

Transparantie in registratie van zorg door de verpleegkundig specialist



6

Aliënde van Goor

Mr. drs. A. van Goor, jurist gezondheidsrecht en beleidsmedewerker directie Regulering, unit Medisch-specialistische zorg, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht. Tevens achtergrond als VS AGZ

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel:

- ken je globaal de taken en verantwoordelijkheden van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als Zelfstandig Bestuursorgaan (ZBO);
- weet je dat en hoe de behandelbevoegdheden van de VS op grond van de Wet BIG zijn vertaald naar de registratiebevoegdheden voor de VS in het bekostigingskader medisch-specialistische zorg;
- ben je inhoudelijk op de hoogte van de aanpassing regelgeving medisch-specialistische zorg m.b.t. registratie van zorg op kwalificatiecode van de 'beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert';
- begrijp je de koppeling van de juiste kwalificatiecode aan onder meer de zorgtrajecten en zorgactiviteiten die je als VS registreert (en heb je informatie waarmee je het gesprek met de zorgadministratie kunt voeren).

Samenvatting

Per 1 januari 2023 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) artikel 23 lid 3 van de Regeling medisch-specialistische zorg aangepast op twee punten:

- De registratie van de zorgactiviteit dient op de juiste kwalificatiecode vastgelegd te worden.
- De registratieverplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (arts-assistenten uitgezonderd).

Dit artikel biedt een praktische en inhoudelijke toelichting op deze registratieverplichting om de zorgactiviteit te registreren op kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Daarnaast zal worden ingegaan op de relatie tussen het verkrijgen van transparantie in het aandeel van de zorg door verschillende zorgverleners met een zelfstandige bevoegdheid tot onder andere het (op)stellen van een diagnose en behandelplan, zoals de verpleegkundig specialist (VS) en physician assistant (PA), en zeggenschap in de zorg.

Situatieschetsen

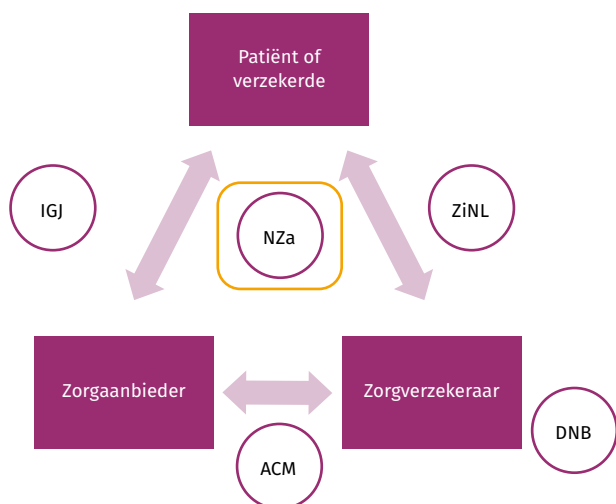
We beginnen met een klinische en een poliklinische situatieschets. Daarna krijg je uitleg en links naar de juiste achtergronddocumenten om de registratie van zorg inzichtelijk te maken, gevolgd door een registratie-uitwerking van de situatieschetsen.

Situatieschets 1 (klinisch)

Tijdens een ziekenhuisopname wordt de VS interne geneeskunde gevraagd voor een intercollegiaal consult (icc) op verzoek van een ander medisch specialisme: longgeneeskunde. De VS ziet de patiënt en voorziet de aanvrager van advies. Er is geen noodzaak de behandeling over te nemen of mee te behandelen.

Situatieschets 2 (poliklinisch)

De VS ziet de patiënt als eerste in de tweede lijn na verwijzing door de huisarts naar de atriumfibrillerenpolikliniek. Dit betreft een poli sneldiagnostiek, met diezelfde ochtend voorafgaand aan het eerste polikliniekbezoek (met anamnese en lichamelijk onderzoek) een bloedonderzoek en ECG, en na het eerste polikliniekbezoek een echo en fietstest. Later diezelfde ochtend vindt er door de VS ruggespraak plaats met de medisch specialist



Figuur 1 Systeem

op basis van de bevindingen. Het beleid van de VS op basis van de diagnostiek is het uitbreiden van medicatie, een expectatief beleid inzetten met een controleafspraak over vier weken. De medisch specialist geeft aan dezelfde lijn te volgen. De VS bespreekt eind van de ochtend de diagnostiek en het behandelplan met de patiënt.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De NZa is een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) en staat daarmee op enige afstand van het ministerie. De NZa heeft taken en bevoegdheden uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Hierin ligt de wettelijke basis van onze onafhankelijkheid.

