Samenvatting

De financiering van hartrevalidatie in Nederland

Tsui-ling Man
Student Master Health Sciences
Specialisation Policy & Organisation
Vrije Universiteit Amsterdam

Stagiaire CARDSS project
Academisch Medisch Centrum
Afdeling Klinische Informatiekunde
Februari – augustus 2010

Inleiding

Hartrevalidatie is de poliklinische zorg die geboden wordt aan patiënten na het doormaken van een cardiaal incident (zoals een hartinfarct) of cardiale interventie (zoals een dotter-behandeling). De behandeling is erop gericht om deze patiënten in een zo goed mogelijke fysieke, psychische, en sociale conditie terug te laten keren naar hun plaats in de samenleving, en om het risico op toekomstige problemen met hart en vaten te verminderen. Hartrevalidatie kan bestaan uit diverse groepstherapieën (informatieprogramma, bewegingsprogramma, leefstijlprogramma en ontspanningsprogramma), eventueel aangevuld met verschillende vormen van individuele begeleiding.

Om de kwaliteit van hartrevalidatie in Nederland te verbeteren hebben de Nederlandse Hartstichting en de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie in 2004 de *Richtlijn Hartrevalidatie* gepubliceerd. Binnen deze richtlijn speelt de indicatiestelling, waarin de revalidatiebehoeften van de patiënt worden bepaald, een belangrijke rol. Als hulpmiddel bij het stellen van de indicatie is tevens een beslisboom ontwikkeld, waarvan recent een grondig herziene versie, de *Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie 2010*, is verschenen. De belangrijkste aanpassingen in de beslisboom betreffen het gebruik van objectieve, klinimetrische instrumenten tijdens de indicatiestelling. Er zijn onder andere instrumenten toegevoegd voor het vaststellen van angst en depressie, stress, partnerervaringen, bewegen, roken en alcohol. De indicatiestelling wordt hierdoor betrouwbaarder, maar kan ook meer tijd gaan vergen van patiënten en professionals. Naast de aanpassing van de beslisboom is er een herziening van de richtlijn op het gebied van psychische en arbeidsgerelateerde aspecten van hartrevalidatie (PAAHR) op komst.

Omdat uit eerder onderzoek signalen naar voren kwamen dat er financiële barrières bestaan voor het implementeren van de geldende richtlijnen, werd besloten dat het van belang was om meer inzicht in de huidige financiering van hartrevalidatie in Nederland te verkrijgen. Het in kaart brengen van deze knelpunten en het zoeken naar mogelijke oplossingen kan de vergoedingsstructuur van hartrevalidatie inzichtelijker maken en kan leiden tot een verbeterde implementatie van de geldende richtlijnen in de praktijk.

Methoden

Het onderzoek bestond uit een bronnenonderzoek en een kwalitatief onderzoek. In het bronnenonderzoek zijn alle relevante richtlijnen en literatuur geraadpleegd die met de financiering van hartrevalidatie hebben te maken. Naar aanleiding van het bronnenonderzoek is er een vragenlijst opgesteld waarmee interviews zijn gehouden met domeindeskundigen uit de hartrevalidatiepraktijk. Hiervoor zijn vertegenwoordigers benaderd van zoveel mogelijk beroepsgroepen die in de hartrevalidatie werken (cardiologen, revalidatieartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkster, diëtisten en psychologen). Daarnaast zijn er vertegenwoordigers van organisaties benaderd die zich niet direct met hartrevalidatiezorg aan patiënten, maar wel met hartrevalidatie in bredere zin bezighouden. Het gaat hierbij om managers, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheidsinstanties.

De vertegenwoordigers zijn benaderd via het netwerk van de Commissie Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC-CCPH), het Landelijk Multidisciplinair Overleg Hartrevalidatie (LMDO-H) en via het CARDSS netwerk. Er zijn face-to-face interviews en telefonische interviews afgenomen. Deze interviews zijn verwerkt in transcripten en samenvattingen en verwerkt in een analyse.

