

Instructie DBC-registratie Anesthesiologie v20090601

(ingangsdatum instructie 1-7-2009)

Contactgegevens Stichting DBC-Onderhoud

Telefoon: 030-2739685

Fax: 030-2739553

E-mail Helpdesk: info@dbconderhoud.nl

Internetadres: www.dbconderhoud.nl

Contactgegevens Wetenschappelijke Vereniging:

Internetadres WV : www.anesthesiologie.nl

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Een DBC openen en sluiten	4
2.1	Hoofdpijnen van het registreren van DBC's	4
2.2	Openen en sluiten van een reguliere zorg DBC (zorgtype 11)	4
2.2.1	Openen van een reguliere zorg DBC (zorgtype 11)	4
2.2.2	Sluiten van een reguliere zorg DBC (zorgtype 11)	5
2.3	Registratie van spoedeisende zorg.....	5
2.4	Openen en sluiten van een intercollegiaal consult DBC (zorgtype 13)	6
2.5	Openen en sluiten van een vervolg DBC (zorgtype 21)	7
2.5.1	Openen van een vervolg DBC (zorgtype 21).....	7
2.5.2	Sluiten van een vervolg DBC (zorgtype 21).....	7
3.	Bijzondere situaties	8
3.1	Consult DBC	8
3.2	Behandeling in tempi.....	9
3.3	Heroperaties en complicaties.....	9
3.4	Invasief complexe behandelingen.....	9
3.5	Implantaten	9
3.6	Multidisciplinaire behandeling	10
3.7	Klinische opname zonder verpleegdagen.....	10
4.	Parallele DBC's en het begrip substantiële kosten en inzet:.....	11
5.	Zorgtype 51 'Traject interne ondersteuning' t.b.v. 'IC-zorgtrajecten'	12
6.	Vuistregels bij het registreren van DBC's	13
	Bijlage 1	14
	Typeringslijst Anesthesiologie per 1 januari 2008	14
	Bijlage 2	15
	Wijzigingen en vereenvoudigingen voor Anesthesiologie	15

1. Inleiding

In deze instructie wordt aangegeven hoe u de DBC's voor het specialisme Anesthesiologie dient te registreren **vanaf 1 juli 2009**. In de afgelopen jaren zijn een aantal wijzigingen in de DBC-systematiek doorgevoerd die in deze instructie zullen worden behandeld. Deze wijzigingen hebben onder andere als doel vereenvoudiging van de registratie en het eenduidiger registreren door de verschillende specialismen. Deze instructie is bedoeld voor iedereen die te maken heeft met het registreren van DBC's: medisch specialisten, zorgadministrateurs, DBC projectleiders en andere betrokkenen in de instellingen.

De juridische status van deze instructie ligt verankerd in de [Wet marktordening gezondheidszorg \(WMO\)](#).

In hoofdstuk 2 worden de richtlijnen voor het openen en sluiten van DBC's behandeld. In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op een aantal bijzondere situaties (waaronder de introductie van de 'klinisch zonder dagen' behandelas en de consult DBC). Hoofdstuk 4 gaat in op parallelle DBC's en het begrip substantiële kosten voor het ziekenhuis en extra inzet van de medisch specialist. In hoofdstuk 6 staan een aantal vuistregels voor het registreren van DBC's weergegeven.

In bijlage 1 treft u de typeringslijst Anesthesiologie per 1 januari 2008. De belangrijkste wijzigingen en vereenvoudigingen ten opzichte van 2005 treft u aan in bijlage 2.

De wijze van uitvoering van het registreren is afhankelijk van de interne afspraken en de mogelijkheden van de DBC-registratiemodule in uw zorginstelling. Daarom wordt er in deze instructie vanuit gegaan dat er specifieke procedures worden vastgelegd voor de manier waarop de feitelijke registratie van de DBC's plaatsvindt. Afspraken hieromtrent worden in veel gevallen beschreven in het handboek AO/IC van de instelling.

Om kennis te maken met de algemene spelregels van de DBC-systematiek verwijzen wij u naast deze instructie ook naar de DBC Leergang 2007/2008. Deze leergang geeft u snel een gedegen introductie in het registratie-, validatie- en declaratieproces van het DBC-systeem. U kunt de leergang benaderen via www.dbcleergang.nl.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft met enige regelmaat beleidsregels, circulaire's en nadere regels uit met betrekking tot de declaratie van DBC's. Raadpleeg daarom het DBC-dossier van de NZa op www.nza.nl.

Wanneer u vragen of opmerkingen heeft over deze instructie of over het registreren van DBC's, kunt u terecht bij de projectleider in uw zorginstelling of bij de helpdesk van DBC-Onderhoud, info@dbconderhoud.nl óf 030-2739685.

2. Een DBC openen en sluiten

2.1 Hoofdpijnen van het registreren van DBC's

De typering van een DBC vindt plaats aan de hand van de volgende componenten: zorgtype, (zorgvraag), diagnose en behandeling. De combinatie van deze elementen bepaalt de DBC en vormt daarmee de basis voor een DBC-declaratie over een bepaalde periode. De registratie gebeurt aan de hand van de typeringslijst van uw specialisme.

Met behulp van DBC's wordt een zorgtraject van een patiënt geregistreerd.

Een zorgtraject bevat het geheel van activiteiten in het ziekenhuis, die een patiënt op basis van zijn of haar zorgvraag bij een bepaald specialisme nodig heeft. Het omvat het hele traject van diagnosestelling, behandeling en/ of nazorg van het eerste onderzoek/ polibezoek tot en met het laatste onderzoek/ (na)controle.

