wekelijkse visite? Registreren in 'MSR niet in modules beschreven'.

Bijlage 2: Samenvatting Rapport Performance

De belangrijkste bevindingen in het rapport Performance zijn:

- Bij revalidatiecentra zitten de meeste kosten in de verpleegdagen;
- De spreiding van de kostprijzen van de zes grootste disciplines is klein voor revalidatiecentra. Voor ziekenhuizen is deze spreiding aanzienlijk groter;
- Er zijn verschillen in de manier van registreren tussen revalidatiecentra onderling, en in vergelijking met ziekenhuizen;

Er wordt op verschillende manieren geregistreerd en dit leidt niet tot betrouwbare kostprijzen.

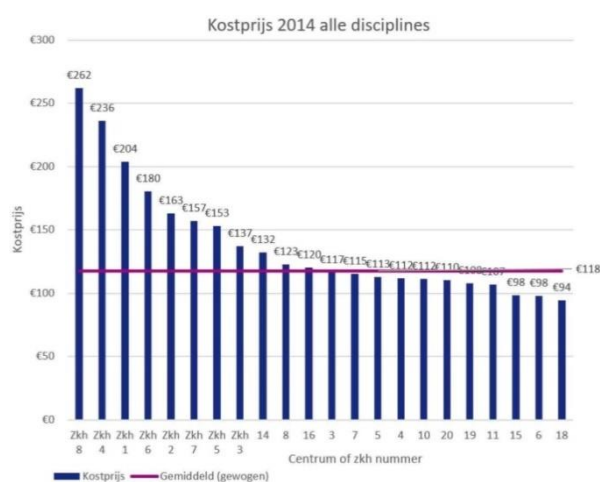
Een van de belangrijkste aanbevelingen uit het onderzoek is:

Zorg voor een volledige registratie van zorgactiviteiten

- Controleer dit door te berekenen welke aantallen registraties je zou mogen verwachten op basis van het aantal FTE per discipline.
- Voer registratieprotocollen in: registreer activiteiten aan de bron (de zorgverlener) en conform NZa-regels.
- Controleer juistheid, volledigheid en tijdigheid van de registratie, bijvoorbeeld aan de hand van referentiecijfers. De volgende referentiecijfers zijn opgeleverd in het onderzoek: verhouding directe en indirecte tijd, verhouding geregistreerde tijd per disciplines en een kostprijs. → vergelijk de eigen cijfers met landelijke cijfers, en verklaar: waarom is er een afwijking? Is dit door een andere registratiewijze of is de patiëntgroep afwijkend?

Figuur 3 laat een verschil zien in kostprijzen. Zowel in ziekenhuizen als revalidatiecentra en daartussen. De vraag is: waar komen verschillen in kostprijs vandaan?

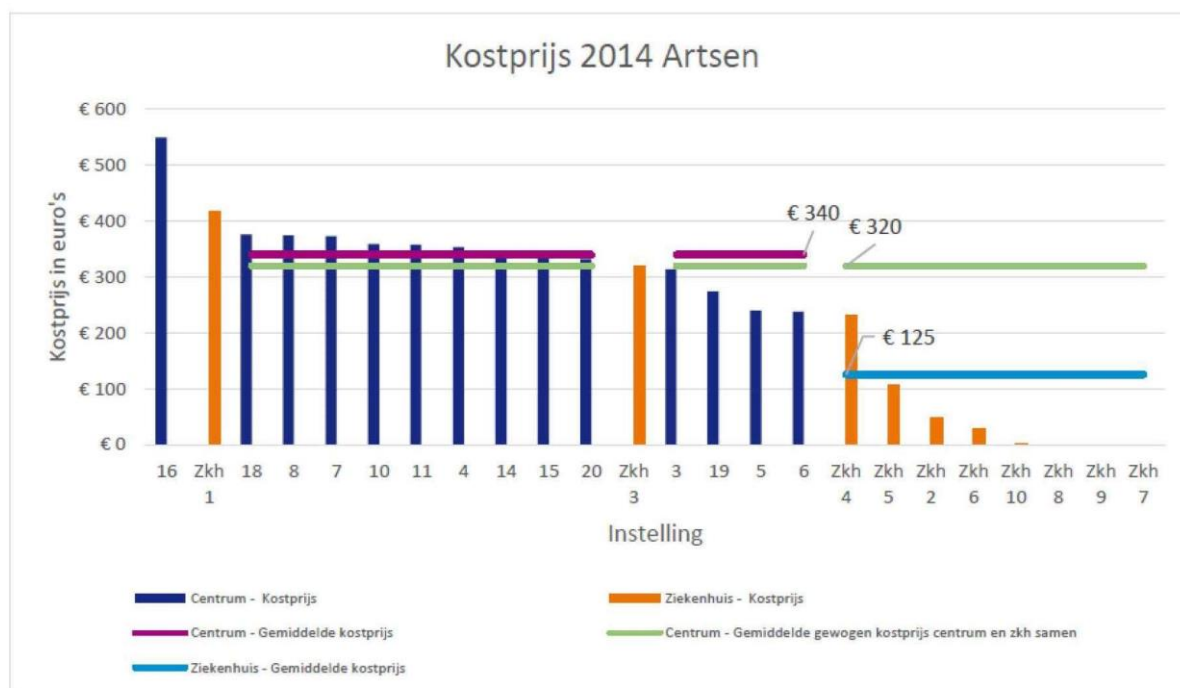
De discipline mix wordt door de deelnemers genoemd als reden. Dit kan, maar dan zit er nog een te groot verschil in kostprijzen tussen ziekenhuizen onderling en met de revalidatiecentra. De verwachting is dat dit komt doordat er op verschillende manieren wordt geregistreerd en omdat de kosten anders worden toegerekend: (gebouwen, ict, OK, etc) aan kostprijzen van zorgactiviteiten.