Resultaten

- *Zorgproducten: enkelvoudig, meervoudig en complex*

In het jaar 2000 zijn drie zorgproducten voor hartrevalidatie geformuleerd om het overleg met zorgverzekeraars over de financiering van hartrevalidatie te structureren (zie Tabel 1).

Tabel 1: Zorgproducten Hartrevalidatie, gebaseerd op de Richtlijn Hartrevalidatie 1995/1996

Hartrevalidatie	Intake	Informatie-programma	Bewegings-programma	Leefstijlprogramma /PEP	Individuele begeleiding
Enkelvoudig	X	X	X		
Meervoudig	X	X	X	X	
Complex	X	X	X	X	X

Sinds het verschijnen van de Richtlijn Hartrevalidatie 2004 is deze indeling in zorgproducten gedeeltelijk achterhaald, omdat het in de richtlijn beschreven ontspanningsprogramma en de eindevaluatie hierin ontbreken. Aanpassingen hebben echter nog niet plaatsgevonden, en alle afspraken over financiering zijn tot op heden op deze indeling gebaseerd.

- *Financiering hartrevalidatie voor ziekenhuizen en revalidatiecentra*

De financiering van hartrevalidatie is verschillend voor ziekenhuizen en revalidatiecentra, met name wat betreft complexe patiënten. Daarom wordt de situatie in beide soorten instellingen in deze paragraaf apart beschreven. In ziekenhuizen bestaan er voor de financiering van de cardioloog binnen de hartrevalidatie verschillende DBCs. Een DBC is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Voor hartrevalidatie bestaan er drie DBCs die kunnen worden gedeclareerd. Deze *algemene DBCs voor cardiologische consulten* staan weergeven in Tabel 2.

Tabel 2: Algemene DBCs Cardiologie voor hartrevalidatie (ziekenhuizen)

Declaratie code	Totaal bedragen	Omschrijving	Gebruikte code in praktijk
140415	€ 486,96	Algemeen polikliniek/dagopname	101
140424	€ 3.047,06	Algemeen kliniek	102
140711	€ 184,12	Enkelvoudig polikliniek	104

De DBC Enkelvoudig polikliniek [104] kan worden gedeclareerd indien er een eenmalig cardiologisch consult over hartrevalidatie heeft plaatsgevonden. De DBC Algemeen polikliniek/dagopname [101] kan worden gedeclareerd indien er meerdere consulten over hartrevalidatie met de cardioloog hebben plaatsgevonden. Het gaat hierbij om minimaal twee cardiologische consulten. De DBC Algemeen kliniek [102] is de vergoeding voor klinische hartrevalidatie. De DBCs 101 en 104 voor hartrevalidatie kunnen niet gelijktijdig worden gedeclareerd.

Naast de DBCs die gedeclareerd kunnen worden door de cardioloog, bestaat er een aparte declaratiewijze voor alle overige disciplines en interventies binnen de hartrevalidatie. De declaratie hiervan gaat niet met DBCs maar met zogeheten *overige producten* voor de financiering van zorg (zie Tabel 3 en Tabel 4). De vergoedingen voor de overige producten kunnen naast een DBC cardiologie voor hartrevalidatie worden gedeclareerd. Ook kunnen ze worden gedeclareerd indien er helemaal geen DBC voor hartrevalidatie wordt gedeclareerd.

Tabel 3: Overige producten hartrevalidatie (ziekenhuizen)

Declaratie code	Totaal bedragen	Omschrijving
193121	€ 192,92	Intakecontact
193122	€ 105,02	Informatiemodule
193123	€ 242,00	FIT module < Tien sessies
193124	€ 482,86	FIT module > Tien sessies
193125	€ 874,40	PEP module