Een zorgtraject kan uit meerdere opeenvolgende DBC (trajecten) bestaan. Eén reguliere DBC (zorgtype 11), eventueel aangevuld met vervolg DBC's (zorgtype 21).

Vanaf 1 januari 2008 is het niet meer mogelijk voor een spoedeisende presentatie een SEH-DBC te registreren (zorgtype 12). Zie voor verdere uitleg paragraaf 2.3.

Voor de gevallen waarin u, door een ander specialisme binnen uw ziekenhuis, tijdens een klinische opname in consult geroepen wordt, kunt u een intercollegiaal consult DBC registreren (zorgtype 13).

Per 1 april 2008 wordt het zorgtype 51 geïntroduceerd om een relatie te leggen tussen de verschillende IC-zorgactiviteiten en overige zorgactiviteiten gedurende de IC-periode. Via het vastleggen van de koppelgegevens kan een relatie worden gelegd met de DBC die bij de IC-periode hoort. Zie uitleg hoofdstuk 5.

2.2 Openen en sluiten van een reguliere zorg DBC (zorgtype 11)

2.2.1 Openen van een reguliere zorg DBC (zorgtype 11)

Wanneer een patiënt, doorgaans op verwijzing van een huisarts, een specialist in een ander ziekenhuis of een ander specialisme in het eigen ziekenhuis, een medisch specialist voor de eerste maal consulteert wordt een (initiële) DBC geopend. Met de initiële DBC wordt de eerste DBC bedoeld die hoort bij het zorgtraject.

De openingsdatum van een DBC is de datum waarop de eerste activiteit plaatsvindt in het kader van de zorgvraag van de patiënt voor uw specialisme. Dat kan de datum van het eerste onderzoek, maar ook de datum van het eerste polikliniekbezoek zijn. Voor het koppelen van de activiteiten aan de DBC is het van groot belang dat de openingsdatum van de DBC dezelfde is als de datum van de eerste activiteit. Onderstaand een voorbeeld:

Voorafgaand aan een eerste consult van een patiënt laat u eerst röntgenonderzoek uitvoeren.	De specialist opent de DBC met als openingsdatum de dag dat het röntgenonderzoek wordt uitgevoerd. Hierdoor worden 'zwevende zorgactiviteiten' (zorgactiviteiten zonder DBC) voorkomen.
---	---

Diagnose kan veranderen tijdens de looptijd van een DBC

De eind- of definitieve diagnose is bepalend voor de DBC-code. Dit geldt niet alleen voor reguliere DBC's, maar ook voor vervolg DBC's. Als op basis van veranderd inzicht de diagnose voor de patiënt

in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een andere typerende diagnose binnen dezelfde DBC. Voor het zorgtype vervolg geldt dat dit zorgtype gehandhaafd blijft wanneer de aard van de zorgverlening een controletraject betreft en niet opnieuw een diagnosestelling en behandeling noodzakelijk is.

Parallele DBC's (twee DBC's bij hetzelfde specialisme die gelijktijdig open staan)

Een patiënt kan met meerdere zorgvragen tegelijk bij een specialist komen. Doorgaans mag er dan slechts één DBC geopend worden. U registreert alleen de 'zwaarste' DBC, dwz. de DBC waar de meeste tijd en/of kosten mee gemoeid zijn.

Alleen wanneer er sprake is van substantieel meer inzet door de specialist of substantieel meer kosten voor het ziekenhuis, mag er een tweede DBC worden geregistreerd.

In hoofdstuk 4 wordt "substantieel meer inzet door de specialist en/of substantieel meer kosten voor het ziekenhuis" nader toegelicht.

2.2.2 Sluiten van een reguliere zorg DBC (zorgtype 11)

Een reguliere zorg DBC wordt *afgesloten* in de volgende gevallen:

- nadat de diagnosestelling en eventuele behandeling is afgerond en de patiënt uit controle/behandeling ontslagen wordt;
- nadat de diagnosestelling en initiële behandeling is afgerond en de patiënt "overgaat" naar een langdurig periodiek controletraject. U opent in dit geval één dag na de einddatum van de reguliere DBC een vervolg-DBC (zorgtype 21);
- na maximaal 365 dagen (dit kan geautomatiseerd plaatsvinden).

Het is gebleken dat veel DBC's worden gesloten binnen of na een dag. Als aan bovenstaande sluitingscriteria van een reguliere DBC's is voldaan is het mogelijk een DBC op dezelfde dag te openen en te sluiten. Echter, het is expliciet niet toegestaan een DBC als een verrichting te hanteren. Is het zorgtraject na 365 dagen nog niet afgerond, dan wordt de reguliere DBC afgesloten en gedeclareerd.

Is het zorgtraject na 365 dagen nog niet afgerond, dan wordt de reguliere DBC afgesloten en gedeclareerd. Eventueel kan (automatisch) een vervolg-DBC worden geopend.

Sinds januari 2007 is een lijst met referentie doorlooptijden voor (klinische) DBC's beschikbaar (DBC Referentie Doorlooptijden Tabel). Deze lijst kan worden gebruikt als **indicatief hulpmiddel** binnen het ziekenhuis informatiesysteem voor het niet onnodig lang open laten staan van DBC's.

2.3 Registratie van spoedeisende zorg

NB. Het zorgtype 12 "spoedeisende hulp" is per 1-1-2008 komen te vervallen. Hierdoor is het vanaf deze datum niet meer mogelijk een DBC met dit zorgtype vast te leggen. Alle DBC combinaties die mogelijk waren met zorgtype 12 zijn per 1-1-2008 niet meer te registreren.

