



DOT-handleiding SEH-artsen^{KNMG} 2018

D. Bijlmakers en M.P. Gorzeman

April 2018

Inleiding

Voor u ligt de tweede versie van het handboek DOT handleiding voor SEH-artsen^{KNMG} (SEH-arts). Het handboek is geschreven op initiatief van de sectie management en bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA). Het is bedoeld om de NZa wet- en regelgeving toe te lichten zodat er landelijk duidelijkheid en uniformiteit ontstaat in de DBC-registratie door SEH-artsen. Bij de totstandkoming van de eerste versie van dit handboek is informatie uit diverse ziekenhuizen gebruikt, waaronder het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, het Radboud UMC, het Sint Fransiscus Gasthuis, het Erasmus MC, het Haga ziekenhuis en het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Wij danken de ziekenhuizen voor hun medewerking.

Deze tweede versie bevat de volgende belangrijke inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van de vorige versie:

- Paragraaf 3.1: Voor een parallelle DBC met een trauma diagnose is een polikliniekbezoek noodzakelijk om de DBC te declareren. Alleen de operatieve verrichting voor wondbehandeling is niet meer voldoende.
- Paragraaf 4.2: Net als alle andere zorgverzekeraars accepteert Menzis SEH-artsen als geldige verwijzer van een DBC.
- Paragraaf 5.3: Een langdurige observatie mag niet geregistreerd worden op de SEH omdat dit geen voor verpleging ingerichte afdeling is.
- Paragraaf 5.4: Er zijn vanaf 1-1-2016 nieuwe codes voor wondbehandeling.
- Paragraaf 6.1: De voorwaarden voor het declareren van een DBC met diagnose ATLS ≥ 16 zijn versoepeld. Voorheen waren meerdere beeldvormende onderzoeken vereist.
- Paragraaf 8: Deze paragraaf is nieuw en bevat informatie over de wijzigingen van licht complexe SEH DBC's vanaf 1-1-2016.

Verder zijn er tekstuele aanpassingen aangebracht en zijn de bronnen geactualiseerd.

Het handboek begint met een begrippenlijst gevolgd door een kort stappenplan en samenvatting met daarin de basiskennis DOT die iedere SEH arts moet weten. In de hoofdstukken daarna wordt er specifiek ingegaan op de materie.

Mocht u na het lezen hiervan vragen, opmerkingen of aanvullingen hebben over het handboek dan kunt u contact opnemen met de portefeuillehouder DOT van de sectie management via dot@nvsha.nl. Voor antwoord op vragen over wet- en regelgeving kunt u contact opnemen met de NZa (info@nza.nl).

Aan dit document kunnen geen rechten ontleend worden. De NVSHA aanvaardt geen enkele aansprakelijkheid voor schade en/of kosten die voortvloeien uit onvolledige en/of foutieve informatie gegeven op de website en vanuit deze DOT-handleiding SEH-artsen^{KNMG}.

Amsterdam, april 2018

Doeke Bijlmakers, Adviseur zorgadministratie

Michiel Gorzeman, SEH arts^{KNMG} en unitleider Spoedzorg OLVG Amsterdam

Inhoud

Begrippenlijst	4
Stappenplan: Registreren door een SEH-artsKNMG	5
Samenvatting	6
1. Introductie DBC/DOT	7
1.1 RSAD-model	7
1.2 Zorg- en subtrajecten	7
2. Basisregistratieregels SEH-arts	8
2.1 Registreren namens poortspecialismen	8
2.2 Nieuwe zorgvraag	9
2.3 Geen multidisciplinaire behandeling	9
2.4 Bestaande zorgvraag	9
2.5 Registreren parallel zorgtraject.....	10
2.6 Dezelfde zorgvraag	10
3. Registratieregels meerdere zorgvragen.....	11
3.1 Meerdere zorgvragen SEH-arts	11
3.2 Meerdere zorgvragen SEH-arts en poortspecialist	12
4. Verwijsregistratie.....	12
4.1 Type verwijzer.....	12
4.2 Doorverwijzen naar de polikliniek	12
5. Toelichting verrichtingen en andere zorgactiviteiten	13
5.1 Eerste polikliniekbezoek (190060) en herhaal-polikliniekbezoek (190013)	13
5.2 Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling (190015)	13
5.3 Langdurige observatie zonder overnachting (190091)	13
5.4 Wondbehandeling	13
5.5 Conservatieve brandwondbehandeling (038951).....	14
5.6 Procedurele sedatie en analgesie (PSA) buiten de OK (039132).....	14
5.7 ATLS traumaopvang (03676)	14
5.8 Laboratorium- en radiologieverrichtingen.....	14
5.9 Injectie (039445)	14
5.10 Perifeer block en regionale anesthesie (039609)	14
6. Toelichting aandachtspunten	15
6.1 ATLS traumaopvang ISS < 16 en ISS ≥ 16	15
6.2 Geen parallelliteit bij cardiologie	15
6.3 Zorgvraag	15
7. Snel declareren bij toeristen	16
8. Afleiding licht complexe SEH DBC's	16
Bronnen	17

Begrippenlijst

De onderstaande begrippen zijn belangrijk om te kennen om deze handleiding te kunnen volgen.

