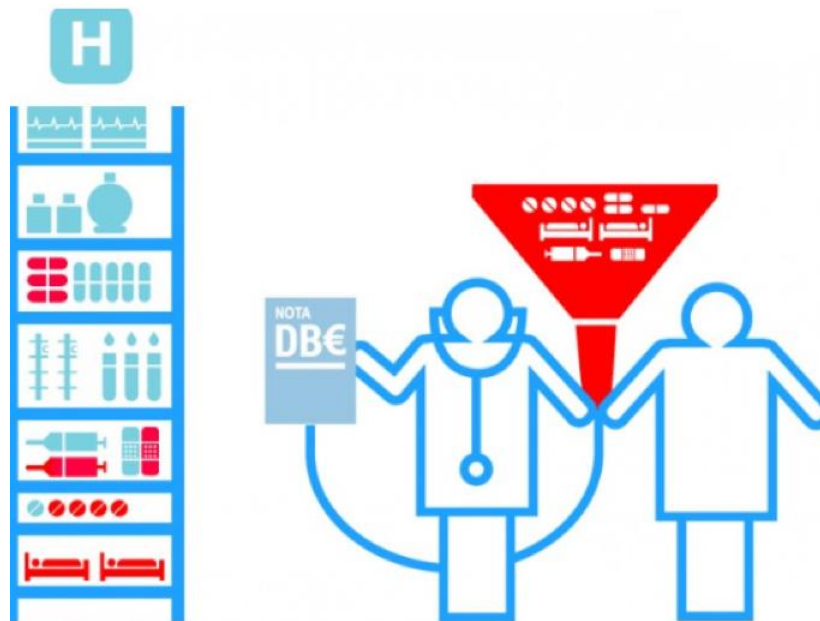


DBC's en verrichtingen Kindergeneeskunde:

Handreiking voor goede registratie binnen kindergeneeskundige zorg



*Opgesteld door Paul de Laat (kinderarts) en Parini Chauhan
(junior beleidsmedewerker NVK) namens de BBC*

Versie oktober 2020

Inhoud

DBC's en verrichtingen Kindergeneeskunde: Handreiking voor goede registratie binnen kindergeneeskundige zorg.....	1
Aanleiding.....	3
Begrippenlijst	4
DBC zorgproduct registratie.....	6
1.1 DBC.....	6
1.2 Zorgtype	6
1.3 Zorgvraag.....	7
1.4 DBC-diagnose	7
1.5 ICD-10.....	7
1.6 Zorgactiviteiten	8
1.7 Zorgproducten	8
Financiële gevolgen	9
2.1 Prijsbepaling	9
2.2 Het afrekenen van mandjes	9
2.3 NZa zorgproductenviewer.....	9
Zorgactiviteiten registratie.....	10
3.1 Complexe zorg	10
3.2 Parallelliteit.....	10
3.3 Inrichting van EPD	10
3.4 Open DIS Data	11
Polikliniek	12
4.1 Registratie belconsulten.....	12
4.2 Overige registratiemogelijkheden van niet live contacten	12
Voorbeelden	13
Links.....	15

Aanleiding

Er komen bij de Beroepsbelangencommissie (BBC) van de NVK regelmatig vragen over het registreren van zorgactiviteiten en DBC's. Deze handreiking geeft een basisuitleg over registreren en antwoord op de meest gestelde vragen. Op de registratie en declaratie van zorg is de officiële wet- en regelgeving van toepassing van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Aan deze handreiking kunnen daarom geen rechten worden ontleend. De officiële documenten van de NZa zijn altijd leidend.

Goede registratie van geleverde zorg is voor veel verschillende zaken belangrijk. Als eerste wordt vaak gedacht aan de **financiële consequenties** van goede registratie, maar goede registratie is ook van belang voor **epidemiologisch onderzoek** en voor **inschatting van zorgzwaarte**.

Binnen de kindergeneeskunde is de kennis van registratie niet bij iedereen even helder, waarbij er een belangrijke rol is weggelegd voor a(n)ios die vaak wisselen van werkplek en daardoor worden geconfronteerd met wisselend beleid. Ook voor kinderartsen, zowel werkend in de academie als in de algemene ziekenhuizen, is het belangrijk om goed op de hoogte te zijn van de regelgeving.

In deze handreiking worden algemeen, landelijk geldende principes uitgelegd. Hiermee streven we een optimale registratie van geleverde zorg na. Deze handreiking biedt antwoorden op veel voorkomende zaken. Voor specifieke gevallen kan het soms anders zijn dan in deze algemene handreiking is opgenomen, ook is het mogelijk dat er lokaal andere afspraken zijn. Bij vragen hierover kan altijd contact opgenomen worden met de lokale zorgadministratie. Komt u er met de zorgadministratie niet uit, dan is de BBC bereid om te helpen waar mogelijk.

Per Elektronisch Patiëntendossier-systeem (EPD) zijn er soms verschillen in de manier van registreren. In deze handreiking worden de algemene principes beschreven, invulling per EPD moet lokaal worden aangevuld.