Registratie van Spoedeisende zorg vindt per 1-1-2008 plaats binnen een reguliere DBC (zorgtype 11) of vervolg DBC (zorgtype 21) door het vastleggen van één van de 2 onderstaande zorgactiviteitcodes naast het 'normale consult' en naast eventuele andere zorgactiviteiten die worden uitgevoerd:

**zorgactiviteitcode 190015;
Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling**

**zorgactiviteitcode 190016;
Spoedeisende hulp contact niet op de SEH afdeling, elders in het ziekenhuis**

Bij spoedeisende zorg gaat het om zorgvragen van patiënten die zich acuut en onmiddellijk voordoen. De patiënt wordt hierbij gezien op basis van verwijzing door een huisarts of andere hulpverleners in de keten van spoedeisende hulp of op basis van zelfverwijzing.

Door het vastleggen van code 190015, bij elk contact op de afdeling SEH, wordt inzicht gehouden in het gebruik van de afdeling SEH.

De code 190016 betreft spoedeisende contacten die niet op een SEH afdeling, maar elders in het ziekenhuis plaatsvinden.

De zorgactiviteit in kwestie wordt aanvullend geregistreerd naast een te openen DBC met zorgtype 11 of 21 (met bijbehorende diagnose- en behandelcode) of de zorgactiviteit valt onder een reeds openstaande DBC met ZT 11 of 21. Op deze manier wordt het spoedeisende contact een onderdeel binnen het profiel van de gehele behandeling.

De zorgactiviteiten 190015 en 190016 spelen in de validatie van de DBC geen rol. Ze worden (zoveel mogelijk geautomatiseerd) als aanvullende zorgactiviteitcode vastgelegd.

Op de spoedeisende hulp wordt dit vastgelegd **naast het 'normale consult'** en naast eventuele andere zorgactiviteiten die geregistreerd blijven worden. De zorgactiviteiten kunnen worden geregistreerd bij **alle** specialismen (dus ook de specialismen die voorheen geen zorgtype 12 kenden) en bij **alle** diagnoses indien er sprake is van spoedeisende zorg.

Voorbeeld 1: U verleent spoedeisende zorg, de patiënt is voor deze zorgvraag niet bekend bij uw specialisme

Er kunnen zich 2 situaties voordoen:

- Het is een eenmalig consult, de patiënt wordt na de spoedeisende zorg niet verder behandeld. => er wordt een DBC zorgtype 11 geopend en dezelfde dag gesloten. Binnen deze DBC wordt de zorgactiviteit 190015 of 190016 geregistreerd (in aanvulling op het normale consult en andere zorgactiviteiten). Indien voldaan wordt aan de definitie van een 'Consult DBC'(paragraaf 3.1) zal een consult DBC in rekening worden gebracht. Is dit niet het geval dan wordt een reguliere zorgtype 11 DBC in rekening gebracht.
- Het is een consult met een vervolgtraject: er wordt een reguliere zorgtype 11 DBC geopend. Binnen deze DBC wordt de zorgactiviteit 190015 of 190016 (in aanvulling op het normale consult en andere zorgactiviteiten) geregistreerd. Deze DBC blijft open staan.

Voorbeeld 2: U verleent spoedeisende zorg bij een patiënt waarvoor reeds een DBC voor uw specialisme openstaat.

Er kunnen zich 2 situaties voordoen:

- Het is een consult dat wordt uitgevoerd in het kader van een bestaande zorgvraag. Er wordt geen nieuwe DBC geopend. De zorgactiviteit 190015 of 190016 wordt (in aanvulling op het normale consult en andere zorgactiviteiten) geregistreerd en gekoppeld aan de reeds openstaande DBC met zorgtype 11 of 21.
- Het betreft een nieuwe zorgvraag. Mits wordt voldaan aan de criteria voor het openen van een parallelle DBC (hoofdstuk 4), mag een parallelle DBC worden geopend voor de nieuwe zorgvraag. De zorgactiviteit 190015 of 190016 wordt (in aanvulling op het normale consult en andere zorgactiviteiten) geregistreerd en gekoppeld aan een nieuw te openen DBC met zorgtype 11 of 21.

2.4 Openen en sluiten van een intercollegiaal consult DBC (zorgtype 13)

Een intercollegiaal consult DBC (ICC-DBC) registreert u bij een kortdurend diagnostisch of screenend patiënt contact dat plaatsvindt op verzoek van een ander specialisme tijdens een klinische opname.

Per 1 januari 2007 is er nog maar 1 ICC DBC combinatie per specialisme mogelijk. Per specialisme is een vaste diagnose en behandeling gekozen. Voor uw specialisme is dat: 13.998.11

De 'diagnosecode' 998 is nieuw en betekent: 'ICC'

Tijdens een klinische periode van een ander specialisme kan per specialisme 1 ICC DBC worden geopend. De ICC-DBC wordt (al dan niet automatisch) gesloten na ontslag van de patiënt.

Bij de registratie van ICC-DBC kunnen zich 3 situaties voordoen:

1. Er is sprake van één of meer kortdurende diagnostische of screenende patiënt contacten.
U registreert alleen één ICC-DBC 13.998.11.
2. U besluit tijdens de ICC-periode dat zelfstandig behandelen van een nieuwe zorgvraag van de patiënt noodzakelijk is.
Op de dag dat u besluit zelfstandig te gaan behandelen, wordt de ICC DBC **omgezet** in een reguliere DBC met zorgtype 11. Er wordt dan geen ICC DBC gedeclareerd (Een ICC-DBC afsluiten en vervolgens een reguliere DBC openen mag niet).
3. U heeft de patiënt al onder controle/behandeling voor dezelfde zorgvraag.
U mag één ICC-DBC 13.998.11 registreren naast uw lopende DBC.

