

Zorgverzekeraars Nederland



DBC Inkoopgids

**zorgverzekeraars aan zet
met inhoud, kwaliteit en prijs**

**Kenniscentrum DBC's
Januari 2004**

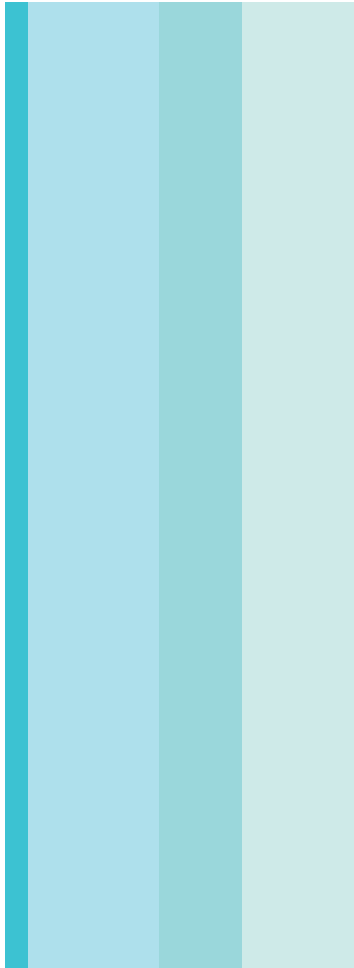
Zorgverzekeraars Nederland



DBC Inkoopgids

**zorgverzekeraars aan zet
met inhoud, kwaliteit en prijs**

Dit is een uitgave van Zorgverzekeraars Nederland
Postbus 520, 3700 AM Zeist, Januari 2004
Kenniscentrum DBC's, T (030) 69 88 286
F (030) 69 88 245, E kenniscentrumdbc@zn.nl



Inhoudsopgave

- Voorwoord** 3

- Inleiding** 5
 - Achtergrond 5
 - Doelstelling 5
 - Werkgroep 6

- Werkwijze** 7
 - Algemene kwaliteitseisen 7
 - Uitgangspunten bij het bepalen van zorginhoud 7
 - Praktische uitwerking van de zorginhoud 8
 - Praktische uitwerking van de ziekenhuisprijzen 9
 - Uitgangspunten bij het bepalen van de tijdschatting 10
 - Praktische uitwerking van de tijdschatting 11

- Discussie/relativering** 13

- Leeswijzer** 14

- Algemene kwaliteitseisen aan te leveren zorg** 16

- Beknopt overzicht zorgprofielen** 18



01.	Liesbreuk	19
02.	Galblaasoperatie	24
03.	Spataderbehandeling	29
04.	Buikaneurysma	34
05.	Arteriële chirurgie shunt stent been el.	43
06.	Borstkankerbehandeling chirurgisch	51
07.	Prostaatingreep	56
08.	Sterilisatie man	61
09.	Sterilisatie vrouw	64
10.	Totale heupoperatie	67
11.	Totale knieoperatie	75
12.	Knie ingreep meniscus kruisband	79
13a.	HNP orthopedie	86
13b.	HNP Neurochirurgie	91
13c.	HNP Neurologie perioperatief	94
14.	Borstverkleining	99
15.	Cataract	102
16.	Niet beschikbaar (dialyse)	FM
17.	Cervixafwijkingen	105
	Bijlage I: Prestatie indicatoren ziekenhuizen	109
	Bijlage II: Uitgangspunten tijdbestedingsonderzoek	112



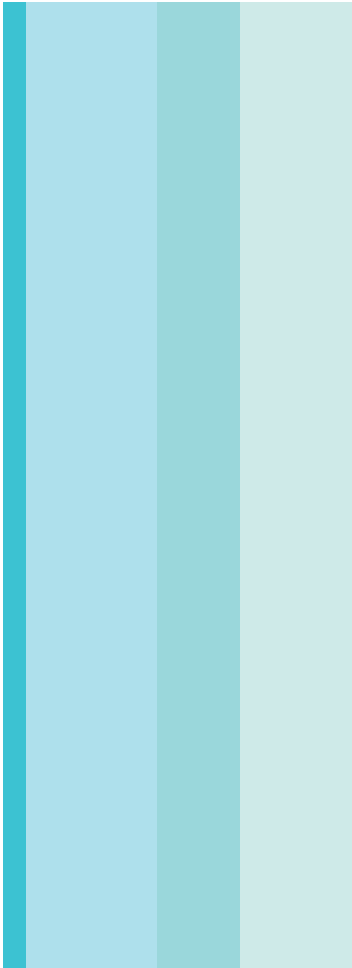
Voorwoord

De zorgverzekeraar als inkoper van zorg

Het DBC-systeem typeert de medisch specialistische zorg volgens een methodiek waarbij de zorgvraag wordt gekoppeld aan de geleverde zorgprestaties. Een DBC brengt de activiteiten van ziekenhuizen en medisch specialisten in kaart die voortvloeien uit de zorgvraag van de patiënt. Om het DBC-systeem te ontwikkelen is het dus van belang dat de ziekenhuizen en de medisch specialisten alle huidige behandelingen via DBC's in kaart brengen en beschrijven. Hieraan kunnen vervolgens reële prijzen worden toegekend. Zodoende wordt helder welke behandelingen gecontracteerd kunnen worden en wat de kosten ervan zijn.

De zorgverzekeraars hebben in het eerste deel van het traject een beperkte rol gehad omdat het de taak van het zorgaanbod was om hun eigen professioneel handelen in beeld te brengen en te beschrijven. Verrassend was het dan ook om te merken dat het blijkbaar moeizamer is om de behandelingen en de bijbehorende kosten in beeld te krijgen dan vooraf was gedacht. Wat is de medische inhoud van een behandeling? Wat zijn de ziekenhuiskosten hiervan? Hoeveel tijd besteedt een medisch specialist aan een behandeling? Welk tarief hoort daarbij? Het resultaat dat tot nu toe is opgeleverd geeft onvoldoende antwoord op de gestelde vragen, is niet transparant en biedt zorgverzekeraars onvoldoende informatie om met ziekenhuizen verantwoord het gesprek aan te gaan over de behandelingen die de verzekerden c.q. patiënten te wachten staan.

Tot nu toe is geen aandacht besteed aan voor de zorgverzekeraars belangrijke zaken zoals: Wat kun je als inkoper van zorg voor je verzekerden vragen. Wat is, uitgaande van de meest recente vorm van medische zorg, de 'best practice' voor een behandeling? Hoe kun je controleren of patiënt de afgesproken zorg heeft gekregen? Wat zijn kwaliteitsindicatoren per behandeling? Krijgt de burger waar voor zijn geld? Uitgangspunt is dat zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de inkoop van doelmatige zorg van goede kwaliteit op basis van de zorgvraag van de verzekerden. Met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) is contact gelegd om dit traject gezamenlijk in te gaan.



Daarom willen zorgverzekeraars graag afspraken maken en ingaan op de vraag van de minister om met ziekenhuizen en medisch specialisten over een aantal DBC's te onderhandelen. Om het gebrek aan goede informatie te compenseren en dit gesprek te kunnen voeren heeft Zorgverzekeraars Nederland opdracht gegeven een Kenniscentrum DBC op te richten om alle beschikbare informatie te bundelen.

Dit rapport stellen wij ter beschikking aan al onze leden. Wij gaan verder met de ontwikkeling van zorgprofielen voor andere DBC's, waaronder transmurale DBC's en de DBC's uit segment B, waarover per 1 juli 2004 verplicht wordt onderhandeld.

De voorloper van deze inkoopgids heeft al veel positieve reacties opgeleverd. Met genoegen presenteren wij u deze geheel herziene versie van de inkoopgids. Ik dank alle betrokkenen voor hun inzet, in het bijzonder de groep adviserend geneeskundigen die in grote mate heeft bijgedragen aan het resultaat.

Veel succes met de zorginkoop!

Zorgverzekeraars Nederland
drs. M.A.J.M. Bos
directeur Zorg



Inleiding

Achtergrond

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van doelmatige zorg van goede kwaliteit. Dat zijn zij aan hun verzekerden verplicht. De overheid geeft, meer dan in voorgaande jaren, verzekeraars de gelegenheid deze verantwoordelijkheid om te zetten in afspraken met zorgaanbieders.

De Diagnose Behandeling Combinatie (DBC), die per 2004 gefaseerd wordt ingevoerd, is het instrument om deze afspraken te maken in de tweede lijn. Het DBC-systeem moet duidelijk maken welke zorg wordt geleverd, en welke inspanning daarbij hoort van ziekenhuis en specialist. Wanneer het product goed omschreven is, is het eenvoudiger om sluitende afspraken te maken.

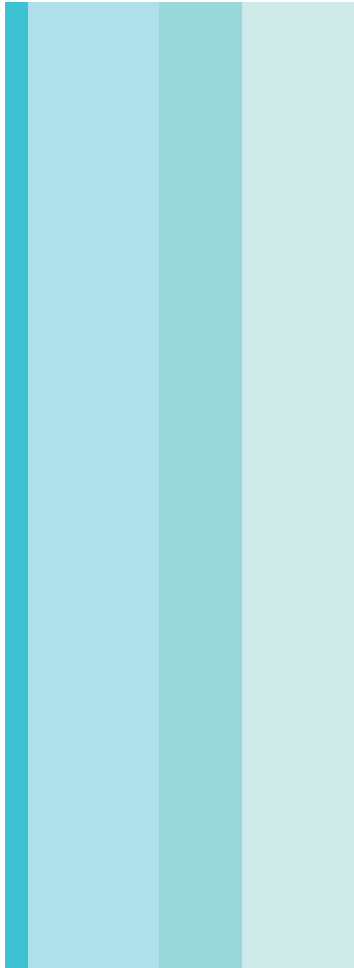
Tijdens de ontwikkeling van het DBC-systeem bleek dat de landelijke centrale registratie niet de gewenste helderheid kon bieden: de registratie is op onderdelen onjuist, onvolledig en onbetrouwbaar.

Bij zorgverzekeraars bestaat behoefte aan eenduidige informatie over de medische inhoud en kwaliteitsaspecten van veel voorkomende DBC's.

Het Kenniscentrum DBC voorziet in deze behoefte. In eerste instantie voor de 17 onderhandelbare DBC's zoals ze in 2002 door minister Bomhoff van VWS zijn aangewezen, en in de toekomst voor de verplicht onderhandelbare DBC's, die per 1 juli 2004 ingaan.

Doelstelling

De doelstelling van het Kenniscentrum DBC is een actuele beschrijving te maken van de gewenste inhoud en kwaliteit van zorg voor de onderhandelbare DBC's, met daaraan gekoppeld de geschatte tijdbesteding van de medisch specialist per DBC. Ook wil het Kenniscentrum DBC een aantal algemene kwaliteitseisen formuleren, die aan tweedelijns zorginstellingen kunnen worden gesteld.



Werkgroep

Binnen het Kenniscentrum DBC wordt alle informatie getoetst door een werkgroep. De groep is samengesteld uit adviserend geneeskundigen van verschillende zorgverzekeraars en enkele toehoorders. De groep wordt aangestuurd door de manager Kenniscentrum DBC, E.J.M.van Erp, gynaecoloog. Coördinator is Cyrille de Jong, beleidsmedewerker (ZN).

Binnen de groep adviserend geneeskundigen is specifieke expertise aanwezig op het gebied van bedrijfskunde, cardio-thoracale chirurgie, economie, fysiotherapie, gastro-enterologie, gynaecologie en verloskunde, heelkunde, huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde, kindergeneeskunde, sociale geneeskunde en vaatchirurgie.

Deze werkgroep bestaat uit:

- H. Bruins Slot, adviserend geneeskundige Delta Lloyd
- M. van Eijndhoven, adviserend geneeskundige, toehoorder vanuit CVZ
- I.J.M. Harms, adviserend geneeskundige Menzis Zorg
- M.H. Hemrika, adviserend geneeskundige Agis
- N. Huiskes, MBA, adviserend geneeskundige CZ actief in gezondheid
- B. Jambroes, adviserend geneeskundige VGZ/IZA
- J.W.A. van Loenhout, internist-oncoloog, toehoorder vanuit CvZ
- B. Miseré, arts, toehoorder vanuit de DBC projectorganisatie
- G.W. Salemink, adviserend geneeskundige Achmea
- J. W. Schouten, arts ZN
- J.G. de Vries, arts zorginkoop, VGZ/IZA



Werkwijze

Algemene kwaliteitseisen

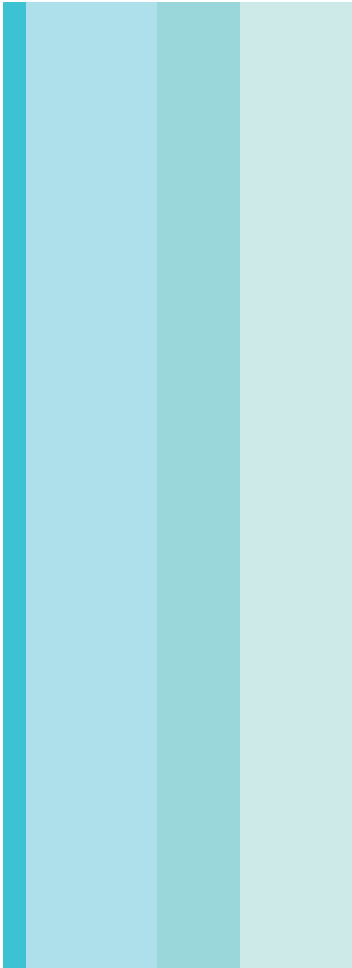
Het Kenniscentrum DBC verzamelt informatie over algemene kwaliteitseisen die gesteld mogen worden aan tweedelijns instellingen. Het gaat over zaken die instellingsbreed van toepassing zijn. Wij baseren de normen op landelijke richtlijnen en adviezen, zoals vermeld in de voetnoten. Wij adviseren zorginkopers deze algemene eisen aan de orde te stellen bij ieder DBC inkoopgesprek. De algemene eisen zijn ook vermeld op de binnenzijde van de kaft.

Uitgangspunten bij het bepalen van zorginhoud

Het Kenniscentrum DBC heeft zich bij het uitwerken van de zorgprofielen beperkt tot DBC profielen met een electief karakter. Om die reden is bijvoorbeeld de DBC betreffende heup*fractuur* niet uitgewerkt, en de totale heup*vervanging* wel.

De werkgroep formuleerde op een van haar eerste bijeenkomsten de eisen waaraan in een ideale situatie de ZN zorgprofielen moeten voldoen:

- Beschrijving van het zorgprofiel afgeleid van de landelijke gegevens die door de DBC2003 projectorganisatie zijn verzameld in de Centrale Gegevens Analyse Omgeving (CGAO)
- De inhoud moet meetbaar zijn en, zo mogelijk, toetsbaar
- De inhoud moet haalbaar zijn
- De inhoud moet in kostprijs uit te drukken zijn
- Het zorgprofiel stelt limieten aan toegangs- en doorlooptijden
- Het zorgprofiel beschrijft kwaliteits- en doelmatigheidseisen die zijn afgeleid van algemeen geaccepteerde Nederlandse of buitenlandse richtlijnen en/of literatuur
- Het zorgprofiel stelt, waar van toepassing, 'best practice' voor
- Het zorgprofiel stelt een methode voor om daadwerkelijk geleverde zorg te evalueren
- Het zorgprofiel bevat een objectieveerbare verantwoording van gestelde eisen

- 
- Het zorgprofiel is niet statisch, maar wordt voortdurend bijgesteld en aangepast aan de eisen van deze tijd, zoveel mogelijk op basis van *evidence*
 - Het zorgprofiel bevat een schatting van de tijd die poortspecialist en ondersteuner gemiddeld besteden aan de genoemde verrichtingen.

Praktische uitwerking van de zorginhoud

Als uitgangspunt voor beschrijving van de zorginhoud maakt het Kenniscentrum DBC gebruik van de CGAO-gegevens, zoals bijeengebracht door de projectorganisatie DBC2003 in de vierde analyse ronde.

Uitzondering vormt de DBC Dialyse, waarbij onvoldoende CGAO gegevens beschikbaar zijn. De werkgroep heeft voor alle experiment DBC groepen zorgprofielen gedefinieerd, met uitzondering van de DBC Dialyse.

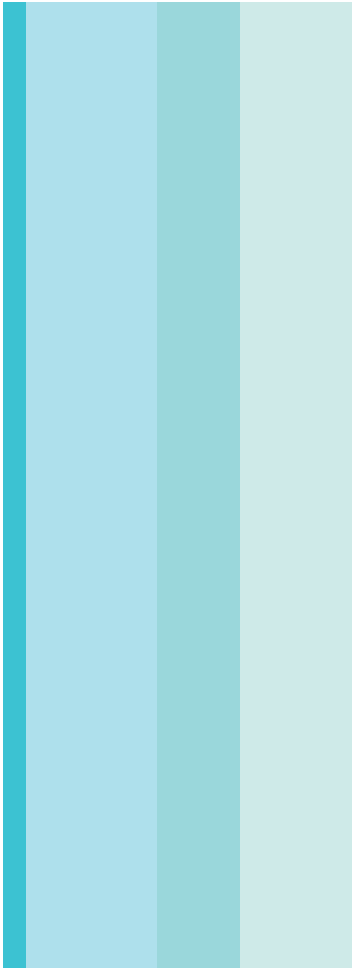
Van iedere DBC worden zoveel mogelijk Nederlandse richtlijnen verzameld. Bronnen zijn: het CBO, de Integrale Kankercentra, patiëntenverenigingen, de richtlijnen en standpunten, voorzover beschikbaar, van enkele wetenschappelijke verenigingen, NHG standaarden, transmurale richtlijnen, rapporten van de Gezondheidsraad en lokale transmurale afspraken en protocollen.