- Consult (ook wel polikliniekbezoek): een bezoek aan de SEH of polikliniek. Een consult of polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere bezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) consulten. Als er meerdere zorgvragen tijdens één consult worden besproken, mag slechts één polikliniekbezoek worden vastgelegd.
- DBC-subtraject (kortweg DBC) en DBC-zorgtraject: Wanneer een patiënt met een zorgvraag bij de medisch specialist komt, wordt in de DBC-registratie een zorgtraject geopend. Bij het zorgtraject worden alle uitgevoerde zorgactiviteiten (verrichtingen) vastgelegd. Gedurende het behandelproces kan op bepaalde momenten de geleverde zorg worden gedeclareerd. De periode van een zorgtraject waarover de geleverde zorg is gedeclareerd, heet een (DBC-) subtraject. In een zorgtraject kunnen dus één of meerdere subtrajecten worden onderscheiden.
- DOT: Dit staat voor 'DBC's op weg naar transparantie'. DOT is het traject om te komen tot een verbeterd declaratiesysteem voor ziekenhuizen, dat op 1 januari 2012 in werking is getreden. De declarabele prestaties worden uitgedrukt in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Doel is vereenvoudiging van het DBC-systeem. Transparantie en medische herkenbaarheid zijn hierbij belangrijke uitgangspunten.
- Grouper: landelijke softwareapplicatie die het zorgproduct bepaalt op basis van de door de instelling (bijvoorbeeld ziekenhuis) aangeboden data.
- Parallelliteit: Er is sprake van parallelliteit als twee of meer zorgtrajecten op enig moment gelijktijdig open staan voor dezelfde patiënt bij één specialisme.
- Typeringslijst: lijst per poortspecialisme met daarin alle diagnosecodes die door dat specialisme te registreren zijn. De SEH-arts kent geen eigen typeringslijst. Er zijn geen plannen om een eigen typeringslijst voor de SEH arts te maken.
- Ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS): De software die in het ziekenhuis wordt gebruikt om te registreren en declareren. Voorbeelden zijn Ezis, Isoft, xCare, Epic, Sap etc.
- Zorgactiviteit of verrichting: een activiteit die voor een patiënt wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld wondbehandeling, gipsen e.d. maar ook een consult). Elke zorgactiviteit heeft een eigen code (zgn. ZA-code).
- Zorgproduct: een clustering van verwante DBC diagnoses en bijbehorende verrichtingen. Deze leiden tot eenzelfde tarief dat door elk ziekenhuis apart is afgesproken met de verschillende verzekeraars. Er zijn zo'n 4400 zorgproducten.
- Zorgvraag: het probleem of klacht waarmee de patiënt zich presenteert bij de medisch specialist, dat zich uit in een diagnose.

Stappenplan: Registreren door een SEH-arts^{KNMG}

Om te voorkomen dat iedere SEH arts deze hele handleiding moet doorlezen volgen nu eerst een kort stappenplan en samenvatting om u over de belangrijkste zaken te informeren.

Het kan zijn dat de stappen uit dit stappenplan in uw ziekenhuis in een andere volgorde verlopen, dat is afhankelijk van het gebruikte ZIS en het werkproces dat in uw ziekenhuis gevolgd wordt.

1. Specialisme

Beoordeel of er sprake is van een nieuwe zorgvraag (= probleem waar de patiënt mee komt). Kies als SEH-arts een poortspecialisme om voor te registreren.

- In het geval van een bestaande zorgvraag kies je het specialisme van de bestaande DBC.
- In het geval dat de patiënt voor dezelfde zorgvraag als het SEH-consult vervolgzorg zal ontvangen (bijv. op de polikliniek) dan is de keuze voor het specialisme waarnaar de SEH-arts verwijst, bepalend.

2. DBC-registratie

- Registreer in geval van een nieuwe zorgvraag (= probleem waar de patiënt mee komt) een nieuwe DBC met de best passende DBC-diagnose voor het van toepassing zijnde poortspecialisme.

Let op de regels voor het registreren van eventuele parallelle zorgtrajecten (zie §2.5).

- In het geval van een bestaande zorgvraag, hou dan de DBC-diagnose van de bestaande zorgvraag actueel (laat de bestaande diagnose staan of specificeer deze). In sommige gevallen moet een vervolg DBC worden geopend (zie §1.2). Registreer geen nieuwe DBC (tenzij de voorgaande DBC langer dan 360 dagen is gesloten).
- In het geval van meerdere zorgvragen bij één bezoek van de patiënt, kan je vaak maar één DBC declareren, omdat er ook maar één consult geregistreerd mag worden (voor uitzonderingen zie hoofdstuk 3).

3. Registreer het consult en alle verrichtingen voor het specialisme waar je voor registreert. Alle lab- en radiologieverrichtingen moeten ook voor dit specialisme worden aangevraagd.

Samenvatting

Een SEH-arts mag een nieuw zorgtraject openen indien de patiënt van buiten de instelling of vanuit de eigen instelling op de SEH komt met een zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend. Komt de patiënt voor een bestaande zorgvraag, waarvoor wel een zorgtraject openstaat, dan wordt er in het bestaande zorgtraject geregistreerd.

SEH-artsen mogen namens alle poortspecialismen DBC's registreren en declareren. (zie §2.1). Wanneer een SEH-arts en een poortspecialist dezelfde zorgvraag behandelen is er geen sprake van een multidisciplinaire behandeling. Dit betekent dat de SEH-arts en de poortspecialist in hetzelfde DBC-zorgtraject registreren. Afhankelijk van het poortspecialisme, waar de patiënt in behandeling is of bij welk specialisme de behandeling wordt voortgezet, bepaalt de SEH-arts voor welk poortspecialisme geregistreerd wordt (zie hoofdstuk 2).

Een tweede, parallel zorgtraject binnen één specialisme mag alleen geopend worden indien er sprake is van een nieuwe zorgvraag, waarvoor een eigen diagnosestelling en behandeling plaatsvindt. Daarnaast zijn aanvullende eisen: minimaal een consult of (dag)verpleging of operatieve verrichting in ieder zorgtraject en de diagnosecodes mogen niet in de diagnose-combinatietabel staan (zie §2.5).

Wanneer een patiënt op de SEH komt met meerdere zorgvragen, gelden specifieke registratieregels. Per bezoek mag een SEH-arts slechts één consult registreren voor één specialisme. In geval dat de SEH-arts en de poortspecialist de patiënt apart zien voor verschillende zorgvragen, mogen er twee consulten voor twee verschillende zorgtrajecten geregistreerd worden.

Om een DBC-subtraject te kunnen declareren dient het type verwijzer vermeld te worden: zelfverwijzer SEH, verwezen SEH en eigen patiënt (in geval van een nieuwe zorgvraag van de patiënt). Dit wordt in praktijk vaak gedaan door de inschrijfbalie.

