

NZa regelt ook DBC voor ICC en medebehandeling door VS en PA in het ziekenhuis

34

Drs. J.E. Voorneveld-Nieuwenhuis M ANP, verpleegkundig specialist intensieve zorg bij somatische aandoeningen, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam

Per 1 januari 2019 is het voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant mogelijk om ook bij een intercollegiaal consult (ICC) en medebehandeling een diagnosebehandelingcombinatie (DBC), met bijbehorende verrichting, op eigen naam te registreren. Sinds januari 2015 is het mogelijk voor een VS en PA om reguliere poliklinische consulten te registreren in het ziekenhuis, maar dit was niet geregeld voor een ICC of medebehandeling. In de praktijk voeren PA en VS regelmatig ICC of medebehandeling uit, maar ze kunnen hiervoor niets registreren. Reden om in gesprek te gaan met drie collegae die dit onderwerp onder de aandacht hebben gebracht bij zowel de afdeling als bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zelf: Mieke Bil (VS intensieve zorg op de afdeling klinische geriatrie in het MC Slotervaart), Marieke van Piere (VS GGZ, werkzaam in de consultatieve psychiatrie bij Rivierduinen voor Alrijne Zorggroep) en Gerard Brons (Zorgproductspecialist bij de zorgadministratie van Alrijne Zorggroep).

Mieke wordt regelmatig gevraagd voor een ICC en/of medebehandeling van patiënten op diverse afdelingen binnen het ziekenhuis en Marieke als consulent van de ziekenhuis psychiatrie dienst waarbij de door haar verleende zorg valt onder declarabele zorg van het ziekenhuis.

Marieke, tevens voorzitter V&VN consultatieve psychiatrie, trok over deze problematiek al in april 2016 aan de bel bij de NZa, de organisatie die de wet- en regelgeving opstelt voor de medisch-specialistische zorg. Zij deed dit samen met Gerard, die als zorgproductspecialist binnen Alrijne adviseert over toepassing van de wet- en regelgeving en de inrichting van de systemen voor declaratie.

Mieke heeft over deze problematiek ook regelmatig het bestuur van V&VN VS benaderd.

Poortfunctie

In de aanvraag van april 2016 door Alrijne (Gerard Brons) werd voorgesteld dat er een aanpassing zou komen waarin staat dat de PA/VS ook de poortfunctie zal kunnen uitvoeren. Om

dit verzoek kracht bij te zetten is V&VN VS en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) verzocht een verzoek van dezelfde strekking in te dienen, wat ook is gebeurd. Bij de eerste indiening in 2016 werd het verzoek afgewezen. Jaap Kappert heeft namens de afdeling V&VN VS nadien samen met de NAPA bij de NZa aan tafel gezeten over dit onderwerp. De NZa werd geïnformeerd over de obstakels waar verpleegkundig specialisten tegenaan liepen. Er is daarnaast op een later tijdstip een presentatie gegeven over de rol van de VS. Door de contacten te blijven onderhouden is het verzoek 'in the picture' gebleven. Ook is vanuit de afdelingen middels diverse brieven gericht aandacht gevraagd voor dit onderwerp en is gewerkt aan zorgvuldige beargumentering van het wijzigingsverzoek samen met Alrijne ziekenhuis en V&VN consultatieve psychiatrie. Na ontwikkelingen waarbij vanaf 2018 in de palliatieve zorg ICC en medebehandeling declarabel werden, is de aanvraag opnieuw van de plank gehaald. Ditmaal met succes: het verzoek is opnieuw opgepakt door de NZa en voorgelegd aan de branchepartijen. Op 20 september 2018 heeft de Raad van Bestuur van de NZa besloten om per 1 januari 2019 registratierechten toe



Mieke Bil



Marieke van Piere



Gerard Brons

te kennen aan VS en PA voor het zelfstandig registreren van ICC en medebehandeling, omdat dit bijdraagt aan taakherschikking en bijdraagt aan de transparantie van zorg.

Taakherschikking

De NZa vindt het belangrijk dat taakherschikking, daar waar het bijdraagt aan meer doelmatige zorg, niet door NZa-regelgeving wordt belemmerd. Daarom is getoetst of aanpassing van regelgeving over registratiebevoegdheden door VS en PA noodzakelijk was. Aanpassing van regelgeving is mogelijk als er sprake is van onregelmatigheden, markt-verstorende en/of kosten verstorende systeemproblemen. Zo is in de huidige situatie niet duidelijk hoe vaak VS en PA dergelijke ICC of medebehandeling zelfstandig uitvoeren. De NZa concludeerde dat er sprake was van inconsequentie. VS en PA hebben wel zelfstandige declaratie- en registratiebevoegdheid bij een zorgvraag op de polikliniek maar niet voor consulten tijdens opname in het ziekenhuis als er een nieuwe of eigen zorgvraag is. Registratie op naam van VS of PA mag alleen als de zorgvraag zelfstandig door VS of PA wordt uitgevoerd; indien er sprake is van ondersteuning van de medisch-specialistische zorg mag dit niet.