Per DBC wordt de Cochrane databank gescreend op relevante reviews en meta analyses. In verband met de tijdsdruk en de beperkte menskracht wordt niet in alle gevallen verder literatuuronderzoek verricht. Ook wordt in enkele gevallen gebruik gemaakt van databanken van de Britse National Health Service en de Amerikaanse nationale databank die internationale richtlijnen verzamelt: www.guidelines.gov. Soms wordt gebruik gemaakt van epidemiologische data om de inhoud van het zorgprofiel te kunnen onderbouwen.

Recent is de rapportage 'Indicatoren project 2003' van de Inspectie voor de Gezondheidszorg beschikbaar gekomen. De indicatoren die daarin staan beschreven zijn, voorzover van toepassing, in de kernpunten per DBC verwerkt. Een compleet overzicht van de indicatorenset, die per ziekenhuis in 2004 openbaar zal worden, vindt u in bijlage I achterin deze gids.

Ook wordt extra informatie verkregen door gerichte consultatie van medisch specialisten, zoals bijvoorbeeld de vaatchirurg en epidemioloog van de DREAM studie (endovasculaire behandeling van aorta aneurysmata). Voor de onderbouwing van de chirurgische behandeling van borstkanker kan het Kenniscentrum DBC beschikken over data van het Integraal Kankercentrum Amsterdam.

De bijeengebrachte informatie wordt steeds in de werkgroep besproken en verwerkt in het zorgprofiel, de kernpunten en de kwaliteitsparagraaf.



Preoperatieve screening staat als aparte verrichting niet in de CGAO vermeld. Het Kenniscentrum DBC vindt deze handeling zo belangrijk voor de kwaliteit van zorg, dat deze een aparte vermelding in het zorgprofiel verdient. In verreweg de meeste gevallen worden gezonde mensen gescreend. Het lijkt dan ook niet doelmatig om de preoperatieve screening geheel door (schaarse) anesthesiologen te laten plaatsvinden (Zie ook het rapport van de Gezondheidsraad).

Voor laboratoriumonderzoek in bloed wordt om reden van overzichtelijkheid een standaardtarief van 25 euro voor een klein en een tarief van 70 euro voor een uitgebreid onderzoek gehanteerd. Deze prijzen zijn gebaseerd op CGAO kostprijzen van het laboratoriumonderzoek.

Het Kenniscentrum DBC voert in de gevallen waar dat van toepassing is, IC-verpleegdagen op. Het recente besluit binnen de stuurgroep DBC 2003 om aan IC dagen een eigen DBC code toe te kennen, maakt dat de werkgroep de koppeling van IC dagen aan electieve DBC's moet heroverwegen.

Praktische uitwerking van de ziekenhuisprijzen

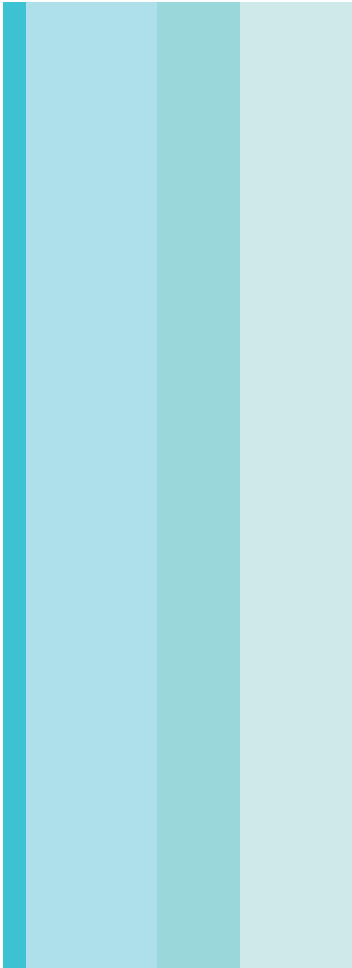
Voor de kosten van de verschillende onderdelen van de zorgprofielen is aangesloten bij de uit de CGAO ronde 4 voortgekomen en aangeleverde *mediane* kostprijs per verrichting/activiteit.

De kwaliteit en betrouwbaarheid van de mediane kostprijzen staat ter discussie. Zorgverzekeraars hebben geen inzicht gekregen in de spreiding van de kostprijzen van de verrichtingen/activiteiten tussen de ziekenhuizen.

Zo zal de mediane kostprijs voor een 1^e polibezoek op de interne poli veel verschillen met de polikliniekkosten op oogheelkunde. Tijdbesteding en intensiteit per patiënt zullen onderling verschillen. Dit geldt ook voor de kosten op de ok-complexen en voor verpleegafdelingen.

De mediane kostprijzen zijn, ondanks de twijfels over de betrouwbaarheid, toch opgenomen in de zorgprofielen omdat :

- deze gegevens al ruim verspreid en bekend zijn
- transparantere, meer toegespitste en specifiekere kostenberekeningen niet beschikbaar zijn



Het Kenniscentrum DBC adviseert daarom de marktpartijen met de nodige zorgvuldigheid om te gaan met de prijzen die in deze inkoopgids worden gepresenteerd.

Zo is de kostprijs van een cataractoperatie sec ondermeer afhankelijk van het soort en dus de kostprijs van de toegepaste kunstlensjes, de toegepaste techniek en de snijtijd die gemiddeld in een bepaald ziekenhuis bestaat. Ook heeft bij een totale heupoperatie het soort en type van de prothese zelf een belangrijk aandeel in de kostprijs. Dit blijven dus volledig onderhandelbare zaken, die de thans gepresenteerde kostprijzen vervangen.

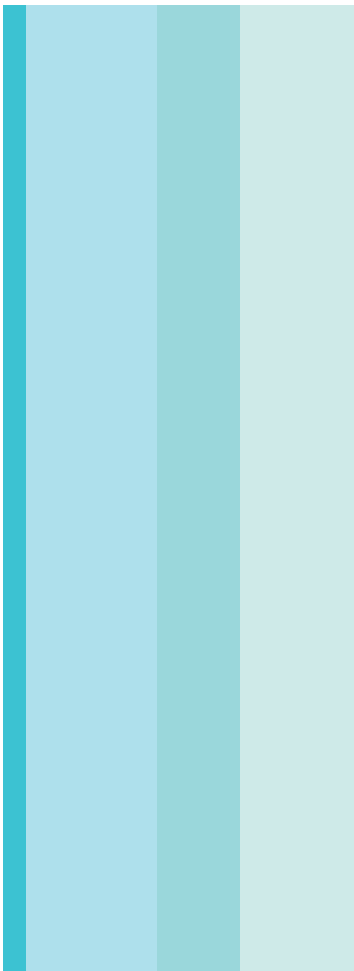
In enkele gevallen heeft het Kenniscentrum DBC een eigen prijs geïntroduceerd. Dit geldt onder meer voor laboratorium onderzoeken, IC-verpleegdagen, preoperatieve screening.

Uitgangspunten bij het bepalen van de tijdschatting

Op herhaald verzoek van haar achterban heeft het Kenniscentrum DBC vanaf mei 2003 een schatting gemaakt van de tijd die een medisch specialist besteedt aan direct en indirect patiëntgebonden activiteiten per zorgprofiel. De werkgroep gaat uit van de tijd die nodig is, uitgaand van een in gemiddeld tempo werkende specialist in een redelijk efficiënte ziekenhuisorganisatie.

Voor de definities van direct en indirect patiëntgebonden activiteiten heeft de werkgroep zich gebaseerd op de afspraken bij het tijdbestedingonderzoek DBC 2003. Bij de niet direct patiëntgebonden activiteiten heeft het Kenniscentrum DBC kwaliteitsverbetering/registratie toegevoegd. Frichtijd hoort naar de mening van het Kenniscentrum DBC niet in het zorgprofiel thuis: de tijd die hiermee verloren gaat is sterk afhankelijk van de doelmatigheid binnen de organisatie. Uiteraard is wel een schatting opgenomen van de tijd die een specialist besteedt aan het voorbereiden van een operatie, en de verslaglegging erna.

De activiteitenlijst die is gebruikt bij het tijdbestedingsonderzoek door de projectorganisatie DBC 2003 vindt u in bijlage II. Activiteiten zoals management, opleiding en research horen niet bij de tijdbesteding per DBC, maar moeten apart worden gefinancierd.



Bij het toekennen van een hoeveelheid specialistentijd per zorgprofiel gaat de werkgroep uit van de afspraken die in de stuurgroep DBC 2003 zijn gemaakt over de reikwijdte van een zorgprofiel: in principe horen bij een zorgprofiel waarin behandeling voorkomt ook de complicaties. Voorgesteld wordt in dit kader de definitie te hanteren van de Nederlandse vereniging voor Heelkunde:

'Een complicatie is een ongewenst bijeffect van een behandeling die leidt tot extra medische behandeling en/of kosten'.

Complicaties binnen 30 dagen na een ingreep zijn standaard onderdeel van het zorgprofiel. Bij het bestuderen van de DBC codelijsten per specialisme met hun instructies valt op dat er geen uniform advies of afspraak bestaat over het openen van een nieuwe DBC in geval van heroperatie wegens complicatie. Het Kenniscentrum DBC is van mening dat op dit gebied uniformiteit dient te bestaan.

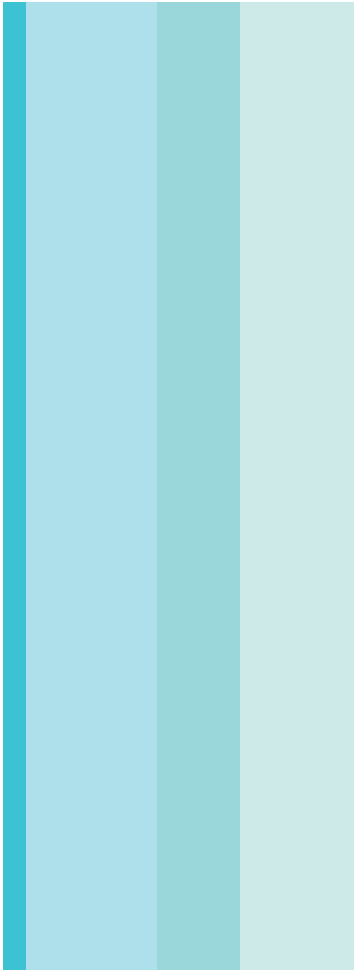
Een bepaalde DBC code geldt ook voor een dubbelzijdige aandoening, tenzij dit bij het specialisme en/of de DBC anders is gedefinieerd, zoals bij het specialisme oogheelkunde.

Wanneer het gebruikelijk en/of *best practice* is om taken te delegeren aan andere medische hulpverleners, wordt die tijdbesteding niet in de schatting van de specialistentijd opgenomen, maar in het ZN zorgprofiel voor het ziekenhuisdeel vermeld en begroot. Het ziekenhuis zal deze functionarissen (bijvoorbeeld een mammacare verpleegkundige, diabetesverpleegkundige, nurse practitioner) moeten financieren en aanstellen.

Praktische uitwerking van de tijdschatting

Bij het in kaart brengen van de geschatte tijdbesteding van de medisch specialist is gekozen voor een zo transparant mogelijk systeem, waarbij de inhoud van het ZN zorgprofiel maatgevend is voor het schatten van de tijdbesteding. Wanneer bijvoorbeeld in het zorgprofiel 3 controlebezoeken zijn opgenomen, wordt voor de specialistentijd 3 maal 10 minuten gerekend.

Spreiding binnen het zorgprofiel en complicatiebehandeling zijn verwerkt in de tijdschatting. Ook wordt, afhankelijk van de zorgzwaarte, specialistentijd gereserveerd voor preoperatieve bespreking en administratieve afhandeling.



Naast de tijdbesteding van poortspecialismen wordt ook de tijdbesteding van de ondersteuners zo specifiek mogelijk geschat. Het probleem bij de ondersteunende specialismen is, dat zij een vaste tijd hebben opgegeven per verrichting. Niet altijd komt deze tijdbesteding overeen met de werkelijk bestede tijd. De tijd die een patholoog besteedt aan het preparaat van een borstkankerpatiënt is langer dan de door de beroepsorganisatie geschatte tijd, terwijl de patholoog doorgaans minder tijd besteedt aan routineonderzoek van in principe goedaardig weefsel. De werkgroep heeft er, om redenen van reële kostentoerekening, voor gekozen een differentiatie aan te brengen bij de ondersteunende specialismen.

Bij het bepalen van de tijd die een anesthesioloog besteedt aan preoperatieve screening van zijn patiënten is uitgegaan van de aanwezigheid van een preoperatief spreekuur, dat voor een groot deel door paramedici kan worden gerund. Hiervoor is in elk zorgprofiel ook een kostenpost opgenomen buiten het CGAO kostenmodel. Gemiddeld een op de drie patiënten vraagt uitgebreidere aandacht van de anesthesioloog¹, en voor een dergelijk consult wordt 20 minuten gerekend, neerkomend op (naar boven afgerond) 7 minuten per gemiddelde patiënt.

De werkgroep schat in dat een anesthesioloog per operatie 30 minuten inleidings- en uitleidingstijd nodig heeft, en voegt daarbij per ingreep de snijtijd van de operateur gedeeld door de tafelfactor 1,6².

Bij riskante vaatoperaties (zoals aneurysma operaties) en operaties bij kinderen is de tafelfactor 1.

Er bestaat vrijwel geen literatuur over de gemiddelde tijdbesteding van een specialist per diagnose of behandeling. De in de werkgroep aanwezige expertise en ervaring wordt daarom zoveel mogelijk benut, aangevuld met adviezen van experts uit het veld en gegevens uit operatie en polikliniekplanning van ziekenhuizen.³

¹ Preoperatief onderzoek, een herijking van uitgangspunten. Gezondheidsraad 1997/02

² Normen Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie

³ zie www.ziekenhuisketen.nl



Discussie/relativering

Bij het gebruik van de opgeleverde zorgprofielen wil het Kenniscentrum DBC enkele kanttekeningen maken.

- Het Kenniscentrum DBC heeft in een deel van de gevallen geconstateerd dat de beschikbare basisinformatie minimaal of zelfs ontoereikend is. Dat heeft ertoe geleid dat in enkele gevallen schattingen onvermijdelijk waren.
- Het Kenniscentrum DBC houdt er rekening mee, dat de zorgprofielen in de toekomst niet alleen zullen worden bijgesteld onder invloed van nieuwe ontwikkelingen, maar ook door correcties uit de praktijk van zorgverzekeraars en zorgverleners. Het is dan ook nadrukkelijk de bedoeling dat de databank van het Kenniscentrum DBC dynamisch en flexibel is.
- De werkgroep heeft zich uitdrukkelijk bezig gehouden met medische onderbouwing van de zorgprofielen, en heeft de kostprijsberekening zoals die uit de CGAO gegevens blijkt, niet onderzocht of getoetst.
- De wijze waarop terugkoppeling tot stand komt van die gegevens van de zorgverlener, waaruit de geleverde kwaliteit blijkt, is nog niet consequent of volledig beschreven.
- Bij het opleveren van de geschatte tijdbesteding van poortspecialist en ondersteuners moet geconstateerd worden, dat er weinig harde gegevens te vinden zijn, die de schatting onderbouwen. Wij hebben gekozen voor een transparant systeem van tijdberekening, dat eenvoudig kan worden bijgesteld wanneer de praktijk dat vraagt.

Ondanks de kanttekeningen menen de deskundigen van het Kenniscentrum DBC dat dit rapport een zinvolle bijdrage levert aan de DBC inkoop.



Leeswijzer

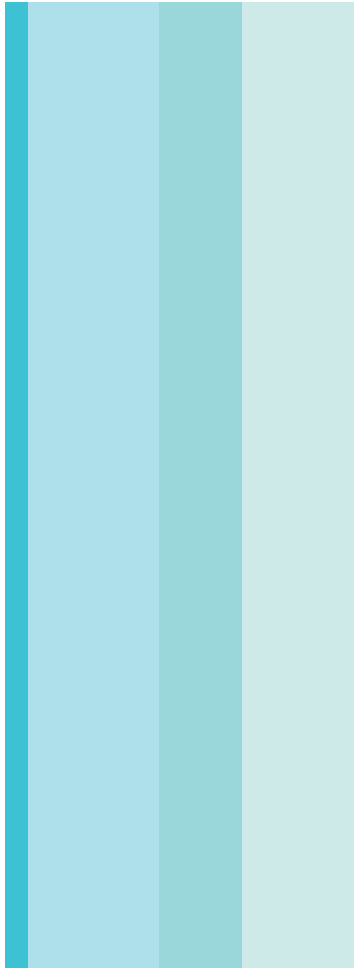
Bij elke DBC groep hoort een **overzicht**, op de eerste pagina. Hierop staat vermeld welke profielen zijn uitgewerkt en welke profielen zijn gesplitst (zoals bij cervixafwijkingen) of samengevoegd (zoals bij de prostaatingreep).