Er is een nauwe samenwerking met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Onder de taken van de NZa als 'Marktmeester' vallen markttoezicht, marktontwikkeling en marktordening. Het structuren en inrichten van het bekostigingskader voor de gezondheidszorg en het faciliteren van goede en betaalbare zorg is daar onderdeel van. Het bekostigingskader structureert onder andere hoe zorgaanbieders zorg in rekening mogen brengen en in sommige sectoren ook tegen welk (maximum) tarief. Ook biedt het een basis voor de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (zie figuur 1 en 2).

Aanpassing Regeling medisch-specialistische zorg per 2023

In het kader van taakherschikking heeft de NZa een aanpassing doorgevoerd in de registratieverplichting van artikel 23 lid 3 van de Regeling medisch-specialistische zorg.¹



Opgericht in 2006



600+ medewerkers



Maakt (beleids)regels



Houdt toezicht (Wlz en Zvw)



Doet onderzoek en adviseert

Figuur 2 De NZa

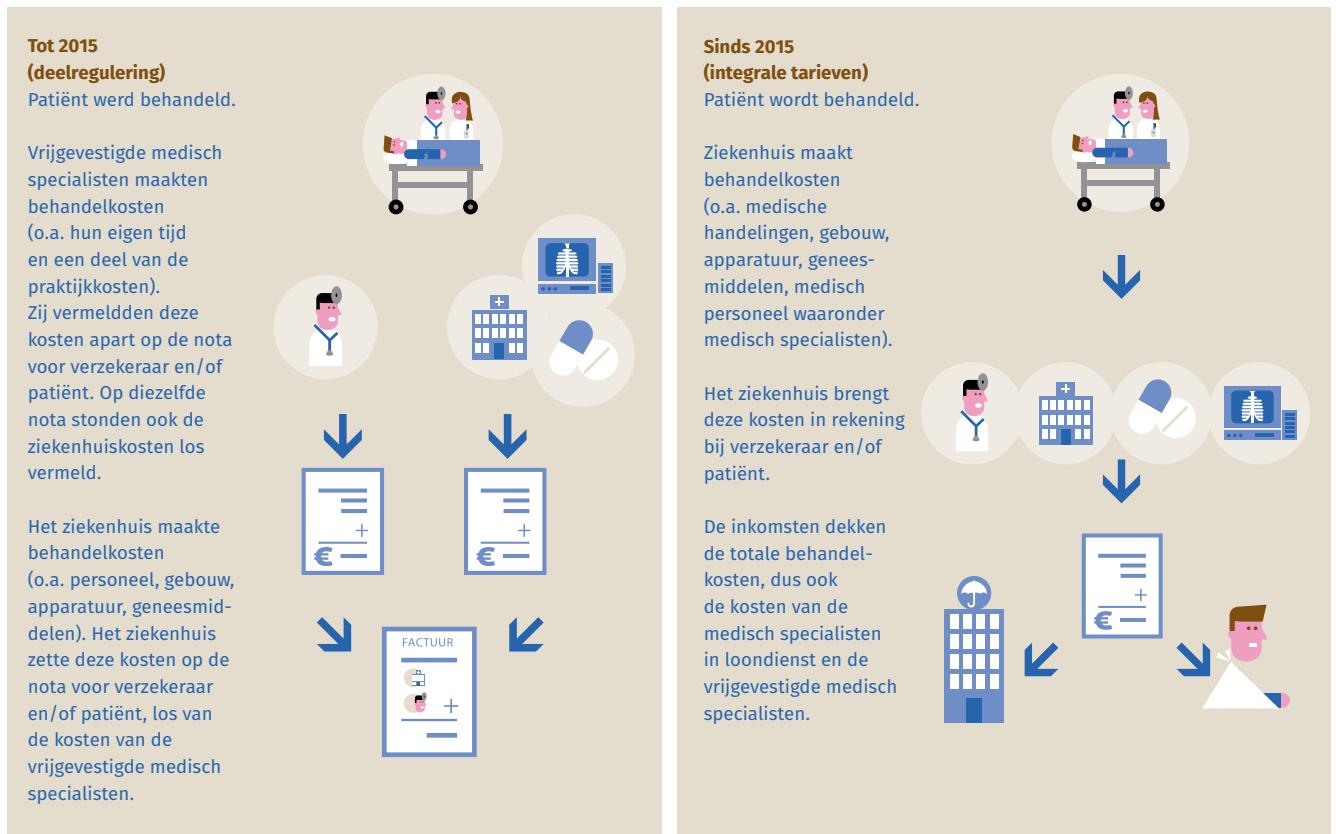
Deze verplichting is vanaf 1 januari 2023 van toepassing: 'De zorgactiviteit wordt vastgelegd op de kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Deze verplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren. Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten.'