Verrichtingen of zorgactiviteiten moeten voor het juiste poortspecialisme geregistreerd worden, anders kunnen ze buiten het zorgtraject vallen en blijven ze 'zweven'. Dit geldt ook voor het aanvragen van radiologie- en laboratoriumverrichtingen (zie §5.9). Het is afhankelijk van de inrichting van het ZIS hoe dit gedaan moet worden.

1. Introductie DBC/DOT

1.1 RSAD-model

De DBC-systematiek is in 2005 ingevoerd om marktwerking in de zorg te faciliteren. De doorontwikkeling van de DBC-systematiek leidde tot de invoering van de DOT (**D**BC's **o**p weg naar **t**ransparantie) in 2012. Volgens deze systematiek wordt ziekenhuiszorg gedeclareerd op basis van een diagnose en verrichtingen. Er wordt geregistreerd en gedeclareerd volgens het zogenaamde RSAD-model: **r**egistreren, **s**amenvatten, **a**fleiden en **d**eclareren.¹

1. Registreren

De arts opent een DBC-zorgtraject voor het eerste patiëntencontact bij een bepaalde zorgvraag van de patiënt. Er moet altijd een diagnose geregistreerd worden. Daarnaast moet de geleverde zorg geregistreerd worden in zorgactiviteiten, zoals consulten, radiologie, lab en medische verrichtingen. De DBC heeft een wettelijk bepaalde looptijd, afhankelijk van de inhoud en type van de DBC, en wordt (vaak automatisch) gesloten zodat deze gedeclareerd kan worden.

2. Samenvatten

De geregistreeerde data wordt samengevat in één subtraject. De verrichtingen worden aan een subtraject gekoppeld. Een voorbeeld is de verrichting voor het aanbrengen van gips die wordt gekoppeld aan de DBC met diagnose polsfractuur.

3. Afleiden

De geregistreeerde diagnose en zorgactiviteiten worden naar de landelijke DBC-grouper gestuurd om het zorgproduct af te leiden. De grouper is software die als een soort landelijke sorteermachine werkt en ervoor zorgt dat op basis van een beslisboom het zorgproduct wordt bepaald. Kleine verrichtingen, zoals het inbrengen van een infuus, zijn doorgaans niet bepalend voor het zorgproduct. Zogenaamde typerende verrichtingen, vaak wat zwaardere verrichtingen zoals een reanimatie, PSA of een CT-scan, kunnen wel typerend zijn voor het zorgproduct.

4. Declareren

Het zorgproduct, dat door de grouper is bepaald, wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Het ziekenhuis maakt een prijsafsprake met de zorgverzekeraar voor deze zorgproducten. De prijzen van de zorgproducten zijn vaak gebaseerd op gemiddelde prijzen.

1.2 Zorg- en subtrajecten

Met de term zorgtraject wordt de periode bedoeld waarin de patiënt onder behandeling is voor een bepaalde zorgvraag bij een bepaald specialisme. Bij chronische patiënten kan een zorgtraject jaren duren. Een zorgtraject kan uit meerdere subtrajecten (DBC's) bestaan die elkaar opvolgen. De subtrajecten hebben een wettelijke looptijd en worden apart gefactureerd. Bij het eerste patiëntencontact voor een nieuwe zorgvraag wordt een nieuwe DBC geopend: hiermee is een nieuw zorgtraject gestart. Het zorgtraject begint met een regulier subtraject (dit is de eerste DBC van het zorgtraject). Dit wordt ook wel een zorgtype 11-DBC genoemd. Reguliere subtrajecten kunnen worden opgevolgd door vervolgsbtrajecten, ook wel zorgtype 21-DBC's genoemd.²

¹ 2.3 Het onderliggend model, Handleiding dbc-systematiek v20170921, NZa

² 3.1.1 Subtrajecten en zorgtypen, Handleiding dbc-systematiek v20170921, NZa



Een zorgtraject met subtrajecten met zorgtype 11 of 21 kan uit meerdere subtrajecten bestaan

Figuur 1: Zorgtrajecten en subtrajecten

De maximale looptijd van een reguliere DBC is 90 dagen. Voor een vervolg DBC geldt een maximale looptijd van 120 dagen. In geval van een klinische opname of operatieve verrichting hebben DBC's een kortere doorlooptijd. Het sluiten van DBC's is vaak ingebouwd in het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS), waardoor deze automatisch gesloten worden.

Voor een SEH-arts is het van belang om te weten in welke gevallen een reguliere DBC of een vervolg DBC moet worden geopend. Bij een nieuwe zorgvraag waarvoor diagnostiek en behandeling plaatsvindt, mag er een nieuwe reguliere DBC worden geopend. Als een patiënt na de sluiting van het DBC-traject binnen 360 dagen terugkomt voor dezelfde zorgvraag, moet de zorg in een vervolg DBC worden gedeclareerd. De periode van 360 dagen is gelijk aan drie vervolg DBC's. Komt de patiënt 360 dagen of later na sluiting van de laatste DBC terug, dan pas mag er een nieuwe reguliere DBC worden geopend i.p.v. een vervolg DBC.

Voorbeeld:

Een patiënt komt met astma op de SEH, waarvoor een reguliere DBC wordt geopend. Deze wordt afgesloten en gedeclareerd. Na 200 dagen komt de patiënt opnieuw met astma. In dit geval moet de geleverde zorg in een vervolg DBC geregistreerd worden in plaats van een reguliere DBC.

