

**Bijlage nadere regel medisch-
specialistisch zorg**

Toelichting regels afleiding

Behorende bij de regeling medisch-specialistische zorg NR/REG-2207
Ingangsdatum 1 januari 2022

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1 Leeswijzer	3
2. Gegevens van en naar een grouper	4
2.1 Declaratiedataset	4
2.2 Geldigheid en gebruik gegevens	5
2.2.1 Controle op geldigheid van gegevens	6
2.2.2 Regels afleiding dbc-zorgproducten	6
2.2.3 Regels afleiding overige zorgproducten	7
2.3 Declaratieresultset	7
3. Afleiding	8
3.1 Afleiden dbc-zorgproducten	8
3.1.1 Gegevenselementen beslisregels	8
3.1.2 Bepalen zorgproductcode	8
3.1.3 Bepalen declaratiecode	9
3.2 Afleiding overige zorgproducten	9
3.2.1 Ozp eerstelijns diagnostiek	10
3.2.2 Add-ons	11
3.2.3 Bepalen declaratiecode	11
3.3 Regels combinaties dbc- en overige zorgproducten	11
4. Aanspraak	14
4.1 Achtergrond	14
4.2 Bepalen aanspraak	15
4.3 Verantwoordingsinformatie	16
5. Machtigingen	18
6. Zorgactiviteiten op de nota	19

1. Inleiding

Dit document is een aanvulling op de regels over het afleiden van een grouper in de nadere regel medisch-specialistische zorg. De toelichting in dit document is noodzakelijk voor het bepalen van de afleiding door een grouper en maakt om die reden deel uit van de regelgeving.

1.1 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 vindt u een beschrijving van de gegevens die zorginstellingen naar een grouper moeten sturen en de informatie die een grouper op basis daarvan terugstuurt. Daarnaast benoemen we de uitgangspunten voor de geldigheid en de verwerking van deze gegevens.

Een beschrijving van de afleiding van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten (ozp's) door een grouper leest u in hoofdstuk 3. In de volgende hoofdstukken komen de overige functionaliteiten van de grouper aan bod. Achtereenvolgens zijn dit aanspraak, machtigingen en zorgactiviteiten op de nota.

In dit document vindt u waar nodig een verwijzing naar (onderdelen van de) groupertabellen. In het document specificatie groupertabellen is hierover meer detailinformatie opgenomen.

2. Gegevens van en naar een grouper

2.1 Declaratiedataset

Zorginstellingen leggen geleverde zorg vast in hun ICT-systemen. De geregistreerde zorg wordt aan een grouper aangeleverd in een declaratiedataset (dds). Op basis van de decalaratiedataset kan een grouper zorgproducten afleiden.

Gegevens die in de declaratiedataset zijn opgenomen, zijn in de onderstaande tabel weergegeven. Per item is waar van toepassing een verwijzing opgenomen naar de gerelateerde tabel van de groupertabellen welke uitgeleverd worden door de NZa. In de tweede kolom van de tabel staat of het item onderdeel is van de declaratiedataset, een subtraject of een zorgactiviteit. De laatste kolom geeft aan of het item in de hashcode opgenomen moet worden voor de aanlevering aan DIS.

Naam	Behorende bij	Toelichting	In tabel	In hash-code
Aanspraak Zvw	Declaratiedataset	Medisch indicatie aanspraak Zvw. Wordt bepaald door verantwoordelijk beroepsbeoefenaar.		
Aantal	Zorgactiviteit	Aantal uitgevoerde zorgactiviteiten		X
Aanvragend specialisme	Zorgactiviteit	Specialismecode van uitgevoerde zorgactiviteit	Specialismen	
Afsluitreden	Subtraject		Afsluit Redenen	X
Begindatum	Subtraject			X
Datum zorgactiviteit	Zorgactiviteit			X
Declaratie DataSet Nummer	Declaratiedataset	Dit is een uniek nummer voor de identificatie van een declaratiedataset		X
Einddatum	Subtraject			
Geslacht patiënt	Declaratiedataset	mannelijk, vrouwelijk, of niet gespecificeerd	Geslachten	X
Hoofdtraject indicatie	Subtraject	Indicatie of het subtraject een hoofdtraject betreft		X
Leeftijd patiënt	Declaratiedataset			
Neveniagnose	Subtraject	Neveniagnose behorende bij het subtraject. Maximaal 7.		
Specialisme code	Subtraject	Vektis-codering (4 posities)	Specialismen	X
Subtraject nummer	Subtraject	Uniek nummer voor de identificatie van een subtraject binnen zorginstelling		X
Typerende diagnose	Subtraject	Volgens dbc-codering	Diagnosen	X
Uitvoerend specialisme	Zorgactiviteit	Specialismecode van uitvoerend specialisme	Specialismen	