Op de pagina daarop volgend staan de zorgprofielen zoals ze door het Kenniscentrum DBC zijn gedefinieerd. De **zorgprofielen** zijn afgebeeld in tabellen. In deze tabellen staan de verrichtingen (de inhoud) die bij een dergelijke DBC horen genoemd, met in de eerste kolom de mediane kostprijzen per verrichting zoals ze in de vierde CGAO ronde zijn vastgesteld. In de tweede kolom staat vermeld in welk (geschat) percentage van alle gevallen deze verrichting in het zorgprofiel voorkomt, en in de derde kolom staat vermeld hoe veel van deze verrichtingen er dan gedaan worden. De vierde kolom bevat het kostenaandeel van deze verrichting in een gemiddeld profiel. Een verrichting die in 100% van de gevallen tweemaal voorkomt, heeft dus een kostenaandeel in het profiel van tweemaal de kostprijs.

Bij het uitrekenen zijn de bedragen in de tabel afgerond op hele euro's terwijl de totalen zijn opgeteld, rekening houdend met twee cijfers achter de komma. Het kan daardoor lijken alsof het totaalbedrag van de ziekenhuiskosten onjuist is opgeteld.

In het hierna volgende deel staat per onderdeel het tijdsbeslag voor de verschillende specialisten berekend, met zoveel mogelijk aansluiting bij de zorgprofielen. Extra posten die naast de ziekenhuisverrichtingen zijn opgenomen zijn bijvoorbeeld preoperatieve bespreking en preoperatieve voorbereiding en verslaglegging. De anesthesiologentijd volgt uit de snijtijd via de volgende formule: 30 (in en uitleiden) + snijtijd/1,6.

De preoperatieve voorbereiding van de anesthesioloog kost gemiddeld zeven minuten per patiënt. Met een preoperatief screeningssprekuur door een (para) medicus zal slechts een op de drie patiënten wat uitgebreider (20 minuten) door de anesthesioloog worden gezien, uitkomend op zeven minuten per patiënt. Gecomplieerde patiënten zoals bij vaatoperaties horen preoperatief door een internist of een cardioloog te worden gescreend (aparte DBC).



Omdat sommige specialistentijden voortkomen uit de gegevens van de zorgprofielen, zijn formules gebruikt waarbij is afgerond op hele minuten.

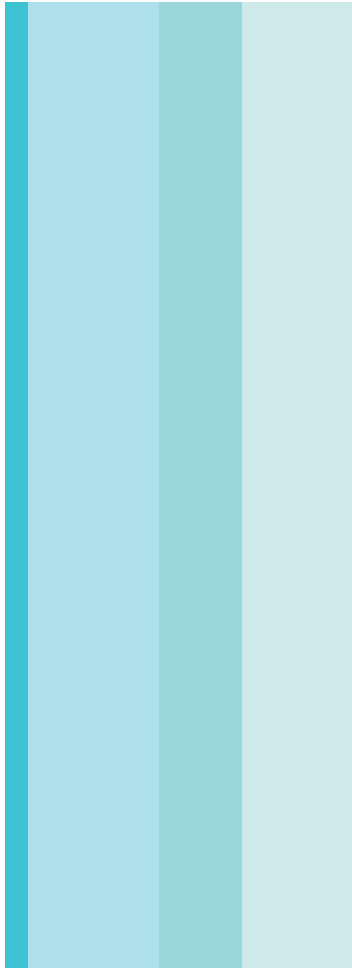
In de optelling van de totalen is wel rekening gehouden met de cijfers achter de komma, zodat de optelling (maximaal 1 minuut) kan verschillen van de afgeronde optelling.

Een overzicht van de **kernpunten** per zorgprofiel met literatuurverwijzingen vindt u op de pagina achter het profiel. Hier vindt u ook aanwijzingen en uitleg over de inhoud van zorg.



Algemene kwaliteitseisen aan te leveren zorg

- De geleverde hulp wordt gegeven door BIG geregistreerde professionals.
- De afdeling en de arts die de hulp leveren worden, ook wanneer het een niet opleidingskliniek of een zelfstandig behandelcentrum betreft, regelmatig gevisiteerd door de betreffende beroepsvereniging.
- Er worden protocollaire afspraken gemaakt tussen eerste en tweede lijn omtrent verwijzing en diagnostisch onderzoek door de huisarts¹.
- De instelling past best practices toe².
- Er dienen afspraken te zijn over maximale preklinische en klinische wachttijden zoals vermeld in de Treeknormen³.
- Voor elke operatieve ingreep is preoperatieve screening op risicofactoren en ASA classificatie noodzakelijk^{4 5}.
- De zorgaanbieder zorgt, conform de WGBO, voor tijdige en voldoende mondelinge en schriftelijke voorlichting over de behandeling, inclusief alternatieven en mogelijke complicaties.
- De instelling beschikt over een functionerend registratiesysteem van operatiecomplicaties waarbij de landelijke heelkundige complicatieregistratie als voorbeeld dient.
- De zorgaanbieder heeft een functionerend kwaliteitssysteem conform de Kwaliteitswet.
- De geleverde zorg wordt verleend volgens algemeen in de beroepsgroep geldende normen⁶. Indien hiervan op essentiële punten wordt afgeweken dient de zorgverzekeraar hiervan tijdig op de hoogte te worden gesteld.
- Elke patiënt heeft de mogelijkheid gebruik te maken van pastorale zorg, passend bij zijn/haar levensovertuiging.
- Alle oncologische patiënten worden besproken in de multidisciplinaire oncologiecommissie.
- Overleden patiënten worden besproken in de necrologiebespreking of de complicatiebespreking die per afdeling bestaat.
- De zorginstelling beschikt over instellingsbreed functionerende protocollen betreffende decubitusprofylaxe⁷, tromboseprofylaxe⁸ en de preventie van postoperatieve infecties⁹.



-
- ¹ Voorbeelden zijn de 'one stop' polikliniek bij prostaatklasten en de geprotocolleerde verwijzing bij rugklasten.
 - ² Voorbeelden zijn een mammapolikliniek, een stroke-unit, en groepsbehandeling bij heup en knieprothesen.
 - ³ Treeknormen: streefnormen en maximale wachttijden voor medisch specialistische zorg:
 - Toegangstijd voor ziekenhuizen/specialist: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken.
 - Wachtijd voor diagnostiek/indicatiestelling: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken.
 - Wachtijd poliklinische behandeling: 80% binnen 4 weken, maximaal 6 weken.
 - Wachtijd klinische behandeling: 80% binnen 5 weken, maximaal 7 weken.(Notitie Treekoverleg TR039, Streefnormstelling wachttijden curatieve sector, Zeist, januari 2000)
 - ⁴ Preoperatieve screening hoeft niet door, maar wel onder supervisie van een anesthesioloog plaats te vinden. (Preoperatief onderzoek, een herijking van uitgangspunten. Gezondheidsraad 1997/02)
 - ⁵ Voor iedere arteriële vaatoperatie wordt een cardiologische of interne analyse verricht. (CBO Consensus Diagnostiek en behandeling van arteriële claudicatio intermittens, CBO maart 1997)
 - ⁶ Zo zal bij het uitvoeren van arteriële vaatoperaties voldoende outillage aanwezig moeten zijn in de vorm van een vaatlaboratorium en een vaatverpleegkundige, en minstens twee erkende vaatchirurgen (Consensus Ned. Ver. Vaatchirurgie)
 - ⁷ Decubitus. Tweede herziening. CBO 2002
 - ⁸ Anti-trombotische profylaxe. CBO 1996
 - ⁹ Postoperatieve wondinfecties I (POWI) doorbraakproject, CBO

7. Beknopt overzicht zorgprofielen

In onderstaande tabel is een beknopt overzicht van de zorgprofielen opgenomen.

DBC code	Omschrijving	Totaal					
		Kosten ziekenhuis Euro	Tijd specialist Minuten	Tijd poort specialist Minuten	Tijd anesthesioloog Minuten	Tijd radioloog Minuten	Tijd patholoog Minuten
3 11 121 201/202/203/302/303	Liesbreuk operatief enkelzijdig	857	149	89	60	0	0
3 11 121 402/403	Liesbreuk operatief dubbelzijdig	1089	207	122	85	0	0
3 11 323 202/203	Galblaasoperatie operatief	2582	321	203	95	7	15
3 11 323 302/303	Galblaasoperatie operatief-endotechniek	1640	286	168	95	8	15
3 11 423 201/202/203	Spataderoperatie enkelzijdig	1103	168	111	57	0	0
3 11 423 401/402/403	Spataderoperatie dubbelzijdig	1837	249	169	80	0	0
3 11 405 203	Buikaneurysma operatief	7811	1029	572	383	71	3
3 11 405 303	Buikaneurysma operatief-endotechniek	14181	955	352	237	366	0
3 11 418 203	Arteriële chirurgie PAOD 2 claudicatio	4372	565	339	166	60	0
3 11 419 203	Arteriële chirurgie PAOD 3 rustpijn	4536	621	376	168	76	0
3 11 318 203	Borstkankerbehandeling chirurgisch	2632	496	312	113	37	35
6 11 (01-98) 41 322/323	Prostaatingreep (TURP) benigne oorzaak	2158	299	185	68	27	20
6 11 13 66 311/312	Sterilisatie man	179	50	49	1	0	0
7 11 G18 502	Sterilisatie vrouw	642	145	84	61	0	0
5 11 1701 223	Totale heupoperatie	6554	332	218	96	18	0
5 11 1703 223/213	Totale heupoperatie revisie	6770	460	305	131	24	0
5 11 1801 223	Totale knieoperatie	7809	371	243	112	17	0
5 11 1805 212	Knie-ingreep meniscusoperatie	843	150	85	56	10	0
5 11 1820 212/213	Knie-ingreep voorste kruisbandplastiek (VKB)	2017	288	177	93	17	0
5 11 1840 213	Knie-ingreep meniscusoperatie met VKB	2220	346	195	132	20	0
5 11 1360 212-213A	HNP orthopedie met preoperatieve analyse	2150	288	184	82	22	0
5 11 1360 212-213 B	HNP orthopedie zonder preoperatieve analyse	1920	244	162	82	0	0
8 11 2505/2510/2515 15/16	HNP neurochirurgie zonder preoperatieve analyse, zonder perioperatieve begeleiding	823	179	97	82	0	0
30 11 07 1203 111	HNP neurologie analyse	256	54	32	0	22	0
30 11 1203 131/132/133	HNP neurologie analyse met perioperatieve begeleiding	1227	109	87	0	22	0
4 11 211 0	Borstverkleining	1383	364	230	131	0	3
1 11 554 31-32-33	Cataract operatie	869	91	62	29	0	0
7 11 G19 501	Cervixafwijkingen operatief poliklinisch	545	161	101	0	0	60
7 11 G19 502/503	Cervixafwijkingen operatief klinisch	1197	256	139	58	0	60

Chirurgie

01. Liesbreuk

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
3 11 121 101/102/103	reguliere zorg.hernia inguinalis.conservatief	09-122	09-11-121-1	Dit profiel is niet uitgewerkt
3 11 121 201/202/203	reguliere zorg.hernia inguinalis.operatief	idem	09-11-121-2	Dit profiel is uitgewerkt
3 11 121 302/303	reguliere zorg.hernia inguinalis.operatief-endotechniek	idem	09-11-121-3	Is gelijk aan 3 11 121 201/202/203 geen afzonderlijk profiel voor operatief-endotechniek beschikbaar Dit profiel is niet uitgewerkt
3 11 121 402/403	reguliere zorg.hernia inguinalis.dubbelzijdig operatief	idem	09-11-121-4	Dit profiel is uitgewerkt
3 11 121 502/503	reguliere zorg.hernia inguinalis.dubbelzijdig operatief-endotechniek	idem	09-11-121-5	Is gelijk aan 3 11 121 402/403. geen afzonderlijk profiel voor dubbelzijdig operatief-endotechniek beschikbaar Dit profiel is niet uitgewerkt

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.hernia inguinalis.operatief

3 11 121 201/202/203/302/303

Achtergrond

Mesh (geïmplanteerd matje) geeft betere resultaten dan techniek zonder mesh w.b. opnameduur en herstelperiode.

Laparoscopische techniek is superieur bij tweezijdige liesbreuk (indien operateur ervaren is).

Laparoscopie heeft lange leercurve, en zal om deze reden in veel gevallen niet toegepast worden. Laparoscopisch liesbreukherstel heeft geen duidelijk ander kostenpatroon dan open herstel, daarom is ervoor gekozen geen apart zorgprofiel te definiëren.

Ingreep ook mogelijk onder lokaal anaesthesie.

Kwaliteit

Werken volgens NVvH richtlijn (1)

In Nederland vinden in 14-17% van de hernia inguinalis operaties plaats wegens recidief (bron:Prismant).

In de literatuur vinden we een recidief % van 0-15%, gemiddeld 2-5%.(2-4) Voor dit zorgprofiel gaan we uit van 10%.

Tijd specialist

We gaan ervan uit dat slechts in 3% kleine complicaties voorkomen bij liesbreuk operaties waarvoor geen extra tijd wordt berekend.

Operatietijd liesbreuk: 30 minuten voor primaire liesbreuk en 60 minuten voor recidief in resp. 90 en 10% geeft $((90*30)+(10*60))/100$ gemiddeld over gehele groep 33 minuten, exclusief 15 minuten voorbereiding en verslaglegging operatie.

Radioloog: in 8% thorax van 5 minuten en in 1% echo van 20 min geeft minder dan een halve minuut per operatie.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose ($2 * 15$)= 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6, bij 80% van de patienten. In 20% is er sprake van operatie bij kinderen, dan is de tafelfactor 1. Deze gegevens zijn in de formule voor anaesthesietijd verwerkt.

Informatiebronnen

1. Richtlijn liesbreuk NVvH, 2003 (evidence based).
2. Scott NW et al: Open mesh versus non mesh repair of groin hernia, The Cochrane library, I, 2003.
3. Chung RS Meta analysis of randomized controlled trials of laparoscopic vs conventional hernia repairs Surgical Endoscopy. 1999 13 (7) 689-694.
4. Cheek CM et al: Groin hernia surgery: a systematic review. Annals of the Royal College of surgeons of England, 1998 80 (suppl) S1-S80.
5. Society for Surgery of the Alimentary Tract. Surgical repair of groin hernias. Manchester (MA): 2000.

DBC: reguliere zorg.hernia inguinalis.operatief								
DBC code 3 11 121 201/202/203/302/303	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 857	149			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	89	60	0	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	eerste polikliniekbezoek	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	10		
411000	herhaalbezoeken	€ 26	100,0%	1,2	€ 32	12		
	preoperatieve screening	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7	
dagverpleging								
	verslaglegging/ bespreking					3		
190035	dagverpleging	€ 217	50,0%	1,0	€ 109	5		
kliniek								
	verslaglegging/ bespreking					4		
190204	verpleegdag klasse 3a	€ 230	50,0%	1,5	€ 172	8		
operatieve verrichtingen								
	voorbereiding OK en admin OK					15		
35700	hernia inguinalis	€ 460	90,0%	1,0	€ 414	27	53	
35703	recidief hernia inguinalis	€ 490	10,0%	1,0	€ 49	6		
beeldvormende diagnostiek								
85002	thorax/ inclusief doorlichting	€ 35	8,0%	1,0	€ 3		0	
87070	echografie buikorganen	€ 46	1,0%	1,0	€ 0		0	
kl. chemie en haematologie								
	laboratoriumonderzoek	€ 25	100,0%	1,0	€ 25			

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.hernia inguinalis.dubbelzijdig.operatief

3 11 121 402/403/502/503

Achtergrond

Mesh (geïmplanteerd matje) geeft betere resultaten dan techniek zonder mesh w.b. opnameduur en herstelperiode.

Laparoscopische techniek is superieur bij tweezijdige liesbreuk (indien operateur ervaren is).

Laparoscopie heeft lange leercurve, en zal om deze reden in veel gevallen niet toegepast worden. Laparoscopisch liesbreukherstel heeft geen duidelijk ander kostenpatroon dan open herstel, daarom is ervoor gekozen geen apart zorgprofiel te definiëren.

Ingreep ook mogelijk onder lokaal anaesthesie.

Kwaliteit

Werken volgens NVvH richtlijn (1).

In Nederland vinden in 14-17% van de hernia inguinalis operaties plaats wegens recidief (bron:Prismant).

In de literatuur vinden we een recidief % van 0-15%, gemiddeld 2-5%. (2-4) Voor dit zorgprofiel gaan we uit van 10%.

Tijd specialist

We gaan ervan uit dat slechts in 3% kleine complicaties voorkomen bij liesbreuk operaties waarvoor geen extra tijd wordt berekend.