2. Basisregistratieregels SEH-arts

2.1 Registreren namens poortspecialismen

SEH-artsen mogen namens alle poortspecialismen DBC's registreren en deze zelfstandig declareren. Hierbij mogen zij gebruik maken van de NZa-typeringslijsten met diagnosecodes van alle poortspecialismen.³ Zij kunnen subtrajecten declareren op de AGB-code van het uitvoerend poortspecialisme.⁴ De NZa onderscheidt de volgende poortspecialismen (met AGB code): oogheelkunde (0301), KNO (0302), heelkunde/chirurgie (0303), plastische chirurgie (0304), orthopedie (0305), urologie (0306), gynaecologie (0307), neurochirurgie (0308), dermatologie (0310), inwendige geneeskunde (0313), kindergeneeskunde /neonatologie (0316), gastro-enterologie/MDL (0318), cardiologie (0320), longgeneeskunde (0322), reumatologie (0324), allergologie (0326), revalidatie (0327), cardio-pulmonale chirurgie (0328), neurologie (0330), klinische geriatrie (0335) en radiotherapie (0361).⁵

Voor het specialisme mond- en kaakchirurgie kan een SEH-arts niet registreren. Het is namelijk geen poortspecialisme en kaakchirurgen registreren bovendien niet volgens de DBC-systematiek. Bekijk per ziekenhuis hoe hiermee om te gaan.

³ 1.bb Begripsbepalingen, NR/REG-1816, NZa

⁴ 36.1 Informatieverplichting bij declaratie van dbc-zorgproducten, NR/REG-1816, NZa

⁵ 1.cc Begripsbepalingen, BR/REG-18154, NZa

2.2 Nieuwe zorgvraag

Met het begrip zorgvraag wordt het probleem uit perspectief van de patiënt bedoeld, waarmee een patiënt zich presenteert bij de arts.⁶ Een SEH-arts mag een nieuw regulier zorgtraject openen, indien de patiënt van buiten de instelling of vanuit de eigen instelling op de SEH komt met een zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend.⁷ De SEH-arts kan dan een nieuw zorgtraject openen namens één van de poortspecialismen. Voor het openen van een nieuw zorgtraject moet er voldaan worden aan de volgende voorwaarden:

- Nieuwe zorgvraag;
- Diagnosestelling;
- Behandeling.

De NZa heeft het begrip 'behandeling' niet gedefinieerd. Zij geeft aan dat de vraag of iets een behandeling is, primair beoordeeld moet worden door de behandelaar. Een behandeling moet in ieder geval blijken uit het medisch dossier. Een behandeling kan ook conservatief van aard zijn⁸ en bijvoorbeeld bestaan uit een anamnese, lichamelijk onderzoek en adviesgesprek.

2.3 Geen multidisciplinaire behandeling

Wanneer een SEH-arts een patiënt doorverwijst binnen dezelfde instelling (bijv. naar de polikliniek) voor verdere behandeling van dezelfde zorgvraag, dient de vervolgzorg geregistreerd te worden in hetzelfde zorgtraject. Er is in dit geval volgens de NZa geen sprake van een multidisciplinaire behandeling.⁹ De term multidisciplinaire behandeling wordt door de NZa gebruikt om een behandeling door twee poortspecialismen aan te duiden, waarvoor twee zorgtrajecten mogen worden geopend. Voor een SEH-arts is dit dus niet het geval. Dit betekent dat de SEH-arts, namens de poortspecialist waarnaar wordt verwezen en waar het vervolgconsult plaatsvindt, dient te registreren. Hiermee wordt voorkomen dat de patiënt twee rekeningen voor één zorgvraag krijgt.

Voorbeeld:

Een patiënt presenteert zich op de SEH met een neusfractuur, waarvoor de SEH-arts behandelt. Voor dezelfde zorgvraag wordt een poliklinische controle bij de polikliniek KNO ingepland. Om deze reden dient de SEH-arts voor het specialisme KNO te registreren.

2.4 Bestaande zorgvraag

Als een patiënt met een zorgvraag komt waar al eerder een zorgtraject voor geopend is, mag er geen nieuwe reguliere DBC worden geopend.¹⁰ De zorgactiviteiten van de SEH-artsen moeten in het reeds bestaande zorgtraject geregistreerd worden. Om de zorgactiviteiten in het bestaande zorgtraject te registreren, dient de SEH-arts te registreren namens het poortspecialisme van het bestaande zorgtraject. In praktijk betekent dit dat er alleen een consult en eventuele verrichtingen voor het juiste specialisme moeten worden geregistreerd. Wederom wordt hiermee voorkomen dat de patiënt twee rekeningen voor één zorgvraag krijgt.

Voorbeeld:

Een patiënt presenteert zich op de SEH met atriumfibrilleren. De SEH-arts ziet en behandelt de patiënt. Indien de patiënt al in behandeling is bij de cardioloog voor deze zorgvraag, registreert de SEH-arts het consult en de eventuele elektrische cardioversie in het bestaande zorgtraject voor cardiologie.

⁶ 1.3 Wat is een zorgvraag en wanneer is sprake van een nieuwe zorgvraag?, CI/14/3c, NZa

⁷ 5. Openen zorgtraject, NR/REG-1816, NZa

⁸ 1.4 Wanneer is er sprake van (eigen) behandeling?, CI/14/3c, NZa

⁹ 5b Openen zorgtraject bij multidisciplinaire behandeling, NR/REG-1816, NZa

¹⁰ Artikel 5a Openen parallel zorgtraject, NR/REG-1816, NZa

2.5 Registreren parallel zorgtraject

Met paralleliteit wordt bedoeld dat er voor één specialisme twee of meer DBC's openstaan voor afzonderlijke zorgvragen. In dit geval spreekt men van parallelle DBC's of paralleliteit. Voor het registreren van een parallel zorgtraject binnen één specialisme dient er te worden voldaan aan bepaalde voorwaarden. Zoals eerder beschreven moet er in ieder geval sprake zijn van een nieuwe zorgvraag, diagnosestelling en behandeling. Dit moet aantoonbaar zijn en blijken uit het medisch dossier. Daarnaast geldt dat het subtraject van het parallelle zorgtraject eigen zorgactiviteiten moet hebben met:

- minimaal één consult (bezoek aan SEH of polikliniek), dagverpleging, langdurige observatie of klinische opname en/of
- minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen ¹¹.

Let op: deze voorwaarden gelden ook voor parallelle trajecten van de diagnoses voor ATLS traumaopvang¹⁰. Bij deze traumapatiënten kunnen in sommige gevallen meerdere zorgtrajecten worden geopend (zie ook paragraaf 6.1 ATLS traumaopvang < ISS 16 en ≥ ISS 16).