Hoe zijn jullie tot de aanvraag van het verzoek gekomen?

Mieke: Uit onderzoek is gebleken dat zorg door verpleegkundig specialisten zorgt voor kwaliteit; zoals het voorkomen van heropname. Dat willen we laten zien, inzichtelijk maken. Doordat de VS care én cure levert zie je dat er betere zorg wordt geleverd.

Gerard: Wij zagen dat er patiënten gezien werden door een VS of PA maar dat dit niet gedeclareerd kon worden omdat er geen DBC en geen verrichting kon worden geregistreerd. Alrijne heeft al langere tijd via interne systemen zorgactiviteiten geregistreerd zoals een ICC en medebehandeling, echter er kon geen declaratie van deze zorg plaatsvinden. Dat kwam doordat er geen medisch specialist bij de zorg betrokken was en er dus geen officiële zorgactiviteit mocht worden geregistreerd.

Marieke: Er ontstond onrust doordat dit niet was geregeld; VS en PA waren onvoldoende op de hoogte van wat kon en mocht. Verpleegkundige specialisten GGZ in de consultatieve diensten verrichtten consulten in het ziekenhuis waarbij de psychiater louter voor het openen van de DBC de patiënt nog moest zien en de DBC op naam van de psychiater werd geopend. Dit strookt niet met het idee dat de VS GGZ zelfstandig behandelt en verantwoordelijk is voor eigen consulten. Gerard heeft contact gezocht met de NAPA en V&VN VS. Door krachten te bundelen van veldpartijen heeft er een versnelling plaatsgevonden richting NZa.

Mieke: Ik heb de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie en mijn ziekenhuis gevraagd ook een wijzigingsverzoek in te dienen. Ook Marjan Kaljouw (voormalig voorzitter V&VN en inmiddels werkzaam bij de NZa) en Francis Bolle zijn bij het proces betrokken en hebben dit probleem aan de kaak gesteld.

Mieke: Per 2018 geldt dat een VS bij het eerste contact in het kader van palliatieve zorg een DBC plus verrichting op eigen naam kan registreren. Bij een multidisciplinair overleg (MDO) palliatieve zorg moeten ten minste een verpleegkundig specialist en een medisch specialist aanwezig zijn om een bijbehorende verrichting te registreren en de DBC palliatieve zorg te vullen. Dit heeft als voorbeeld gediend om het ook voor de overige zorg geregeld te krijgen.

Kunnen jullie de huidige situatie schetsen?

Mieke: Een VS kan poliklinisch zelf een DBC registreren, maar voor klinische zorg is dit niet mogelijk. Dit is niet passend met taakherschikking. Ik registreer wel een eigen DBC op de polikliniek, doe het hele proces rond de patiënt zelf. Maar in het ziekenhuis als we worden gevraagd voor een ICC of als medebehandelaar van opgenomen patiënten mag ik geen DBC registreren. Het is binnen de klinische geriatrie al jarenlang gebruik dat een VS klinische consulten doet. Dan wil je ook graag dat de financiële drempels worden weggenomen.

Marieke: Ik ben in dienst van de consultatieve dienst, dus niet in dienst van het ziekenhuis maar van een GGZ-instelling. Het ziekenhuis kent een DBC ziekenhuispsychiatrie voor consulten in het ziekenhuis. In de huidige situatie moet altijd de psychiater de patiënt zien om de zorg te kunnen declareren. De dienst die in het ziekenhuis zelfstandig geleverd wordt

door mij als VS mag het ziekenhuis nu niet declareren.

Gerard: De zorgadministratie rolt het beleid uit zoals dat door de NZa wordt voorgeschreven. Wij liepen ertegen aan dat verrichtingen van VS en PA niet konden worden gedeclareerd. We willen dit graag inzichtelijk maken, transparant zijn over de geleverde zorg. Daarom is destijds namens de VS en PA die in het ziekenhuis werken het verzoek bij de NZa ingediend.

Hoe denken jullie dat deze wijziging door het veld wordt opgepakt en hebben jullie tips hoe om te gaan met weerstanden?