Tabel 4: Declaratiebepaling NZa

Programma's	Declaratiebepaling (omschrijving)
Intakecontact (193121)	Individuele intake voor enkel- of meervoudige hartrevalidatie, bestaande uit een intakegesprek en een inspanningstest.
Informatiemodule (193122)	Informatiemodule voor het enkel- of meervoudige hartrevalidatieprogramma. Het tarief is gebaseerd op een viertal informatiesessies door respectievelijk een cardioloog, een psycholoog, een diëtist en een maatschappelijk werker of verpleegkundige, voor een groep patiënten.
FIT-Module (193123 / 193124)	De bewegingsmodule FIT van het enkel- of meervoudige hartrevalidatieprogramma bestaat uit een aantal sessies onder begeleiding van fysiotherapeuten en eventueel een inspanningstest na afloop. Het 193124 - tarief is gebaseerd op een groepsbehandeling van gemiddeld 20 sessies van vijf kwartier, begeleid door een tweetal fysiotherapeuten. Het 193124 - tarief kan alleen in rekening worden gebracht als de patiënt minimaal tien sessies heeft bijgewoond. Indien de patiënt minder dan tien sessies heeft bijgewoond, is het 193123 - tarief van toepassing. Op de factuur dient het aantal door de patiënt bijgewoonde sessies expliciet te worden vermeld.
PEP-Module (193125)	De PEP-module (Psycho Educatieve Preventie) van het meervoudige hartrevalidatieprogramma bestaat uit een intake, een aantal sessies een psycholoog en een coördinator en (telefonische) nazorg. Het tarief is gebaseerd op individuele intake en nazorg en een viertal sessies van twee uur in groepsverband. Het tarief kan alleen in rekening worden gebracht als de patiënt minimaal twee sessies heeft bijgewoond. Indien de patiënt minder dan twee sessies heeft bijgewoond, kan geen tarief in rekening worden gebracht. Op de factuur dient het aantal door de patiënt bijgewoonde sessies expliciet te worden vermeld.

In revalidatiecentra wordt zowel enkelvoudige, meervoudige als complexe hartrevalidatie aangeboden. Enkelvoudige en meervoudige hartrevalidatie worden op dezelfde manier vergoed als dat in ziekenhuizen gebeurt. Complexe hartrevalidatie wordt daarentegen in revalidatiecentra op een andere wijze gedeclareerd, namelijk met revalidatie DBCs die gebaseerd zijn op het aantal behandeluren (zie Tabel 5). Complexe hartrevalidatie valt meestal in de klasse 4 van een poliklinische behandeling van 18 t/m 49 uur.

Tabel 5: Poliklinische Revalidatie Behandeling DBCs (revalidatiecentra) (20)

	Klasse	Onder grens	Boven grens	Tarief
1	Poliklinische behandeling t/m 2 uur	1	2	€ 149,78
2	Poliklinische behandeling meer dan 2 t/m 6 uur	3	6	€ 456,11
3	Poliklinische behandeling meer dan 6 t/m 18 uur	7	18	€ 1.213,88
4	Poliklinische behandeling meer dan 18 t/m 49 uur	19	49	€ 3.252,36
5	Poliklinische behandeling meer dan 49 t/m 129 uur	50	129	€ 7.058,31
6	Poliklinische behandeling meer dan 129 t/m 299 uur	130	299	€ 15.877,22
7	Poliklinische behandeling meer dan 299 uur	300	-	€ 27.284,94

In Tabel 6 is berekend wat de maximale vergoeding voor complexe hartrevalidatie in een ziekenhuis en revalidatiecentrum is. Hierbij zijn alle programma's maximaal gedeclareerd. Revalidatiecentra krijgen in dit geval een veel hogere vergoeding (€ 1.110,20 meer) voor complexe hartrevalidatie.

Tabel 6: Vergoeding complexe hartrevalidatie in ziekenhuizen en revalidatiecentra

		Tarief
Ziekenhuizen	Algemene DBC cardiologie [101]	€ 486,96
	Intakecontact	€ 192,92
	Informatie module	€ 105,02
	FIT module > tien sessies	€ 482,86
	PEP module	€ 874,40
	Totaal	**€ 2.142,16**
Revalidatiecentra	4. Poliklinische behandeling meer dan 18 t/m 49 uur	**€ 3.252,36**
Verschil		***€ 1.110,20***