NB. Het behandeltype 21 vervalt met zorgtype 13. Wanneer tijdens het intercollegiaal consult een zorgactiviteit wordt uitgevoerd, valt dit onder de enige ICC-DBC combinatie (13.998.11). Profielen van ICC DBC's met behandeling 11 (conservatief) en 21 (invasief) zijn namelijk samengevoegd tot één gemiddeld profiel van een intercollegiaal consult.

2.5 Openen en sluiten van een vervolg DBC (zorgtype 21)

2.5.1 Openen van een vervolg DBC (zorgtype 21)

Bij het openen van een initiële DBC wordt automatisch een *zorgtraject* geopend. Een eerste (reguliere) DBC waarbij de diagnosestelling en behandeling plaatsvindt, kan bij een langdurige behandeling worden gevolgd door een vervolg-DBC. Bij een vervolg-DBC ligt het accent over het algemeen op controleactiviteiten of voortgezette behandeling.

Een vervolg DBC wordt geopend op het moment dat, naar het oordeel van de medisch specialist, de diagnosestelling en behandeling (**inclusief standaard controles en complicaties**) is afgerond. Eerst wordt de reguliere (type 11) DBC gesloten, daarna wordt de vervolg DBC geopend. De openingsdatum van de vervolg DBC ligt één dag na de sluitingsdatum van de reguliere DBC (om parallelliteit te voorkomen). Uiteraard wordt er geen vervolg DBC geopend als de patiënt niet meer terug hoeft te komen voor deze zorgvraag.

Openen vervolg DBC als eerste DBC in het zorgtraject

In principe betreft de eerste DBC in het kader van een nieuwe zorgvraag een initiële DBC (reguliere zorg of intercollegiaal consult). Echter, in een bepaalde situatie kan de eerste DBC ook een vervolg DBC zijn: bij patiënten die zich in een controle traject van een ander ziekenhuis bevinden, en waarvan deze controle wordt overgenomen.

2.5.2 Sluiten van een vervolg DBC (zorgtype 21)

Een vervolg-DBC blijft in principe 365 dagen openstaan en kan na 365 dagen (automatisch) gesloten en verlengd worden.

Een vervolg-DBC wordt alleen eerder gesloten als:

- de patiënt uit controle ontslagen wordt

3. Bijzondere situaties

Bij de DBC registratie kunnen zich specifieke situaties voordoen, te weten:

- De consult DBC;
- behandelingen in tempi;
- heroperaties en complicaties;
- invasief complexe behandelingen;
- implantaten;
- multidisciplinaire behandeling
- klinische opname zonder verpleegdagen.

3.1 Consult DBC

Sinds 1 februari 2006 is de consult DBC geïntroduceerd. De consult-DBC is van kracht wanneer er in de looptijd van de DBC slechts één polibezoek plaatsvindt. Hierbij kunnen zorgactiviteiten plaatsvinden waarvoor de volgende afspraken gelden: Er mag óf slechts één therapeutische zorgactiviteit plaatsvinden met een maximum (landelijke) kostprijs van € 100,00, óf er mogen één of meer diagnostische zorgactiviteiten plaatsvinden, die afzonderlijk niet meer kosten dan de gemiddelde kostprijs van € 100,00.

Ten behoeve van de consult DBC zijn een aantal behandelassen toegevoegd. Deze assen zijn opgenomen in de typeringslijst van uw specialisme. De keuze is aan u en het ziekenhuis of deze assen daadwerkelijk vastgelegd moeten worden. Als u ervoor kiest om op de oude manier vast te leggen zal in het geval van een consult DBC de DBC automatisch worden afgeleid naar een as die hoort bij de consult DBC, mits aan bovenstaande voorwaarden is voldaan.

Het specialisme Anesthesiologie kan de consult DBC typeren met behandelas:

14 Enkelvoudig poliklinisch conservatief

De consult DBC kan alleen worden vastgelegd in de gevallen dat het zorgtraject na maximaal één consult wordt beëindigd. Het is uitdrukkelijk niet toegestaan een zorgtraject op te knippen zodat er meerdere consult DBC's ontstaan.

Consult DBC binnen het zorgtype vervolg

De consult DBC kan alleen bij de zorgtypen 11 (regulier) en 21 (vervolg) voor komen. Bij zorgtype 21 zal pas na 365 dagen blijken of er voldaan is aan de voorwaarden van de consult DBC (zie boven).

Met andere woorden: een vervolg DBC heeft in principe een looptijd van 365 dagen.

De overige zorgtypen hebben een zodanig karakter en eigen profiel dat de consult DBC daar niet van toepassing is.

Consult DBC en aansluitend een vervolgtraject

Als een consult DBC wordt vastgelegd en aansluitend wordt binnen een jaar een vervolg DBC geopend, kan dit niet samengaan. Het zorgtraject is niet geëindigd na het ene consult. Er wordt niet voldaan aan het criterium van de eerste alinea.

Consult DBC naast een ICC DBC

Een consult/ reguliere DBC kan tijdens een klinische periode bij een ander specialisme niet naast een ICC DBC worden geopend. Als er sprake is van een één of meerdere intercollegiale consulten tijdens een klinische opname bij een ander specialisme, wordt slechts één ICC DBC geregistreerd. Als de patiënt ná de klinische periode onder behandeling blijft bij het consulterend specialisme wordt de ICC DBC omgezet naar een reguliere DBC.