Begrippenlijst

Afsluitregel en -reden¹

Geeft inzicht in de reden om een subtraject te sluiten. De begindatum van een subtraject bepaalt welke regels gelden. De beslisregels bepalen het moment van sluiten en de reden achter de regel geeft de “waarom” aan.

Boomstructuur

Een structuur om zorgproducten af te leiden. De ‘bomen’ zijn zichtbaar in de zorgproductviewer.

Diagnose Behandel Combinatie (DBC)

Het geheel van activiteiten en verrichtingen door de zorgverlener en is in feite een clustering van zorgactiviteiten in een traject van de patiënt.

Diagnose Combinatie Tabel¹

Indien een parallel traject geopend wordt is het de bedoeling dat de parallelle diagnoses niet samen in de diagnose combinatie tabel voorkomen, alleen dan mag een parallel traject geopend worden.

Diagnosethesaurus

De diagnosethesaurus is een hulpmiddel, welke niet verplicht is om te gebruiken. Dit instrument leidt af naar DBC-diagnosetyperingen en wordt veelal bij ziekenhuizen in het EPD ingebouwd. Meer informatie over de diagnosethesaurus vindt u [hier](#).

DBC Informatie Systeem (DIS)²

Systeem van NZa om informatie te verzamelen van alle behandeltrajecten om vervolgens te gebruiken voor toekomstig beleid en regelgeving. Deze data is openbaar beschikbaar via www.opendisdata.nl.

Grouper

Centraal landelijk systeem welke zorgt voor de afleiding naar DBC-zorgproducten door toekenning van een declaratiecode. Voor meer informatie over afleiding van een product en het bijbehorend tarief, raadpleeg de [NZa zorgproductenviewer](#)

ICD-10

Internationaal gehanteerde lijst van ziekten, bijgehouden door WHO. DBC-diagnosecodes zijn gekoppeld aan deze hoofd- en subhoofdstukken via de diagnosethesaurus.

Parallelliteit¹

Combinatie van typerende diagnoses van parallelle subtrajecten mogen niet voorkomen in de Diagnose Combinatie Tabel.

Subtraject

Omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van een zorgverlener; declarabele periode binnen het zorgtraject.

Typeringslijst¹

Door de NZa opgestelde lijst per subspecialisme met o.a. zorgtype, zorgvraag en diagnoses. In deze lijst staan alle beschikbare DBC's voor een vakgebied. Voor de kindergeneeskunde zijn er twee typeringslijsten: kindergeneeskunde en neonatologie.

Uitvalproduct

Combinatie van subtraject en zorgactiviteiten die niet leidt tot een declarabel dbc-zorgproduct.

Verpleegdag

Een te registreren kalenderdag op een voor verpleging gerichte afdeling, welke tevens deel uitmaakt van een periode van verpleging; opname tot en met ontslag.

¹[Klik hier voor het NZa documentenplatform](#)

²[Klik hier voor het Open Dis Data](#)

Opnametijd patiënt x	Ontslagtijd patiënt	Aantal verpleegdagen
Voor 20:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag X+1	0
	Bij definitieve overname of overlijden voor 7:00 uur kalenderdag x+1	2
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij definitieve overname of overlijden)	2
Na 20:00 uur en vóór 00:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x+1	0
	Bij overlijden voor 07:00 uur kalenderdag x+1	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x+1 (ook bij overlijden en overname)	1
Op 0:00 uur of na 0:00 uur kalenderdag x	Voor 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname voor 7:00 uur kalenderdag x	1
	Na 7:00 uur kalenderdag x	0
	Bij overlijden of overname na 7:00 uur kalenderdag xz	

> [Zie voor uitgebreidere definitie de FAQ van de NVK onder Beroepsbelangencommissie.](#)

Zorgactiviteit

Alle activiteiten die in het kader van de zorg worden geleverd. Zorgactiviteiten kunnen afspraken, verpleegdagen of operaties zijn, maar kunnen ook handelingen (zoals infuus prikken) of los te registeren verrichtingen zijn (zoals 'coördinatie van zorg door kinderarts').

Zorgtraject

Behandeltraject van de zorggebruiker bestaande uit één of meer declarabele subtrajecten en start op de datum dat de eerste zorgactiviteit van de zorgvraag plaatsvindt.

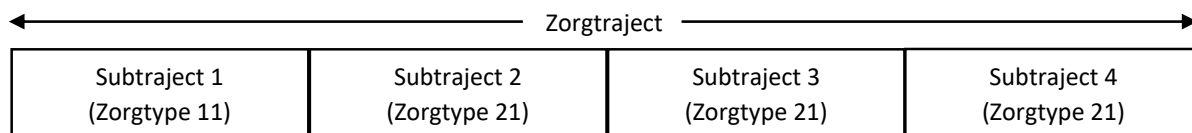
Zorgtype

Aanleiding tot zorg. Veelvoorkomend zijn type 11 (initiële behandeling) en 21 (vervolgbehandeling).