Verder is het een eis dat de diagnosecodes niet voorkomen in de diagnose-combinatietabel. Deze tabel is [hier](#) te downloaden op de site van de NZa (werkenmetdbcs.nza.nl). De tabel bevat diagnosecodes die niet in combinatie met elkaar geregistreerd mogen worden. Vaak is de diagnose-combinatietabel ingebouwd in het ZIS en zal er bij registratie van een verkeerde combinatie een foutmelding verschijnen. Een voorbeeld is dat bij chirurgie de DBC met de diagnose 'Overige (buik)klachten algemeen' niet in combinatie met de diagnose 'Appendicitis' voor mag komen. In dat geval mag er maar één DBC gedeclareerd worden.

Voorbeelden:

Een patiënt is behandeld aan een hoofdwond. Na een maand presenteert de patiënt zich opnieuw op de SEH, deze keer met een polsfractuur. Voor deze fractuur mag een SEH-arts een nieuw parallel zorgtraject openen. Er is sprake van een nieuwe zorgvraag, diagnosestelling en behandeling en de combinatie van diagnoses komt niet voor in de diagnose-combinatietabel.

2.6 Dezelfde zorgvraag

Wanneer een SEH-arts en een poortspecialist allebei betrokken zijn bij de behandeling van dezelfde zorgvraag van de patiënt, registreren zij hun prestaties in hetzelfde zorgtraject. Volgens de NZa is er in een dergelijk geval geen sprake van een multidisciplinaire behandeling. ¹² De uiteindelijke behandelaar is in dit geval verantwoordelijk voor een juiste typering van het subtraject. Als de consulten aansluitend plaatsvinden mag er één consult geregistreerd worden. ¹³

Voorbeeld:

Een patiënt presenteert zich met één zorgvraag: pijn op de borst. Na een eerste blik van de SEH-arts komt aansluitend de cardioloog in consult. De behandeling wordt overgenomen door de cardioloog. Er mag in dit geval één zorgtraject geregistreerd worden.

¹¹ Artikel 5a Openen parallel zorgtraject, NR/REG-1816, NZa

¹² 5b Openen zorgtraject bij multidisciplinaire behandeling, NR/REG-1816, NZa

¹³ 24.1 Zorgactiviteitsomschrijvingen, NR/REG-1816, NZa

3. Registratieregels meerdere zorgvragen

De definitie van een polikliniekbezoek (hiermee bedoelt de NZa ook consulten op de SEH) is van belang voor de registratie bij meerdere zorgvragen:

*"Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het bezoek en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) consulten. Als er meerdere zorgvragen tijdens één consult worden besproken, mag slechts één polikliniekbezoek worden vastgelegd."*¹⁴

3.1 Meerdere zorgvragen SEH-arts

Uit de definitie van het polikliniekbezoek is te herleiden dat een SEH-arts voor één SEH-bezoek van de patiënt één consult mag registreren en dus moet kiezen voor één specialisme. Alleen voor dit specialisme mag een consult worden geregistreerd. Een SEH-arts mag in geval van meerdere zorgvragen tijdens één SEH-bezoek van de patiënt in principe niet voor meerdere specialismen consulten registreren.

Er zijn twee situaties waarbij er, ondanks dat er één consult is geregistreerd, toch twee subtrajecten gedeclareerd kunnen worden voor twee zorgvragen:

1. Voor minstens één van de twee zorgvragen gaat er in de toekomst vervolgzorg plaatsvinden in dezelfde zorginstelling. Het consult van de SEH-arts kan aan één traject gekoppeld worden. De diagnostiek en de vervolgzorg op de polikliniek kan aan het andere subtraject gekoppeld worden.
2. Er vindt naast het consult een operatieve zorgactiviteit plaats. Het consult kan dan aan één zorgtraject worden gekoppeld en de operatieve zorgactiviteit aan het andere zorgtraject. In het zogenaamde Registratieaddendum van de NZa staan alle operatieve zorgactiviteiten vermeld.¹⁵ Er zijn slechts enkele operatieve verrichtingen die op de SEH plaatsvinden; voorbeelden zijn '038911 – Operatieve verwijdering van gezwellen' en '038932 – Totale excisie van een nagelbed'.

Het is hierbij van belang om goed in de verslaglegging te motiveren dat er sprake is van twee diagnoses, waarvoor er aparte diagnosestelling en behandeling heeft plaatsgevonden.

Let op: Bij traumadiagnoses is optie 2 niet mogelijk. Voor DBC's met een traumadiagnose (bijvoorbeeld 280 – Open wond) moet er minimaal één consult gekoppeld zijn. Voorheen was het mogelijk om parallelle trauma DBC's te declareren met alleen, de inmiddels vervallen, operatieve verrichting '038941 - Poliklinische wondexcisie en wondtoilet'. Alleen een code voor wondbehandeling is niet meer genoeg om een parallelle DBC te declareren.

Voorbeeld:

Een patiënt presenteert zich met twee zorgvragen: hoofdwond en contusie pols. Er vinden geen operatieve verrichtingen plaats. Aangezien er één aansluitend consult heeft plaatsgevonden mag er één consult geregistreerd worden. In dit geval kan er slechts één zorgtraject worden gedeclareerd.

Een patiënt presenteert zich met twee zorgvragen: hoofdwond en polsfractuur. Voor de polsfractuur zal de patiënt terugkomen op de polikliniek van de heekunde. Voor de hoofdwond kan de SEH-arts een zorgtraject registreren met daaraan een consult gekoppeld. Het volgconsult kan aan het zorgtraject van de polsfractuur worden gekoppeld.

(Indien er geen volgconsult plaatsvindt en geen operatieve verrichting, kan er slechts één traject gedeclareerd worden.)