- *Knelpunten binnen de huidige vergoedingsstructuur*

Een duidelijk knelpunt binnen de huidige vergoedingsstructuur is dat een aantal instellingen het intakegesprek niet vergoed krijgt indien de patiënt geen hartrevalidatie gaat volgen. Tevens zijn er voor de meeste instellingen geen vergoedingen voor het ontspanningsprogramma en de eindevaluatie. Ook geven ziekenhuizen aan dat het lastig is om individuele begeleiding voor complexe patiënten binnen het hartrevalidatieprogramma vergoed te krijgen. Deze knelpunten zorgen voor problemen bij de implementatie van Beslisboom Poliklinisch indicatiestelling Hartrevalidatie 2010. Verder geven instellingen aan dat het animo van patiënten voor het volgen van het leefstijlprogramma/PEP gering is, terwijl er voor dit programma binnen de huidige financiering juist de hoogste vergoeding gedeclareerd kan worden (€ 874,40). Ten slotte geven de instellingen aan dat de vergoedingen voor alle modules te laag zijn.

- *Declareren binnen de huidige vergoedingsstructuur*

Uit het onderzoek bleek dat sommige ziekenhuizen hogere bedragen kunnen declareren voor hartrevalidatie dan zijn nu doen. Het kan bijvoorbeeld mogelijk zijn om standaard de algemene DBC 101 (486,96) te openen in plaats van de algemene DBC 104 (184,12). Hiervoor moeten wel duidelijke afspraken met de betrokken cardiologen gemaakt worden. Voor het declareren van de 101 moeten er minimaal twee consulten van de patiënt als zijnde hartrevalidatieconsult worden geregistreerd. Ook is het financieel aantrekkelijk om zoveel mogelijk patiënten, die hiervoor in aanmerking komen, aan het leefstijlprogramma/PEP te laten deelnemen. Het leefstijlprogramma moet hiervoor wel goed zijn opgezet en patiënten moeten actief geworven worden. Tot slot kan er geprobeerd worden door middel van lokale afspraken met zorgverzekeraars toch het ontspanningsprogramma, de eindevaluatie en de individuele begeleiding beter vergoed te krijgen. In een aantal instellingen is dit gelukt.

- *Voorwaarden vergoedingsstructuur voor hartrevalidatie om optimaal aan te sluiten bij de geldende richtlijnen*

Om optimaal aan te sluiten bij de geldende richtlijnen moet de financiering aan meerdere voorwaarden voldoen. Ten eerste zal er voldoende vergoeding moeten komen om bij iedere patiënt alle voor de indicatiestelling benodigde metingen en het intakegesprek te verrichten, ook als het resultaat van de indicatiestelling is dat de patiënt geen hartrevalidatie gaat krijgen. De indicatiestelling moet daarom los kunnen worden gedeclareerd. Ten tweede moet de financiering stimuleren dat patiënten een op maat gemaakt revalidatieplan doorlopen. Hiervoor bestaan twee scenario's. In het eerste scenario zijn de mogelijke onderdelen van het revalidatieplan apart declarabel, zoals nu het geval is in de ziekenhuizen voor het informatie-, bewegings- en leefstijlprogramma/PEP. In dat geval is het belangrijk dat daadwerkelijk alle

onderdelen, dus ook het ontspanningsprogramma, de eindevaluatie en de individuele begeleiding, apart declarabel zijn. Ook moeten de bedragen toereikend zijn om de in de richtlijn beschreven zorg te verlenen.

In het tweede scenario vindt er clustering plaats in zorgproducten zoals in enkelvoudige, meervoudige en complexe hartrevalidatie. Instellingen kunnen er dan voor kiezen om een of meerdere soorten hartrevalidatie in hun aanbod op te nemen. De vergoedingen binnen een zorgproduct zullen dan gebaseerd moeten worden op een gemiddeld zorgtraject van een patiënt in deze groep. Instellingen krijgen hierdoor financiële speling in het op maat gestelde revalidatieplan, immers heeft niet iedere patiënt bijvoorbeeld evenveel bewegingssessies nodig om zijn vastgestelde doelen te bereiken. Belangrijk is wel dat de zorgproducten regelmatig worden aangepast, bijvoorbeeld na het verschijnen van een nieuwe richtlijn.