Consult DBC en declaratiebepalingen Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Buiten bovenstaande registratievoorschriften van de consult DBC heeft de NZa in beleidsregels het volgende bepaald:

- Er kunnen alleen consult DBC's voorkomen in het A-segment.
- Er mogen maximaal twee consult DBC's per 365 dagen per patiënt per DBC-diagnose per poortspecialisme per instelling worden vastgelegd.
- De consult DBC kan niet in combinatie met een ICC tijdens opname bij een ander specialisme.
- De consult DBC kan men niet gebruiken voor diagnostiek of zorgactiviteiten op verzoek van eerste lijn of derden in geval van onderlinge dienstverlening (dus niet in plaats van een overig of ondersteunend product O(V)P).
- Er is geen sprake van een consult DBC indien er direct voortkomend uit het betreffende consult een vervolgspraak wordt gemaakt met het betreffende specialisme.
- De consult DBC kan niet voorkomen bij preoperatieve screening
- Voor het specialisme anesthesiologie geldt de consult DBC alleen voor pijnbestrijding DBC's.

3.2 Behandeling in tempi

Indien logischerwijs de behandeling in tempi wordt uitgevoerd is er slechts sprake van één DBC (bijvoorbeeld meerdere toedieningen van medicatie, meerdere operaties, meerdere injecties). Bij het opstellen van de normtijden is hiermee rekening gehouden.

3.3 Heroperaties en complicaties

Wanneer er sprake is van heroperaties en heropnames als gevolg van complicaties is de volgende regel van toepassing. Wanneer de heroperatie en heropname plaatsvindt binnen de looptijd van de reguliere DBC, dan wordt er geen nieuwe DBC geopend.

Voorbeelden van complicaties *postoperatieve (wond)infecties, nabloedingen en naadlekkages.*

3.4 Invasief complexe behandelingen

Onder deze behandelcode vallen die invasieve behandelingen die als complex benoemd zijn. Het gaat hierbij om de volgende *specifieke* behandelingen:

- chordotomie;
- trigeminusblokkade;
- coeliacusblokkade;
- inbrengen port-a-cath;
- getunnelde epiduraal / spinaal catheter voor ambulante zorg;
- epiduroscopie;
- ggl sfenopalatinumblokkade;
- IDET;
- Nucleoplasty.

Wanneer in het behandeltraject een van deze behandelingen zich voordoet wordt voor behandelcode 32 gekozen wanneer de behandeling plaatsvindt in dagopname(n) of voor code 33 wanneer de behandeling klinisch gebeurt. Hiervoor wordt gekozen *ongeacht* eventuele andere behandelingen die gedurende het traject plaatsvinden.

3.5 Implantaten

Het gaat hierbij om de implantatie van een pomp voor intrathecale medicatietoediening of van een epidurale zenuwstimulator (neuromodulatie). Bij deze therapiecode gaat het om de *daadwerkelijke implantatie*, dat wil zeggen dat wanneer na een proefbehandeling voor een pomp of stimulator wordt afgezien van de implantatie, voor één van de conservatieve behandelcodes gekozen moeten worden. Als een van de onder 3.4 genoemde zorgactiviteiten wordt uitgevoerd, kan voor een invasief complexe typering worden gekozen.

3.6 Multidisciplinaire behandeling

De DBC-registratie gaat uit van DBC's per specialisme. In het kader van sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een behandeling waarbij meerdere poortspecialismen betrokken zijn. De multidisciplinaire specialistische behandeling is dan in feite een optelsom van verschillende DBC's door de betrokken specialismen. Randvoorwaarde hierbij is dat het gaat om therapeutische behandeling. Als de inzet van de andere specialist zich beperkt tot diagnostiek, is er sprake van ondersteuning, wat in het profiel van de DBC van de hoofdbehandelaar tot uitdrukking komt.

3.7 Klinische opname zonder verpleegdagen

In de DBC praktijk wordt nogal eens een probleem ervaren als de patiënt klinisch geopereerd wordt door het ene specialisme, terwijl de patiënt is opgenomen door een ander specialisme. Of bij opname voor het eigen specialisme, waarbij in één opname 2 verschillende operaties (lees DBC's) worden gedaan. Bijvoorbeeld operatie aan de knie en operatie aan de arm.

De specialist heeft de natuurlijke neiging om de behandeling als klinisch te typeren, maar door het ontbreken van "eigen" ligdagen leidt de validatie van deze DBC tot uitval.

Door het instellen van de registratiemogelijkheid 'klinisch zonder dagen' (KZD) wordt een oplossing geboden voor bovenstaande gevallen. Als de patiënt is opgenomen voor een ander specialisme of in het geval de verpleegdagen, binnen hetzelfde specialisme, al aan een andere (parallele) DBC zijn gekoppeld zal in de validatie de DBC naar de behandelas 'klinisch zonder dagen' worden afgeleid*. U hebt in de registratie twee mogelijkheden:

1. U registreert direct de as klinisch zonder dagen
2. U registreert de 'gewone' klinische as en laat de validatie, bij het ontbreken van verpleegdagen, de behandelas omzetten naar de KZD variant.

Klinisch zonder dagen is ingevoerd voor de meeste snijdende specialismen en anesthesiologie. Het specialisme Anesthesiologie kan 'klinisch zonder dagen' typeren met behandelas:

- 26 KZD invasief met klinische episode(n)
- 36 KZD invasief complex met klinische episode(n)

Door de introductie van 'klinisch zonder dagen' wordt gestreefd naar het verminderen van uitval van DBC's.

Eisen aan het openen van een KZD DBC:

- Als de patiënt opgenomen ligt voor een ander specialisme worden aan KZD DBC's dezelfde eisen gesteld als aan reguliere DBC's:
- Als een patiënt binnen het eigen specialisme is opgenomen en 2 operaties tijdens 1 klinische periode ondergaat, kan alleen een KZD (parallele) DBC worden geopend als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - Het bestaan van een **extra zorgvraag** (een andere dan de al bestaande zorgvraag)
 - **Substantieel meer kosten** voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist (Zie hoofdstuk 4 Parallele DBC's en het begrip substantiële kosten en inzet).