Operatietijd liesbreuk: Hoewel voor een dubbelzijdige liesbreukoperatie de ziekenhuis(OK) kosten met een factor 1,5 worden vermenigvuldigd, wordt de netto snijtijd voor de chirurg met een factor twee vermenigvuldigd ten opzichte van de enkelzijdige liesbreuk. Dat betekent tweemaal 30 minuten voor primaire liesbreuk dubbelzijdig en tweemaal 60 minuten voor recidief dubbelzijdig in resp. 90 en 10% geeft $((90 \cdot 60) + (10 \cdot 120)) / 100$ gemiddeld over gehele groep 54 minuten, exclusief 15 minuten voorbereiding en verslaglegging operatie.

Radioloog: in 8% thorax van 5 minuten en in 1% echo van 20 min geeft minder dan een halve minuut per operatie.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose ($2 \cdot 15$)= 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6, bij 80% van de patienten. In 20% is er sprake van operatie bij kinderen, dan is de tafelfactor 1. Deze gegevens zijn in de formule voor anaesthesietijd verwerkt.

Informatiebronnen

1. Richtlijn liesbreuk NVvH, 2003 (evidence based).
2. Scott NW et al: Open mesh versus non mesh repair of groin hernia, The Cochrane library, I, 2003.
3. Chung RS Meta analysis of randomized controlled trials of laparoscopic vs conventional hernia repairs Surgical Endoscopy. 1999 13 (7) 689-694.
4. Cheek CM et al: Groin hernia surgery: a systematic review. Annals of the Royal College of surgeons of England, 1998 80 (suppl) S1-S80.
5. Society for Surgery of the Alimentary Tract. Surgical repair of groin hernias. Manchester (MA): Society for Surgery of the Alimentary Tract; 2000.

DBC: reguliere zorg.hernia inguinalis.dubbelzijdig.operatief

DBC code 3 11 121 402/403/502/503	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 1.089	207			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	122	85	0	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011 eerste polikliniekbezoek	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	10			
411000 herhaalbezoeken	€ 26	100,0%	1,2	€ 32	12			
preoperatieve screening	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
dagverpleging								
verslaglegging/ bespreking					3			
190035 dagverpleging	€ 217	50,0%	1,0	€ 109	5			
kliniek								
verslaglegging/ bespreking					4			
190204 verpleegdag klasse 3a	€ 230	50,0%	1,5	€ 172	8			
operatieve verrichtingen								
voorbereiding OK en admin OK					15			
35700 hernia inguinalis	€ 460	90,0%	1,5	€ 621	54	78		
35703 recidief hernia inguinalis	€ 490	10,0%	1,5	€ 74	12			
beeldvormende diagnostiek								
85002 thorax/ inclusief doorlichting	€ 35	8,0%	1,0	€ 3			0	
87070 echografie buikorganen	€ 46	1,0%	1,0	€ 0			0	
kl. chemie en haematologie								
laboratoriumonderzoek	€ 25	100,0%	1,0	€ 25				

Chirurgie

02. Cholecystectomie (electief)

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
3 11 323 101/102/103	reguliere zorg.cholecystitis/cholelithiasis.conservatief	09-324	09-11-323-1	Dit profiel is niet uitgewerkt
3 11 323 202/203	reguliere zorg.cholecystitis/cholelithiasis.operatief	idem	09-11-323-2	Dit profiel is uitgewerkt
3 11 323 302/303	reguliere zorg.cholecystitis/cholelithiasis.operatief-endotechniek	idem	09-11-323-3	Dit profiel is uitgewerkt

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.cholecystitis/cholelithiasis operatief

3 11 323 202-203

Achtergrond

Cholecystectomie is geïndiceerd bij symptomatische galstenen, kort bestaande acute cholecystitis en bij asymptomatische galstenen in zeer specifieke gevallen.

Deze DBC is van toepassing op de primaire en secundaire open procedure. Geschat wordt dat 80% van alle cholecystectomieën per laparoscopie kan. In ongeveer 10% van de gevallen vindt conversie plaats (5), al met al resulterend in 20% open cholecystectomie. Dat wil zeggen dat ongeveer 40% van de open cholecystectomieën is gestart als laparoscopische ingreep.

Bij het afspreken van deze dbc is het raadzaam altijd de verhouding laparoscopische/open ingreep te toetsen aan bovenstaande data.

Kwaliteit

Mortaliteit 0,05%; morbiditeit tgv complicaties 5-10% (Richtlijn galsteenziekte NVvH).

In Cochrane abstracts liggen de mortaliteitscijfers lager.

De verhouding tussen laparoscopie en open cholecystectomie is een prestatie indicator van de IGZ (6)

De verhouding tussen laparoscopische cholecystectomie in dagopname en de laparoscopische cholecystectomie in klinische opname is eveneens een prestatie indicator van de inspectie. Deze percentages zijn ziektespecifieke IGZ indicatoren, die per ziekenhuis openbaar worden in 2004. (6,7,8)

Tijd specialist

Bij de snijtijd is uitgegaan van 90 minuten standaard snijtijd, 1% ernstige complicaties (120 min) en 7% minder ernstige (30 minuten).

Laparoscopie vindt bij ongeveer 40% plaats (conversie) dit is al in gemiddelde snijtijd opgenomen.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per praë-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose (2 * 15) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1,6.

Informatiebronnen

1. Richtlijn galsteenziekte NVvH.
2. Shea J.A. et al: Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a meta analysis. Annals of Surgery, 1996 224 (5). 609-620.
3. Downs S.H. et al: Systematic review of the effectiveness and safety of laparoscopic cholecystectomy. Annals of the Royal College of Surgeons of England 1996 78(3 part II). 241-323.
4. Sahai A.V. et al: Bile duct stones and laparoscopic cholecystectomy: a decision analysis to assess the roles of intraoperative cholangiography, EUS and ERCP. Gastrointestinal Endoscopy, 1999 49 (3 part 1). 334-343.
5. Johnston SM, Kidney S, Sweeney KJ, Zaki A, Tanner WA, Keane FV Changing trends in the management of gallstone disease. Surg Endosc 2003 Feb 1.
6. M.Berg cs: Leren van cijfers. Medisch Contact 2003, 58: 1531-1538.
7. Bassiset indicatoren voor de IGZ- prestatie metingen in ziekenhuizen, ministerie van VWS, 2003.
8. Vahl AC et al: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2003 147(16) 760-3.

DBC reguliere zorg.cholecystitis/cholelithiasis.operatief								
DBC code 3 11 323 202-203	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 2.582	321			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	203	95	7	15
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011 eerste polikliniekbezoek	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000 herhaalbezoeken	€ 28	100,0%	1,5	€ 43	15			
preoperatieve screening	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
190204 verpleegdag klasse 3a	€ 230	100,0%	6,0	€ 1.380	60			
verslaglegging/bespreking					5			
diagnostische activiteiten								
34684 diagn. duodenoscopie met fibersc.	€ 28	1,5%	1,0	€ 0				
operatieve verrichtingen								
voorbereiding en verslaglegging ok					15			
35350 cholecystectomie	€ 635	100,0%	1,0	€ 635	93	88		
35584 diagnostische laparoscopie	€ 635	40,0%	1,0	€ 254				
beeldvormende diagnostiek								
87070 echografie buikorganen	€ 46	22,0%	1,0	€ 10			4	
85002 thorax/ inclusief doorlichting	€ 35	40,0%	1,0	€ 14			2	
87002 buikoverzichtsonderzoek	€ 37	10,0%	1,0	€ 4			1	
87617 galwegen en evt. galblaas tijdens ok	€ 112	1,0%	1,0	€ 1			0	
87042 ct abdomen	€ 114	1,0%	1,0	€ 1			0	
87090 mri abdomen	€ 148	1,0%	1,0	€ 1			0	
kl. chemie en haematologie								
laboratoriumonderzoek	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				
pathologie								
50501 histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	€ 115	100,0%	1,0	€ 115				15

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.cholecystitis/cholelithiasis.operatief-endotechniek

3 11 323 303/302

Achtergrond

Cholecystectomie is geïndiceerd bij symptomatische galstenen, kort bestaande acute cholecystitis en bij asymptomatische galstenen in zeer specifieke gevallen.

Deze DBC is van toepassing op de endoscopische procedure. Geschat wordt dat 80% van alle cholecystectomieën per laparoscopie kan. In ongeveer 10% van de gevallen vindt conversie plaats (5), al met al resulterend in 20% open cholecystectomie (schatting). In 40-50% van de open cholecystectomie zal dus een laparoscopie hebben plaatsgevonden in dezelfde zitting.

Kwaliteit

Mortaliteit 0,05%; morbiditeit tgv complicaties 5-10% (Richtlijn galsteenziekte NVvH).

In Cochrane abstracts liggen de mortaliteitscijfers lager.

De verhouding tussen laparoscopie en open cholecystectomie is een prestatie indicator van de IGZ (6).

De verhouding tussen laparoscopische cholecystectomie in dagopname en de laparoscopische cholecystectomie in klinische opname is eveneens een prestatie indicator van de inspectie. Deze percentages zijn ziektespecifieke IGZ indicatoren, die per ziekenhuis openbaar worden in 2004. (6,7,8)

Tijd specialist

Bij de snijtijd is uitgegaan van 90 minuten standaard snijtijd, 1% ernstige complicaties (120 min) en 7% minder ernstige (30 minuten).

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per pra-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose (2 * 15) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1,6.

Informatiebronnen

1. Richtlijn galsteenziekte NVvH.
2. Shea J.A. et al: Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy: a meta analysis. *Annals of Surgery*, 1996 224 (5). 609-620.
3. Downs S.H. et al: Systematic review of the effectiveness and safety of laparoscopic cholecystectomy. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1996 78(3 part II). 241-323.
4. Sahai A.V. et al: Bile duct stones and laparoscopic cholecystectomy: a decision analysis to assess the roles of intraoperative cholangiography, EUS and ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy*, 1999 49 (3 part 1). 334-343.
5. Johnston SM, Kidney S, Sweeney KJ, Zaki A, Tanner WA, Keane FV Changing trends in the management of gallstone disease. *Surg Endosc* 2003 Feb 1.
6. M.Berg cs: Leren van cijfers. *Medisch Contact* 2003, 58: 1531-1538.
7. Basset indicatoren voor de IGZ- prestatie metingen in ziekenhuizen, ministerie van VWS, 2003.
8. Vahl AC et al: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2003 147(16) 760-3.

DBC reguliere zorg.cholecystitis/cholelithiasis.operatief-endotechniek								
DBC code 3 11 323 303/302	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 1.640	286			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	168	95	8	15
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011 eerste polikliniekbezoek	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000 herhaalbezoeken	€ 26	100,0%	1,5	€ 40	15			
preoperatieve screening	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
190204 verpleegdag klasse 3a	€ 230	100,0%	2,5	€ 575	25			
verslaglegging/bespreking					5			
diagnostische activiteiten								
34684 diagn. duodenoscopie met fibersc.	€ 122	1,5%	1,0	€ 2				
operatieve verrichtingen								
voorbereiding en verslaglegging ok					15			
35355 cholecystectomie per laparoscopus	€ 767	100,0%	1,0	€ 767	93	88		
beeldvormende diagnostiek								
87070 echografie buikorganen	€ 46	20,0%	1,0	€ 9			4	
85002 thorax/ inclusief doorlichting	€ 35	10,0%	1,0	€ 3			2	
87002 buikoverzichtsonderzoek	€ 37	5,0%	1,0	€ 2			1	
87617 galwegen en evt. galblaas tijdens ok	€ 112	1,0%	1,0	€ 1			0	
87042 ct abdomen	€ 114	1,0%	1,0	€ 1			0	
87090 mri abdomen	€ 148	1,0%	1,0	€ 1			0	
kl. chemie en haematologie								
kl. chemie en haematologie	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				
pathologie								
50501 histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	€ 115	100,0%	1,0	€ 115				15

Chirurgie

03. Spataderbehandeling

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
3 11 423 101/102/103	reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.conservatief	09-423	09-11-423-1	Dit profiel is niet uitgewerkt
3 11 423 201/202/203	reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.operatief	idem	09-11-423-2	Dit profiel is uitgewerkt
3 11 423 301/302/303	reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.operatief-endotechniek	idem	09-11-423-3	Is gelijk aan 3 11 423 201/202/203, geen afzonderlijk profiel voor operatief-endotechniek beschikbaar
3 11 423 401/402/403	reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.dubbelzijdig operatief	idem	09-11-423-4	Dit profiel is uitgewerkt
3 11 423 501/502/503	reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.dubbelzijdig operatief-endotechniek	idem	09-11-423-5	Is gelijk aan 3 11 423 401/402/403, geen afzonderlijk profiel voor dubbelzijdig operatief-endotechniek beschikbaar

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.operatief

3 11 423 201/202/203

Achtergrond

Alvorens tot operatieve behandeling over te gaan, eerst analyse van het gehele veneuze systeem met Doppler of Duplex. Wanneer er geen klepinsufficiëntie wordt gevonden is sclerotherapie voldoende.

Kwaliteit

Preoperatieve analyse.

Duplex in 100% noodzakelijk ivm opsporen insuff. v v. perforantes dubbelzijdig.

Tijd specialist

Herhaal consulten: 1 pre-operatief consult voor uitslag duplex en 1 consult post-operatief voor wondcontrole e.d. Het aantal pre-operatieve consulten zou met goede transmurale afstemming gereduceerd kunnen worden.

De operatietijd is samengesteld uit 80% exereses VSM à 30 minuten, 40% subfasciale perforantectomie à 20 minuten en in 13% exereses VSP met excisie multipole varices à 20 minuten.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per praë-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose (2 * 15)= 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Informatiebronnen

1. Richtlijn Varices NVvH (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde).

DBC: reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.operatief								
DBC code 3 11 423 201/2020/203	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 1.103	168			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	111	57	0	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100%	1,0	€ 28	10			
411000	€ 26	100%	2,0	€ 53	20			
	€ 25	100%	1,0	€ 25		7		
dagverpleging								
					4			
190035	€ 217	80%	1,0	€ 174	8			
kliniek								
					3			
190204	€ 230	20%	1,4	€ 64	3			
operatieve verrichtingen								
					15			
33656	€ 488	80%	1,0	€ 390	24	50		
33658	€ 433	40%	1,0	€ 173	8			
33657	€ 565	13%	1,0	€ 73	3			
overige therapeutische activiteiten								
33660	€ 62	20%	1,0	€ 12	4			
beeldvormende diagnostiek								
39739	€ 85	100%	1,0	€ 85	10			
kl. chemie en haematologie								
	€ 25	100%	1,0	€ 25				

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.dubbelzijdig operatief

3 11 423 401/402/403

Achtergrond

Alvorens tot operatieve behandeling over te gaan, eerst goede analyse van het gehele veneuze systeem met Doppler of Duplex. Wanneer er geen klepinsufficiëntie wordt gevonden is sclerotherapie voldoende.

Kwaliteit

Preoperatieve analyse.

Duplex in 100% noodzakelijk ivm opsporen insuff. v v. perforantes dubbelzijdig.

Tijd specialist

Herhaal consulten: 1 pre-operatief consult voor uitslag duplex en 1 consult post-operatief voor wondcontrole e.d. Het aantal pre-operatieve consulten zou met goede transmurale afstemming gereduceerd kunnen worden.

De operatietijd is samengesteld uit tweemaal 80% exereses VSM à 30 minuten, tweemaal 40% subfasciale perforantectomie à 20 minuten en in tweemaal 13% exereses VSP met excisie multipiele varices à 20 minuten.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose (2 * 15)= 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Informatiebronnen

1. Richtlijn Varices NVvH (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde).

DBC: reguliere zorg.varices van onderste extremiteiten.dubbelzijdig operatief								
DBC code 3 11 423 401/402/403	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 1.837	249			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	169	80	0	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000	€ 26	100,0%	2,0	€ 53	20			
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
dagverpleging								
					4			
190035	€ 217	80,0%	1,0	€ 174	12			
kliniek								
					1			
190204	€ 230	20,0%	1,4	€ 64	4			
operatieve verrichtingen								
					15			
33656	€ 488	80,0%	2,0	€ 781	48	73		
33658	€ 433	40,0%	2,0	€ 346	16			
33657	€ 565	13,0%	2,0	€ 147	5			
overige therapeutische activiteiten								
33660	€ 62	20,0%	2,0	€ 25	8			
beeldvormende diagnostiek								
39739	€ 85	100,0%	2,0	€ 169	20			
kl. chemie en haematologie								
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25				

Chirurgie

04. Arteriële chir. buikaneurysma electief

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
3 11 405 203	reguliere zorg.aneurysma aorta illiacaal.operatief klinisch	09-405	09-11-405-2	Dit profiel is uitgewerkt
3 11 405 303	reguliere zorg.aneurysma aorta illiacaal.endotechniek klinisch		09-11-405-3	Dit profiel is toegevoegd

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.aneurysma aorta illiacaal.operatief

3 11 405 203

Achtergrond

Dit zorgprofiel bestrijkt alleen electieve open AAA operaties, zie voor endoprocedure 3 11 405 303.