* © Performance 2016 Onderzoeksrapport Kostprijzen revalidatiecentra

Fig. 3: Kostprijzen 2014 alle disciplines

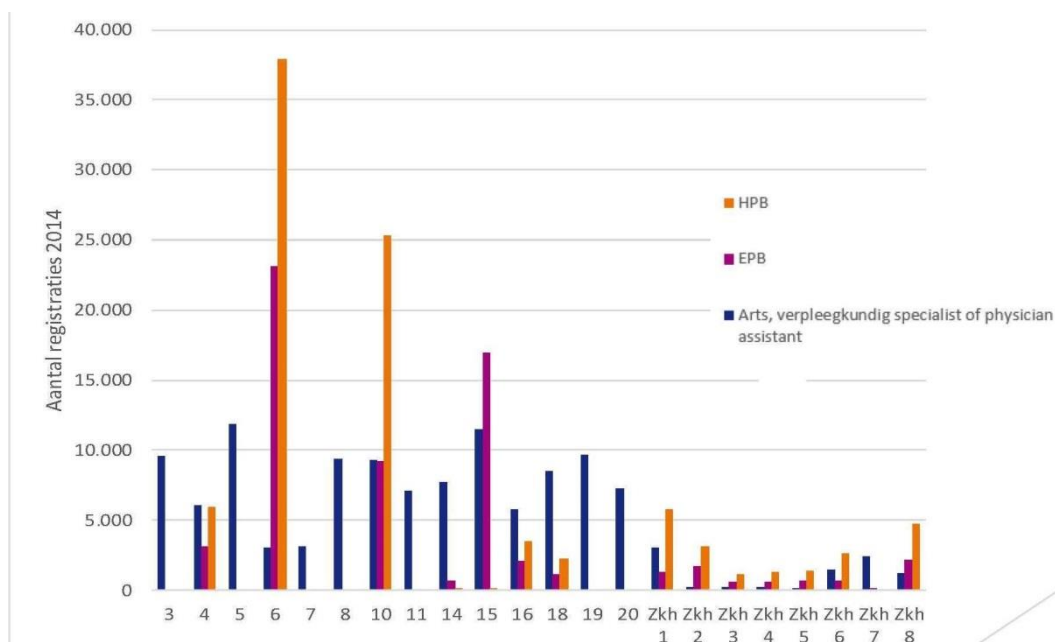
Figuur 4 laat het verschil in kostprijzen per uur tussen artsen werkzaam in ziekenhuizen en revalidatiecentra zien.



* © Performance 2016 Onderzoeksrapport Kostprijzen revalidatiecentra

Fig. 4: Kostprijs 2014 artsen

Figuur 5 laat de grote verschillen in registratie zien van EPB, HPB en artstijd tussen de verschillende instellingen. EPB = eerste polibezoek en HPB = herhaal polibezoek.



* © Performance 2016 Onderzoeksrapport Kostprijzen revalidatiecentra

Fig. 5: registraties EPB, HPB, Artstijd

Figuur 6 laat de verschillen in verhouding direct en indirecte patiëntgebonden tijd tussen verschillende centra zien.