Per 1 januari 2023 is artikel 23 van de Regeling medisch-specialistische zorg aangepast op twee punten:

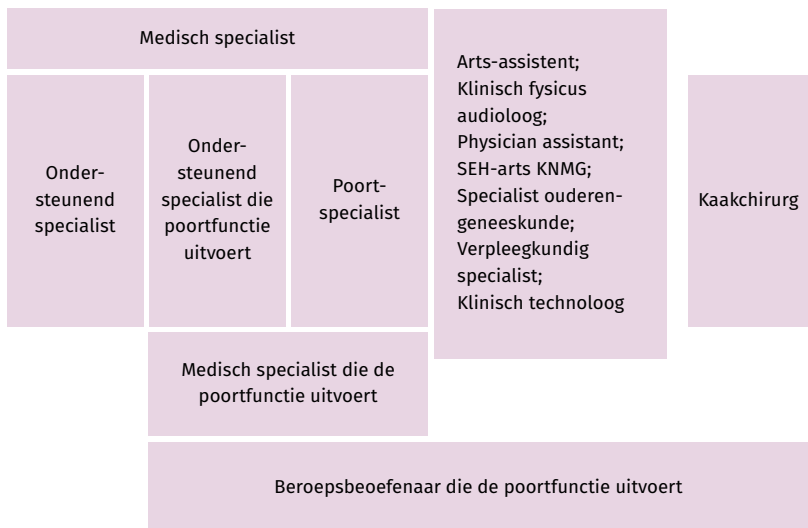
1. De registratie van de zorgactiviteit dient op de juiste kwalificatiecode vastgelegd te worden.
2. De registratieverplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (arts-assistenten uitgezonderd).

Transparantie

Door inzicht te verkrijgen in wie de zorg levert, wordt duidelijk op welke momenten in het zorgproces de VS en PA worden ingezet en welke zorg en welk deel van de zorg zij verlenen. Deze registratieverplichting ligt centraal bij de zorgaanbieder waar de VS en PA werkzaam zijn. De eenmalige koppeling aan de juiste kwalificatiecode wordt uitgevoerd door de zorgadministratie van de zorgaanbieder. De registratieverplichting helpt ook om andere mogelijkheden zichtbaar te maken. Zijn er patiëntengroepen waar nu de VS en PA nog een te klein aandeel in de zorg leveren, maar waar zij wel van meerwaarde zijn voor de patiënt? Dat inzicht biedt zorgaanbieders kansen om van elkaar te leren. Inzicht in de inzet van de VS en PA stimuleert bovendien het gesprek hierover bij de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het transparanter krijgen van het aandeel in de zorg door de VS en PA is een link met het versterken van zeggenschap voor de VS en PA als partners in het zorglandschap.

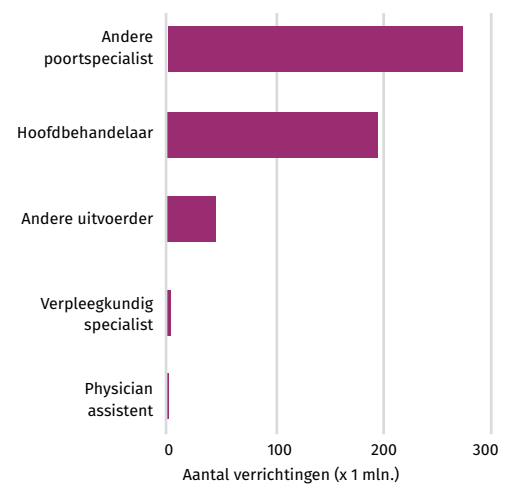


Figuur 3 Integrale bekostiging 2015



Figuur 4 'Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert'

Onder welke kwalificatie code werden in 2020 en 2021 de uitgevoerde zorgactiviteiten geregistreerd?