DBC zorgproduct registratie

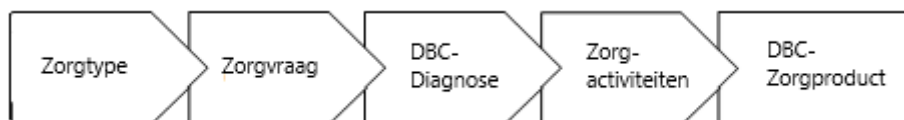
1.1 DBC

DBC staat voor Diagnose-Behandel-Combinatie. Sinds 2012 ook DBC-zorgproduct en/of subtraject genoemd. Een DBC-zorgproduct is een verzamelnaam voor alle onderdelen van een behandeling, met andere woorden het geheel van alle stappen die nodig zijn om een aandoening of ziekte te behandelen, van het eerste consult tot en met de laatste controle. Terwijl een subtraject een afgebakende periode binnen het DBC zorgtraject is. Een DBC-zorgproduct/subtraject omvat het geheel van activiteiten en verrichtingen van een zorgverlener. Een periode van diagnosestelling en behandeling voor een zorgvraag kan uit meerdere DBC-zorgproducten/subtrajecten bestaan. Dit wordt een zorgtraject genoemd. De registratie van het zorgtraject start op de datum dat de eerste zorgactiviteit plaatsvindt in het kader van de zorgvraag.



Figuur 1 Zorgtraject en subtraject

De zorg in Nederland wordt gefinancierd volgens de DBC-methode. Een ziekenhuis declareert dus niet per activiteit of verrichting, maar per DBC-zorgproduct. Middels juiste registratie wordt het DBC-zorgproduct bepaald. Om tot een juist te declareren DBC-zorgproduct te komen, is het doorlopen van de onderstaande stappen noodzakelijk.



Figuur 2 Afleiden naar DBC-zorgproduct

1.2 Zorgtype

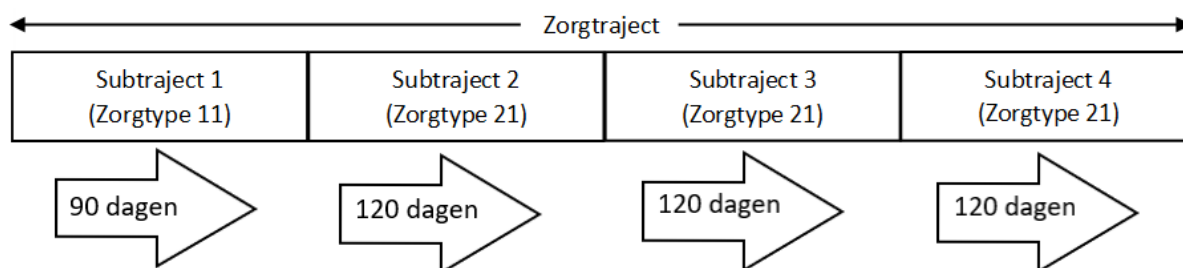
Wanneer een patiënt voor het eerst komt voor een nieuwe zorgvraag wordt een DBC-Zorgtraject geopend met zorgtype 11 (initiële behandeling). Dit zorgproduct wordt op dag 90 (automatisch) afgesloten. Aansluitend op deze afsluitdatum wordt een vervolg DBC-zorgproduct geopend. Alle vervolg DBC's krijgen het zorgtype 21. Een DBC-zorgproduct met zorgtype 21 wordt op dag 120 afgesloten. Zo nodig, wordt er aansluitend weer een nieuwe vervolg-DBC geopend.

Indien er sprake is van een opname (of operatie), wordt een DBC-zorgproduct 42 dagen na ontslagdatum of operatie afgesloten. Diagnosecode 9902 (Basiszorg pasgeborene) wordt altijd afgesloten direct na ontslag. DBC-zorgproducten worden automatisch door het EPD systeem afgesloten, waarbij het EPD automatisch het juiste zorgtype kiest.

Zorgtype 13 'ICC' (intercollegiaal consult) wordt zelden of nooit gebruikt voor de kindergeneeskunde, daarbij moet namelijk altijd sprake zijn van een opname voor een ander specialisme. Bij kindergeneeskunde wordt hiervoor meestal de diagnosecode 8912 "klinische medebehandeling" (Medebehandeling: voeding/vochtbeleid/antibiotica/pijnbestrijding) gebruikt. Er wordt dan een aparte DBC aangemaakt voor de kinderarts, en er is dan dus geen sprake van een ICC-traject.

Let op: het is van belang om ook dagelijks de zorgactiviteit (ZA) 'klinische medebehandeling' te registreren, anders is er sprake van een leeg zorgtraject. Het advies is om bij het ziekenhuis na te

gaan wie deze activiteiten registreert (verpleegkundige, zorgadministratie, behandelend arts), zodat vastlegging nauwkeurig plaatsvindt en uiteindelijk leidt tot terechte declaratie.



Figuur 3 Duur van het traject uitgedrukt in dagen. Let op: voor een klinische opname of operatie bij zowel zorgtype 11 als 21 geldt dat het subtraject 42 dagen na ontslagdatum/operatie sluit.