De endoprocedure is voorlopig alleen geïndiceerd bij absolute contra indicaties tegen open operatie. Bij endoprocedure is vaak een zeer lange follow-up nodig, en er komen vaak endo-leaks voor die heringrepen noodzakelijk maken. Het definitieve indicatiegebied van de endoprocedure zal in de nabije toekomst duidelijk worden.

Uit een Cochrane review uit 2002 (1) blijkt dat > 6 cm in het algemeen geopereerd wordt, < 4 cm niet. Tussen 4 en 6 cm kan ook heel goed jaarlijks met echo worden vervolgd, en pas bij groei operatie. Kosten zijn lager bij afwachtend beleid.

De prijs van een verpleegdag Intensive Care is geschat, omdat het CGAO kostprijsmodel geen onderscheid maakt tussen een gewone verpleegdag en een verpleegdag Intensive Care.

De looptijd van dit zorgprofiel is 3 tot 6 maanden na de ingreep.

Aandachtspunten

Bloed management (cellsaver, epex).

In principe open procedure tenzij contra-indicaties voor open ingreep. Na resultaten DREAM studie mogelijk ander beleid.

Het is te verwachten dat de opname op de intensive care binnenkort in een aparte dbc kan worden afgesproken. Dan vervallen de kosten van de Intensive care.

Kwaliteit

De instelling dient minstens twee geregistreerde vaatchirurgen te hebben en een vaatlab (Sectie Vaatchirurgie NVvH).

Complicatieregistratie en bespreking.

Diameter van het aneurysma tevoren bepalen voor indicatiestelling: Niet ingrijpen < 5,5 cm (1,4).

Standaard cardiologisch/intern consult preoperatief (3).

Het volume AAA operaties, zowel acuut als niet acuut (deze DBC betreft alleen de niet acute) per jaar per instelling en per operateur is een ziektespecifieke procesindicator voor de IGZ (5). Deze gegevens zijn in 2004 per ziekenhuis openbaar.

Tijd specialist

Verslaglegging/bespreking preoperatief: vaatbespreking betekent meerdere (3) chirurgen, 1 radioloog.

Bij de tijdschatting van de chirurg is rekening gehouden met de preoperatieve vaatbespreking, het feit dat de helft van de operatie door twee vaatchirurgen wordt geopereerd, en dat er in 50% van de gevallen sprake is van een operatie van gemiddeld 270 minuten.

Omdat alle patienten preoperatief gezien worden door internist/cardioloog is 7 minuten pre-operatief geschat voor anesthesioloog.

Gezien de zwaarte van AAA ingrepen wordt ervan uitgegaan dat de anesthesioloog op één kamer tegelijk werkt.

Informatiebronnen

1. Ballard D.J., Fowkes F.G.R., Powell J.T.: Surgery for small asymptomatic abdominal aortic aneurysms In: The Cochrane Library Issue 1, 2003.
2. Onderzoekers DREAM studie, mondelinge mededeling.
3. Glance LG selective preoperative cardiac screening improves five-year survival in patients undergoing major vascular surgery: a cost-effectiveness analysis. *Journal of Cardiothoracic & Vascular anaesthesia* 1999.13(3) 265-271.
4. J.D. Blankensteijn: De behandeling van het aneurysma van de aorta abdominalis, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2003 5 april; 147(14).
5. Basisset indicatoren voor de IGZ- prestatie metingen in de ziekenhuizen, Min. VWS 2003.

DBC: reguliere zorg.aneurysma aorta illiacaal.operatief

DBC code 3 11 405 203	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€7.811	1029			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	572	383	71	3
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	20			
411000	€ 26	100,0%	4,0	€ 106	40			
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
190204	€ 230	100,0%	10,0	€ 2.300	100			
	€ 1.000	100,0%	3,0	€ 3.000	30			
					15		5	
diagnostische activiteiten								
34690	€ 108	5,0%	1,0	€ 5	2			
operatieve verrichtingen								
					20			
33556	€ 1.838	100,0%	1,0	€ 1.838	338	376		
33600	€ 624	5,0%	1,0	€ 31	3			
34738	€ 1.079	3,0%	1,0	€ 32	5			
beeldvormende diagnostiek								
87070	€ 46	100,0%	1,0	€ 46			20	
87042	€ 114	100,0%	1,5	€ 171			30	
85002	€ 35	100,0%	1,0	€ 35			5	
39739	€ 85	20,0%	1,0	€ 17				
33694	€ 60	10,0%	1,0	€ 6				
80023	€ 233	10,0%	1,0	€ 23			5	

ctg-code	Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel				
85042	ct thorax/hart/grote vaten	€ 115	10,0%	1,0	€ 11				
88921	abdominale aorta vlgs dsa/MRA	€ 256	10,0%	1,0	€ 26			2	
81673	haematotachogr. onderz. cerebrop. vaten	€ 36	1,0%	1,0	€ 0			5	
	kl. chemie en haematologie								
	laboratoriumonderzoek	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				
	microbiologie en parasitologie								
70501	micr.onderz. (ongekl./gekl.)/ elk (bact.)	€ 5	100,0%	3,0	€ 15				
	pathologie								
50501	histol/cytol onderzoek (muv cervixcytologie)	€ 39	20,0%	1,0	€ 8				3
	(para)medische en ondersteunende functies								
193001	fysiotherapeutische behandeling	€ 24	25,0%	3,0	€ 18				

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.aneurysma aorta illiacaal.endotechniek

3 11 405 303

Achtergrond

Dit zorgprofiel bestrijkt alleen electieve endoscopische AAA operaties, zie voor open procedure 3 11 405 203.

De endoprocedure is voorlopig alleen geïndiceerd bij absolute contra indicaties tegen open operatie. Bij endoprocedure is vaak een zeer lange follow-up nodig, en er komen vaak endo-leaks voor die heringrepen noodzakelijk maken. Het definitieve indicatiegebied van de endoprocedure zal in de nabije toekomst duidelijk worden.

Uit een Cochrane review uit 2002 (1) blijkt dat > 6 cm in het algemeen geopereerd wordt, < 4 cm niet. Tussen 4 en 6 cm kan ook heel goed jaarlijks met echo worden vervolgd, en pas bij groei operatie. Kosten zijn lager bij afwachtend beleid.

De (globale) gegevens omtrent procedure en kosten zijn afkomstig van de DREAM onderzoekers. Niet in dit zorgprofiel opgenomen: de kosten van zeer langdurige follow-up met halfjaarlijkse spiraal CT en consulten.

De looptijd van dit zorgprofiel is tot negen maanden na de ingreep: nacontrole bevat 3 spiraal CT's en nacontrolebezoeken.

Aandachtspunten

Bloed management (cellsaver, eprex).

In principe open procedure tenzij contra-indicaties voor open ingreep. Na resultaten DREAM studie mogelijk ander beleid.

Het is te verwachten dat de opname op de intensive care binnenkort in een aparte dbc kan worden afgesproken. Dan vervallen de kosten van de Intensive care.

LET OP: INDIEN PATIENT IN DREAM STUDIE GEINCLUDEERD IS WORDT DEEL VAN KOSTEN UIT STUDIEBUDGET BETAALD

Kwaliteit

De instelling dient minstens twee geregistreerde vaatchirurgen te hebben en een vaatlab (Sectie Vaatchirurgie NVvH).

Interventieradioloog aanwezig die minstens 30 stents per jaar doet en i.h.a. 50-60 interventies per jaar.

Complicatieregistratie en bespreking.

Diameter van het aneurysma tevoren bepalen voor indicatiestelling: Niet ingrijpen < 5,5 cm (1,4).

Standaard cardiologisch/intern consult preoperatief (3).

Spiraal CT pre en postoperatief en na 3, 6 en 9 maanden (2).

Het volume AAA operaties, zowel acuut als niet acuut (deze DBC betreft alleen de niet acute) per jaar per instelling en per operateur is een ziektespecifieke procesindicator voor de IGZ (5). Deze gegevens zijn in 2004 per ziekenhuis openbaar.

Tijd specialist

Operatie is endoscopisch korter, er is (op dit moment nog) 1 chirurg en 1 interventieradioloog nodig gedurende de gehele ingreep.

Verslaglegging/bespreking preoperatief: vaatbespreking betekent meerdere (3) chirurgen, 1 radioloog.

Omdat alle patiënten preoperatief gezien worden door internist/cardioloog is 7 minuten pre-operatief geschat voor anesthesioloog.

Gezien de zwaarte van AAA ingrepen wordt ervan uitgegaan dat de anesthesioloog op één kamer tegelijk werkt.

Informatiebronnen

1. Ballard D.J., Fowkes F.G.R., Powell J.T.: Surgery for small asymptomatic abdominal aortic aneurysms In: The Cochrane Library Issue 1, 2003.
2. Onderzoekers DREAM studie, mondelinge mededeling.
3. Glance LG. Selective preoperative cardiac screening improves five-year survival in patients undergoing major vascular surgery: a cost-effectiveness analysis. *Journal of Cardiothoracic & Vascular anaesthesia* 1999.13(3) 265-271.
4. J.D. Blankensteijn: De behandeling van het aneurysma van de aorta abdominalis, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2003 5 april; 147(14).
5. Basisset indicatoren voor de IGZ- prestatie metingen in de ziekenhuizen, Min. VWS 2003.

DBC: reguliere zorg.aneurysma aorta illiacaal.endotechniek

DBC code 3 11 405 303	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 14.181	955			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	352	237	366	0
190011 polikliniek- en eerste hulpbezoek								
411000 eerste polikliniekbezoek	€ 28	100%	1,0	€ 28	20			
herhaalbezoeken	€ 26	100%	5,0	€ 132	50			
preoperatieve screening	€ 25	100%	1,0	€ 25		7		
190204 kliniek								
verpleegdag klasse 3a	€ 230	100%	5,0	€ 1.150	50			
verslaglegging/bespreking					15		5	
34690 diagnostische activiteiten								
diagn. sigmoidoscopie met fibersc.	€ 108	5%	1,0	€ 5	2			
80828 operatieve verrichtingen								
preoperatieve voorbereiding en verslaglegging					15		15	
33556 coilen zijtakken	€ 1.058	5%	1,0	€ 53			2	
reconstructie aorta of directe zijtakken	€ 1.838	100%	1,0	€ 1.838	195	225	195	
middels endovasculaire prothese Endoprothese	€ 8.500	100%	1,0	€ 8.500				
Andere materialen voor plaatsing	€ 1.417	100%	1,0	€ 1.417				
34738 colonresectie/ evt. met coecostomie	€ 1.079	3%	1,0	€ 35	6	5		
85042 beeldvormende diagnostiek								
88920 spiraal CT Abdomen, met contrast	€ 115	100%	5,0	€ 575			100	
85002 abdominale aorta	€ 280	100%	1,0	€ 280			45	
39739 thorax/ inclusief doorlichting	€ 35	74%	1,0	€ 26			4	
39737 duplexonderz. arterien of venen	€ 85	20,0%	1,0	€ 17				

ctg-code	Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel				
33694	onderz. art.obstructie extremiteiten doppler met evt. pvr	€ 44	10,0%	1,0	€ 4				
	Klinische chemie en haematologie	€ 60	10,0%	1,0	€ 6				
	laboratoriumonderzoek	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				
70501	microbiologie en parasitologie micr.onderz. (ongekl./gekl.)/ elk (bact.)	€ 5	100%	3,0	€ 15				
193001	(para)medische en ondersteunende functies fysiotherapeutische behandeling	€ 24	23%	1,0	€ 5				

Chirurgie

05. Arteriële chir. shunt/stent been electief

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
3 11 418 203	reguliere zorg.P.A.O.D. 2 claudicatio intermittens.operatief	09-418	09-11-418-2	Dit profiel is uitgewerkt
3 11 418 303	reguliere zorg.P.A.O.D. 2 claudicatio intermittens.operatief-endotechniek	idem	09-11-418-3	Is gelijk aan 3 11 418 203, geen afzonderlijk profiel voor operatief-endotechniek beschikbaar. Dit profiel is niet uitgewerkt
3 11 418 403	reguliere zorg.P.A.O.D. 2 claudicatio intermittens.operatief-dubbelzijdig	idem	09-11-418-4	Is gelijk aan 3 11 418 203, geen afzonderlijk profiel voor operatief-dubbelzijdig beschikbaar. Dit profiel is niet uitgewerkt
3 11 418 503	reguliere zorg.P.A.O.D. 2 claudicatio intermittens.dubbelzijdig operatief-endotechniek	idem	09-11-418-5	Is gelijk aan 3 11 418 203, geen afzonderlijk profiel voor dubbelzijdig operatief-endotechniek beschikbaar.Dit profiel is niet uitgewerkt
3 11 419 203	reguliere zorg.P.A.O.D. 3 rustpijn.operatief	09-419	09-11-419-2	Dit profiel is uitgewerkt
3 11 419 303	reguliere zorg.P.A.O.D. 3 rustpijn.operatief-endotechniek	idem	09-11-419-3	Geen profiel, DBC komt niet voor in praktijk
3 11 419 403	reguliere zorg.P.A.O.D. 3 rustpijn.operatief-dubbelzijdig	idem	09-11-419-4	Geen profiel, DBC komt niet voor in praktijk
3 11 419 503	reguliere zorg.P.A.O.D. 3 rustpijn.dubbelzijdig operatief-endotechniek	idem	09-11-419-5	Geen profiel, DBC komt niet voor in praktijk

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.P.A.O.D. 2 claudicatio intermittens.operatief

3 11 418 203

Achtergrond

Lang niet alle patiënten met claudicatio klachten hoeven geopereerd te worden. Looptraining en lifestyle adviezen zijn in eerste instantie aangewezen. Bij rustpijn is veelal sprake van een bedreigd been en is ingrijpen noodzakelijk (2).

Doppler signaalanalyse is van zeer beperkte waarde (1).

Voor interventie is duplexscanning gouden standaard bij keuze PTA ('dotteren')/invasief.

Arteriografie voor invasieve behandeling, voor PTA niet nodig, DSA (digitale subtractie angiografie) geeft betere informatie.

De keuze voor PTA of vaatchirurgie wordt bepaald door lengte, ernst en localisatie van obstructie.

Looptraining verbetert klinische toestand, deze behandeling hoort preoperatief bij iedere patient te zijn uitgevoerd(1,2).

Chelatietherapie is bewezen onwerkzaam (1).

Beeldvorming vindt in 100% plaats en in 10% moet post-operatief nog eens beeldvorming plaatsvinden wegens complicaties.

Bij claudicatio (PAOD 2) in tegenstelling tot bij rustpijn vinden ook kleinere procedures plaats zoals b.v. bypass tussen AFC en poplitea boven de knie.

Reconstructies femoropopliteaal supragenuaal vinden bij voorkeur plaats met prothesemateriaal.

Reconstructies femoropopliteaal infragenuaal en femorocruraal(tib ant, tib post, peronea) vinden bij voorkeur plaats met een bypass met vena saphena magna (consensus in Sectie Vaatchirurgie, NVvH).

Aandachtspunten

De verhouding invasieve ingreep/PTA heeft belangrijke gevolgen voor de kosten.

Kwaliteit

De instelling dient minstens twee geregistreerde vaatchirurgen te hebben en een vaatlab (Sectie Vaatchirurgie NVvH).

Complicatieregistratie en bespreking.

Standaard cardiologisch/intern consult preoperatief (3,4).

Voor interventie is duplexscanning gouden standaard bij keuze PTA ('dotteren')/invasief.

Gebruik vene bij bypass onder de knie, boven de knie (lies-knie) prothese.

Tijd specialist

Bij de tijdschatting van de chirurg is rekening gehouden met de preoperatieve vaatbespreking: meerdere (3) chirurgen, 1 radioloog.

Omdat alle patiënten preoperatief gezien worden door internist/cardioloog is 7 minuten pre-operatief geschat voor anesthesioloog.

Voor het aanleggen van Femoropopliteale bypass is 150 minuten gerekend in 40% van de operaties en 240 minuten in nog eens 40%.

Daarnaast nog allerlei ingrepen zoals profundaplastieken, desobstructies etc.in 35% à 120 minuten.

In 15% embolectomie à 60 minuten.

Radioloog: In 20% wordt PTA (dotter met of zonder stent) toegepast aanvullend of als enige ingreep, duur 90 minuten.

Voor de standaard beeldvormende onderzoeken van de grote vaten is 30 minuten radiologentijd genomen.

Informatiebronnen

1. Consensus diagnostiek en behandeling van arteriele claudicatio intermittens. CBO 1997.
2. NHG standaard perifeer arterieel vaatlijden 1990.
3. Shaw LJ et al: Cost implications of selective preoperative risk screening in the care of candidates for peripheral-vascular operations. American Journal of managed Care 1997. 3 (12) 1817-1827.
4. Glance LG: selective preoperative cardiac screening improves five-year survival in patients undergoing major vascular surgery: a cost-effectiveness analysis. Journal of Cardiothoracic & Vascular anaesthesia 1999.13(3) 265-271.