Naam	Behorende bij	Toelichting	In tabel	In hash-code
Verwijzend Zorgtraject nummer	Subtraject	Dit nummer verwijst naar het zorgtraject waar vanuit wordt verwezen voor zorgtrajecten met een subtraject van het zorgtype 51		X
Zorgactiviteit-code	Zorgactiviteit		Zorg activiteiten	X
Zorgactiviteit-nummer	Zorgactiviteit	Uniek nummer binnen zorginstelling dat wordt geregistreerd en aangeleverd naast de zorgactiviteitcode		X
Zorgactiviteit privacy	Declaratiedataset	Hiermee wordt aangegeven of een patiënt en zorgaanbieder een privacyverklaring hebben ondertekend voor de vermelding van zorgactiviteiten op de nota		
Zorg instelling code	Declaratiedataset	Codering van de zorginstelling		X
Zorgtraject Nummer	Subtraject	Uniek nummer binnen zorginstelling		X
Zorgtype Code	Subtraject	Volgens dbc-codering	Zorgtypen	X
Zorgvraag Code	Subtraject	Volgens dbc-codering	Zorgvragen	X

Er gelden eisen aan de informatie die in de declaratiedataset staat;

- een declaratiedataset bestaat uit één of meer subtrajecten waarvan er altijd één het hoofdsubtraject is;
- als een declaratiedataset meerdere subtrajecten bevat, is dit altijd een zorgtype 11 of 21 in combinatie met één of meerdere zorgtype 51 subtrajecten. Het subtraject met zorgtype 11 of 21 is in dit geval het hoofdsubtraject;
- de openingsdatum van het zorgtype 51 subtraject is gelijk aan of ligt na die van het hoofdsubtraject. De sluitingsdatum van het zorgtype 51 subtraject is gelijk aan of ligt voor de afsluitdatum van het hoofdsubtraject;
- voor subtrajecten niet zijnde het hoofdsubtraject moet een verwijzend zorgtrajectnummer weergegeven worden behorende bij het hoofdsubtraject. Het verwijzend zorgtrajectnummer verwijst naar het zorgtraject van de hoofdbehandelaar;
- een declaratiedataset bevat altijd minimaal één uitgevoerde zorgactiviteit.

2.2 Geldigheid en gebruik gegevens

In dit hoofdstuk staan de regels die gelden voor het gebruik en controle van de gegevens bij het bepalen van zorgproducten door de grouper.

2.2.1 Controle op geldigheid van gegevens

Declaratiedataset

Gegevens die behoren bij de declaratiedataset (zie hoofdstuk 2.1) moeten geldig zijn op de ingangsdatum van het hoofdsubtraject.

Subtrajecten

Gegevens die behoren bij het subtraject (zie hoofdstuk 2.1) moeten geldig zijn op de ingangsdatum van het subtraject waartoe deze behoren.

De maximale doorlooptijd voor een subtraject is gelimiteerd. Voor een subtraject met een ingangsdatum vóór 1 januari 2015 is de doorlooptijd maximaal 365 dagen. Voor een subtraject met een ingangsdatum na 31 december 2014 is de doorlooptijd maximaal 120 dagen.

Zorgactiviteiten

Alleen valide zorgactiviteiten mogen een rol spelen in de afleiding. Een zorgactiviteit is valide als de zorgactiviteit:

- is opgenomen in de tabel zorgactiviteiten (onderdeel van de groepertabellen);
- geldig is op de uitvoerdatum;
- een uitvoerdatum heeft die ligt tussen begin- en einddatum van het subtraject waartoe deze behoort.

2.2.2 Regels afleiding dbc-zorgproducten

Tijdens de afleiding wordt een dbc-zorgproduct bepaald. Dit gebeurt aan de hand van een beslisboom. Een beslisboom bestaat uit meerdere beslisregels, welke achtereenvolgens doorlopen worden totdat het dbc-zorgproduct bekend is.