1.3 Zorgvraag

De typeringslijst voor neonatologie (5xx)³ wordt gehanteerd tot maximaal 28 dagen na de à terme datum (de uiterekende datum) indien de pasgeborene een aandoening krijgt die te maken heeft met de geboorte of perinatale periode. De typeringslijst voor kindergeneeskunde (061) wordt gehanteerd vanaf 28 dagen na de à terme datum of op het moment dat de pasgeborene een aandoening krijgt die niet te maken heeft met de geboorte of perinatale periode.

Bij neonaten die worden overgeplaatst moet bij opname in het ontvangende centrum de amenorroeduur (AD-duur) op het moment van overplaatsing worden geregistreerd, zonder sectio, en niet de AD-duur van geboorte. Hierbij hoort altijd DBC-diagnose 9902 (basiszorg pasgeborene). Wanneer hier toch zorgvraagcode 061 gebruikt wordt, leidt dit tot een onjuist zorgproduct.

Let op: het EPD zet vaak voor alle kinderen de zorgvraag standaard op 061, dit is voor neonaten dus onjuist!

Indien een zuigeling wordt opgenomen voor een diagnose die registreerbaar is met een andere DBC dan 9902, dan heeft dat de voorkeur. Het is de bedoeling dat er zo specifiek mogelijk wordt geregistreerd. Een specifieke DBC uit de kindergeneeskunde-boom heeft daarom voorkeur boven een 9902 algemene DBC. Bij een zuigeling die wordt opgenomen met icterus heeft het bijvoorbeeld de voorkeur die te registreren onder de icterus DBC, met zorgvraag 061 (kindergeneeskunde).

1.4 DBC-diagnose

De keuze voor de juiste DBC-diagnose is soms lastig, maar hierbij helpt de probleemlijst in het EPD. In de meeste EPD's is de diagnosethesaurus ingelezen waarin medische termen gekoppeld zijn aan een DBC-diagnose en de ICD-10 diagnose. In het EPD kan een medische diagnose geregistreerd worden. Wanneer dit zo exact mogelijk gebeurt, zal er een suggestie voor 1 of enkele DBC-diagnoses worden geven. De DBC-diagnosecodes zijn namelijk gekoppeld aan een term uit de diagnosethesaurus en een ICD-10 diagnose. Als een diagnose mist, dan kan deze worden toegevoegd. Hiervoor dient een wijzigingsverzoek te worden ingediend bij Dutch Hospital Data (DHD) door de lokale zorgadministratie.

1.5 ICD-10

De [ICD-10](#) is de 10^e editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Dit is een internationale classificatie van diagnoses. Indien de juiste medische diagnose is geregistreerd in het EPD, wordt hier automatisch de juiste ICD-10 aan gekoppeld. Per 1-1-2018 zijn ziekenhuizen verplicht om van alle patiënten een ICD-10 diagnose te rapporteren aan het RIVM. Het RIVM vertaalt en beheert de lijst voor gebruik in Nederland vanuit de functie van WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications. Op termijn kan hiermee waardevol epidemiologisch onderzoek worden gedaan. Het verbeteren van de ICD-10 registratie, door optimalisatie van de lijst met medische diagnoses (ook wel de diagnosethesaurus genoemd) is een

³ In de typeringslijst van Neonatologie beginnen alle zorgvragen met 5, afhankelijk van de termijn en sectio (ja/nee). Om die reden wordt verwezen naar 5xx. De typeringslijst neonatologie is te vinden op de NZa-website onder '[prestaties en tarieven](#)' > '[typeringslijsten per specialisme](#)'

verantwoordelijkheid van alle kinderartsen in Nederland. Als er fouten of onvolledigheden zijn in de lijst met diagnoses, dan kunnen deze worden doorgegeven aan de Dutch Hospital Data (DHD; de landelijke beheerder van de diagnosethesaurus) om deze te laten toevoegen of corrigeren.

1.6 Zorgactiviteiten

Zorgactiviteiten worden ook wel verrichtingen genoemd. Vrijwel alle handelingen die in het ziekenhuis plaatsvinden, zijn te benoemen als een zorgactiviteit (ZA). Polibezoeken, klinische verpleegdagen, infuus prikken, lijnen plaatsing, voorbereiding overplaatsing IC, zijn allemaal voorbeelden van zorgactiviteiten die geregistreerd kunnen worden. De volledige lijst met voor de kindergeneeskunde te registreren verrichtingen is te vinden op het documentenplatform van de NZa¹. Tevens is er een document als bijlage waarin de belangrijkste zorgactiviteiten voor de algemene kindergeneeskunde worden benoemd (*bijlage wordt uiterlijk eind 2020 toegevoegd aan deze handreiking*).

1.7 Zorgproducten

De geregistreerde zorgactiviteiten (verpleegdagen, polikliniekbezoeken en/of verzwarende zorgactiviteiten) bepalen de zorgzwaarte van het DBC-zorgproduct. Veel DBC-diagnoses leiden af naar hetzelfde zorgproduct, waarbij het dus voor de financiële afhandeling niet uitmaakt welke DBC-diagnose er is gekozen, maar voor de andere doelstellingen van goede registratie (o.a. epidemiologisch onderzoek) maakt dat wel uit.