DBC: reguliere zorg.P.A.O.D. 2 claudicatio intermittens.operatief

DBC code 3 11 418 203	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€4.372	565			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	339	166	60	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011 eerste polikliniekbezoek	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	20			
411000 herhaalbezoeken	€ 26	100,0%	4,0	€ 106	40			
preoperatieve screening								
kliniek								
verslaglegging/bespreking					15		5	
190204 verpleegdag klasse 3a	€ 230	100,0%	8,0	€ 1.840	40			
verpleegdag intensive care	€ 1.000	3,0%	1,0	€ 30	1			
diagnostische activiteiten								
80021 directe percutane arteriele punctie	€ 141	8,0%	1,0	€ 11	1			
operatieve verrichtingen								
preoperatieve voorbereiding/ verslaglegging								
33675 aanleggen femoro-popliteale bypass	€ 1.549	80,0%	1,0	€ 1.240	156	159		
33670 reconstr. perif. art. transpl/patch/end.	€ 1.278	35,0%	1,0	€ 447	42			
33600 embolectomie perifere bl.vaten	€ 624	15,0%	1,0	€ 94	9			
overige therapeutische activiteiten								
80826 perc. transluminale angioplastiek (pta)	€ 523	20,0%	1,0	€ 105			18	
beeldvormende diagnostiek								
39739 duplexonderz. arterien of venen	€ 85	100,0%	1,0	€ 85				
87070 echografie buikorganen	€ 46	15,0%	1,0	€ 7			3	
88920 abdominale aorta	€ 280	25,0%	1,0	€ 70			8	
80023 select. onderz. via perc.art.cath.	€ 233	25,0%	1,0	€ 58			8	
88921 abdominale aorta vlgs dsa	€ 256	25,0%	1,0	€ 64			8	

ctg-code	Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel				
85002	thorax/ inclusief doorlichting	€ 35	25,0%	1,0	€ 9				1
89021	arterien been/ dir. arteriepunctie/ dsa	€ 240	35,0%	1,0	€ 84				11
	kl. chemie en haematologie								
	laboratoriumonderzoek	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.P.A.O.D. 3 rustpijn.operatief

3 11 419 203

Achtergrond

Lang niet alle patiënten met claudicatio klachten hoeven geopereerd te worden. Looptraining en lifestyle adviezen zijn in eerste instantie aangewezen. Bij rustpijn is veelal sprake van een bedreigd been en is ingrijpen noodzakelijk (2).

Doppler signaalanalyse is van zeer beperkte waarde (1).

Voor interventie is duplexscanning gouden standaard bij keuze PTA ('dotteren')/invasief.

Arteriografie voor invasieve behandeling, voor PTA niet nodig, DSA (digitale subtractie angiografie) geeft betere informatie.

De keuze voor PTA of vaatchirurgie wordt bepaald door lengte, ernst en localisatie van obstructie.

Looptraining verbetert klinische toestand, deze behandeling hoort preoperatief bij iedere patient te zijn uitgevoerd (1,2).

Chelatietherapie is bewezen onwerkzaam (1).

Beeldvorming vindt in 100% plaats en in 10% moet post-operatief nog eens beeldvorming plaatsvinden wegens complicaties.

Bij claudicatie (PAOD 2) in tegenstelling tot bij rustpijn vinden ook kleinere procedures plaats zoals b.v. bypass tussen AFC en poplitea boven de knie.

Reconstructies femoropopliteaal supragenuaal vinden bij voorkeur plaats met prothesemateriaal.

Reconstructies femoropopliteaal infragenuaal en femorocruraal(tib ant, tib post, peronea) vinden bij voorkeur plaats met een bypass met vena saphena magna (consensus Sectie Vaatchirurgie, NvH).

Aandachtspunten

De verhouding invasieve ingreep/PTA heeft belangrijke gevolgen voor de kosten.

Kwaliteit

De instelling dient minstens twee geregistreerde vaatchirurgen te hebben en een vaatlab (Sectie Vaatchirurgie NVvH).

Complicatieregistratie en bespreking.

Standaard cardiologisch/intern consult preoperatief (3,4).

Voor interventie is duplexscanning gouden standaard bij keuze PTA ('dotteren')/invasief.

Gebruik vene bij bypass onder de knie, boven de knie (lies-knie) prothese.

Tijd specialist

Bij de tijdschatting van de chirurg is rekening gehouden met de preoperatieve vaatbespreking: meerdere (3) chirurgen, 1 radioloog.

Omdat alle patiënten preoperatief gezien worden door internist/cardioloog is 7 minuten pre-operatief geschat voor anesthesioloog.

In driekwart van de patiënten is een femoropopliteale/crurale reconstructie mogelijk. In 15% ontbreekt een geschikte vene, zij worden behandeld met prothesemateriaal (150 minuten). In 15% is een veneuze reconstructie van 240 minuten mogelijk. Bij de femorocrurale/pudale reconstructies is 5 uur nodig voor de reconstructie, dit geschiedt bij 40%.

Daarnaast nog allerlei ingrepen zoals profundoplastieken, desobstructies etc., gemiddeld 1,2 reconstructies in 30% à 30 minuten.

Radioloog: In 10% wordt PTA (dotter met of zonder stent) toegepast aanvullend of als enige ingreep, duur 90 minuten.

Voor de standaard beeldvormende onderzoeken van de grote vaten is 30 minuten radiologentijd genomen.

Informatiebronnen

1. Consensus diagnostiek en behandeling van arteriele claudicatio intermittens. CBO 1997.
2. NHG standaard perifeer arterieel vaatlijden 1990.
3. Shaw LJ et al: Cost implications of selective preoperative risk screening in the care of candidates for peripheral-vascular operations. American Journal of managed Care 1997. 3 (12) 1817-1827.
4. Glance LG: selective preoperative cardiac screening improves five-year survival in patients undergoing major vascular surgery: a cost-effectiveness analysis. Journal of Cardiothoracic & Vascular anaesthesia 1999.13(3) 265-271.

DBC: reguliere zorg.P.A.O.D. 3 rustpijn.operatief								
DBC code 3 11 419 203	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€4.536	621			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	376	168	76	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	30			
411000	€ 26	100,0%	4,0	€ 106	40			
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
190204	€ 230	100,0%	8,0	€ 1.840	80			
190206	€ 1.000	3,0%	1,0	€ 30	1			
operatieve verrichtingen								
					15			
33675	€ 1.549	75,0%	1,0	€ 1.162	194	161		
33670	€ 1.278	30,0%	1,2	€ 460	11			
33600	€ 624	20,0%	1,0	€ 125	6			
overige therapeutische activiteiten								
80826	€ 523	10,0%	1,5	€ 78			14	
beeldvormende diagnostiek								
33694	€ 60	100,0%	1,0	€ 60				
85002	€ 35	60,0%	1,0	€ 21			3	
80023	€ 233	33,0%	1,0	€ 77			10	
39739	€ 85	100,0%	1,0	€ 85				
39510	€ 138	33,0%	1,0	€ 45			10	
88921	€ 256	33,0%	1,0	€ 85			10	
89021	€ 240	100,0%	1,0	€ 240			30	
kl. chemie en haematologie								
	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				

Chirurgie

06. Borstkankerbehandeling

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
	09-318	09-11-318-1		-
3 11 318 203	idem	09-11-318-2		Dit profiel is uitgewerkt
	idem	09-11-318-4		-

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.maligne neoplasma mamma.operatief

3 11 318 203

Achtergrond

DCIS (ongeveer 10%) :Mammaspurende therapie veelal zonder okselkliertoilet of schildwachtprocedure.

T1-2 N0-1 M0: Dit is de grootste groep patiënten. In een klein deel kiest men voor een ablatio (dan evt met schildwachtprocedure), of MST met schildwachtprocedure die in 40% positief is en leidt tot heropname(vandaar de extra verpleegdagen) met okselkliertoilet. Soms vindt direct reconstructie plaats.

Soms vindt re-excisie plaats als gevolg van positieve sneevlakken bij de locale excisie.

10-20% van de gevallen krijgt lokaal recidief, waarvoor in een deel weer chirurgie zal plaatsvinden.

Het zorgprofiel kan variëren al naar gelang de samenstelling van de populatie, de organisatie van de zorg en de therapeutische keuzen die worden gemaakt: mammaspurende therapie bijvoorbeeld kan leiden tot meerdere ingrepen bij dezelfde patiënt.

De verdeling van operatieve therapie is gebaseerd op door het IKA verschaft gegevens bij 2500 tumoren in 2001(3).

Het genoemde zorgprofiel beslaat ook alle re-excises op de korte termijn.

Radiotherapie en chemotherapie zijn geen onderdeel van deze DBC.

De mammacare verpleegkundige levert een belangrijke bijdrage aan zorgkwaliteit, voorlichting en structurering en afstemming van het zorgproces.

Aandachtspunten

2 consulten pre-operatief en 2 consulten postoperatief.

Voorlichting/begeleiding/bewegingsinstructie ook via mammaverpleegkundige.

Aanwezigheid van een mammapoli, met op elkaar afgestemde diagnostiek, voorlichting en behandelplan binnen afzienbare tijd.

Kwaliteit

Elke pat. dient pre en postoperatief besproken te worden in de multidisciplinaire oncologiecommissie.

Het streven moet zijn dat 90% van de patiënten binnen 5 werkdagen na het eerste policonsult wegens (mogelijk) mammacarcinoom de uitslag van de diagnostische tests krijgt (1). Dit percentage is een van de ziektespecifieke IGZ indicatoren, die per ziekenhuis openbaar worden in 2004.(4).

In 2004 start een CBO doorbraakproject voor mammachirurgie, waarbij het doel zal zijn het percentage vermijdbare reoperaties zo laag mogelijk te krijgen.

Tijd specialist

Uitgegaan wordt van het delegeren van organisatie en voorlichting aan de mammacareverpleegkundige.

Bij het realiseren van een multidisciplinaire bespreking wordt uitgegaan van 3 chirurgen, een radioloog en een patholoog, per bespreking 5 minuten per patiënt gemiddeld.

Bij het berekenen van de anaesthesiologie tijd is ervan uitgegaan dat in 40% van de gevallen een tweede operatie volgt wegens positieve schildwachtklier.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose ($2 * 15$) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Informatiebronnen DBC

1. Richtlijn behandeling van het mammacarcinoom CBO/Orde/VVIK.
2. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief voor onderzoek en behandeling van mannen en vrouwen met borstkanker BVN, oktober 2003.
3. Otto Visser, Kankerregistratie IKA Amsterdam, persoonlijke mededeling.
4. Basset indicatoren voor de IGZ- prestatiemetingen in ziekenhuizen, ministerie van VWS, 2003.

DBC: reguliere zorg.maligne neoplasma mamma.operatief								
DBC code 3 11 318 203	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 2.632	596			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	312	113	37	135
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	30			
411000	€ 26	100,0%	3,0	€ 79	30			
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
					45		5	5
190204	€ 230	100,0%	6,0	€ 1.380	60			
diagnostische activiteiten								
50506	€ 42	100,0%	1,0	€ 42				30
38883	€ 107	100,0%	2,0	€ 214	30			
operatieve verrichtingen								
					15			
33930	€ 731	20,0%	1,0	€ 146	24	83		
33911	€ 468	20,0%	1,0	€ 94	6			
33740	€ 484	40,0%	1,0	€ 194	18	23		
33920	€ 542	60,0%	1,0	€ 325	54			
beeldvormende diagnostiek								
86902	€ 52	100,0%	1,0	€ 52			15	
86970	€ 39	70,0%	1,0	€ 28			14	
85002	€ 35	50,0%	1,0	€ 17			3	
100030	€ 155	5,0%	1,0	€ 8				
87070	€ 46	5,0%	1,0	€ 2			1	

ctg-code	Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel				
100092	lymfklieronderzoek + evt. afvl.snelh.	€ 208	4,0%	1,0	€ 8				
86957	localisatie mammatumor	€ 103	5,0%	1,0	€ 5			2	
	beoordeling specimina/mamma- tumor	€ 53	10,0%	1,0	€ 5			1	
	kl. chemie en haematologie								
	laboratoriumonderzoek	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				
	pathologie								
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	€ 39	100,0%	4,0	€ 155				80
50503	immunopathologische onderz.	€ 110	100,0%	1,0	€ 110				20
	(para)medische en ondersteu- nende functies								
193001	fysiotherapeutische behandeling	€ 24	100,0%	6,0	€ 142				
	mammacare verpleegkundige	€ 24	100,0%	6,0	€ 142				

Urologie

07. Prostaatingreep

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
6 11 01 41 322-323	reguliere zorg.koliek(en).BPH.endoscopische operatie	10-01-41-3	10-11-01-41-22	Dit profiel is uitgewerkt onder 6 11 (01-98) 41 322-323
6 11 02 41 322-323	reguliere zorg.haematurie.BPH.endoscopische operatie	10-02-41-3	10-11-02-41-22	Dit profiel is uitgewerkt onder 6 11 (01-98) 41 322-323
6 11 03 41 322-323	reguliere zorg.UWI.BPH.endoscopische operatie	10-03-41-3	10-11-03-41-22	Dit profiel is uitgewerkt onder 6 11 (01-98) 41 322-323
6 11 04 41 322-323	reguliere zorg.LUTS.BPH.endoscopische operatie	10-04-41-3	10-11-04-41-22	Dit profiel is uitgewerkt onder 6 11 (01-98) 41 322-323
6 11 05 41 322-323	reguliere zorg.incontinentie.BPH.endoscopische operatie	10-05-41-3	10-11-05-41-22	Dit profiel is uitgewerkt onder 6 11 (01-98) 41 322-323
6 11 06 41 322-323	reguliere zorg.buikklachten.BPH.endoscopische operatie	10-06-41-3	10-11-06-41-22	Dit profiel is uitgewerkt onder 6 11 (01-98) 41 322-323
6 11 06 41 322-323	reguliere zorg.infertiliteit.BPH.endoscopische operatie	10-08-41-3	10-11-08-41-22	Deze theoretisch mogelijke DBC is in de praktijk niet toelaatbaar
6 11 09 41 322-323	reguliere zorg.Sexuele dysfunctie.BPH.endoscopische operatie	10-09-41-3	10-11-09-41-22	Deze DBC komt niet voor
6 11 10 41 322-323	reguliere zorg.haemospermie.BPH.endoscopische operatie	10-10-41-3	10-11-10-41-22	Deze DBC komt niet voor
6 11 11 41 322-323	reguliere zorg.verhoogd PSA.BPH.endoscopische operatie	10-11-41-3	10-11-11-41-22	Dit profiel is uitgewerkt onder 6 11 (01-98) 41 322-323
6 11 12 41 322-323	reguliere zorg.screeningverzoek.BPH.endoscopische operatie	10-12-41-3	10-11-12-41-22	Deze DBC komt niet voor
6 11 13 41 322-323	reguliere zorg.sterilisatieverzoek.BPH.endoscopische operatie	10-13-41-3	10-11-13-41-22	Deze theoretisch mogelijke DBC is in de praktijk niet toelaatbaar
6 11 14 41 322-323	reguliere zorg.zorgvraag scrotum.BPH.endoscopische operatie	10-14-41-3	10-11-14-41-22	Dit profiel is uitgewerkt onder 6 11 (01-98) 41 322-323
6 11 15 41 322-323	reguliere zorg.zorgvraag penis.BPH.endoscopische operatie	10-15-41-3	10-11-15-41-22	Deze DBC komt niet voor
6 11 16 41 322-323	reguliere zorg.catheterisatieverzoek.BPH.endoscopische operatie	10-16-41-3	10-11-16-41-22	Deze DBC komt niet voor

6 11 20 41 322-323	reguliere zorg.antenatale pathologie.BPH.endoscopische operatie	10-20-41-3	10-11-20-41-22	Deze theoretisch mogelijke DBC is in de praktijk niet toelaatbaar
6 11 30 41 322-323	reguliere zorg.congenitale pathologie.BPH.endoscopische operatie	10-30-41-3	10-11-30-41-22	Deze theoretisch mogelijke DBC is in de praktijk niet toelaatbaar
6 11 95 41 322-323	reguliere zorg.uit eigen follow-up.BPH.endoscopische operatie	10-95-41-3	10-11-95-41-22	—
6 11 98 41 322-323	reguliere zorg.overige (zorgvraag).BPH.endoscopische operatie	10-98-41-3	10-11-98-41-22	Deze DBC komt niet voor
6 11 98 41 322-323	reguliere zorg.geen (zorgvraag).BPH.endoscopische operatie	10-99-41-3	10-11-99-41-22	Deze DBC komt niet voor

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg, alle zorgvragen, BPH, endoscopische operatie

6 11 (01-98) 41 322-323

Achtergrond

Deze DBC is van toepassing op alle benigne indicaties voor TUR prostaat. Verreweg de meeste (>80%) patienten worden geopereerd wegens LUTS. Soms (geschat 10%) wordt dan toch nog een maligniteit gevonden. In een deel van de gevallen dient uitgebreid urodynamisch onderzoek te gebeuren om een niet aan de prostaat gerelateerde oorzaak voor de LUTS uit te sluiten. Het voorkomen van preoperatieve diagnostische activiteiten is berekend aan de hand van gegevens uit de CGAO omtrent de casemix bij TURP.

Kwaliteit

'One stop' poli met transmurale afspraak zoals in Leids verwijstraject.