Gerard: Ik zie alleen maar voordeel voor de medisch specialist. Registreren gebeurt straks door degene die het doet. Wie het doet maakt uiteindelijk voor het specialisme niet uit. De arts heeft tijd voor andere patiënten: dat is taakherschikking. Maar er is nog koudwatervrees bij specialismen. De eindverantwoordelijkheid, verlengde arm is iets wat eigenlijk niet bestaat maar nog vaak wordt aangehaald.

Mieke: Wat verpleegkundig specialisten doen in de praktijk, dat is een afstemming op organisatieniveau, er is een wettelijk kader waarbinnen de VS mag handelen.

Marieke: Ik zie dit als aanzet voor het nemen van de eigen verantwoordelijkheid in het ziekenhuis, net als de regieverantwoordelijkheid door verpleegkundig specialisten in de GGZ. De GGZ heeft namelijk een kwaliteitsstatuut per instelling waarin verantwoordelijkheden zijn verdeeld.

Gerard: de prijs van een DBC is een issue. Op termijn kan de prijs mogelijk naar beneden gaan omdat de VS/PA goedkopere zorg kan leveren. Per ziekenhuis kunnen er verschillen ontstaan doordat in het ene ziekenhuis meer PA/VS werken dan in het andere. Maar komt er door deze maatregel minder werk voor medisch specialisten? Nee, er is meer tijd voor hoogcomplex patiënten, wachtlijsten worden korter en dat levert geld op voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Ik krijg vragen over vergoedingen aan het medisch-specialistisch bedrijf (MSB) voor geleverde diensten. De VS of PA levert productie voor het MSB. Declarabele consulten registreren door een VS of PA kan in het voordeel van het MSB zijn omdat er in totaal meer declarabele consulten kunnen worden geregistreerd doordat het specialisme met de VS/PA erbij meer patiënten kan zien.

Welke rol moeten wij zelf als beroepsgroep oppakken?

Mieke: Verpleegkundig specialisten kunnen zelf ook een actievare rol gaan spelen. Benader je bestuur bij vragen of problemen en probeer zelf mee te denken over goede oplossingen. De NZa zal zelf geen actie ondernemen als er niet aan de bel wordt getrokken vanuit het veld.

Gerard: De afstand tot de NZa is nog groot.

Marieke: Het is mooi dat V&VN VS, middels een enquêteronde onder verpleegkundig specialisten in het ziekenhuis, het aantal en de aard van consulten en medebehandelingen inventariseert.

Mieke: Transparantie en duidelijkheid over wie wat doet is noodzakelijk. Ik denk dat we dit moeten zien al een groeimodel, een stap in de goede richting waarmee men

daadwerkelijke taakherschikking realiseert en we de werkzaamheden van VS inzichtelijk maken.

Wat zien jullie als rol voor het bestuur van? V&VN VS?

Mieke: Ik denk dat we als vereniging in de toekomst vaker de verbinding met de veldpartijen moeten zoeken. Dit vraagt om een actieve rol van de individuele VS en van onze beroepsvereniging in samenwerking met de verschillende wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Onze vereniging kan actief dit soort wijzigingen communiceren naar haar leden. Die kunnen dan zelf in gesprek gaan met de eigen vakgroep en zorgadministratie.

Welke andere zaken zou je nog willen aanpakken?

Gerard: Ik zou graag een oplossing willen voor physician assistants en verpleegkundig specialisten die voor meerdere specialismen werken. Dit probleem geldt ook voor artsen als die binnen meer specialismen werken. Nu is er binnen het ziekenhuisinformatiesysteem een aparte artscodes per specialisme nodig. Ik erken dat dat nog zoeken is. Wij proberen verbinding te zoeken met ziekenhuizen die met hetzelfde ziekenhuisinformatiesysteem werken, om gezamenlijk een oplossing te zoeken voor dit probleem.

Mieke: We zijn een relatief nieuwe beroepsgroep waarover nog veel onbekendheid is bij diverse organen.

Wat zouden jullie de collega's willen meegeven?

Gerard: Trek aan de bel bij je zorgadministratie en regel implementatie van de regels ten aanzien van DBC-registratie voor jou als VS bij je zorgadministratie of afdeling applicatie-beheer.

Mieke: Maak met je vakgroep afspraken over taken en verantwoordelijkheden.

Marieke: Taakdelegatie moet je binnen de vakgroep regelen en er kan op termijn verschuiving hierin plaatsvinden.

