

Bijlage 1: Toelichting op de nadere regel

Recente wijzigingen

Met ingang van 2016 is de tekst uit het 'spelregeldocument', dat voorheen werd opgesteld door DBC-Onderhoud, verwerkt in deze bijlage van de nadere regel. Daarnaast zijn zoals gebruikelijk de codelijsten, beroepentabel en dergelijke in bijlagen opgenomen.

Met ingang van 1 januari 2015 zijn de zorgzwaartepakketten zzp-ggz B 3 t/m 7 al dan niet met dagbesteding, zzp-ggz Klinisch Intensieve Behandeling, de toeslagen Niet-Strafrechtelijke fz en vervoer naar dagbesteding, overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Daarom zijn per genoemde datum in deze nadere regel ook de voorwaarden met betrekking tot registratie, declaratie en informatieverplichtingen ten aanzien van deze zzp's ggz opgenomen.

De grootste veranderingen voor 2017 zijn bepalingen rondom het regiebehandelaarschap, de invoering van DSM-5, het heropenen van een dbc, de dbc-beroepentabel, vaktherapie, crisis-dbc's en aanpassingen rondom paralleliteit.

Regiebehandelaarschap

Conform het model-kwaliteitsstatuut ggz (veldnorm die vanaf 1 januari 2017 in werking treedt) wordt het begrip hoofdbehandelaar vervangen voor regiebehandelaar. Dit is in de nadere regel 'gespecialiseerde ggz' consequent doorgevoerd. Daarbij wordt op verzoek van partijen (zoals volgt uit het model-kwaliteitsstatuut ggz) onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen. Hiervoor wordt aangesloten op classificatiecodes die vastliggen in het AGB-register. Voor vrijgevestigden en instellingen gelden afzonderlijke lijsten met mogelijke regiebehandelaars. Ook dit is verwerkt in de nadere regel 'gespecialiseerde ggz'. Daarbij is rondom het regiebehandelaarschap een ontheffingsmogelijkheid gecreëerd voor patiënten bij overgang vanuit de Jeugdwet (zorgtype 147). Tenslotte wordt experimenteeruimte geboden voor beroepen die (nog) niet zijn opgenomen in de lijsten met toegestane regiebehandelaars.

Invoering DSM-5

Per 1 januari 2017 worden de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz door het Zorginstituut geduid en uitgelegd op grond van de DSM-5. DSM-5 wordt daarmee ook leidend voor de klinische praktijk. Vanaf 2017 zal voor nieuwe zorgtrajecten de diagnose geassocieerd worden in DSM-5. De DSM-5 diagnose wordt geconverteerd naar een bijbehorende DSM-IV diagnose. De registratie en bekostiging vindt nog conform DSM-IV plaats.

Heropenen dbc

Per 2017 is het verplicht de reeds afgesloten dbc te heropenen als de patiënt binnen 35 dagen terug komt in zorg voor dezelfde primaire diagnose. Als ondertussen de jaargrens van 365 dagen is gepasseerd, is heropenen niet mogelijk. In dat geval wordt een vervolgd-bc geopend. Deze regel is ingebouwd in de validatieregels.

Deze regels gaan enkel over het niet gepland terugkomen in zorg. Als vooraf bekend is de patiënt terug in zorg komt, dient de dbc open te blijven staan en is er dus geen sprake van heropenen of het openen van een nieuwe (vervolg-)dbc.

Crisis-dbc's

We hebben verduidelijkingen doorgevoerd in de nadere regel 'gespecialiseerde ggz', vooral over wanneer een crisis-dbc geopend mag worden. Er is opgenomen dat er in principe per patiënt per crisis maar één crisis-dbc geopend mag worden. Dit wordt toegelicht met een aantal voorbeelden. Daarnaast is er een aanpassing gedaan bij crisis-dbc's met 28 dagen opname: het is niet meer toegestaan om daarop aansluitend een nieuwe crisis-dbc met opname te openen.

Vaktherapie

De activiteiten vaktherapie zijn naar aanleiding van het rapport van het Zorginstituut over vaktherapie en dagbesteding aangepast, en ook de definitie is aangescherpt.