Voor de afleiding geldt dat:

- de ingangsdatum van het hoofdsubtraject leidend is;
- alleen zorgactiviteiten relevant zijn die:
 - geldig zijn op de ingangsdatum van het hoofdsubtraject, of
 - vertaald kunnen worden aan de hand van de tabel vertaalzorgactiviteiten indien deze niet geldig zijn op de ingangsdatum van het hoofdsubtraject;
- de ingangsdatum van het hoofdsubtraject bepaalt welke eigenschappen van zorgactiviteiten gelden.

Het vertalen van zorgactiviteiten vindt plaats op basis van de tabel vertaalzorgactiviteiten (onderdeel groepertabellen). In deze tabel staan zorgactiviteiten die vertaald kunnen worden naar eerder geldige zorgactiviteiten. Hiermee kan bij de afleiding van subtrajecten die eerder zijn gestart dan de ingangsdatum van de zorgactiviteit, de eerder geldige zorgactiviteit (na vertaling) toch een rol spelen in de afleiding. Bepalend voor de vertaling is de ingangsdatum van het hoofdsubtraject. Deze datum moet liggen tussen de begin- en einddatum zoals weergegeven in de vertaalzorgactiviteitentabel van de groepertabellen. Zorgactiviteiten die niet geldig zijn op de begindatum van het hoofdsubtraject en waarvoor geen vertaling beschikbaar is, worden niet meegenomen bij de afleiding naar het dbc-zorgproduct.

Indien een grouper een vertaling toepast, wordt dit in de declaratieresultset als verantwoordingsinformatie aangegeven met de indicator 'zorgactiviteit vertaling toegepast' (Zie ook hoofdstuk 2.3).

2.2.3 Regels afleiding overige zorgproducten

Binnen een grouper kunnen zorgactiviteiten als overig zorgproduct worden afgeleid. De uitvoerdatum van de zorgactiviteit is hierin bepalend.

2.3 Declaratieresultset

Na afleiding geeft een grouper de resultaten terug in de vorm van een declaratieresultset. In een declaratieresultset staan gegevens over de afgeleide prestatie(s) en verantwoordingsinformatie. In onderstaande tabel wordt een overzicht getoond van de gegevens in de declaratieresultset. Per item is opgenomen of deze in de hashcode voor de DIS-aanlevering opgenomen moet zijn.

Naam	Soort informatie	Toelichting	In hash code
Aanspraak Zvw toegepast	Verantwoordingsinformatie	Status van de aanspraak.	X
Declaratie code(s)	Resultaat afleiding	De declaratiecode van het dbc-zorgproduct, de ozp en/of add-on.	X
Declaratie resultset nummer	Overig	Dit is een uniek nummer voor de identificatie van een declaratieresultset toegekend door een grouper.	
Grouper Omgeving	Verantwoordingsinformatie	Werkomgeving van een grouper. Het gaat hier bijvoorbeeld om een acceptatie- of productieomgeving.	X
Oranje ZA in profiel	Verantwoordingsinformatie	Indicatie of een oranje zorgactiviteit bepalend is geweest in de afleiding.	X
ZA met machtiging in profiel	Verantwoordingsinformatie	Indicatie of een machtiging van de zorgverzekeraar is vereist.	X
Zorgactiviteit nummer	Overig	Uniek nummer binnen zorginstelling. Zorgactiviteiten voor op nota en voor zorgactiviteit declaraties worden geretourneerd a.d.h.v. het aangeleverde zorgactiviteitsnummer.	
Zorgactiviteit vertaling toegepast	Verantwoordingsinformatie	Zorgactiviteit(en) zijn vertaald in de afleiding.	
Zorgproduct code	Resultaat afleiding	Betreft de code van het dbc-zorgproduct en/of ozp(s).	X

De verantwoordingsinformatie uit een grouper geeft een zorgaanbieder aanvullende informatie over de geleverde prestatie en afleiding.

3. Afleiding

In dit hoofdstuk vindt u een beschrijving van de afleiding van dbc-zorgproducten en overige zorgproducten, de zogenoemde ozp's.