Figuur 5 Registratie van zorgactiviteiten

Achtergrond bij de totstandkoming van deze regelgeving

Sinds de invoering van integrale bekostiging per 2015 is het voor de medisch-specialistische zorg (msz) al mogelijk om de zorg te registreren op naam van de uitvoerende beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (zie figuur 3).² De VS en PA hebben als 'beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert' registratiebevoegdheden gelijk aan die van de medisch

specialist. Hiermee heeft de NZa de bevoegdheden op grond van de Wet BIG voor de VS en PA vertaald naar bevoegdheden tot registratie van zorg. De zelfstandige diagnostiek- en behandelbevoegdheden voor de VS en PA worden dus sinds 2015 gefaciliteerd binnen het bekostigingskader van de NZa (zie figuur 4).³ De NZa ontving echter bij navraag signalen dat niet voor alle zorgaanbieders en betreffende zorgverleners duidelijk was dat dit was toegestaan of dat het niet correct

was toegepast dan wel geïmplementeerd. Data-analyse bevestigde dat de inzet van de VS en PA nagenoeg niet transparant was (zie figuur 5).

Passende zorg en taakherschikking

Taakherschikking draagt bij aan Passende Zorg. Inzicht in de verdeling van zorglevering door beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren draagt bij aan de ondersteuning van beleid rondom Taakherschikking. Samenwerking van de VS en PA met (o.a.) artsen en de cruciale rol die de VS en PA spelen in de principes van Passende Zorg, wordt hierdoor transparanter. Daarnaast kunnen *best practice* voorbeelden gedeeld worden met het veld.

Dynamisch zorglandschap

De zorgkosten blijven de komende jaren stijgen en de personeelstekorten nemen toe. Om te zorgen dat alle inwoners van Nederland de zorg krijgen die zij nodig hebben, zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars de zorg duurzaam moeten organiseren, zowel lokaal als in de regio. Het verplaatsen van zorg naar andere zorgprofessionals – waaronder de VS en PA – is daar onderdeel van. Dit sluit aan bij de principes van Passende Zorg en de pijlers van het Integraal Zorgakkoord.^{4,5} Passende Zorg richt zich met name op het bieden van zorg die voor de patiënt waarde toevoegt, die samen met en rondom de patiënt wordt ingericht (samen beslissen is hierbij een belangrijk aspect), het zorgaanbod

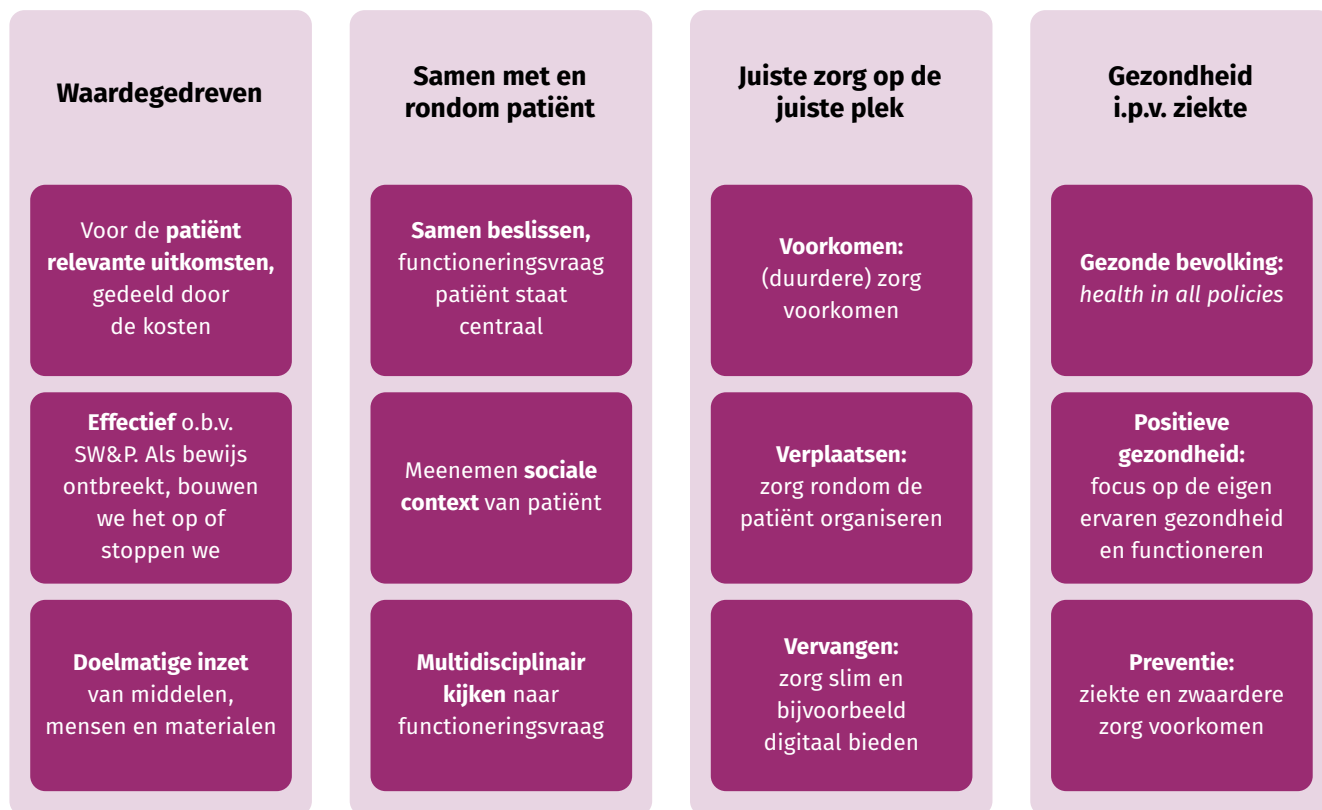
dichtbij waar het kan, op afstand waar het moet (de juiste zorg op de juiste plek) en meer aandacht voor gezondheid en zelfredzaamheid van de patiënt (zie figuur 6).