* **NB:** Het verdelen van verpleegdagen over meerdere DBC's is niet toegestaan.

4. Parallele DBC's en het begrip substantiële kosten en inzet:

Criteria voor het openen van een parallele DBC:

- Er is sprake van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag);
- Er is sprake van: “substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist”.

Alleen indien aan beide criteria is voldaan, mag een parallele DBC (zorgtype 11) worden geopend!

Voorbeelden van substantieel meer kosten of inzet door een **extra zorgvraag** zijn operaties in een heel ander gebied of uitgebreide dure diagnostiek rond een nieuwe zorgvraag. Als er sprake is van substantieel meer kosten of inzet bij **dezelfde zorgvraag**, mag u geen tweede, parallele DBC openen. Er wordt dan niet voldaan aan het eerste criterium, een extra zorgvraag (een extra CT-scan is geen criterium om een extra DBC te openen).

Als richtlijn kan worden gehanteerd dat er pas sprake is van “substantieel” als de inzet of de kosten 40% hoger liggen dan het gemiddelde van de al openstaande zorgvraag.

Hierbij is het ook van belang om de essentie van de DBC-systematiek in het oog te houden. Het gaat om gemiddelde profielen. Een enkel consult extra levert in de regel geen substantiële extra kosten of inzet op.

Vervolg DBC's

Het is **niet** toegestaan om meerdere vervolg DBC's met dezelfde diagnose naast elkaar te hebben. Voor vervolg DBC's met verschillende diagnoses gelden dezelfde criteria als bij de reguliere DBC's. dus

- Er is sprake van een extra zorgvraag (een andere dan de al bestaande zorgvraag);
- Er is sprake van: “substantieel meer kosten voor het ziekenhuis c.q. meer inzet door de medisch specialist”.

5. Zorgtype 51 'Traject interne ondersteuning' t.b.v. 'IC-zorgtrajecten'

N.B. Het traject interne ondersteuning (zorgtype 51) wordt per 1 april 2008 officieel ingevoerd, maar heeft in de DBC tabellen de startdatum 1 januari 2008. Uw softwareleverancier heeft hiermee de mogelijkheid dit traject al per 1 januari 2008 operationeel te maken. Na overleg met de NVZ en de NFU is besloten zorgtype 51 per 1 april 2008 alleen voor IC trajecten in te voeren. Om het mogelijk te maken de uitgevoerde verrichtingen aan de juiste DBC te koppelen zal er per 1 april 2008 een wijziging in het bestaande koppelalgoritme worden doorgevoerd. De functionele ICT beschrijving is daarvoor aangepast.

In 2006 zijn er voor de Intensive care (IC) aparte zorgactiviteiten in de DBC Zorgactiviteiten Tabel (ZA) opgenomen. Deze zorgactiviteiten worden per categorie IC geregistreerd en gedeclareerd (zie "instructies Intensive care v20071201").

De genoemde zorgactiviteiten worden los, zonder onderlinge samenhang en zonder samenhang met een DBC geregistreerd en gedeclareerd. Bovendien kunnen de ondersteunende zorgactiviteiten die ten behoeve van de patiënt op de IC worden uitgevoerd niet worden gekoppeld.

Per 1 april 2008 is het mogelijk een traject met zorgtype 51 te openen, waaraan de verschillende IC-zorgactiviteiten en overige zorgactiviteiten die ten behoeve van de patiënt op de IC zijn uitgevoerd gekoppeld moeten worden.

Koppelgegevens:

Bij elk traject zorgtype 51 voor de IC zal aangegeven moeten worden bij welke DBC het traject hoort. Daartoe is het noodzakelijk een verwijzing te maken naar het zorgtrajectnummer van het verwijzende specialisme.

De registratie van dit zorgtraject kent een default typering met nullen en kan volledig door het automatiseringssysteem worden afgehandeld. Het traject met zorgtype 51 wordt niet zelfstandig declarabel. De IC zorgactiviteiten (zie Intensive Care instructies) blijven onverminderd de declarabele prestatie.

Hieronder wordt een aantal registratieregels voor IC-trajecten weergegeven:

Openen van het IC traject

Het IC-traject met zorgtype 51 wordt geopend bij de opname van de patiënt op de IC. Dit kan op twee manieren:

1. met een directe verwijzing van buiten het ziekenhuis (externe verwijzing) óf
2. op basis van doorverwijzing door een poortspecialisme (interne verwijzing).

Het IC-zorgtraject kan op geautomatiseerde wijze worden aangemaakt bij opname op de IC. Bij interne verwijzing dient het IC-zorgtraject gerelateerd te worden aan het zorgtraject van de DBC van het intern verwijzende specialisme conform de eerder beschreven procedure. Voor patiënten die direct naar de IC verwezen worden, worden de externe verwijsgegevens vastgelegd.

Sluiten van het IC traject

Het vertrek van de patiënt van de IC is de bepalend voor het beëindigen van het IC-traject. Het sluiten kan dan ook op basis daarvan worden geautomatiseerd.

Meerdere IC-opnames bij een opname

Indien de patiënt meerdere malen tijdens een opname op de IC wordt opgenomen, worden even zoveel IC-zorgtrajecten aangemaakt. Er kan echter **nooit** sprake zijn van parallelle IC-zorgtrajecten. Als de patiënt op de dag van ontslag van de IC weer op de IC wordt opgenomen, wordt er geen nieuw IC-zorgtraject geopend, het vorige dient te worden heropend.