¹⁴ 24.1 Zorgactiviteitsomschrijvingen, NR/REG-1816, NZa

¹⁵ Registratieaddendum bijlage 1 v20170921, NZa

3.2 Meerdere zorgvragen SEH-arts en poortspecialist

Wanneer er tijdens één SEH-bezoek afzonderlijke consulten plaatsvinden door een SEH-arts en een poortspecialist voor verschillende zorgvragen waarvoor diagnostiek en behandeling plaatsvindt, mogen er twee aparte consulten geregistreerd worden. De SEH-arts en de poortspecialist registreren ieder één consult en verrichtingen in aparte zorgtrajecten.

Voorbeeld:

Een patiënt presenteert zich met twee zorgvragen: claviculafractuur en collaps. De claviculafractuur wordt door de SEH-arts behandeld. Hij/zij registreert zorgactiviteiten in een zorgtraject van heeledkunde of orthopedie op eigen naam.

Voor de collaps komt een arts-assistent van de cardiologie in consult voor diagnostiek en behandeling. Hij/zij registreert zorgactiviteiten in een zorgtraject voor cardiologie.

4. Verwijsregistratie

4.1 Type verwijzer

Om een subtraject te kunnen declareren dient het type verwijzer vermeld te worden. In de meeste ziekenhuizen is de registratie van de verwijzer een taak van administratieve medewerkers van de inschrijfbalie.

Er zijn acht verschillende typen verwijzingen, waarvan er drie van toepassing kunnen zijn voor patiënten die zich op de SEH presenteren:

- Type 1: Zelfverwijzer SEH (inclusief ambulances/112)
- Type 3: Verwezen patiënt SEH
- Type 7: Eigen patiënt, in geval van een nieuwe zorgvraag van een patiënt die reeds in behandeling is op de SEH voor wat anders.¹⁶

Bij verwezen patiënten SEH dient de AGB-code van de verwijzer op de declaratie vermeld te worden, bijvoorbeeld de AGB-code van een huisarts.¹⁷

Voorbeelden:

Wanneer een patiënt zich als zelfverwijzer presenteert met twee verschillende zorgvragen is de patiënt voor beide zorgvragen een zelfverwijzer (type 1).

Wanneer een patiënt verwezen is voor één zorgvraag (type 3) en er wordt een tweede zorgvraag door de arts geconstateerd, dan is de arts zelf de verwijzer van het tweede zorgtraject (type 7).

4.2 Doorverwijzen naar de polikliniek

In tegenstelling tot de SEH is de zorg niet verzekerd als de patiënt als zelfverwijzer op de polikliniek komt. Op de poliklinieken is een geldige verwijzing nodig om zorg vergoed te krijgen van de zorgverzekeraar. Dit kan ook een verwijzing van de SEH-arts of een poortspecialist zijn.

¹⁶ 36 Informatieverplichting bij declaratie van dbc-zorgproducten, NR/REG-1816, NZa

¹⁷ 36 Informatieverplichting bij declaratie van dbc-zorgproducten, NR/REG-1816, NZa

Op de SEH wordt in de meeste gevallen de DBC al geopend voor een zorgvraag en verwijst de SEH-arts de patiënt door naar de polikliniek. Het type verwijzer in de DBC wordt dan niet aangepast. De verwijzer van de DBC blijft dan staan op type 1, 3 of 7. Wanneer een SEH-arts een patiënt doorverwijst naar de polikliniek voor een nieuwe zorgvraag (anders dan waarvoor de SEH-arts de DBC heeft geopend), dan moet de polikliniek de SEH-arts als verwijzer van de DBC registreren.

5. Toelichting verrichtingen en andere zorgactiviteiten

5.1 Eerste polikliniekbezoek (190060) en herhaal-polikliniekbezoek (190013)

Bij een face-to-face contact tussen SEH-arts en patiënt kan een polikliniekbezoek geregistreerd worden. Een polikliniekbezoek of consult is altijd één bezoek, ongeacht de tijdsduur van het consult en ongeacht de inhoud van het bezoek. Bij meerdere consulten op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) consulten. Als er meerdere zorgvragen tijdens één consult worden besproken, mag slechts één consult geregistreerd worden.¹⁸ Bij afzonderlijke consulten op één dag mogen wel twee aparte consulten geregistreerd worden.

5.2 Spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling (190015)

Voor elk consult op de SEH dient, naast de zorgactiviteit voor het consult, ook de zorgactiviteit met code 190015 geregistreerd te worden.¹⁹ In de meeste ziekenhuizen verloopt de registratie automatisch bij de registratie van het consult op de SEH. Deze code is noodzakelijk om te registreren, maar heeft geen consequentie voor het afleiden van het zorgproduct en beïnvloedt dus niet het tarief.

5.3 Langdurige observatie zonder overnachting (190091)

Er moet voldaan worden aan de volgende door de NZa geformuleerde definitie om een langdurige observatie te kunnen registreren:

*"Een niet geplande vorm van verpleging, met als doel observatie van de patiënt, op een voor verpleging ingerichte afdeling. Elke observatie omvat ten minste een systematisch controle van de conditie van de patiënt op bepaalde parameters zoals bewustzijn, bloeddruk of lichaamstemperatuur. Deze controles dienen bij herhaling respectievelijk meerdere keren met tussenpozen plaats te vinden. Het doel van de observatie is het bepalen van het verdere medische beleid en moet te herleiden zijn uit het medisch dossier. Een langdurige observatie duurt minimaal vier aaneengesloten uren."*²⁰

Omdat verderop de NZa schrijft "Onder een voor verpleging ingerichte afdeling valt onder andere high/medium care. De polikliniek en spoedeisende hulp vallen hier niet onder." zijn wij van mening dat deze verrichting in principe niet op de SEH kan worden gebruikt.

Het is aan zorginstellingen en zorgverzekeraars om hierover in gesprek te gaan met de NZa. Over het algemeen leidt de registratie van een langdurige observatie af tot een ander zorgproduct waar een hoger tarief aan verbonden is.