Taakherschikking is niet vrijblijvend

Het verplaatsen van zorg is niet vrijblijvend, maar een opdracht aan zorgaanbieders om hun verantwoordelijkheid te nemen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spraken af om de groei van zorgkosten te remmen, met behoud van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Taakherschikking is hiervoor een belangrijk middel. Het draagt bij aan doelmatige en kwalitatief goede zorg. Door taken over te dragen aan bijvoorbeeld VS-en en PA's, hebben medisch specialisten meer tijd voor complexere zorgvragen en wordt een goede samenwerking gestimuleerd. Op die manier leggen we meer focus op de vraag welke zorgprofessional op welk moment de meeste waarde kan toevoegen voor de patiënt.⁶

Registreren van zorg op kwalificatiecode

De registratieverplichting geldt binnen de msz voor alle beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren, met uitzondering van de arts-assistent. Naast de VS en PA geldt dit dus ook onder meer voor de medisch specialist. Op de NZa-website hebben we een vraag-en-antwoordpagina opgenomen betreffende het registreren van msz-zorg op



Figuur 6 De principes van passende zorg



Figuur 7 Kwalificatiecode ('zorgverlenersspecificatie')

kwalificatiecode.⁷ Hieronder worden een aantal punten van deze pagina die relevant zijn voor het registreren op kwalificatiecode besproken, alsmede beknopte informatie over de dbc-systematiek.

Wat betekent de term 'beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert'?

Een 'beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert' heeft een registratiebevoegdheid binnen de dbc-systematiek. Dit geeft onder meer de bevoegdheid om een dbc-zorgtraject of subtraject te openen en zorgactiviteiten te registreren. De wettelijke bevoegdheden voor de VS op grond van de wet BIG en de Regeling zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten (AmvB 2018), waaronder de bevoegdheid om een diagnose te stellen en een (zelfstandige) behandelrelatie aan te gaan met de patiënt zijn daarmee vertaald naar de registratiebevoegdheden binnen het bekostigingskader van de NZa. Zoals eerder aangegeven vallen onder de 'beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert' onder meer de medisch specialist, de PA en de VS.

Dbc-zorgtrajecten, subtrajecten en zorgactiviteiten

Informatie over het openen en sluiten van zorgtrajecten en subtrajecten door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert is onder meer te vinden in hoofdstuk I (zorgtrajecten) en hoofdstuk II (subtrajecten) van de Regeling medisch-specialistische zorg (NR/REG-2403a).⁸ Hoofdstuk III (zorgactiviteiten) van deze regeling bevat onder meer de algemene en aanvullende registratiebepalingen van zorgactiviteiten. Daarnaast geeft de 'Handleiding dbc-systematiek' een duidelijk overzicht met onder meer een introductie op de dbc-systematiek, het registreren van zorg en vastleggen gegevens, hoe zorg wordt 'samengevat' en wordt afgeleid richting declaratie of facturatie.⁹

Wat is een kwalificatiecode?

