Handreiking DBC registratie in samengestelde vakgroepen geriatrie-interne ouderengeneeskunde

Probleem

Bijna de helft van alle vakgroepen klinische geriatrie in Nederland bestaat uit klinisch geriaters en internisten-ouderengeneeskunde. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hoort een medisch specialist een DBC te registreren onder het eigen specialisme met bijbehorende typeringslijst. Er mag geen gebruik gemaakt worden van de typeringslijst van een ander specialisme als binnen het eigen specialisme een dekkende diagnose aanwezig is. In de meeste vakgroepen geriatrie wordt op dit moment door zowel de klinisch geriaters als de internisten-ouderengeneeskunde gebruik gemaakt van de typeringslijst van de klinische geriatrie, wat dus formeel voor de internist-ouderengeneeskunde niet mag. Naar aanleiding van dit knelpunt heeft overleg plaatsgevonden met de NZa over de relevante regelgeving.

Uitleg van de regelgeving

1. Een internist–ouderengeneeskunde en een klinisch geriater die samen de zorg leveren aan een patiënt voor dezelfde zorgvraag en waarbij er sprake is van één hoofdbehandelaar, registreren de verrichtingen in hetzelfde zorgtraject.
2. De diagnose die aan de DBC gekoppeld is, moet, naar aanleiding van het overleg met de NZa conform de regelgeving, een diagnose zijn van de typeringslijst van de medisch specialist die de poortfunctie uitvoert.
    - Als een internist-ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar is, moet er een diagnose worden geregistreerd uit de typeringslijst van de interne geneeskunde.
    - Als een klinisch geriater de hoofdbehandelaar is, moet er een diagnose worden geregistreerd uit de typeringslijst van de klinische geriatrie.
3. Als de zorg geleverd wordt onder supervisie van een internist-ouderengeneeskunde of klinisch geriater geldt hetzelfde als beschreven bij punt twee. Een AIOS/ANIOS die gesuperviseerd wordt gebruikt de typeringslijst van het specialisme die de hoofdbehandelaar is en waarvoor het zorgtraject is geopend. Dit kan dus een andere typeringslijst zijn dan van het specialisme dat superviseert.

De praktische problemen

Voortbordurend op het overleg m.b.t. regelgeving met de NZa beschrijven de NVKG en de NIV in deze alinea een aantal praktische problemen, gevolgd door twee praktische oplossingen. De meeste EPD's zijn zo ingericht dat er per specialisme een dossier is, waaraan de verrichtingregistratie en DBC-registratie gekoppeld is. Dit maakt dat als een internist-ouderengeneeskunde vanuit het dossier interne geneeskunde werkt de verrichtingen niet automatisch gekoppeld worden aan de DBC van de klinische geriatrie. Ook de typeringslijst van de interne ouderengeneeskunde is niet standaard beschikbaar in het dossier klinische geriatrie. Een bijkomend bezwaar kan zijn dat de productie op DBC's klinische geriatrie wel toegerekend wordt aan de vakgroep klinische geriatrie en die van de internist-ouderengeneeskunde aan de vakgroep interne geneeskunde, hetgeen invloed kan hebben op de opbrengst en in de benchmark.

Praktische oplossingen

1. Het is mogelijk als internist-ouderengeneeskunde te werken in het dossier klinische geriatrie, waarbij gebruik gemaakt kan worden van de typeringslijst van de klinische geriatrie. Voor het EPD lijkt het dan alsof de internist-ouderengeneeskunde een AGB-code klinische geriatrie heeft. Pas als de DBC aangeleverd wordt aan de grouper moet de AGB-code + diagnosecode van de typeringslijst van de interne geneeskunde gekoppeld zijn aan de DBC, in het geval dat de internist-ouderengeneeskunde de hoofdbehandelaar is. De zorgadministratie zou in staat moeten zijn om vanuit een verlengde arm constructie de diagnose uit de typeringslijst van de klinische geriatrie voor een internist-ouderengeneeskunde 1:1 over te zetten op een diagnose van de typeringslijst van de interne geneeskunde.
2. Een andere oplossingsrichting die EPD's geven, is door te werken met ondersteunende trajecten. Hierbij wordt er naast de lopende DBC parallel een ondersteunde DBC geopend, waarmee de verrichtingen van het dossier interne geneeskunde gekoppeld kunnen worden met de DBC klinische geriatrie. Dit klinkt omslachtig en dat is het ook. De administratieve last die hiermee bij de medisch specialist wordt neergelegd is niet in verhouding ten opzichte van de eerste oplossingsrichting die wij aandragen.

Disclaimer

De NZa heeft met deze handreiking meegelezen. Deze handreiking is geen toetsingskader of wet- en regelgeving, maar geeft hier een nadere toelichting op. Voor de van toepassing zijnde wet- en regelgeving wordt verwezen naar de geldende NZa regelgeving. De NZa regelgeving is altijd voorliggend. Daarnaast adviseert de NZa niet over de inrichting van het EPD.

Robert van den Broek, internist-ouderengeneeskunde, vertegenwoordiger Beroepsbelangen Kerngroep Ouderengeneeskunde NIV

Geert Lefeber, klinisch geriater, voorzitter Beroepsbelangen commissie NVKG