3.1 Afleiden dbc-zorgproducten

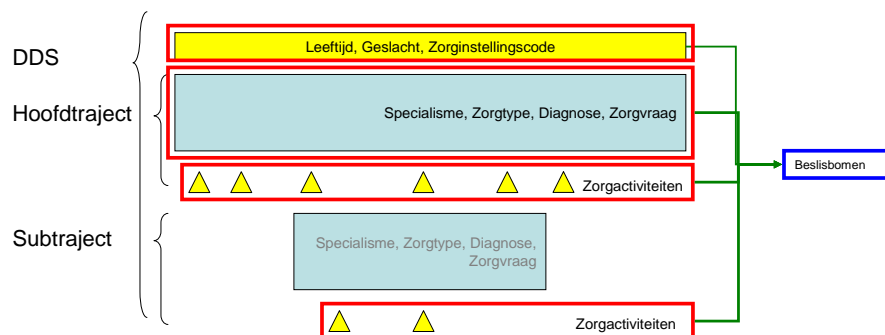
Een grouper leidt uit de declaratiedataset één of meer zorgproducten af. Wanneer een declaratiedataset meerdere subtrajecten bevat, geldt dat de typerende gegevens van het hoofdsuject bepalend zijn in de afleiding op bijbehorende ingangsdatum. Voor zorgactiviteiten geldt dat de (vertaalde) zorgactiviteiten van alle subtrajecten in de declaratiedataset bepalend zijn voor de afleiding.

3.1.1 Gegevens-elementen beslisregels

Bij het doorlopen van de beslisboom worden op basis van beslisregels de zorgproductgroep en het dbc-zorgproduct bepaald. Beslisregels kunnen gebruik maken van een aantal gegevens-elementen. Dit betreft:

- de declaratiedataset (zorginstelling, leeftijd, geslacht);
- het hoofdsuject (specialisme, zorgtype, zorgvraag, diagnose);
- de zorgactiviteiten.

Dit wordt schematisch weergegeven in het onderstaande figuur.



3.1.2 Bepalen zorgproductcode

Uitgangspunt voor de afleiding is de begindatum van het hoofdsuject. Het afleiden van het dbc-zorgproduct bestaat in hoofdlijnen uit drie stappen:

1. *Het bepalen van de topboom*
de groepertabellen bevatten alle op dat moment geldige productstructuren. Iedere productstructuur is voorzien van een zogenaamde topboom in de tabel. Op basis van de ingangsdatum van het hoofdsuject wordt de juiste topboom bepaald met de tabel zorgproductgroep (onderdeel groepertabellen).
2. *Het bepalen van de zorgproductgroep*
Op basis van beslisregels en tabel zorgproductgroep, wordt vanuit de topboom een zorgproductgroep bepaald.
3. *Het bepalen van de dbc-zorgproductcode*

De beslisregels van de betreffende zorgproductgroep worden doorlopen. Op basis van de beslisregels wordt een zorgproductcode bepaald.

3.1.3 Bepalen declaratiecode

Na het bepalen van het zorgproduct, wordt de declaratiecode bepaald in de tabel producten (onderdeel van de groepertabellen). De volgende situaties worden hierbij onderscheiden:

1. Een product kan verzekerd of onverzekerd zijn. De declaratiecode verzekerde zorg en de declaratiecode onverzekerde zorg zijn beiden gevuld. Declaratiecode is afhankelijk van resultaat aanspraakbepaling. Dit kan zijn groen (verzekerde zorg) of rood (onverzekerde zorg).
2. Het dbc-zorgproduct is altijd verzekerd: alleen de declaratiecode verzekerde zorg is gevuld.
3. Uitvalproduct: geen declaratiecode gevuld. Een declaratiecode kan niet worden bepaald.

Een grouper bepaalt de kleur van het dbc-zorgproduct op basis van de resultaten van de aanspraakbepaling (zie hoofdstuk 4.2). De kleur van het dbc-zorgproduct, in combinatie met de in de declaratiedataset opgenomen 'Indicatie Aanspraak Zvw' is bepalend voor de declaratiecode. Het resultaat voor de mogelijke combinaties wordt in onderstaande tabel weergegeven.

Conditie:									
Indicatie aanspraak Zvw uit dds	N(ee)			J(a)			Leeg (niet aanwezig)		
	Groen	Oranje	Rood	Groen	Oranje	Rood	Groen	Oranje	Rood
Status afgeleid product	Groen	Oranje	Rood	Groen	Oranje	Rood	Groen	Oranje	Rood
Actie:									
Eindresultaat	Groen	Rood		Groen		Rood	Groen	-*	rood
Declaratie code	Verzekerd	Onverzekerd		Verzekerd		Onverzekerd	Verzekerd	-	Onverzekerd

*) Er kan geen declaratiecode bepaald worden door een grouper

3.2 Afleiding overige zorgproducten

In onderstaande tabel zijn de verschillende categorieën ozp weergegeven.