De kwalificatiecode bestaat uit vier cijfers, waarvan de eerste twee cijfers de zorgverlenerssoort weergeven. Let op: de kwalificatiecode komt niet overeen met de eerste vier cijfers van de AGB-code. De AGB-code is een 8-cijferige unieke persoonsgebonden code. Een medisch specialist heeft een kwalificatiecode startend met 03, gevolgd door twee cijfers die het specialisme weergeven. Bijvoorbeeld 0301 voor een medisch specialist oogheelkunde en 0316 voor een medisch specialist kindergeneeskunde. De kwalificatiecode van een PA is 5700. De kwalificatiecode van een VS Algemene Gezondheidszorg (AGZ) is 9135. Deze code is respectievelijk 5700 en 9135, ongeacht het medisch specialisme waarbinnen de PA of VS werkzaam is. Bijvoorbeeld: 9135 geldt zowel voor een VS werkzaam binnen de cardiologie als een VS werkzaam binnen neurologie, en 5700 geldt zowel voor een PA werkzaam binnen oogheelkunde als een PA werkzaam binnen chirurgie.

Waar kan ik de kwalificatiecode vinden?

De kwalificatiecode is te vinden in het Vektis-register onder de bevoegdheden van de zorgverlener.¹⁰ Specifiek voor de VS zullen hier altijd kwalificatiecodes zichtbaar zijn, één die behoort bij de registratie als VS en één die nog behoort bij de oorspronkelijke registratie van verpleegkundige. Voor de VS AGZ moet hier altijd de 9135 gekozen worden. Voor de VS GGZ is dit 9134. Omdat een VS altijd een eerdere kwalificatiecode heeft als (al dan niet gespecialiseerd) verpleegkundige, kan die eerdere code ook als eerste twee cijfers 91 hebben (bijvoorbeeld 9107 voor een gespecialiseerd verpleegkundige oncologie), maar omdat dit ziet op een verpleegkundige kwalificatiecode met verpleegkundige bevoegdheden en niet op die van een VS met de bijbehorende bevoegdheden als zelfstandig behandelaar, is het van belang dat de zorgadministratie de correcte code koppelt aan de registratie van zorg door de VS in het EPD.

N.B. In de Vektis-standaard COD016 wordt de kwalificatiecode beschreven als 'zorgverlenersspecificatie'.

Hoe leg ik de kwalificatiecode vast?

De kwalificatiecode wordt vastgelegd in de artsentabel van het ZIS/EPD. De juiste koppeling met de kwalificatiecode is een eenmalige handeling door de zorgadministratie van de zorgaanbieder waar de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (waaronder de VS en PA), werkzaam is. Zie hiervoor figuur 7. Dit figuur ondersteunt bij het stellen van de juiste vragen door bijvoorbeeld de voorzitter van een bestuur VS-PA aan de zorgadministratie. Omdat dit een eenmalige koppeling betreft, kan dit voor de gehele groep VS en PA werkzaam bij de zorgaanbieder gevraagd en geregeld worden.

Hoe wordt de kwalificatiecode aangeleverd?

De kwalificatiecode wordt in de DIS-aanlevering aangeleverd in veld C40/Uitvoerend Specialismecode. Zie hiervoor figuur 7. Het geel omcirkelde (om het stippelijntje heen) is de situatie die we vanuit de data-analyse vaststelden. We vonden dat ook bij juiste registratie van bijvoorbeeld een eerste polikliniekbezoek door de VS in het EPD, dit 'achter de schermen' werd gekoppeld aan de kwalificatiecode van de arts. Hierdoor is er geen transparantie ontstaan in de data betreffende het aandeel van de zorg door de VS en PA. Om deze reden is de registratieverplichting (en koppeling met) de juiste kwalificatiecode ingevoerd.

Situatieschetsen vervolg

Hieronder volgt de registratie-uitwerking van de twee situatieschetsen die bovenaan in het artikel zijn weergegeven. Met de informatie vanuit dit artikel, alsmede de toepassing van de huidige regeling medisch-specialistische zorg en de 'Handleiding dbc-systematiek' zijn deze situatieschetsen en soortgelijke uit te werken.