Tijd specialist

De gemiddelde operatieduur inclusief moeilijke TURPs is 50 minuten.

De radioloog is betrokken bij een deel van de diagnostiek. Voor een nierecho en echo buikorganen wordt 20 minuten gerekend, voor een eenvoudige buikoverzichts of thoraxfoto wordt 5 minuten per foto berekend.

De uitvoering van flowmeting en urodynamisch onderzoek gebeurt doorgaans door de poliassistente.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose (2 * 15) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Informatiebronnen

1. Medicamenteuze therapie van BPH: de rol van huisarts en uroloog, NVU mei 1993.
2. Haematurie, NVU, oktober 1998.
3. Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen, NHG standaard maart 1997.
4. Landelijke transmurale afspraak BPH november 1998, NHG en NVU.
5. Van Melick HH, Van Venrooij GE, Eckhardt MD, Boon TA: A randomized controlled trial comparing transurethral resection of the prostate, contact laser prostatectomy and electrovaporization in men with benign prostatic hyperplasia: urodynamic effects. J Urol. 2003 apr; 169(4):1411-6.

DBC: reguliere zorg.diverse klachten.BPH.endoscopische operatie								
DBC code 6 11 (01-98) 41 322-323	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€2.158	299			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	185	68	27	20
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000	€ 26	100,0%	3,0	€ 78	30			
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
					10			
190204	€ 230	100,0%	5,3	€ 1.219	53			
diagnostische activiteiten								
39865	€ 52	95,0%	1,3	€ 64				
39859	€ 61	60,0%	1,0	€ 37	9			
39870	€ 96	30,0%	1,3	€ 37				
36581	€ 57	18,0%	1,0	€ 10	3			
operatieve verrichtingen								
					15			
36520	€ 410	100,0%	1,0	€ 410	50	61		
beeldvormende diagnostiek								
39492	€ 36	60,0%	1,0	€ 22			12	
87002	€ 37	30,0%	1,0	€ 11			2	
85002	€ 35	50,0%	1,0	€ 17			3	
87070	€ 46	45,0%	1,0	€ 21			9	
88012	€ 112	8,0%	1,0	€ 9			2	

ctg-code	Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel				
	kl. chemie en haematologie laboratoriumonderzoek	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				
	microbiologie en parasitologie								
75042	kweekproef 2 - 3 media/ bacteriologisch	€ 10	100,0%	4,0	€ 40				
	pathologie								
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	€ 39	100,0%	1,2	€ 46				18
50503	immunopathologische onderz.	€ 110	10,0%	1,0	€ 11				2
	(para)medische en ondersteunende functies								
193001	fysiotherapeutische behandeling	€ 24	10,0%	1,2	€ 3				

Urologie

08. Sterilisatie man

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
6 11 13 66 311-312	reguliere zorg.sterilisatieverzoek.vasectomieverzoek. open operatie	10-13-66-2	10-11-13-66-21	Dit profiel is uitgewerkt
6 11 14 66 311-312	reguliere zorg.zorgvraag scrotum.vasectomieverzoek. open operatie	10-14-66-2	10-11-13-66-21	Zie profiel 6 11 13 66 311-312

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.sterilisatieverzoek.vasectomieverzoek.open operatie

6 11 13 66 311-312

Achtergrond

Dit zorgprofiel bevat zowel poliklinische sterilisatie als sterilisatie in dagopname.

Sterilisatie van de man kan veelal poliklinisch onder lokale anesthesie. Bij bijzondere omstandigheden kan dagopname en anesthesie noodzakelijk zijn (hier geschat op 3%).

Pathologisch routine-onderzoek is niet nodig. Wel controle semenanalyse, soms meerdere malen.

Kwaliteit

Werken volgens NVU richtlijn vasectomie april 1996.

Goede, schriftelijke voorlichting in alle talen.

Percentage mannen dat zeker aspermie bereikt.

Tijd specialist

De huisarts heeft de patient al uitgebreid voorgelicht en de indicatie tot de ingreep gesteld. In een klein percentage van de gevallen zijn meerdere semenanalyses nodig, dan ook wel hernieuwd poliklinisch contact.

Complicaties zijn zeldzaam en de behandeling is in de totale specialistentijd inbegrepen.

Informatiebronnen

1. NVU richtlijn vasectomie april 1996.

DBC: reguliere zorg.sterilisatieverzoek.vasectomieverzoek.open operatie								
DBC code 6 11 13 66 311-312	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 179	50			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	49	1	0	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	10			
	tel uitslag	100,0%	1,2	€ 20	6			
411000	€ 26	10,0%	3,0	€ 8	3			
	preoperatieve screening	3,0%	1,0	€ 1				
	dagverpleging							
190035	€ 217	3,0%	1,0	€ 7	0			
	operatieve verrichtingen							
	voorbereiding OK en admin OK				15			
36721	€ 85	100,0%	1,0	€ 85	15	1		
	overige laboratoriumverrichtingen							
70801	€ 20	100,0%	1,5	€ 30				
	sperma-analyse eenvoudig							

Gynaecologie

09. Sterilisatie vrouw

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
7 11 G18 502	reguliere zorg.anticonceptie.operatief groep 1.dagopname	15-05130	15-11-G18-21	Dit profiel is uitgewerkt

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten DBC: reguliere zorg. anticonceptie. operatief groep 1

7 11 G18 502

Achtergrond

Ringen/clips hebben voorkeur, kosten Filshie clips €35 per paar.

Kwaliteit

Voorlichting dient door huisarts en specialist te geschieden, mondeling en schriftelijk.

Laparoscopisch steriliseren, tenzij medische reden bestaat om andere methode te kiezen.

Ringen of clips; tweede keus is bipolaire coagulatie.

Het percentage zwangerschappen na sterilisatie zou een uitkomstindicator kunnen zijn; het is echter moeilijk vast te leggen, en uitkomst is ook afhankelijk van samenstelling populatie.

Patiënt tevredenheid lijkt eenvoudig te meten.

Tijd specialist

De huisarts stelt de indicatie tot sterilisatie vrouw. De ingreep zelf duurt ongeveer 30 minuten, in naar schatting 10% van de gevallen (adipositas, adhesies) is de ingreep moeilijker en duurt 120 minuten.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose ($2 * 15$) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Informatiebronnen

1. NVOG richtlijn sterilisatie van de vrouw.

DBC: reguliere zorg.anticonceptie.operatief groep 1								
DBC code 7 11 G18 502	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 642	145			
					Totaal (minuten)			
					gynaeco- loog	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	84	61	0	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011 eerste polikliniekbezoek	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000 herhaalbezoeken	€ 26	25,0%	1,0	€ 7	3			
preoperatieve screening	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
dagverpleging								
verslaglegging/ bespreking					5			
190035 dagverpleging	€ 217	100,0%	1,0	€ 217	5			
operatieve verrichtingen								
voorbereiding OK en admin OK					15			
37052 sterilis.vrouw via laparo-/culdoscopie	€ 323	100,0%	1,0	€ 323	39	54		
beeldvormende diagnostiek								
39492 echografie buikorganen	€ 36	10,0%	1,0	€ 4	2			
kl. chemie en haematologie								
laboratoriumonderzoek	€ 25	100,0%	1,0	€ 25				
70003 PCR/LCR (chlamydia test)	€ 35	20,0%	1,0	€ 7				
50502 cytologie cervix	€ 16	40,0%	1,0	€ 6				

Orthopedie

10. Totale heupoperatie

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
5 11 1701 223	reguliere zorg.arthrosis bekken/heup/bovenbeen. operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1600-4	11-1701-4	Dit profiel is uitgewerkt
5 11 1703 223/213	reguliere zorg.loslating/infectie/malpositie prothese bekken/heup/bovenbeen.operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1621-4	11-1703-4	Dit profiel is uitgewerkt
5 11 1704 213	reguliere zorg.avasculaire necrose bekken/heup/ bovenbeen.operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1628-4	11-1704-4	Geen goed profiel, DBC komt slechts beperkt voor. Dit profiel is niet uitgewerkt
5 11 1796 223	reguliere zorg.post-traumatische afwijking bekken/heup/ bovenbeen.operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1677-4	11-1796-4	Dit profiel is niet uitgewerkt
5 11 1797 213/223	reguliere zorg.aangeboren afwijking bekken/heup/ bovenbeen.operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1684-4	11-1797-4	Geen goed profiel, DBC komt slechts beperkt voor. Dit profiel is niet uitgewerkt

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.arthrosis bekken/heup/bovenbeen.operatief klinisch/ dagbehandeling

5 11 1701 223

Achtergrond

Protocollaire en groepsbehandeling. > 50% van de patienten valt in ASA 1 of 2, en kan meedoen met groepsprogramma's.

Bij ASA3&4 aangepaste behandeling, langer in ziekenhuis, meer individuele fysiotherapie.

Transmurale afspraken: Preoperatief al thuiszorg en fysiotherapie voor na de ingreep geregeld.

Informatie: mondeling en schriftelijk.

Preoperatieve zorg

Mobilisatie al voor operatie (2).

Kans op transfusie: eventueel Eprex.

Operatie

Infectiepreventie:Laminar flow op OK (2), antibiotische profylaxe.

Soort heupprothese afh van leeftijd patient< 55 jaar (sommigen houden andere leeftijdsgrens aan): ongecementeerde heup E 3100; gecementeerde heup >

55 jaar : E 1200-E 2200. Goede prothesen met lange levensduur: **Stanmore, Howse, Lubinus, Exeter en Charnley (gecementeerd)** (4) Bij de ongecementeerde heupprothesen lijken de typen met HA coating betere resultaten te geven dan de overige ongecementeerde typen.(4) In dit zorgprofiel is een richtprijs voor een heupprothese opgenomen. **Deze prijs verschilt per gebruikte prothese**, evenals de eigenschappen en levensduur.

Het soort heupprothese dat wordt gebruikt dient daarom altijd een apart onderdeel te zijn van de afspraak.

Plug in femur (2,3).

Anaesthesie liefst lumbaal (2).

Postoperatief

Mobilisatie: groepsactief programma.

Decubitusprofylaxe (2).

Tromboseprofylaxe: LMWH injecties.

Kwaliteit

Uiteindelijk is het gewenste resultaat: verhoging van de mobiliteit en vermindering van de pijn bij een zo hoog mogelijk percentage van de patiënten

% postoperatieve infectie <2%.

% postoperatieve mortaliteit ongeveer 1%.

7,1% van alle operaties bij gecementeerde prothesen betreft revisie. Voor de ongecementeerde is dat 13% (5) (Zweedse total hip registratie) % dislocatie is 1-5%.

Operateur: aantal heupvervangingen per jaar > 50 gerelateerd aan minder dislocaties (1).

Ziekenhuis: aantal heupvervangingen per jaar > 100 gerelateerd aan lagere mortaliteit (1).

Informatiebronnen

1. Katz et al Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the United States. J Bone Joint Surg Am 2001 Nov;83-A(11): 1622-9.
2. Herziening Consensus totale heupprothese (2), 1994.
3. 'Kruip in de heup' NRC zaterdag 18 januari 2003, naar proefschrift van J Stolk, Nijmegen.
4. Faulkner et al: Effectiveness of hip prostheses in primary total hip replacement: a critical review of evidence and an economic model. Health Technol Assessment 1998;2(6).
5. Herberts P and Malchau H: Long-term registration has improved the quality of hip replacement. Acta Orthop Scand 2000; 71(2) : 111-121.

DBC: reguliere zorg.arthrosis bekken/heup/bovenbeen.operatief klinisch/dagbehandeling

DBC code 5 11 1701 223	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 6.554	332			
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor-komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe-sioloog	radio-loog	patho-loog
					218	96	18	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000	€ 26	100,0%	4,0	€ 106	40			
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
					10			
190204	€ 230	100,0%	8,5	€ 1.955	43			
operatieve verrichtingen								
					15			
38567	€ 1.973	100,0%	1,0	€ 1.973	95	89		
39035	€ 192	30,0%	1,0	€ 58				
beeldvormende diagnostiek								
89202	€ 37	100,0%	2,0	€ 74			10	
85002	€ 35	50,0%	1,0	€ 17			3	
83302	€ 38	10,0%	1,0	€ 4			1	
89402	€ 49	100,0%	1,0	€ 49			5	
kl. chemie en haematologie								
	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				
(para)medische en ondersteunende functies								
193001	€ 24	100,0%	16,0	€ 380				
190305	€ 1.816	100,0%	1,0	€ 1.816				

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg. loslating/infectie/malpositie prothese bekken/heup/ bovenbeen. operatief klinisch/dagbehandeling

5 11 1703 223/213

Achtergrond

Operatie indicaties zijn: progressief botverlies, pijn, infectie, mechanische loslating (röntgenologisch vastgesteld door demarcatie en migratie van de prothese) en een standsafwijking van een op zichzelf goed gefixeerde prothesecomponent die luxatie of impingement tot gevolg kan hebben (2).

Bij revisie is Botbank voor opvulling defecten noodzakelijk.

Bij verdenking oploslating: scintigrafie en radiologisch onderzoek (2).

In 70% van de gevallen wordt een nieuwe prothese geplaatst.

Protocollaire en groepsbehandeling: > 50% van de patienten valt in ASA 1 of 2, en kan meedoen met groepsprogramma's.

Bij ASA3&4 aangepaste behandeling, langer in ziekenhuis, meer individuele fysiotherapie.

Transmurale afspraken: Preoperatief al thuiszorg en fysiotherapie voor na de ingreep geregeld.

Informatie: mondeling en schriftelijk.

Preoperatieve zorg

Mobilisatie al voor operatie (2).

Kans op transfusie: eventueel Eprex.

Operatie

Infectiepreventie: Laminar flow op OK (2), antibiotische profylaxe.

Soort heupprothese afh van leeftijd patient < 55 jaar (sommigen houden andere leeftijdsgrens aan): ongecementeerde heup E 3100; gecementeerde heup > 55 jaar : E 1200-E 2200. Goede prothesen met lange levensduur: **Stanmore, Howse, Lubinus, Exeter en Charnley (gecementeerd)** (4).

Bij de ongecementeerde heupprothesen lijken de typen met HA coating betere resultaten te geven dan de overige ongecementeerde typen (4).

In dit zorgprofiel is een richtprijs voor een heupprothese opgenomen. **Deze prijs verschilt per gebruikte prothese**, evenals de eigenschappen en levensduur. In 70% wordt een nieuwe prothese geplaatst.

Het soort heupprothese dat wordt gebruikt dient daarom altijd een apart onderdeel te zijn van de afspraak.

Bij revisie operatie is een botbank noodzakelijk voor het opvullen van defecten.

Plug in femur (2,3).

Anaesthesie liefst lumbaal (2).

Postoperatief

Mobilisatie: groepsactief programma.

Decubitusprofylaxe (2).

Tromboseprofylaxe: LMWH injecties.

Kwaliteit

Uiteindelijk is het gewenste resultaat: verhoging van de mobiliteit en vermindering van de pijn bij een zo hoog mogelijk percentage van de patiënten.

Heropname na revisie komt voor in 10% binnen 3 maanden.

% postoperatieve infectie <1% (6).

% postoperatieve mortaliteit ongeveer 2.6% (7).

7,1% van alle operaties bij gecementeerde prothesen betreft revisie. Voor de ongecementeerde is dat 13% (5) (Zweedse total hip registratie)

% dislocatie is 7.4-8.4% (6,7).

Operateur: aantal heupvervangingen per jaar > 50 gerelateerd aan minder dislocaties (1).

Ziekenhuis: aantal heupvervangingen per jaar > 100 gerelateerd aan lagere mortaliteit (1).

Tijd specialist

Voor de operatietijd van een revisie heup wordt 150 minuten genomen. Hierin zijn heringrepen bij complicaties begrepen.

Bij een goed lopend huiskamerprogramma is de orthopeed naar schatting niet meer dan 5 minuten per verpleegdag met zijn patient bezig, exclusief bespreking en verslaglegging.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per praë-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose (2 * 15)= 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Informatiebronnen

1. Katz et al Association between hospital and surgeon procedure volume and outcomes of total hip replacement in the United States. J Bone Joint Surg Am 2001 Nov;83-A(11): 1622-9.
2. Herziening Consensus totale heupprothese, 1994.
3. 'Kruip in de heup' NRC zaterdag 18 januari 2003, naar proefschrift van J Stolk, Nijmegen.
4. Faulkner et al: Effectiveness of hip prostheses in primary total hip replacement: a critical review of evidence and an economic model. Health Technol Assessment 1998;2 (6).
5. Herberts P and Malchau H: Long-term registration has improved the quality of hip replacement. Acta Orthop Scand 2000; 71(2) : 111-121.
6. Alberton GM, High WA Morrey BF: Dislocation after revision after total hip arthroplasty: an analysis of risk factors and treatment options J Bone Joint Surg Am 2002 Oct;84-A(10):1788-92.
7. Mahomed NN Barrett JA et al: Rates and outcomes of primary and revision total hip replacement in the United States Medicare Population J Bone Joint Surg Am 2003 Jan;85-A(1):27-32.