Ozp	Tarieftype	Rechtstreeks declareren toegestaan?	Afleiden via grouper?
Ozp supplementair - add-on ic	15	Ja	Ja
Ozp supplementair - add-on geneesmiddel	n.v.t.*	Ja	Nee
Ozp supplementair - add-on overig / add-on facultatieve prestatie	14	Ja	Ja
Ozp supplementair - overig traject	12	Ja	Nee
Ozp supplementair – stollingsfactor*)	17	Ja	Nee
Ozp eerstelijns diagnostiek - med. specialist. behand. en diagn.	11	Nee	Ja
Ozp eerstelijns diagnostiek	20	Ja	Nee
Ozp paramedische behandeling en onderzoek	25	Ja	Nee
Ozp overige verrichtingen	13	Ja	Nee

*) Vanaf 1-1-2017 vindt registratie en declaratie van deze ozp's niet langer plaats middels zorgactiviteiten maar met ZI-nummers. Het tarieftype van de zorgactiviteiten is vanaf die datum niet langer relevant.

In dit hoofdstuk worden alleen de overige zorgproducten beschreven die door een grouper worden bepaald. Voor de afleiding van een ozp met een grouper zijn de volgende tabellen (onderdeel groupertabellen) relevant:

- Zorgtype: in de tabel staan de mogelijke zorgtypen voor een subtraject;
- Zorgactiviteiten: hierin wordt het tarieftype van de zorgactiviteit weergegeven.

Binnen tabel zorgactiviteiten kunnen de zorgactiviteiten die afleiden tot ozp's als volgt worden herkend:

- ozp eerstelijns diagnostiek - med. specialist. behand. en diagn. – tarieftype 11;
- ozp supplementair – add-on overig / add-on facultatieve prestatie – tarieftype 14;
- ozp supplementair – add-on ic – tarieftype 15.

3.2.1 Ozp eerstelijns diagnostiek

De ozp eerstelijns diagnostiek - med. specialist. behand. en diagn. (tarieftype 11) wordt door een grouper afgeleid in de volgende situatie:

- het betreft een declaratiedataset met een subtraject van zorgtype 41;
- er is minimaal één zorgactiviteit met het tarieftype 11 geldig op de uitvoerdatum.

De overige zorgactiviteiten, anders dan tarieftype 11, bij het subtraject leiden niet tot een ozp.

3.2.2 Add-ons

Voor de afleiding van add-ons geldt dat:

- alleen tarief-type 14 of 15 zorgactiviteiten kunnen afleiden tot een add-on;
- de add-on zorgactiviteiten onderdeel kunnen zijn van een subtraject met zorgtype 11, 21 of 51 traject of onderdeel van een zorgtype 52 subtraject;
- een subtraject met zorgtype 51 of 52 minimaal één zorgactiviteit van het tarief-type 15 bevat;
- een zorgactiviteit met tarief-type 15 alleen mag worden afgeleid bij subtrajecten met zorgtype 51 of 52;
- een zorgactiviteit met tarief-type 14 alleen mag worden afgeleid bij subtrajecten met zorgtype 11, 21 of 51 traject of onderdeel van een zorgtype 52 subtraject;
- een subtraject met zorgtype 52 in principe alleen gebruikt mag worden voor het registreren en declareren van een add-on ic (tarief-type 15). Bij zorgtype 52 kan alleen een add-on overig of add-on facultatieve prestatie (tarief-type 14) afgeleid worden mits er minstens één add-on ic (tarief-type 15) is afgeleid.

Overige uitgevoerde zorgactiviteiten in de declaratiedataset, anders dan tarief-type 14 of 15, leiden niet af tot add-ons.

3.2.3 Bepalen declaratiecode

Op het moment dat ozp's zijn bepaald, wordt de bijbehorende declaratiecode bepaald.

De declaratiecode is gelijk aan de zorgactiviteitcode. Het bepalen van de declaratiecode vindt plaats op basis van de zorgactiviteitcode in de tabel producten (onderdeel van de groepertabellen) op de uitvoerdatum van de zorgactiviteit.

Een grouper faciliteert niet in de aanspraakbepaling van ozp's.

3.3 Regels combinaties dbc- en overige zorgproducten

Ozp's kunnen zelfstandig of samen met dbc-zorgproducten worden afgeleid. Hiervoor geldt dat:

- een subtraject met zorgtype 11 of 21, eventueel aangeleverd in combinatie met een zorgtype 51 traject, afleidt tot één dbc-zorgproduct met bijbehorende declaratiecode of uitvalproduct¹.
- naast het dbc-zorgproduct of uitvalproduct één of meerdere ozp's afgeleid kunnen worden.