Discussie

Dit is het eerste uitgebreide onderzoek naar de vergoedingsstructuur voor hartrevalidatie in Nederland en de wijze waarop daarvan gebruik wordt gemaakt in de prakrijk. Door middel van een bronnenonderzoek en interviews is de vergoedingsstructuur van hartrevalidatie in kaart gebracht. Door de combinatie van beide methoden kon er worden vergeleken hoe de vergoeding voor hartrevalidatie op papier staat beschreven met hoe deze in de praktijk daadwerkelijk wordt toegepast. Er is gekozen om kwalitatief onderzoek uit te voeren omdat er geen recente kwantitatieve gegevens bekend zijn over hartrevalidatie in Nederland.

Doordat er gebruik is gemaakt van het grote netwerk aan experts van de NVVC-CCPH en het LMDO-H kon een representatief deel van de hartrevalidatieprofessionals in Nederland geïnterviewd worden. Verder is dit onderzoek uitgevoerd door een onafhankelijke stagiaire en de resultaten zijn anoniem beschreven, waardoor domeindeskundigen vrijuit konden praten over de financiering van hartrevalidatie in hun instelling en in Nederland.

Een beperking van het onderzoek is dat de kosten voor hartrevalidatie niet zijn onderzocht, waardoor niet bepaald kon worden of de vergoedingen toereikend zijn. Er is een afbakening geweest in dit onderzoek waardoor alleen de officiële hartrevalidatie vergoedingen zijn onderzocht. Alle andere mogelijke manieren om hartrevalidatie (onder een andere diagnose dan hartrevalidatie) op een creatieve manier te vergoeden, zijn niet genoemd in dit onderzoek.

Conclusie

De huidige vergoedingen sluiten niet aan bij de geldende richtlijnen voor hartrevalidatie, en een betere afstemming van de vergoedingen op de richtlijnen zou de kwaliteit van de zorg daarom kunnen verbeteren. Kennis over vergoedingen is sterk gefragmenteerd onder professionals. De belangrijkste financiële knelpunten zijn de tekortkomingen in de vergoedingen voor het uitvoeren van de indicatiestelling, het ontspanningsprogramma en de eindevaluatie. Ook worden de vergoedingen soms niet toereikend genoemd. Er zijn ziekenhuizen die een hogere vergoeding voor hartrevalidatie kunnen ontvangen dan zij nu krijgen. De voorwaarden voor de financiering voor optimale aansluiting bij de geldende richtlijnen zijn:

1) Voldoende vergoeding voor alle programma onderdelen zoals omschreven is in de geldende richtlijnen, ook als de patiënt geen hartrevalidatie gaat krijgen of volgen.
2) De financiering moet stimuleren dat patiënten een op maat gemaakt revalidatieplan doorlopen. Hiervoor bestaan twee scenario's: a) Alle mogelijke aanbevolen onderdelen van het hartrevalidatie zijn apart declarabel; b) Er vindt clustering plaats in zorgproducten zoals enkelvoudige, meervoudige en complexe hartrevalidatie.

Schematisch samenvatting

	← Sluiten niet op elkaar aan →	
← Gevolgen	**Richtlijnen:** ▪ Richtlijn Hartrevalidatie 2004 ▪ Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie 2010 ▪ Richtlijn Hartrevalidatie 2010/2011 (PAAHR-project)	**Vergoedingen:** ▪ DBC cardiologie: consulten cardioloog ▪ Overige producten: intakecontact, INFO, FIT en PEP module ▪ Revalidatie DBC: complexe hartrevalidatie
	Knelpunten huidige vergoedingen : ▪ Geen vergoedingen voor het ontspanningsprogramma en de eindevaluatie ▪ De indicatiestelling wordt niet volledig voor iedere patiënt vergoed ▪ Vergoedingen worden als ontoereikend ervaren	**Voorwaarden betere aansluiting:** ▪ Afzonderlijke en voldoende vergoeding voor het uitvoeren van de indicatiestelling ▪ Alle mogelijke interventies moeten apart declarabel zijn of in geclusterde zorgproducten (enkelvoudige, meervoudige en complexe hartrevalidatie)

Het volledige onderzoeksrapport is te verkrijgen op de website: www.cardss.nl.
Als u vragen heeft kunt u contact opnemen met info@cardss.nl.