BELEIDSREGEL 19b Aanleidingen en wijzigingen NZa-site (bron: wijzigingsdocument NZa RZ19)

Aanleiding en verzoek

De physician assistant (PA) en verpleegkundig specialist (VS) mogen sinds 1 januari 2015 consulten registreren, maar nog geen ICC (190009) of medebehandeling (190017), omdat ze geen poortspecialist zijn die de poortfunctie uitoefent. Verzocht is om het mogelijk te maken dat de physician assistant en verpleegkundig specialist een ICC en medebehandeling kunnen registreren.

Doorgevoerde wijziging(en)

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen. Hierbij gaat het om het volledig overdragen van (eind) verantwoordelijkheid in het uitvoeren van zorgtaken. De

NZa vindt het belangrijk dat taakherschikking, daar waar dit bijdraagt aan meer doelmatige zorg, niet wordt belemmerd door NZa-regelgeving. We toetsen daarom of aanpassing in de regelgeving over registratiebevoegdheden voor bovengenoemde beroepsgroepen, noodzakelijk is.

Bij deze toetsing letten we op:

- 1 of er sprake is van het volledig overdragen van de verantwoordelijkheid voor het behandelen van de zorgvraag (definitie van taakherschikking);
- 2 of de zorgverlener bevoegd en bekwaam is (bijvoorbeeld aan de hand van vastlegging in Wet BIG);
- 3 doelmatigheid: draagt het toekennen van registratiebevoegdheden bij aan doelmatige zorg?

Uit de casussen blijkt dat het voorkomt dat de medisch specialist onnodig betrokken wordt bij ICC en medebehandeling, enkel voor registratiedoeleinden. Het toekennen van registratie- en declaratierechten kan deze inefficiëntie in het systeem wegnemen. Vanwege deze kostenverhogende systeemprikkels voldoet het wijzigingsverzoek aan de toewijzingsgronden van het Toetsingskader DBC-systeem. Daarnaast kan het toekennen van registratie- en declaratierechten zorgen voor een meer doelmatige zorgverlening.

De vraag of de PA/VS bekwaam en bevoegd is, is beantwoord door de definitieve verankering van deze beroepsgroepen in de Wet BIG (sinds 2017). Wat betreft doelmatigheid geldt ook hier dat door het toekennen van registratierechten de versturende systeemprikkels in het huidige systeem kan worden weggenomen. Het toekennen van registratie- en declaratierechten zorgt op deze manier voor een meer doelmatige zorgverlening.

Tot slot zien wij dat in de huidige situatie de PA/VS wel zelfstandige registratie- en declaratiebevoegdheden heeft, wanneer sprake is van één zorgvraag. Bij een tijdens de opname ontstane nieuwe/eigen zorgvraag vervalt deze bevoegdheid, wat de huidige regelgeving inconsequent maakt.

In de omschrijving van ICC en medebehandeling is vereist dat sprake moet zijn van een eigen zorgvraag. Dit geldt voor alle beroepsgroepen die ICC en/of medebehandeling registreren, dus ook voor de PA/VS wanneer zij de bevoegdheid krijgen om een ICC of medebehandeling te registreren. Wanneer de PA/VS als ondersteuner van de medisch specialist zorg levert, mag deze geen ICC of medebehandeling registreren.

Wat is ICC, wat is medebehandeling

Artikel 24 lid 19 & 20

art. nr.	RZ19a omschrijving	RZ19b omschrijving	toelichting
NR artikel 24 lid 19	Klinisch intercollegiaal consult (ICC) (190009) 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	Klinisch intercollegiaal consult (ICC) (190009) Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt tijdens een klinische opname voor een ander specialisme	Door deze wijziging wordt het voor de physician assistant en verpleegkundig specialist mogelijk om de zorgactiviteit klinisch intercollegiaal consult (ICC) (190009) te registreren
NR artikel 24 lid 20	Medebehandeling (190017) Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts-assistent) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij een of meer verpleegdagen en of IC-dagen of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per consult in het kader van medebehandeling vastgelegd	Medebehandeling (190017) Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant) die de poortfunctie uitvoert een patiënt, op verzoek van een ander poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij een of meer verpleegdagen en of ic-dagen of verblijfsdagen GGZ op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd, voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Deze zorgactiviteit wordt per consult in het kader van medebehandeling vastgelegd	Door deze wijziging wordt het voor de physician assistant en verpleegkundig specialist mogelijk om de zorgactiviteit medebehandeling (190017) te registreren

De verrichting medebehandeling 190017 telt binnen de DBC even zwaar als een regulier consult.