5.4 Wondbehandeling

Er zijn twee verrichtingen beschikbaar voor wondbehandelingen:

- 038944 – Wondbehandeling van een wond kleiner of gelijk aan 5 cm lengte zonder wondrandexcisie met onderzoek en schoonmaken en hechten of lijmen, inclusief eventueel plaatselijk verdoven.

¹⁸ 24.1 Zorgactiviteitomschrijvingen, NR/REG-1816, NZa

¹⁹ 24.42 Zorgactiviteitomschrijvingen, NR/REG-1816, NZa

²⁰ 24.10 Zorgactiviteitomschrijvingen, NR/REG-1816, NZa

- 038945 – Wondbehandeling wond met wondrandexcisie (o.a. necrotomie, debridement) **of** wond > 5 cm lengte zonder wondrandexcisie incl. onderzoek en schoonmaken en evt. hechten of lijmen, inclusief eventueel plaatselijk verdoven.

De code 038945 kan typerend zijn voor het zorgproduct en zorgen dat deze afleidt naar een hoger tarief, terwijl 038944 nooit het zorgproduct zal verzwaren.

5.5 Conservatieve brandwondbehandeling (038951)

Deze verrichting is bedoeld voor patiënten met ernstige brandwonden die overgeplaatst worden naar een brandwondencentrum. Patiënten met een ernstige brandwond worden, alvorens overplaatsing volgt naar een brandwondencentrum, volgens protocol gestabiliseerd (bewaken vitale functies en shock bestrijden, infuus inbrengen, tetanus profylaxe volgens protocol, koelen en in opdracht van specialist evt. bloedprikken, pijnstilling). Er moet in die gevallen aangegeven worden dat er speciale/meer zorg heeft plaatsgevonden dan bij een ander SEH-consult.²¹

5.6 Procedurele sedatie en analgesie (PSA) buiten de OK (039132)

Hiermee wordt volgens de NZa bedoeld *"het buiten de operatiekamer toedienen van een sedativum en/of sederend analgeticum in het kader van een diagnostische of therapeutische procedure, met de bedoeling een patiënt rustig, angst- en pijnvrij te houden opdat de procedure comfortabel en efficiënt kan doorgaan"*.²³

5.7 ATLS traumaopvang (03676)

De SEH-arts mag deze verrichting registreren voor het diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties onder verantwoordelijkheid van een ATLS-gecertificeerd medisch specialist (dat kan ook de SEH arts zelf zijn). De traumaopvang moet volgens de ATLS (Advanced Trauma Life Support) worden uitgevoerd.²² Er dient duidelijk te worden uit de verslaglegging dat er een ATLS-opvang heeft plaatsgevonden en ook de DBC-diagnose ATLS traumaopvang dient te worden geregistreerd (zie ook hoofdstuk 6).

5.8 Laboratorium- en radiologieverrichtingen

Omdat SEH-artsen namens meerdere specialismen registreren, is het van belang om laboratorium- en radiologieverrichtingen voor het juiste specialisme aan te vragen. In geval dat een SEH-arts zelf een spoedechografie (039492) uitvoert, dient deze ook zelf geregistreerd te worden voor het juiste specialisme. Wanneer deze verrichtingen op een ander specialisme worden aangevraagd dan waarvoor het zorgtraject wordt geopend, komen de verrichtingen te 'zweven' (dit betekent: ze zijn niet gekoppeld aan een zorgtraject) of kunnen ze in een verkeerd zorgtraject van een ander specialisme terechtkomen. Dit kan er toe leiden dat er te weinig gedeclareerd wordt.

5.9 Injectie (039445)

De zorgactiviteit '039445 – Injecties met uitzondering van injecties ten behoeve van lokaal anesthesie' mag volgens de NZa niet gedeclareerd worden voor regulier verpleegkundige injecties, zoals een tetanusprik. Deze zorgactiviteit is bedoeld voor medisch specialistische zorg zoals gewrichtsinjecties.

5.10 Perifeer block - regionale anesthesie (039609)

Toedienen van plaatselijk werkende verdovingsmiddelen langs het verloop van de te verdoven zenuw.

²¹ H29, Handboek zorgactiviteiten v20140601, NZa

²² H29, Handboek zorgactiviteiten v20140601, NZa

6. Toelichting aandachtspunten

6.1 ATLS traumaopvang ISS < 16 en ISS ≥ 16

Voor ATLS traumaopvang zijn de onderstaande diagnosecodes beschikbaar:

- 610 van heekunde en 4110 van orthopedie: ATLS-traumaopvang ISS < 16
- 611 van heekunde en 4111 van orthopedie: ATLS-traumaopvang ISS ≥ 16

Voor de juiste keuze van een diagnose bij ATLS-traumaopvang is de wereldwijd gehanteerde Injury Severity Score (ISS) van belang. **Vermeld daarom deze score in de verslaglegging.**

Naast de diagnosecode zijn er aanvullende eisen gesteld om een geldig zorgproduct te kunnen afleiden. Voor de ATLS diagnoses zijn minstens vereist:

- Verrichting ATLS-traumaopvang (039676) – diagnosticeren en stabiliseren van verschillende typen (organische) letsels en/of perforaties onder verantwoordelijkheid van een ATLS gecertificeerd medisch specialist.
- Tenminste 1 Hb-bepaling (070702)
- Radiologisch onderzoek (radiologische foto of CT-scan) van de wervelkolom, bekken, thorax, hersenen of schedel.

Als na de screening blijkt dat er sprake is van letsel, dan mag de behandeling van die letsels apart gedeclareerd worden in een parallel zorgtraject. Let er hierbij op dat beide trajecten voldoen aan de voorwaarden voor het registreren van een parallel zorgproduct.²³ Deze voorwaarden staan in paragraaf 2.5 van dit handboek beschreven.