Voor het afleiden van een add-on overig / add-on facultatieve prestatie (tarief-type 14) of add-on ic (tarief-type 15) geldt de voorwaarde dat binnen een aangeboden declaratiedataset altijd minimaal één dbc-zorgproduct met bijbehorende declaratiecode of uitvalproduct wordt afgeleid.

¹ In het geval van een uitvalproduct kan geen declaratiecode worden afgeleid.

In de volgende situaties leidt een ozp zelfstandig af (zonder dbc-zorgproduct met bijhorende declaratiecode of uitvalproduct):

- een ozp eerstelijns diagnostiek (tariefstype 11) leidt altijd zelfstandig af;
- een add-on ic (tariefstype 15) leidt zelfstandig af voor een subtraject met zorgtype 52.

Het bepalen van een add-on en ozp wordt weergegeven in onderstaande tabel. In deze tabel is per type subtraject weergegeven welk soort zorgproduct kan worden afgeleid, op basis van het tarieftype van de aangeleverde zorgactiviteit(en).

		Ozp eerstelijns diagnostiek	Ozp add-on overig / facultatieve prestatie	Ozp add-on ic	Dbc-zorg- of uitvalproduct (zp)
Tarieftype		11	14	15	n.v.t.
Zorgtype	11	n.v.t.*	ozp add-on	niet toegestaan	zp
	21	n.v.t.*	ozp add-on	niet toegestaan	zp
	51	n.v.t.*	ozp add-on	ozp add-on	n.v.t.
	52	n.v.t.	ozp add-on**	ozp add-on	n.v.t.
	41	ozp	niet toegestaan	niet toegestaan	n.v.t.
	13	n.v.t.*	niet toegestaan	niet toegestaan	zp

*) Een tarieftype 11 zorgactiviteit kan binnen dit type subtraject bepalend zijn in het afleiden tot een dbc-zorgproduct. Zie hiervoor de kolom dbc-zorgproduct.

**) Afleiding ozp add-on overig / add-on facultatieve prestatie is alleen mogelijk in combinatie met de ozp add-on ic.

Voor de volledigheid zijn in de tabel alle uitkomsten van de verschillende combinaties opgenomen. N.v.t. betekent dat de combinatie niet tot een declarabel resultaat leidt. Het kan ook voorkomen dat de combinatie van een tarieftype met zorgtype niet toegestaan is.

De uitkomst bij een dbc-zorgproduct of ozp declaratie, geldt alleen indien aan alle overige voorwaarden is voldaan.

Indien er als uitkomst een resultaat staat genoteerd, geldt deze alleen voor de specifieke combinatie; andere gegevens uit de declaratiedataset kunnen gewoon leiden tot een geldige declaratie.

4. Aanspraak

4.1 Achtergrond

Een grouper faciliteert in de informatievoorziening of een dbc-zorgproduct wel of niet vanuit het basispakket vergoed mag worden.

Voor dbc-zorgproducten waarvoor **wél aanspraak** gemaakt kan worden voor vergoeding uit de basisverzekering conform de Zorgverzekeringswet (Zvw)², geldt de declaratiecode voor verzekerde zorg ('groen'). Voor dbc-zorgproducten waarvoor **géén aanspraak** op het basispakket gemaakt kan worden, geldt de declaratiecode voor onverzekerde zorg ('rood'). De groene declaratiecodes beginnen met 14 of 15. Rode declaratiecodes beginnen met 16 of 17.

Een grouper bepaalt deze declaratiecode op basis van:

- de samenstelling van de zorgactiviteiten in de declaratiedataset van rode, oranje groene zorgactiviteiten;
- typerende zorgactiviteiten in een paarse knoop;
- indicatie aanspraak (Aanspraak Zvw) uit de declaratiedataset.

Samenstelling zorgactiviteiten in de declaratiedataset

De zorgactiviteiten in de tabel zorgactiviteiten zijn als volgt in te delen:

- groene zorgactiviteiten³:
leiden af naar verzekerde zorg, het veld "aanspraakcode" in de zorgactiviteitentabel is niet gevuld, kleurloze zorgactiviteit;
- rode zorgactiviteiten:
leiden af naar onverzekerde zorg, het veld aanspraakcode is gevuld en de waarde is groter of gelijk aan 1000 en kleiner of gelijk aan 1999;
- oranje zorgactiviteiten:
het veld aanspraakcode is gevuld en de waarde is groter of gelijk aan 2000 en kleiner of gelijk aan 2999.