Dbc-beroepentabel

Er zijn twee beroepen (hbo-pedagoog en ervaringsdeskundige) toegevoegd aan de beroepentabel. De door deze beroepen geschreven tijd gaat per 2017 nog niet meewegen in de dbc's. Daarnaast is een nadere uitleg opgenomen over de manier waarop de ondersteunende beroepen in de ggz bekostigd worden in het huidige kostprijsmodel.

Parallelliteit

Er is nader toegelicht dat parallelliteit is toegestaan tussen zorg die geleverd wordt in de gespecialiseerde ggz en in de forensische zorg, waarbij voor de afzonderlijke zorgtrajecten moet worden voldaan aan de geldende regelgeving. Ook is beschreven onder welke voorwaarden zorg voor een psychische stoornis kan worden geleverd onder de Zvw wanneer een patiënt met een Wlz-indicatie zorg ontvangt binnen Wlz-instelling.

Algemene toelichting

Op grond van artikel 37 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij, kortweg, om declaratie- en/of factureringsvoorschriften. Artikel 38 van de Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

Deze nadere regel beschrijft de eisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om de geleverde zorg te kunnen declareren. Deze eisen zijn erop gericht dat tarieven die worden gedeclareerd voor het leveren van zorg aan een bepaalde patiënt in overeenstemming zijn met de geleverde zorg aan diezelfde patiënt.

De NZa is op grond van artikel 76, 82 en 85 van de Wmg ter handhaving van deze nadere regel bevoegd tot het geven van een aanwijzing, het toepassen van bestuursdwang en tot het opleggen van een bestuurlijke boete.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 2 Algemene bepalingen

Per 2015 is voor patiënten vanaf 18 jaar de langdurige op behandeling gerichte intramurale geestelijke gezondheidszorg (iggz) voor de eerste 1095 dagen overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Deze termijn geldt niet voor de mensen die op 31 december 2014 al een zzp-ggz B hebben in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Deze patiënten gaan rechtstreeks over naar de Wet langdurige zorg.

Voor het registreren en declareren van verblijfsdagen gelden de dbc's ggz als prestatie tot en met 365 dagen. Na 365 dagen gelden de zzp's ggz als prestatie voor langdurig verblijf en mogen er géén verblijfsdagen geregistreerd worden op een dbc. Voor ambulante behandeling gelden altijd de dbc's als prestatie, ongeacht de behandelduur. Het aantal verblijfsdagen is gebaseerd en wordt berekend op basis van artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

In het Besluit zorgverzekering (Bzv) artikel 2.12 staat het volgende opgenomen over de aanspraak op verblijf:

- Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
- Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de drie jaar.
- In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de drie jaar.

Voor de gespecialiseerde ggz betekent bovenstaand artikel dat verblijf in het kader van behandeling in een ggz-instelling tot en met 1.095 dagen vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Vanaf 1.096 dagen aaneengesloten verblijf eindigt de financiering voor deze zorg vanuit de Zvw en gaat dit over naar de Wlz. Als behandeling niet meer in combinatie met verblijf nodig is, zal de zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bekostigd worden.

Met de telling van aaneengesloten verblijf tot en met 1095 dagen worden alle vormen van verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg meegeteld. Het gaat hierbij om verblijf in een ggz-instelling, maar ook om verblijf in een ziekenhuis of andere instelling in verband met somatische problematiek.

In onderstaande tabel wordt de samenloop van dbc's, zzp's ggz en ozp's weergegeven.

	Te declareren in combinatie met:			
	dbc ggz (Zvw)	dbc med spec zorg (Zvw)	Basis-ggz	ozp's
zzp-ggz (Zvw)	Nee. Na 365 dagen aaneensluitend verblijf is er sprake van langdurige ggz. Dit wordt bekostigd met de zzp's ggz. Vanuit het zzp-ggz wordt alle zorg in het kader van een ggz-diagnose geleverd, ongeacht het type ggz-diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja, mits sprake is van diagnose niet behorend tot de ggz, kan voor deze zorg een somatische dbc in rekening worden gebracht.	Nee, vanuit het zzp-ggz wordt alle zorg in het kader van een ggz-diagnose geleverd, ongeacht het type ggz-diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja, met uitzondering van de ozp beeldvormend onderzoek/ klinisch chemische en microbiologische voor patiënten die intramurale gespecialiseerde ggz ontvangen.