DBC: reguliere zorg.loslating/infectie/malpositie prothese bekken/heup/bovenbeen.operatief klinisch/dagbehandeling								
DBC code 5 11 1703 223-213	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 6.770	460			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	305	131	24	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000	€ 26	100,0%	4,0	€ 106	40			
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
					20			
190204	€ 230	100,0%	13,0	€ 2.990	65			
operatieve verrichtingen								
					15			
38569	€ 1.582	100,0%	1,0	€ 1.582	150	124		
38807	€ 552	12,0%	1,0	€ 66				
beeldvormende diagnostiek								
89202	€ 37	100,0%	2,0	€ 74			10	
89302	€ 38	100,0%	1,0	€ 38			5	
100031	€ 130	15,0%	1,0	€ 20			1	
85002	€ 35	50,0%	1,0	€ 17			3	
100030	€ 155	15,0%	1,0	€ 23			1	
89402	€ 49	100,0%	1,0	€ 49			5	
kl. chemie en haematologie								
	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				

ctg-code	Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	305	131	24	0
	microbiologie en parasitologie								
75043	kweekproef > 3 media/ bacteriologisch	€ 14	100,0%	2,0	€ 28				
	pathologie								
50501	histol/cytolog. onderz. (muv cervixcyt.)	€ 39	10,0%	1,0	€ 4				
	(para)medische en ondersteunende functies								
193001	fysiotherapeutische behandeling	€ 24	100,0%	16,0	€ 380				
	bijzondere kunst- en hulpmiddelen								
190305	total hip	€ 1.816	70,0%	1,0	€ 1.271				

Orthopedie

11. Totale knieoperatie

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
5 11 1801 223	reguliere zorg.arthrosis knie.operatief klinisch/dag-behandeling	11-1-1700-4	11-1801-4	Dit profiel is uitgewerkt
5 11 1803 223/213	reguliere zorg.loslating/infectie/malpositie knie.operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1715-4	11-1803-4	Geen goed profiel, DBC komt slechts beperkt voor. Dit profiel is niet uitgewerkt
5 11 1896 223/213	reguliere zorg.post-traumatische afwijking knie.operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1780-4	11-1896-4	Dit profiel is niet uitgewerkt
5 1 1897 2213/223	reguliere zorg.aangeboren afwijking knie.operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1785-4	11-1897-4	Geen goed profiel, DBC komt slechts beperkt voor. Dit profiel is niet uitgewerkt

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.arthrosis knie.operatief klinisch/dagbehandeling

5 11 1801 223

Achtergrond

Protocollaire en groepsbehandeling. > 50% van de patienten valt in ASA 1 of 2, en kan meedoen met groepsprogramma's.

Bij ASA3&4 aangepaste behandeling, langer in ziekenhuis, meer individuele fysiotherapie.

Transmurale afspraken: Preoperatief al thuiszorg en fysiotherapie voor na de ingreep geregeld.

Informatie: mondeling en schriftelijk.

Preoperatieve zorg

Mobilisatie al voor operatie.

kans op transfusie: eventueel Eprex.

Operatie

Infectiepreventie:Laminar flow op OK, antibiotische profylaxe.

Patella component geheel van polyethyleen heeft lange levensduur, evenals de gecementeerde knieprothese (Insall Burstein) (1,2).

In dit zorgprofiel is een richtprijs voor een knieprothese opgenomen. Deze prijs verschilt per gebruikte prothese, evenals de eigenschappen en levensduur.

Het soort knieprothese dat wordt gebruikt dient daarom altijd een apart onderdeel te zijn van de afspraak.

Anaesthesie liefst lumbaal.

Postoperatief

Mobilisatie: groepsactief programma.

Decubitusprofylaxe.

Tromboseprofylaxe: LMWH injecties.

Kwaliteit

Uiteindelijk is het gewenste resultaat: verhoging van de mobiliteit en vermindering van de pijn bij een zo hoog mogelijk percentage van de patiënten

% dislocatie en revisie is 5%.

Naar analogie van de heupprothese: Operateur: aantal knie vervangingen per jaar.

Ziekenhuis: aantal heup vervangingen per jaar.

Tijd specialist

Voor de operatietijd van een totale knieoperatie wordt 120 minuten genomen. Hierin zijn heringrepen bij complicaties begrepen.

Bij een goed lopend huiskamerprogramma is de orthopeed naar schatting niet meer dan 5 minuten per verpleegdag met zijn patient bezig, exclusief bespreking en verslaglegging.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose ($2 * 15$) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Informatiebronnen

1. Rand JA et al : Factors affecting the durability of primary total knee prostheses J Bone Joint Surgery 2003 85A:2, 259-65.
2. Poolman RW 'Medische misvattingen' in Medisch Contact 15-6-2001 56:24, p 927.
3. Moran CC en Horton TC: Total knee replacement: the joint of the decade BMJ 2000 320:820.

DBC: reguliere zorg.arthrosis knie.operatief klinisch/dagbehandeling								
DBC code 5 11 1801 223	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 7.809	371			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	243	112	17	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000	€ 26	100,0%	4,0	€ 106	40			
	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
					10			
190204	€ 230	100,0%	8,5	€ 1.955	43			
operatieve verrichtingen								
					15			
38663	€ 2.302	100,0%	1,0	€ 2.302	120	105		
beeldvormende diagnostiek								
89402	€ 49	100,0%	2,0	€ 98			10	
89202	€ 37	100,0%	1,0	€ 37			5	
89090	€ 166	10,0%	1,0	€ 17			2	
kl. chemie en haematologie								
	€ 70	100,0%	1,0	€ 70				
(para)medische en ondersteunende functies								
193001	€ 24	100,0%	16,0	€ 380				
bijzondere kunst- en hulpmiddelen								
190306	€ 2.792	100,0%	1,0	€ 2.792				

Orthopedie

12. Knie ingreep

Code	Omschrijving	Oude code	Oude code	Toelichting
5 11 1805 211	reguliere zorg.meniscuslaesie.operatief poliklinisch	11-1-1720-3	11-1805-3	DBC wordt wel gebruikt maar betreft registratiefout (eigenlijk dagbehandeling), geen profiel
5 11 1805 212	reguliere zorg.meniscuslaesie.operatief klinisch/ dagbehandeling	11-1-1720-4	11-1805-4	Dit profiel is uitgewerkt
5 11 1820 212/213	reguliere zorg.voorste kruisbandlesie.operatief klinisch/ dagbehandeling	11-1-1730-4	11-1820-4	Dit profiel is uitgewerkt
5 11 1830 212/213	reguliere zorg.achterste kruisbandlesie.operatief klinisch/ dagbehandeling	11-1-1735-4	11-1830-4	Geen goed profiel, DBC komt slechts beperkt voor
5 11 1840 213	reguliere zorg.gecombineerd meniscus/bandlesie. operatief klinisch/dagbehandeling	11-1-1740-4	11-1840-4	Dit profiel is uitgewerkt

Lees vóór het gebruik van deze informatie pagina 5 t/m 17 van dit document. De zorgprofielen zijn gebaseerd op mediane kostprijzen. De opgenomen kostprijzen stemmen daarom op generlei wijze overeen met de werkelijke kostprijs in enig ziekenhuis. Deze informatie dient slechts als achtergrondinformatie bij lokale onderhandelingen en is op geen enkele wijze bindend. Tengevolge van afronding kunnen de totalen van ziekenhuiskosten en de tijden van de medische specialismen afwijken van de optellingen van de getoonde onderliggende gegevens.

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.meniscuslaesie.operatief klinisch/dagbehandeling

5 11 1805 212

Achtergrond

Voorwaarde voor het afspreken van deze DBC is dat er een meniscusoperatie moet hebben plaatsgevonden.

Partiele meniscectomie geeft op de kortere termijn betere resultaten dan totale meniscectomie, op de lange termijn is er geen verschil (2.)

Open meniscectomie is achterhaald, heeft geen voordeel boven endoscopische meniscectomie, beperkte data (2).

Bij slotklachten is arthroscopie binnen 2 weken geïndiceerd (1).

Kwaliteit

De routinematige toepassing van MRI bij knieklachten leidt tot minder operaties, maar niet tot minder kosten per patiënt (3,4).

De plaats van routinematige MRI is ook nog niet bepaald. Wanneer een afdeling routinematig MRI's toepast bij knieklachten, is het aan te bevelen ook afspraken te maken over de ontwikkeling van het aantal diagnostische arthroscopieën.

Tijd specialist

We gaan ervan uit dat slechts in 3% kleine complicaties voorkomen bij meniscus operaties waarvoor geen extra tijd wordt berekend.

Operatietijd meniscus: 30 minuten, exclusief 15 minuten voorbereiding en verslaglegging operatie..

Radioloog: in 100% thorax van 5 minuten en in 30% MRI knie van 15 min geeft 10 minuten per operatie.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose ($2 * 15$) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Informatiebronnen

1. Consensus indicatie voor arthroscopie bij acute knieklachten, CBO,juli 1998.
2. Howell JR, Handoll HH: Surgical treatment for meniscal injuries of the knee in adults, The Cochrane library, issue 1, 2003.
3. Rosier PFWM Bij welke patient met knieklachten draagt MRI onderzoek positief bij aan de kwaliteit van zorg en wanneer? www.nov.orthoweb.nl.
4. Bryan S et al: The cost-effectiveness of magnetic resonanace imaging for investigation of the knee joint Health Technol Assess 2001;5 (27).

DBC: reguliere zorg.meniscuslaesie.operatief klinisch/dagbehandeling

DBC code 5 11 1805 212	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€ 843	150			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	85	56	10	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011 eerste polikliniekbezoek	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000 herhaalbezoeken	€ 26	100,0%	1,0	€ 26	10			
preoperatieve screening	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
dagverpleging								
Verslaglegging/bespreking					5			
190035 dagverpleging	€ 217	100,0%	1,0	€ 217	10			
operatieve verrichtingen								
Voorbereiding en verslaglegging								
operatie					15			
38643 totale of partiële meniscectomie	€ 398	100,0%	1,0	€ 398	30	49		
beeldvormende diagnostiek								
89402 knie en/of onderbeen	€ 49	100,0%	1,0	€ 49			5	
89090 mri heup(en)/onderste extremiteit(en)	€ 166	30,0%	1,0	€ 50			5	
kl. chemie en haematologie								
laboratoriumonderzoek	€ 25	100,0%	1,0	€ 25				
(para)medische en ondersteunende functies								
193001 fysiotherapeutische behandeling	€ 24	100,0%	1,0	€ 24				

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.voorste kruisbandlesie.operatief klinisch/dagbehandeling

5 11 1820 212/213

Achtergrond

Voorwaarde voor het afspreken van deze DBC is dat er een Voorste KruisBandplastiek moet hebben plaatsgevonden.

Kwaliteit

Herstel van de VKB met een patellapees is superieur aan de andere methoden (1).

Er is geen Nederlandse richtlijn of protocol voorhanden. Wel bestaan er Amerikaanse richtlijnen die de indicatie voor knie chirurgie beschrijven(2). Hierin wordt als indicatie voor een VKB plastiek een combinatie van anamnese, klinische verschijnselen en (soms) aanvullend onderzoek genoemd (arthrografie, MRI) (3). De endoscopische benadering wordt steeds meer toegepast.

Tijd specialist

We gaan ervan uit dat slechts in 3% kleine complicaties voorkomen bij VKB operaties waarvoor geen extra tijd wordt berekend.

Operatietijd meniscus: 30 minuten, exclusief 15 minuten voorbereiding en verslaglegging operatie.

Radioloog: in 100% thorax van 5 minuten en in 30% MRI knie van 15 min geeft 10 minuten per operatie.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose (2 * 15) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Informatiebronnen DBC

1. Grontvedt T, Engebretsen L, Benum P, Fasting O, Molster A, Strand T A prospective, randomized study of three operations for acute rupture of the anterior cruciate ligament. Five-year follow-up of one hundred and thirty-one patients. *Journal of Bone & Joint Surgery* 1996 Feb 78 2 159-68.
2. Washington State Department of Labor and Industries. Criteria for knee surgery. Olympia (WA): Washington State Department of Labor and Industries; 1999 Jun. 1 p. [1 reference].
3. American College of Radiology (ACR), Expert Panel on Musculoskeletal Imaging. Acute trauma to the knee. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2001. 8 p. (ACR appropriateness criteria).

DBC reguliere zorg.voorste kruisbandlesie.operatief klinisch/dagbehandeling

DBC code 5 11 1820 212/213	Kostprijs uit CGAO4	profiel volgens ZN		Totale kosten ziekenhuis	Totale tijd specialist (minuten)			
	of eigen ZN prijs (wit)			€2.017	288			
					Totaal (minuten)			
					chirurg	anaesthe- sioloog	radio- loog	patho- loog
ctg-code Verrichting-omschrijving	Kostprijs	% voor- komen	gem. aantal	kostenaandeel in profiel	177	93	17	0
polikliniek- en eerste hulpbezoek								
190011 eerste polikliniekbezoek	€ 28	100,0%	1,0	€ 28	15			
411000 herhaalbezoeken	€ 26	100,0%	2,0	€ 53	20			
preoperatieve screening	€ 25	100,0%	1,0	€ 25		7		
kliniek								
Verslaglegging/bespreking					5			
190206 verpleegdag klasse 3c	€ 224	100,0%	3,2	€ 718	32			
operatieve verrichtingen								
Voorbereiding en verslaglegging operatie					15			
38642 kruisbandpl. met transplantaat	€ 924	100,0%	1,0	€ 924	90	86		
beeldvormende diagnostiek								
89402 knie en/of onderbeen	€ 49	100,0%	3,0	€ 147			15	
89090 mri heup(en)/onderste extremiteit(en)	€ 166	15,0%	1,0	€ 25			2	
kl. chemie en haematologie								
laboratoriumonderzoek	€ 25	100,0%	1,0	€ 25				
(para)medische en ondersteunende functies								
193001 fysiotherapeutische behandeling	€ 24	100,0%	3,0	€ 71				

Kernpunten bij DBC: reguliere zorg.gecombineerd meniscus/(kruis)bandlesie.operatief klinisch/dagbehandeling

5 11 1840 213

Achtergrond

Voorwaarde voor het afspreken van deze DBC is dat er een Voorste Kruisband (VKB) plastiek EN een meniscusoperatie moet hebben plaatsgevonden.

Kwaliteit

Herstel van de VKB met een patellapees is superieur aan de andere methoden (1).

Partiele meniscectomie geeft op de kortere termijn betere resultaten dan totale meniscectomie, op de lange termijn is er geen verschil (3).

Open meniscectomie heeft zeker geen voordeel boven endoscopische meniscectomie, beperkte data (3).

Bij slotklachten is arthroscopie binnen 2 weken geïndiceerd (2).

Er is geen Nederlandse richtlijn of protocol voorhanden die de operatie indicatie of soort ingreep beschrijft. Wel bestaan er Amerikaanse richtlijnen die de indicatie voor knie chirurgie beschrijven(5). Hierin wordt als indicatie voor een VKB plastiek een combinatie van anamnese, klinische verschijnselen en (soms) aanvullend onderzoek genoemd (arthrografie, MRI) (6). De endoscopische benadering wordt steeds meer toegepast.

Tijd specialist

We gaan ervan uit dat slechts in 3% kleine complicaties voorkomen bij VKB/meniscus operaties waarvoor geen extra tijd wordt berekend.

Operatietijd meniscus: 15 minuten wanneer knie al geopend is voor VKB, die 90 minuten duurt, exclusief 15 minuten voorbereiding en verslaglegging operatie.

Radioloog: in 100% thorax van 5 minuten en in 30% MRI knie van 15 min geeft 10 minuten per operatie.

Anesthesioloog: verondersteld wordt 7 minuten per prae-operatief screeningsonderzoek. De tijd die de anesthesioloog nodig heeft bij operaties bestaat uit inleiding en uitleiding van de narcose (2 * 15) = 30 minuten en de skin-to-skin operatietijd maal factor 1/1.6.

Het twee tafelsysteem veronderstelt dat 1 anesthesioloog twee operatieve procedures gelijktijdig lopende heeft. Dat lukt niet altijd, vandaar de factor 1,6.

Informatiebronnen

1. A prospective, randomized study of three operations for acute rupture of the anterior cruciate ligament. Five-year follow-up of one hundred and thirty-one patients.
Grontvedt T, Engebretsen L, Benum P, Fasting O, Molster A, Strand T, Journal of Bone & Joint Surgery, 1996 Feb 78 2 159-68.
2. Consensus indicatie voor arthroscopie bij acute knieklachten, CBO, juli 1998.
3. Howell JR, Handoll HHG: Surgical treatment for meniscal injuries of the knee in adults, The Cochrane library, issue 1, 2003.
4. rosier PFWM Bij welke patient met knieklachten draagt MRI onderzoek positief bij aan de kwaliteit van zorg en wanneer? www.nov.orthoweb.nl.
5. Washington State Department of Labor and Industries. Criteria for knee surgery. Olympia (WA): Washington State Department of Labor and Industries; 1999 Jun.
6. American College of Radiology (ACR), Expert Panel on Musculoskeletal Imaging. Acute trauma to the knee. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2001. 8 p. (ACR appropriateness criteria).