Typerende zorgactiviteiten in een paarse knoop

De kleuring van een dbc-zorgproduct is voorbehouden aan oranje of rode zorgactiviteiten. De zorgactiviteiten dienen daarnaast typerend te zijn voor het desbetreffende product in een paarse knoop. Alleen in paarse knopen staat een 'aanspraakbeperkingsensor' aan. Buiten deze paarse knopen hebben de aanspraakcodes van de verrichtingen in de

² Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) geeft een document uit waarin wordt beschreven onder welke condities er wel/geen aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding uit het basispakket, met verwijzing naar wettekst. Dit document, getiteld 'Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakbeperking Zvw' is te vinden op de [website](#) van het Zorginstituut.

³ Groene zorgactiviteiten. Dit zijn zorgactiviteiten die geen oranje of rode aanspraakcode toegekend hebben gekregen, wat betekent dat deze zorg in de regel onder de basisverzekering valt. Meestal zal het om verzekerde basiszorg gaan, maar dit is niet altijd het geval. Het Zorginstituut heeft namelijk niet bij alle medisch specialistische zorg die in de praktijk wordt verricht en die met dbc's/zorgactiviteiten wordt gedeclareerd, beoordeeld of deze onder de basisverzekering valt. Onder de groene verrichtingen bevinden zich dus ook nog ongekleurde verrichtingen. Dat hangt samen met het feit dat voor de medisch specialistische zorg een zogenoemd open systeem van verzekeringsaanspraken bestaat. Mocht er twijfel bestaan of bepaalde zorg onder de te verzekeren prestaties valt, dan kunt u voor meer informatie terecht bij het Zorginstituut.

aangeleverde declaratiedatasets geen effect op de kleur van de declaratiecode.

Indicatie aanspraak Zvw

Dit betreft de beoordeling van de verantwoordelijke beroepsbeoefenaar of bij de behandeling van de patiënt aan de medische indicatievereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet. Deze indicatie is nodig als na de afleiding de kleuring op basis van zorgactiviteiten oranje is. In geval van een positieve indicatie wordt het dbc-zorgproduct groen.

4.2 Bepalen aanspraak

De volgende tabellen (onderdeel van de groepertabellen) zijn relevant voor de bepaling van de aanspraak:

- *Zorgactiviteiten*: binnen deze tabel zijn de zorgactiviteiten voorzien van een aanspraakcode;
- *Beslisregels*: binnen deze tabel is opgenomen of de beslisregel een paarse knoop betreft;
- *Producten*: hierin zijn de rode en groene declaratiecodes per dbc-zorgproduct opgenomen.

Algemeen geldt dat:

- voor de aanspraakbepaling van het dbc-zorgproduct moet uitgegaan worden van de aanspraakcode van de (vertaalde) zorgactiviteiten zoals geldig op begindatum van het hoofdsubtraject;
- vanaf het paarse knooppunt in de boom die van de ja-kant zal worden geërfd. Als er vanaf die knoop aan de nee-kant ook aansprakelijkheid vereist is, dan wordt dit voor een lagere knoop apart aangegeven. Dit is vormgegeven in de tabel beslisregels (onderdeel van de groepertabellen);
- bij de start de kleur / status aanspraak van het nog af leiden product altijd groen is;
- de kleur kan wijzigingen in een beslisregel(ook wel knoop):
 - voor paarse knopen geldt: de kleur (en aanspraakcode) van de uitgevraagde zorgactiviteit is **wel** van belang;
 - voor niet paarse knopen geldt: de kleur (en aanspraakcode) van de uitgevraagde zorgactiviteit is **niet** van belang.

De aanspraakbepaling verloopt stapsgewijs per beslisregel. In de navolgende tabel zijn de mogelijkheden en gevolgen weergegeven van de ja-kant. Case 1 t/m 8 betreft de verwerking van een paarse knoop. Case 9 geeft de verwerking weer van een niet paarse knoop.