Voorbeelden van zorgproducten: *Ambulant 1-2 bezoeken, Ambulant 2-6 bezoeken of >1 dagbehandeling, klinisch 1-5 dagen, klinisch 5-14 dagen, etc.*

Bij verschillende DBC-diagnoses kan er sprake zijn van een verzwarende verrichting. Door registratie van deze verrichting wordt het zorgproduct dat bij de zorgverzekeraar kan worden gedeclareerd 'verzwaard'. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als een colonoscopie wordt gedaan bij een colitis patiënt, of als een navelvenelijn wordt geplaatst bij een neonaat. Indien deze verrichtingen plaatsvinden, is het dus erg belangrijk dat ze goed geregistreerd worden. Als bepaalde DBC-diagnoses vaak worden geregistreerd, bijvoorbeeld omdat het een lokale expertise betreft, is het goed om van deze DBC-diagnoses te weten wat de belangrijkste zaken zijn voor juiste registratie. Pas als een DBC volledig geregistreerd is, met andere woorden als een subtraject volledig is afgesloten, wordt deze bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.

Financiële gevolgen

2.1 Prijsbepaling

De DBC-zorgproducten zijn in twee groepen verdeeld:

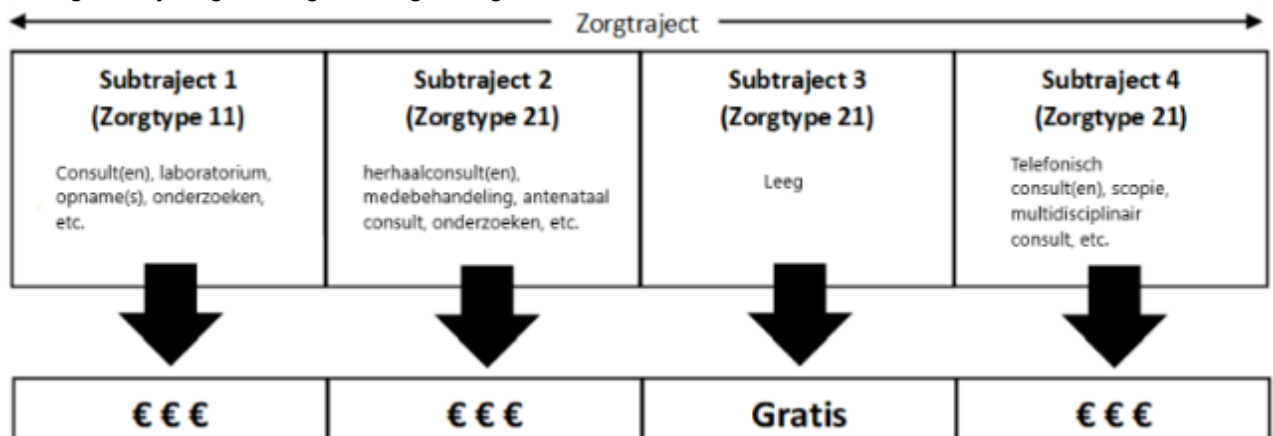
- Groep A: voor deze zorgproducten zijn landelijke (maximum)tarieven vastgesteld.
- Groep B: voor deze zorgproducten kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, wat betreft de tarieven, vrij onderhandelen met elkaar.

De DBC-zorgproducten voor de Kindergeneeskunde vallen, vrijwel allemaal, in groep A. Eens in de 2 à 3 jaar worden de tarieven van de zorgproducten bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hierbij maakt de NZa gebruik van de registraties van alle kinderartsen in Nederland. Er wordt voor een bepaald product gekeken wat er allemaal is gedaan (aantal ligdagen, aantal infusen, aantal lijnen, etc.) en wat de kosten zijn geweest. Aan de hand van de gemiddelde kostprijs wordt een nieuw tarief bepaald. Hierbij worden ook alle zorgactiviteiten die geen effect hebben op de 'verzwarende' meegenomen. Het is dus essentieel om ook al die verrichtingen goed te registreren, met name om in de toekomst een betere bekostiging te krijgen voor de kindergeneeskundige zorg in Nederland.

2.2 Het afrekenen van mandjes

DBC-diagnoses kunnen gezien worden als lege zorgmandjes. Waarin zorgactiviteiten de vulling van de mandjes zijn. Zorgproducten zijn de gevulde zorgmandjes die worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

Een leeg mandje = gratis = geen vergoeding



Figuur 4 Afrekenen van gevulde mandjes

2.3 NZa zorgproductenviewer

Met de [NZa zorgproductenviewer](#) kan gekeken worden tot welk product de geleverde zorg afleidt. De zorgproductenviewer geeft inzicht in wat de verzwarende activiteiten zijn en wat de verschillen in tarieven zijn tussen verschillende zorgproducten.