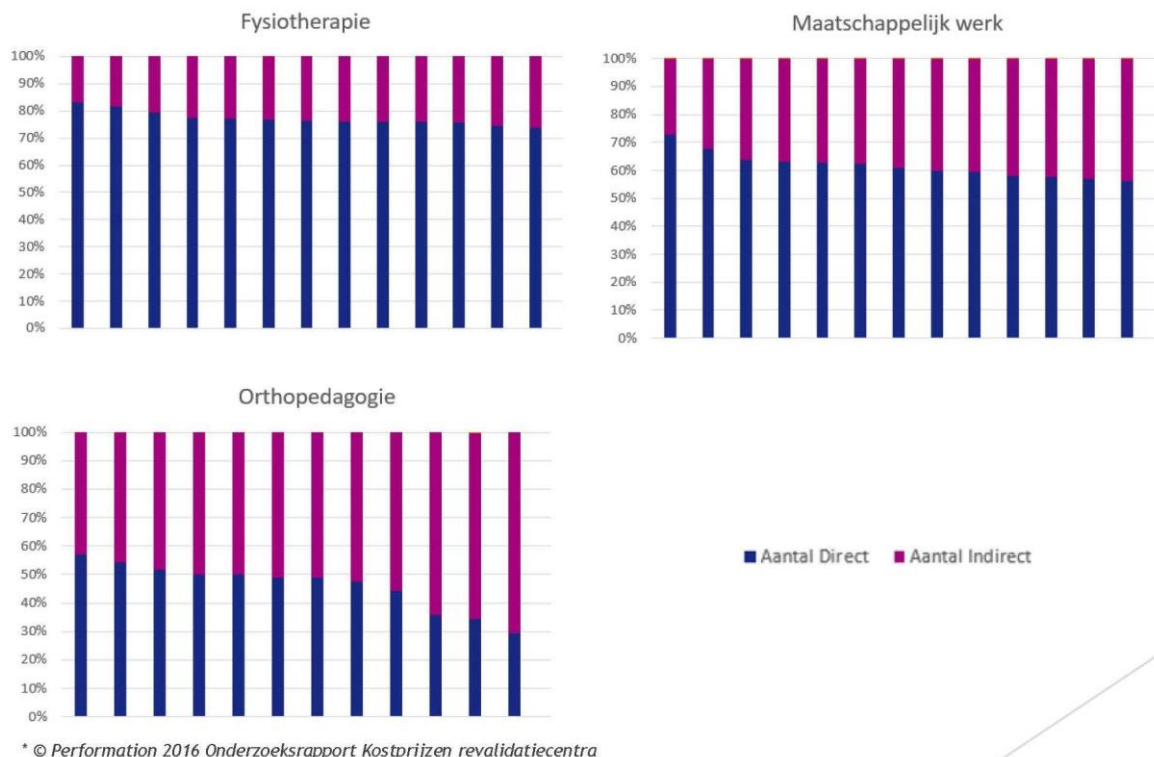


Fig. 6: Verschillen in registraties direct vs. indirect per instelling

Bevindingen van Performance ten aanzien van de registratie van zorgactiviteiten:

1. De verhouding van het aantal geregistreerde activiteiten tussen de grootste disciplines laat binnen de revalidatiecentra een plausibel beeld zien; de onderlinge verhouding van disciplines is vergelijkbaar tussen de centra.
2. De verhouding indirect en directe patiëntentijd verschilt per discipline. Binnen de disciplines zijn er geen grote verschillen tussen de revalidatiecentra;
3. De geregistreerde aantallen van activiteiten van de revalidatiearts (eerste polikliniekbezoek, herhaal polikliniekbezoek en arts behandeltime) zeer verschillend is tussen revalidatiecentra. Hiermee lijkt het dat de registratieregels anders geïnterpreteerd worden

Aanbeveling 4 uit het Performance rapport luidt:

- Zorg voor duidelijke en werkbare definities.

Vanuit de NZa is meer duidelijkheid nodig in de regelgeving omtrent HPB, EPB en artstijd. Ons advies is daarom ook dat er duidelijkheid moet worden verschaft door de NZa hoe de regelgeving en registratieregels van HPB, EPB en Artstijd moeten worden geïnterpreteerd. De input van de NZa is verwerkt in deze presentatie.

Bijlage 3: Samenhang zorgactiviteiten en modules

In figuur 7 staat de samenhang tussen zorgactiviteiten en modules. De behandelmodules bepalen het zorgproduct. De zorgactiviteiten bepalen het tarief.

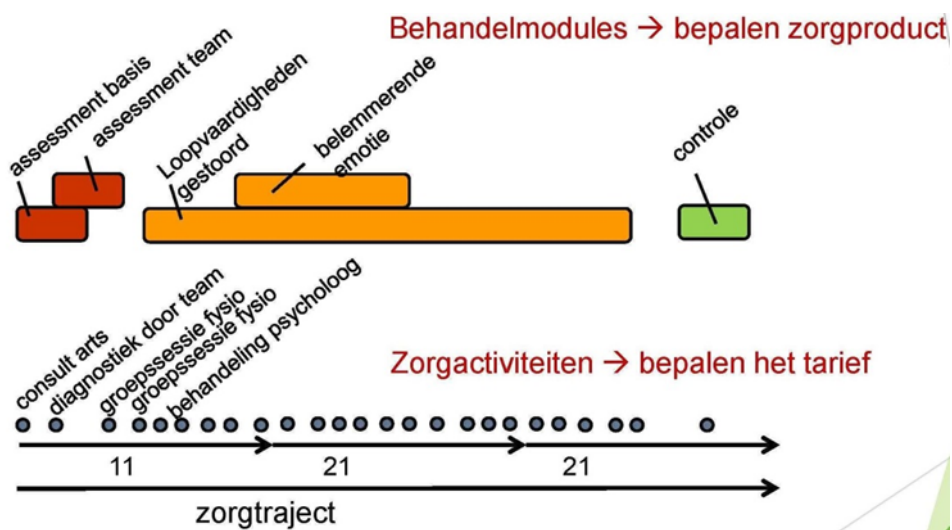


Fig. 7: Samenhang zorgactiviteiten en modules