6. Vuistregels bij het registreren van DBC's

- Eén ICC-DBC (zorgtype 13) per opnameperiode per specialisme.
- ICC-DBC en reguliere DBC met dezelfde startdag mag niet
Wanneer u tijdens een intercollegiaal consult besluit dat zelfstandige behandeling nodig is, opent u een reguliere DBC (zorgtype 11) in plaats van een ICC-DBC of zet u de reeds geopende ICC-DBC om naar een reguliere DBC. Een ICC-DBC en een regulier DBC met dezelfde startdatum is niet toegestaan.
- Geen parallele DBC's, tenzij er sprake is van substantieel meer kosten voor het ziekenhuis en/of inzet van de specialist
Bij meerdere klachten tijdens één zorgvraag kiest u de "zwaarste" DBC.
Een patiënt kan zich met meerdere nieuwe klachten gelijktijdig bij u melden. U registreert hier in principe één DBC (waar de meeste specialistentijd en/of kosten van het ziekenhuis mee zijn gemoeid)
Gelijktijdige twee DBC's registreren is alleen toegestaan als er sprake is van substantieel meer kosten voor het ziekenhuis of substantieel meer tijdsinvestering van de specialist (zie hoofdstuk 4).
- Wijziging van behandeling leidt tot een wijziging in de behandelas en niet tot een nieuwe DBC.
Een besluit om tijdens de looptijd van de DBC de zorgvraag van de patiënt anders te behandelen leidt doorgaans tot een wijziging van de behandelas van de openstaande DBC en niet tot een nieuwe DBC.
- Een vervolg-DBC blijft 365 dagen openstaan, tenzij
 - De patiënt uit controle of behandeling ontslagen wordt;

Bijlage 1

Typeringslijst Anesthesiologie per 1 januari 2008

Zorgtype		Diagnose (vervolg)		Behandeling	
DBC Typeringslijst Anesthesiologie 0389					
Typeringslijst per 1 januari 2008, V20071201					
Initiële DBC					
		080	Sacraal pijnsyndroom	00	Traject
11	Reguliere zorg				
13	Intercollegiaal consult	090	Coccygodynie	11	Poliklinische begeleiding
				14	Enkelvoudig poliklinisch conservatief
Vervolg DBC					
21	Vervolg	100	Pijn bij maligniteit	21	Invasief poliklinisch
		110	Ischaemische pijn aan de extremiteiten	22	Invasief met dagopname(n)
Traject					
51	Traject interne ondersteuning	120	Centrale pijn (pijn a.g.v. laesie in het CZS)	23	Invasief met klinische episode(n)
				26	KZD invasief met klinische episode(n)
Diagnose					
0	Traject	130	Perifere zenuwpijn (incl. PHN)	32	Invasief complex met dagopname(n)
000	Traject	140	Fantoom pijn	33	Invasief complex met klinische episode(n)
				36	KZD invasief complex met klinische episode(n)
		150	Complex regionaal pijn syndroom	41	Klinische begeleiding
1 Hoofdpijn / aangezichtspijn					
011	Hortonse neuralgie / cluster headache	160	Littekenpijn	51	Implanteren van pompen / stimulators
012	Spanningshoofdpijn				
013	Vasculaire hoofdpijn	170	Myofasciaal pijnsyndroom / tendinitis		
014	Essentiële trigeminus neuralgie				
015	Atypische gelaatpijn	180	Herpes zoster acuta		
4 Cervicaal syndroom / cervicobrachialgie / cervicogene hfdpijn					
041	Mechanisch/discogeen cervicaal	19	Viscerale pijn		
042	Neurogeen cervicaal	191	Thoracaal		
043	Sympatgiform cervicaal	192	Abdominaal		
044	(Chronisch) degeneratief cervicaal	200	Arthralgie / arthritis		
6 Thoracaal pijnsyndroom					
061	Mechanisch thoracaal	998	ICC		
062	Neurogeen thoracaal	999	Overig		
063	Sympatgiform thoracaal				
064	Combinatie mechanisch / neurogeen thoracaal				
7 Lumbago / (pseudo)radiculair syndroom					
071	Mechanisch/discogene lage rugklacht				
072	Neurogene lage rugklacht				
073	Sympatgiforme lage rugklacht				
074	(Chronisch) degeneratieve lage rugklacht				

Bijlage 2

Wijzigingen en vereenvoudigingen voor Anesthesiologie

In deze bijlage worden de algemene wijzigingen per 1 juli 2009, 1 januari 2009, 1 april 2008, 1 januari 2008, 1 januari 2007 en 1 februari 2006 weergegeven, voor zover van toepassing op het Specialisme Anesthesiologie. Voor eventuele andere specifieke wijzigingen betreffende het specialisme Anesthesiologie wordt verwezen naar de toelichtingen op de uitgegeven tabellen.

Per 1 juli 2009

Nieuwe DBC Zorgactiviteiten Tabel

Op 1 juli 2009 is een nieuwe update van de DBC Zorgactiviteiten Tabel in gebruik genomen. In deze update is onder andere een nieuwe set zorgactiviteiten opgenomen welke betrekking heeft op neuromodulatie. Het is voor de validatie van DBC's dan ook van groot belang dat vanaf 1 juli 2009 er in de verrichtingenregistratie alleen nog gebruik wordt gemaakt van zorgactiviteiten welke zijn opgenomen in de nieuwe tabel.