Voorbeeld:

Een patiënt wordt binnengebracht na een ongeluk. De patiënt wordt opgevangen door een ATLS- gecertificeerde SEH-arts. De ISS blijkt lager dan 16 en er volgt bloedonderzoek en radiologisch onderzoek van de bekken. Na de screening blijkt er sprake te zijn van een heupfractuur, waar de patiënt klinisch voor wordt opgenomen. Voor de traumaopvang mag de SEH-arts een zorgtraject met diagnose 'ATLS traumaopvang < 16' registreren. Voor de heupfractuur mag de SEH-arts een parallel zorgtraject openen. Aangezien het consult van de SEH-arts aan het zorgtraject voor ATLS-traumaopvang wordt gekoppeld, en de klinische opname aan de heupfractuur, wordt er voldaan aan de voorwaarden. Naast de diagnose ATLS traumaopvang moet ook de verrichting ATLS traumaopvang worden geregistreerd.

6.2 Geen parallelliteit bij cardiologie

Het specialisme cardiologie kent geen parallelliteit (behalve bij ICC, hartrevalidatie en begeleiding bij hart- en hartlongtransplantaties).²⁴ Voor SEH-artsen is van belang dat wanneer zich bij de patiënt een andere/nieuwe zorgvraag binnen het specialisme cardiologie voordoet dan het al lopende zorgtraject, er een nieuw zorgtraject mag worden geopend. Het lopende zorgtraject moet voor deze specifieke situatie worden gesloten.²⁵ Bekijk in het ZIS van het eigen ziekenhuis welke handelingen hiervoor nodig zijn. Let wel op dat er voor het openen van een nieuw zorgtraject sprake moet zijn van diagnosestelling en behandeling.

6.3 Zorgvraag

Bij een aantal specialismen moet er naast een diagnose ook een extra code voor de zorgvraag geregistreerd worden. Deze heeft een aparte code. Het betreft de specialismen: plastische chirurgie, urologie, kindergeneeskunde/ neonatologie, revalidatiegeneeskunde, neurologie en consultatieve psychiatrie.²⁶

²³ 5a.5 Openen parallel zorgtraject, NR/REG-1816, NZa

²⁴ 5a.4 Openen parallel zorgtraject NR/REG-1816, NZa

²⁵ 5.10 Regel 1.0320.3 Cardiologie, Registratieaddendum RZ18b V20170921, NZa

²⁶ 6.2b Subtraject, BR/REG-18154, NZa

Voorbeeld:

Bij urologie moet er een diagnose en zorgvraag geregistreerd worden. Een voorbeeld is de zorgvraag 'Koliëk(en)' in combinatie met de diagnose 'Niersteen'.

7. Snel declareren bij toeristen

Er bestaat een mogelijkheid om sneller dan de wettelijk bepaalde sluitregels te declareren bij patiënten die geen overeenkomst hebben met een Nederlandse zorgverzekeraar voor de levering van zorg. Dit wordt door de NZa de terugvaloptie genoemd en is met name bedoeld voor toeristen die de SEH bezoeken. Het DBC-subtraject kan dan vroegtijdig gesloten worden met een toekomstige sluitdatum als bepaald is dat de behandeling is beëindigd. De terugvaloptie vervalt als blijkt dat de behandeling toch moet worden hervat. De terugvaloptie mag niet gebruikt worden bij specifieke afsluitregels van DBC-subtrajecten. Controleer daarom eerst bij de 'zorgadministratie' in uw ziekenhuis of de terugvaloptie toegepast kan worden. Zij kunnen vervolgens bepalen of voldaan wordt aan de eisen en het DBC-subtraject correct afsluiten.²⁷

8. Afleiding licht complexe SEH DBC's

De NZa heeft, mede op initiatief van de sectie management en bestuur van de NVSHA, vanaf 1-1-2016 een wijziging doorgevoerd voor de prestaties van een deel van de licht complexe SEH-zorg. Het doel was om de prijzen voor licht complexe zorg beter overeen te laten komen met de geleverde zorg. De wijziging betreft zorgproducten, waarbij het eigen risico van patiënten vaak wordt geraakt.

De wijzigingen betreffen drie zorgproductgroepen:

- 191301- Verwijderen corpus alienum; deze zorgproductgroep bevat zorgproducten voor bijv. de diagnoses '290 Corpus alienum natuurlijke opening' en '291 Corpus alienum perforerend' voor heekunde.
- 199299- Letsels; deze zorgproductgroep bevat zorgproducten voor bijna alle diagnoses voor trauma (contusies, distorsies, luxaties en fracturen).
- 199799- Brandwonden; deze zorgproductgroep bevat zorgproducten voor bijv. de diagnoses '283 brandwond eenvoudig' en '284 brandwond ernstig' voor heekunde²⁸.

Per zorgproductgroep zijn er drie zorgproducten beschikbaar: licht, middel en zwaar. Er zijn ook 3 clusters van SEH-zorgactiviteiten gemaakt: licht, middel en zwaar. Samen met het aantal consulten zorgen de SEH-zorgactiviteiten voor de afleiding naar de zorgproducten:

- Ambulant zwaar: een SEH-zorgactiviteit middel met 3 of meer consulten (incl. SEH-consult), **of** een zware SEH-zorgactiviteiten en minimaal 1 consult.
- Ambulant middel: een SEH-zorgactiviteit middel met 1-2 consulten (incl. SEH-consult) **of** 3 of meer consulten (incl. SEH-consult) zonder specifieke SEH-zorgactiviteiten.
- Ambulant licht: op basis van 1-2 consulten (incl. SEH-consult) zonder of met lichte SEH-zorgactiviteiten.

²⁷ 35 Terugvaloptie, NR/REG-1816, NZa

²⁸ §2.8.1, Wijzigingen DBC-release R16a, v20150701

Bronnen

BR/REG- 18154, Nederlandse Zorgautoriteit

CI/14/3c, Nederlandse Zorgautoriteit

Handleiding dbc-systematiek v20170921, Nederlandse Zorgautoriteit

Handboek zorgactiviteiten v20140601, NZa

NR/REG-1816, Nederlandse Zorgautoriteit

Registratieaddendum bijlage 1 v20170921, Nederlandse Zorgautoriteit

Registratieaddendum RZ18b V20170921, Nederlandse Zorgautoriteit

Wijzigingen DBC-release R16a, v20150701