Zorgactiviteiten registratie

In de basis is iedereen verantwoordelijk voor de zorgactiviteiten die eenieder zelf doet. Hier zijn vaak lokale afspraken over. Sommige zorgactiviteiten moeten door de arts of verpleegkundige worden geregistreerd, andere worden door het secretariaat geregistreerd. Hier bestaat geen wet- of regelgeving voor. De kinderarts is uiteindelijk eindverantwoordelijk voor wat er is geregistreerd, maar mag deze taken uitbesteden aan ondersteunend personeel.

Momenteel wordt gewerkt aan een '[verrichtingenthesaurus](#)' die het registeren van zorgactiviteiten vereenvoudigt. Deze is nu niet beschikbaar in de meeste ziekenhuizen. Waardoor op dit moment zorgactiviteiten nog per zorgactiviteitscode moeten worden geregistreerd.

In de bijlage (*uiterlijk eind 2020 komt deze beschikbaar*) staat een overzicht van veel voorkomende zorgactiviteiten binnen de kindergeneeskunde, met daarbij een uitleg wanneer deze mogen worden geregistreerd. Deze uitleg is een interpretatie van de BBC van de NVK, hier kunnen geen rechten aan worden ontleend. Uiteindelijk zijn de beschrijvingen in de nadere regel⁴ van de NZa leidend. Dit zijn echter vaak moeilijk te lezen documenten vandaar dat hier een werkbare versie van is gemaakt voor de kinderartsen in het land.

3.1 Complexe zorg

Er zijn ook een aantal zorgactiviteiten beschikbaar die vooral de 'denktijd' van de kinderartsen registreren. Dit zijn een aantal specifieke zorgactiviteiten voor subspecialisten, waarbij het vooral de bedoeling is om complexe diagnostiek door subspecialisten registreerbaar te maken. Tevens zijn er verrichtingen beschikbaar die door alle kinderartsen kunnen worden geregistreerd. Dit zijn onder andere:

- 190003 (Aansturen door kinderarts van multidisciplinair team met medisch specialisten van 3 verschillende AGB-specialismen)
- 190066 (Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties)

Deze zorgactiviteiten worden landelijk nog zeer weinig gebruikt, maar zouden bij gebruik de complexere kindergeneeskunde registreerbaar kunnen maken.

3.2 Parallelliteit

Voor kinderen met meerdere actieve zorgtrajecten, dus met meerdere open DBC's, is het van belang om de zorgactiviteiten in de juiste DBC te registreren. Vooral in de academische klinieken is het relevant om hier goed op te letten, een zorgactiviteit zorgt immers enkel tot een verzwarende van de DBC als deze juist geboekt is.

Voorbeeld: Een kind met een metabole ziekte die ook pulmonale ziekte heeft en waarvoor een bronchoscopie nodig is, is het belangrijk dat deze scopie in de pulmonale DBC wordt geregistreerd. De reden hiervoor is dat het daarin voor een verzwarende van het zorgproduct leidt. Als de bronchoscopie in de DBC van de metabole boom wordt geregistreerd zal deze niet leiden tot een verzwarende. Daarnaast worden in de uiteindelijke kostprijsberekening de kosten voor de bronchoscopie niet aan het pulmonale, maar aan het metabole, zorgproduct toegekend.

Bovenstaande uitleg geeft aan dat het voor de juistheid van de registraties en declaraties van de kindergeneeskunde essentieel is dat alles zo nauwkeurig en volledig mogelijk wordt geregistreerd.

3.3 Inrichting van EPD

Per EPD is het zeer verschillend hoe zorgactiviteiten kunnen worden geregistreerd. Er zijn zoeklijsten waarin alle beschikbare verrichtingen staan. Daarnaast bestaan er ook vaak favorietenlijsten die per specialisme, per subspecialisme, of per individuele gebruiker kunnen worden ingesteld. Maak hierover in het eigen ziekenhuis afspraken met de zorgadministratie en de ICT-afdeling.

⁴ [Nadere Regel Medisch Specialistische Zorg, NZa](#)

3.4 Open DIS Data

De landelijk geregisterde verrichtingen zijn publiekelijk toegankelijk. Op de website van de NZa² is per zorgproduct te zien hoe vaak deze in Nederland is geregistreerd en welke zorgactiviteiten per product zijn geregistreerd.

Polikliniek

Op de polikliniek zijn een aantal specifieke situaties die belangrijk zijn voor de registratie, zoals registratie van belconsulten of registratiemogelijkheden van niet live contacten. In dit hoofdstuk worden deze kort beschreven.

4.1 Registratie belconsulten

Vanaf 1-1-2018 kunnen belconsulten die dezelfde 'zwaarte' hebben als een herhaalconsult worden gedeclareerd. Hiervoor moeten het consult en de verslaglegging voldoen aan een aantal eisen.

Definitie 'belconsult ter vervanging van een herhaalconsult': belafpraak met gewicht van een policonrole, dit is dus declarabel. De ZA-code hiervoor is 190162.

Definitie 'gewone telefonische afspraak': alle andere telefonische contacten met een patiënt of ouders van een patiënt. Hier is geen ZA-code registreerbaar.