Per 1 januari 2009

Specialisme specifieke wijzigingen per 1 januari 2009 (indien relevant voor registratie)

Mogelijk maken ballonkyphoplastiek / percutane vertebroplastiek

Voor operaties aan de wervelkolom is een tweetal nieuwe zorgactiviteiten geïntroduceerd:

- 038430: 'Ballon kyphoplastiek (BKP)'
- 038431: 'Percutane vertebroplastiek'

Beide zorgactiviteiten zijn toegevoegd aan de lijst van essentiële (open) operatieve zorgactiviteiten (validatieklasse 16) voor het specialisme Anesthesiologie, zodat afleiding naar behandeltypering 3x (invasief complex) met zorgactiviteiten 038430 en 038431 mogelijk is.

Voor de behandeling met ballonkyphoplastiek geldt een aanspraakbeperking (code 2020). Daarom zijn de meest voor de hand liggende DBC's waarin de ballonkyphoplastiek voorkomt oranje gekleurd. Dit zijn: (Anesthesiologie: 11/21.071.33/36).

Per 1 april 2008

Zorgtype 51 'traject interne ondersteuning' t.b.v. IC-zorgtrajecten

Om een relatie te leggen tussen de verschillende IC-zorgactiviteiten en overige zorgactiviteiten gedurende de IC-periode is zorgtraject 51 geïntroduceerd. Via het vastleggen van de koppelgegevens kan een relatie worden gelegd met de DBC die bij de IC-periode hoort. Zie voor verder uitleg hoofdstuk 6.

Specialisme specifieke wijzigingen per 1 april 2008 (indien relevant voor registratie)

Combinaties met invasief complexe behandeling zijn ongeldig gemaakt.

Een aantal combinaties met invasief complexe behandeling (BH 32 ,33 en 36) zijn ongeldig gemaakt. Het gaat om de volgende combinaties (EKT):

Zorgtype code	Diagnose code	Afgeleide behandeling	Productgroep code
21	090	32	8955201
21	090	33	8961201
21	090	36	8968201
21	170	32	8955201
21	170	33	8961201
21	170	36	8968201

Zorgtype code	Diagnose code	Afgeleide	Productgroep
---------------	---------------	-----------	--------------

		behandeling	code
21	200	32	8955201
21	200	33	8961201
21	200	36	8968201
21	999	32	8955201
21	999	33	8961201
21	999	36	8968201

De eindklassentabel bevatte een aantal ongebruikelijke combinaties bij invasief complexe behandelingen. Een aantal diagnoses blijkt alleen als vervolg DBC met invasieve complexe behandeling mogelijk en niet als regulier. De genoemde vervolgcombinaties zijn niet correct (dus feitelijk zowel initieel als in vervolg invasief complex niet mogelijk).

Per 1 januari 2008

Zorgtype 12 (SEH) vervalt

Het zorgtype 12 spoedeisende hulp komt te vervallen. Vanaf deze datum vindt de registratie van Spoedeisende zorg plaats m.b.v. de nieuwe zorgactiviteitcode 190015 “*Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling*” en 190016 “*Spoedeisende hulp contact niet op de SEH afdeling, elders in het ziekenhuis*” binnen een zorgtype 11 of 21 DBC. Zie voor verder uitleg paragraaf 2.3.

Per 1 januari 2007

Vereenvoudiging typering ICC (zie 2.4)

Voor zorgtype 13 (ICC) is vanaf 1 januari 2007 een DBC beschikbaar: 13-998-11

Invoering behandelas klinisch zonder dagen (zie 3.6)

Het specialisme Anesthesiologie kan ‘klinisch zonder dagen’ typeren met behandelas:

- 26 KZD invasief met klinische episode(n)
- 36 KZD invasief complex met klinische episode(n)

Registratie telefonisch consult

Per 1 januari 2007 wordt een nieuwe zorgactiviteitcode geïntroduceerd die betrekking heeft op het telefonisch consult. Deze code (190014) heeft de volgende omschrijving: “**Doelgerichte telefonische consultatie van een poortspecialist door een patiënt bij een al geopende DBC ter vervanging van een fysiek consult.**” Uit deze omschrijving blijkt wanneer de code gebruikt kan worden. Vooralsnog zal deze code geen rol vervullen als kostendrager of als essentiële zorgactiviteit. Toch is het belangrijk om deze code goed te registreren. Aan de hand van deze registratie zal het namelijk mogelijk zijn een juist beeld te krijgen van de mate waarin in de praktijk van telefonische consulten gebruik gemaakt wordt. Dit beeld kan gebruikt worden bij nadere besluitvorming omtrent de rol van het telefonisch consult in de DBC-systematiek.

Per 1 februari 2006

Consult DBC (zie 3.1)

Het specialisme Anesthesiologie kan de consult DBC typeren met behandelas:

- 14 Enkelvoudig poliklinisch conservatief

Wijziging omschrijving diagnosecodes 41, 42, 44 en 71, 72, 74

De omschrijvingen van diagnosecodes 44 (gecombineerd mechanisch/neurogeen cervicaal) en 74 (gecombineerd mechanisch/neurogeen lumbaal) zijn per 1 januari 2007 gewijzigd in 44 (chronisch) degeneratief cervicaal en 74 (Chronisch) degeneratieve lage rugklacht.

Doel: het creëren van specifieke produktgroepen voor **chronische patiënten** die op regelmatige basis een invasieve behandeling ontvangen in verband met wervelkolom gerelateerde, meestal gecombineerde pijnsyndromen.

Verder onstaat meer eenduidigheid bij de diagnose codes 41, 42, 71 en 72. Met 41/71 (mechanisch lumbaal/cervicaal) worden pijnsyndromen gecodeerd welke vooral zijn geassocieerd met facetgewrichten, SI gewrichten en/of discus intervertebralis. Met 42/72 (neurogeen lumbaal/cervicaal) worden pijnsyndromen gecodeerd welke zijn geassocieerd met vooral de spinale zenuw.