Uitwerking situatieschets 1 (klinisch)

De VS registreert hier zorgtype 13 (ZT13) voor het icc. Dit is een kortdurend contact met een patiënt op verzoek van een ander medisch specialisme tijdens een ziekenhuisopname (ook wel 'periode van verblijf'). Dit kan een contact zijn om een diagnose te stellen of de patiënt ergens op te screenen. Bij een icc open je altijd een nieuw zorgtraject met maximaal één subtraject met ZT13. De zorgactiviteitcode voor een icc is 190119. Het door de VS in het EPD-geregistreerde zorgtraject met ZT13 en zorgactiviteit 190119 wordt 'achter de schermen' automatisch gekoppeld aan kwalificatiecode 9135.

Uitwerking situatieschets 2 (poliklinisch)

De VS opent en typeert het dbc-zorgtraject (ZT11) bij de nieuwe zorgvraag atriumfibrilleren en registreert een 'eerste polikliniekbezoek' met zorgactiviteitcode 190060. Het betreft een poli sneldiagnostiek, met als afronding na de diagnostiek een tweede gesprek met de patiënt. Dit tweede gesprek is een 'herhaal-polikliniekbezoek' met zorgactiviteitcode 190013. De ruggespraak betreft geen supervisie in een situatie waarin de

bekwaamheid van de VS tekort schiet, maar een overleg tussen twee beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren, zoals dat ook tussen twee VS-en of twee medisch specialisten kan plaatsvinden. Het dbc en de zorgactiviteiten worden daarom niet door de medisch specialist geregistreerd, maar geheel door de VS. 'Achter de schermen' wordt dit correct gekoppeld aan de kwalificatiecode van de VS (9135). Mocht de situatie anders zijn en de patiënt bij het eerste polikliniekbezoek gezien zijn door de cardioloog en het herhaalpolikliniekbezoek zijn uitgevoerd door de VS, dan opent en typeert de cardioloog het dbc-zorgtraject (ZT11) bij de nieuwe zorgvraag atriumfibrilleren en registreert een 'eerste polikliniekbezoek' met zorgactiviteitcode 190060. Dit wordt vervolgens gekoppeld aan de kwalificatiecode van de cardioloog. De VS registreert vervolgens in het lopend zorgtraject het herhaalpolikliniekbezoek met zorgactiviteitcode 190013. Dit laatste wordt dan gekoppeld aan de kwalificatiecode van de VS. Andersom (de VS ziet de patiënt als eerste en de cardioloog doet het herhaalpolikliniekbezoek) geldt dit precies andersom en registreert de cardioloog zorgactiviteitcode 190013 in het lopende zorgtraject dat is geopend door de VS.

Monitoring en toezicht

De NZa zal de registratie van zorgactiviteiten door (o.a.) de VS en PA monitoren via de DIS-aanleveringen. Een transparanter beeld van het aandeel van zorg door de VS en PA in de msz over geheel 2023 wordt verwacht in de loop van 2024 met een beter totaalbeeld richting eind 2024. Dat dit richting eind 2024 transparanter is, ligt onder andere aan de doorlooptijd van dbc-systematiek, het openen (en sluiten) van zorgtrajecten en vervolgtrajecten, het aanleveren van de gegevens en de uiteindelijke data-analyse die aansluitend mogelijk is. Evaluatie van deze registratie zal gedeeld worden met de betrokken veldpartijen. Door de registratieverplichting kan de NZa toezien op de uitvoering hiervan, zorgaanbieders aanspreken op significante verschillen tussen 'best practice' en 'worst practice' en waar nodig handhavingmaatregelen nemen.

Literatuur

- 1 Webpagina: Nederlandse Zorgautoriteit. Regeling Medisch-specialistische zorg 2023, NR/REG-2306a artikel 23 lid 3. Geraadpleegd op 29 oktober 2023, van https://puc.overheid.nl/doc/PUC_720738_22/1/#5056caea-a0bc-4674-b946-fff2c638b366.
- 2 Webpagina: Nederlandse Zorgautoriteit. Monitor integrale bekostiging Medisch-specialistische zorg 2015, p. 5. Geraadpleegd op 29 oktober 2023, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_3417_22/1.
- 3 Webpagina: Nederlandse Zorgautoriteit. Regeling Medisch-specialistische zorg 2024, NR/REG-2403a artikel 1 sub dd. Geraadpleegd op 29 oktober 2023, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_747630_22/1/#5291817d-83e3-49da-8fba-56319181ca0a.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.vakblad-DVS.nl.

De auteur heeft geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangt geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en heeft geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.