In ieder EPD zijn deze codes anders ingericht. Zo heten deze codes soms TC en TCH, of TC en TEL. Informeer bij de eigen zorgadministratie welke codes er lokaal worden gebruikt. In deze handreiking wordt met een TC een telefonisch consult ter vervanging van een herhaalconsult bedoeld en met een TEL een 'gewone telefonische afspraak'.

Eisen voor een Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)

Een consult waarbij een patiënt in herhaling (niet voor de eerste keer) voor een bestaande zorgvraag een kinderarts, arts-assistent, verpleegkundig specialist of physician assistant consulteert middels een belverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaal-polikliniekbezoek. Van het consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

Voor de materiële controle vanuit de zorgverzekeraar is het essentieel dat er een beloop van de klachten is beschreven en dat er een conclusie en beleid is opgesteld.

4.2 Overige registratiemogelijkheden van niet live contacten

Via het patiënten portaal kan ook een videoconsult of een mailconsult worden gedaan. Hiervoor zijn ook registratie mogelijkheden, waarbij ook hier geldt dat deze aan dezelfde voorwaarden moeten voldoen als een TC.

190161 screen to screen consult

Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

190163 Een schriftelijk consultatie

Een schriftelijk consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face herhaal-polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face herhaal-polikliniekbezoek. Dat betekent dat een consultatie uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen kan bestaan, maar dat deze per polikliniekbezoek dat het vervangt éénmaal mag worden vastgelegd. Van de consultatie vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt. NB alleen te registreren indien de consultatie beveiligd is gedaan, dus via patiënten portaal, niet via mail of whatsapp.

Per 01-03-2020 zijn er door de coronapandemie ruimere regels gekomen om deze eHealth-contacten te registreren. Zo is het niet meer noodzakelijk dat er een fysiek contact is binnen een behandeling, maar kan de gehele behandeling op afstand plaatsvinden. Deze wijzigingen staan op de website van de FMS/NZa^{5 6}

⁵ [Tijdelijke en structurele wijzigingen n.a.v. Covid-19](#)

⁶ [FAQ NZa en coulanceregeling](#)

Voorbeelden

Casus 1 (SEH DBC registratie)

Jongen van 3 met dyspneu op de SEH, verwezen door de huisarts. De klachten zijn meest passend bij BHR klachten bij een virale BLWI.

Nu zijn er dus verschillende opties om dit juist te registreren. Allereerst moet een medische diagnose worden gekozen. Hierbij kan gekozen worden voor “dyspneu”, “acute bovensteluchtweginfectie” of “bronchiale hyperreactiviteit”. Daarbij kan worden gesteld dat “dyspneu” onjuist is, omdat dit te algemeen is, maar dat beide andere te verdedigen zouden zijn. Hierbij is het dus goed om te kijken wat het meest op de voorgrond staat en die diagnose te kiezen.

Als er wordt gekozen dat de klachten het best te registreren zijn als passend bij BHR, dan kan er na keuze van deze medische diagnose nog uit twee DBC's worden gekozen, namelijk 3109 (allergische aandoeningen luchtwegen) en 3202 (Astma/BHR). Afhankelijk van het meest passend bij het klinisch beeld moet één van beide worden gekozen.

De keuze van de juiste DBC is met name voor registratiedoeleinden belangrijk. Er is reeds ook een ICD-10 geselecteerd door het systeem. Als verwijzer wordt de verwijzend huisarts geselecteerd.

Casus 2 (Neonatologie DBC registratie)

Op de verloskamers wordt een zuigeling geboren na een zwangerschapsduur van 33+2 weken. Deze wordt i.v.m. prematuriteit opgenomen op de neonatologie.

In dit geval moet er gekozen worden voor een andere zorgvraag dan 061 (kind), namelijk voor de zorgvraag 530 (prematuriteit 32 tot 34 weken, zonder sectio). Vervolgens kiest u bij medische diagnose de juiste diagnose ‘prematuriteit 32 tot 34 weken’. ICD en DBC worden automatisch gekozen. Omdat er maar één DBC optie is, namelijk de 9902 basiszorg pasgeborenen, hoeven hier geen verdere keuzes te worden gemaakt. Als verwijzer kiest u de dienstdoende gynaecoloog.

Casus 3 (consult DBC registratie + verrichting)

De chirurg heeft een jongen van 6 opgenomen met een appendicitis. Op OK blijkt deze geperforeerd te zijn waarvoor intraveneus antibiotica wordt gestart. De kinderarts komt in consult voor pijn, antibiotica, en vochtbeleid.

De chirurg maakt een consultvraag aan voor de kinderarts.

Er is een speciale DBC die mag worden aangemaakt. Net zoals bij alle andere patiënten kiest u niet de DBC-diagnose, maar registreert u de medische diagnose. In dit geval ‘klinische medebehandeling’ (ongeacht het probleem van de patiënt) er wordt vanzelf de juiste DBC-diagnose gekozen, namelijk 8912 ‘Medebehandeling: voeding/vochtbeleid/antibiotica/pijnbestrijding’. Als verwijzer wordt er gekozen voor het zorgproduct van de verwijzende chirurg.