Case:	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Conditie									
1. Paarse Knoop	J	J	J	J	J	J	J	J	N
2. Typerende zorgactiviteit(en)?	N	J	J	J	J	J	J	J	-
3. Huidige status aanspraak product:									
- Rood		J							
- Oranje			J	J	J				
- Groen						J	J	J	
4. Typerende zorgactiviteit gevonden met aanspraakcode⁴:									
- Rood		-	J	N	N	J	N	N	
- Oranje		-	-	J	N	-	J	N	
- Groen		-	-	-	J	-	-	J	
Actie									
Kleur van het product wordt:									
- Rood			X			X			
- Oranje							X		
- Houdt huidige waarde	X	X		X	X			X	X

Op het moment dat het zorgproduct is afgeleid, kan op basis van de definitieve kleur de declaratiecode worden bepaald. (Zie ook 3.1.3 Bepalen declaratiecode)

4.3 Verantwoordingsinformatie

De aanspraakbepaling resulteert in verantwoordingsinformatie.

Aanspraak Zvw toegepast

Geeft aan dat na de afleiding van het dbc-zorgproduct de 'Status aanspraak' is gewijzigd.

Dit vindt plaats in de volgende situaties:

- van oranje naar groen, als gevolg van een Indicatie Aanspraak (Aanspraak Zvw) 'ja' in de declaratiedataset; en

⁴ Uitleg waarden onder punt 4: J betekent zorgactiviteit aanwezig, N betekent zorgactiviteit niet aanwezig, - betekent zorgactiviteit niet relevant.

- van oranje naar rood als gevolg van een Indicatie Aanspraak (Aanspraak Zvw) 'nee'.

Oranje ZA in profiel

Verantwoordingsinformatie "Oranje ZA in profiel" wordt teruggegeven als voldaan wordt aan de volgende voorwaarden:

- in de declaratiedataset komt tenminste één zorgactiviteit voor met een aanspraakcode in de tabel zorgactiviteiten groter of gelijk aan 2000 en kleiner of gelijk aan 2999; en
- de zorgactiviteit is uitgevraagd in een paarse knoop; en
- de zorgactiviteit is gebruikt is voor de bepaling van de kleur van het dbc-zorgproduct.

De informatie 'Aanspraak Zvw toegepast' en 'Oranje ZA in profiel' is onderdeel van de declaratieresultset. Zie ook hoofdstuk 2.3.

5. Machtigingen

Voor bepaalde behandelingen is een machtiging van de zorgverzekeraar vereist. Een grouper voorziet in een signaalfunctie voor machtigingen. De signaalfunctie geeft aan of voor een bepaalde declaratie de vereiste machtiging daadwerkelijk kan worden vereist.

Om te bepalen of een machtiging vereist kan worden, zijn de volgende voorwaarden van toepassing:

- er komt in de declaratiedataset tenminste één zorgactiviteit voor met een aanspraakcode in de tabel zorgactiviteiten (onderdeel van de groepertabellen) groter of gelijk aan 2700 en kleiner of gelijk aan 2799; en
- de zorgactiviteit is gebruikt voor de bepaling van de kleur van het dbc-zorgproduct (zie ook hoofdstuk 4.2); en
- de zorgactiviteit komt in combinatie met de diagnose voor in de tabel limitatieve lijst machtigingen (onderdeel van de groepertabellen), op begindatum van het hoofdsubtraject.

Indien in de afleiding van een declaratiedataset aan alle voorwaarden voldaan wordt, wordt de verantwoordingsinformatie 'ZA met machtiging in profiel' geretourneerd als onderdeel van de declaratieresultset (zie hoofdstuk 2.3).

6. Zorgactiviteiten op de nota

Voor hoofdsubtrajecten met een ingangsdatum vanaf 1 januari 2014 moet een grouper bepalen welke zorgactiviteiten op de nota moeten worden vermeld. Daarvoor gelden de volgende regels:

- alleen zorgactiviteiten waarvan in de tabel zorgactiviteiten (onderdeel van de groepertabellen) is aangegeven dat ze op de nota moeten, worden vermeld;
- zorgactiviteiten op de nota worden alleen bepaald in een declaratiedataset met een subtraject met zorgtype 11, 21 of 13;
- voor iedere zorgactiviteit in de declaratiedataset wordt op basis van de uitvoerdatum bepaald of deze op de nota moet;
- voor elke zorgactiviteit die op de nota moet, wordt het zorgactiviteitsnummer (uit de declaratiedataset) opgenomen in de declaratieresultset;
- indien er sprake is van een privacyverklaring die overeen is gekomen tussen patiënt en zorgaanbieder, worden geen zorgactiviteiten op nota opgenomen in de declaratieresultset.