Vervolgens moet iedere dag dat er consultering is vanuit de kindergeneeskunde hiervan verslaglegging worden gedaan (gewoon de decursus van de visite, zonder verslaglegging geen recht op registratie) en er moet een verrichting ‘klinische medebehandeling’ worden geregistreerd. Als dit niet dagelijks wordt gedaan is er immers sprake van een te leeg mandje, omdat de ligdagen van deze patiënt binnen het zorgproduct van de operateur vallen. Dit moet dagelijks, omdat er verschillende zorgproducten zijn die binnen deze DBC kunnen afleiden, en de vulling van het mandje/zorgtraject dus uitmaakt voor het uit uiteindelijk te declareren zorgproduct.

Casus 4 Opname Kraamafdeling DBC ⁷

Een zuigeling van 38+5 weken wordt geboren middels een primair sectio. De kinderarts is bij de opvang. Het kind heeft een goede start en wordt 24u post partum nog een keer nagekeken door de kinderarts, daarna wordt de zorg overgedragen aan de kraamafdeling.

In dit geval is er sprake van een neonaat, die in het ziekenhuis is geboren dus van een zorgvraag 5xx. Bij medische diagnose wordt de reden van opname gekozen, in dit geval ‘risico voor neonaat na sectio caesarea’. De juiste DBC 9902 ‘basiszorg pasgeborene/kind’ wordt automatisch gekozen. De zorgvraag is in dit geval 580 ‘A terme >37w met sectio’. Registratie van de juiste zorgvraag is essentieel voor de keuze van het juiste zorgproduct. Ook moet de verrichting 039508 ‘Opvang van het kind door kinderarts bij sectio caesarea’ worden geregistreerd om af te leiden naar het juiste zorgproduct. Helaas gaat dit niet vanzelf bij de keuze van de juiste zorgvraag. Deze registratie kan worden gedaan door de arts zelf, maar er kan ook worden afgesproken dat de verpleegkundige of een secretaresse dit doet.

⁷ Bekijk voor meer informatie de handreiking [‘Registratie van zuigelingen op de kraamafdeling’](#)

Casus 5 consult kraamafdeling DBC + verrichting⁷

Een a terme zuigeling wordt geboren op de kraamafdeling. De kinderarts wordt in consult gevraagd vanwege een milde dysmorphie, bijv. een hypospadie of bijoortje. Omdat het registreren van een dysmorphie kan met zorgvraag 061 (kindergeneeskunde), heeft dit de voorkeur. Er kan bij medische diagnose gekozen voor dysmorphie waarbij er de juiste DBC wordt gekozen. Als er geen geschikte diagnose beschikbaar is, kan er worden gekozen voor de DBC 9902 'basiszorg pasgeborene', let dan op dat de zorgvraag ook wordt aangepast naar een neonatologie zorgvraag met code 5xx. Omdat de patiënt dezelfde dag weer naar huis kan is er geen sprake van een ligdag, en dus ook niet van een klinische zorgproduct. Om toch het consult van de kinderarts als een ambulant zorgproduct te kunnen declareren is het noodzakelijk om een poliklinisch consult op de afdeling te registreren. Er zijn verschillende manieren om dit te registreren, waarvoor juiste afstemming met de lokale zorgadministratie essentieel is.

Casus 6 poliklinische follow-up patiënt met ernstig hemangioom

De patiënt wordt poliklinisch vervolgd door een academisch expertiseteam van kinderarts, kinderchirurg, kinderdermatoloog en plastisch chirurg. De kinderarts registreert het probleem 'hemangioom'. Deze zal vervolgens afleiden tot de DBC 7406 (Vasculaire afwijkingen). Indien er een MDO wordt gedaan over de patiënt kan de verrichting MDO worden geregistreerd, indien er geen MDO is, maar wel nauwe afstemming tussen de verschillende specialisten kan de verrichting 190003 (Aansturen door kinderarts van multidisciplinair team met medisch specialisten van 3 verschillende AGB-specialismen) worden geregistreerd. Deze zal leiden tot een verzwaring van het zorgproduct. Indien de patiënt door meerdere specialisten tegelijk wordt gezien op een multidisciplinaire poli, dan kan de verrichting 190010 (Multidisciplinair consult) worden geregistreerd.

Links

NVK

- [NVK Handreikingen omtrent registratie en declaratie](#)
- [NVK Veel gestelde registratie- en declaratievragen](#) (u dient ingelogd te zijn)

NZa

- [Beleidsregel prestaties en tarieven medisch specialistische zorg BR/REG 20114a](#)
- [DBC release pakket ziekenhuiszorg](#)
- [Nadere Regel medisch specialistische zorg – NR/REG-2001a](#)
- [NZa documentenplatform](#)
- [NZa Zorgproductenviewer](#)
- [Open data van de NZa](#)

Overig

- [Verrichtingenthesaurus](#)
- [Diagnosethesaurus](#)
- [FMS registratiewijzer](#)