Tabel 1: Samenloop dbc's, zzp's en ozp's 1

2.4 Regiebehandelaarschap - experimenteerruimte

Hierbij is de eis aan de derde onafhankelijke partij dat zij objectief, gemotiveerd en zorgvuldig tot een oordeel komt over de ingediende aanvragen. Dit stelt eisen aan de governance, zoals de aanwezigheid van een aanvraag- en bezwaarprocedure. Tenslotte moet de looptijd van het experiment begrenst zijn door de derde partij.

Toegekende aanvragen leiden tot de mogelijkheid om per direct gebruik te maken van een keuzemogelijkheid op dbc-niveau, die mogelijk maakt andere beroepen te selecteren dan genoemd in artikel 1.3 onder dd. Als een ander beroep wil acteren als regiebehandelaar, kan hij dit aangeven met bovengenoemde keuze. Deze keuze maakt mogelijk om een ander beroep als regiebehandelaar te laten fungeren. Dit betekent dat verzoeken in beginsel lopende het jaar aangevraagd kunnen worden en –bij toekenning- direct leiden tot declaratiemogelijkheden. De controle hierop ligt bij de zorgverzekeraar.

Artikel 3 Diagnose-behandelcombinaties (dbc's)

Wat is een dbc

Dbc staat voor diagnose-behandelcombinatie. Een dbc omvat het traject tot maximaal 365 kalenderdagen dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-zorgaanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De dbc vormt de basis voor de declaratie van de geleverde zorg in het kader van deze diagnose bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

Waaruit bestaat een dbc

Een dbc in de ggz is opgebouwd uit patiëntgerichte activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen. Afhankelijk van de set van activiteiten, verblijfsdagen, uren dagbesteding en verrichtingen en de tijd of aantallen die hieraan besteed zijn, wordt een aparte behandelprestatie, verblijfsprestatie en/of overige prestatie afgeleid. Aan de behandel- en verblijfsprestaties zijn tarieven verbonden. Deze tarieven worden jaarlijks door de NZa vastgesteld.

Welke ggz wordt niet geregistreerd met behulp van de dbc-systematiek:

- generalistische basis-ggz
- lang verblijf

Een verblijf in een ggz-instelling van een aaneengeschakelde periode

tot en met 365 dagen valt onder de Zvw (artikel 2.10 Bzv)¹¹ en wordt bekostigd via de dbc-systematiek. Duurt de opname langer dan 365 dagen, dan valt dit als het op behandeling gerichte ggz is nog steeds onder de Zvw, maar vindt bekostiging plaats op basis van zzp's en niet op basis van dbc's.

- forensische zorg
Voor de bekostiging van forensische zorg onder het strafrechtelijk kader (fz) gelden aparte registratieregels (dbbc-systematiek). (Zorg die wordt opgelegd in het kader van Jeugdstrafrecht valt vanaf 1 januari 2015 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten).
- zorg na overlijden van de patiënt
Zorg die is geboden na de overlijdensdatum van de patiënt, bijvoorbeeld het afronden van een dossier, mag niet geregistreerd worden op een dbc. Deze activiteiten worden volgens de Zvw niet vergoed door de verzekeraar omdat ze niet bijdragen aan de genezing van de patiënt.
- openbare ggz
Zorg die is uitgevoerd in het kader van de openbare ggz, waarbij het gaat om preventie en zorg die niet voortkomt uit een individuele en vrijwillige zorgvraag, mag niet geregistreerd worden op een dbc.
- collectieve preventie en dienstverlening
Zorg die is geboden in het kader van collectieve preventie en dienstverlening, zoals het voorlichten van jongeren over psychiatrische klachten, mag niet geregistreerd worden op een dbc.

Proces van dbc-registratie

De dbc-systematiek in de ggz werkt volgens een proces van registratie, validatie en afleiding.

- Registratie:
Het registratieproces start op het moment dat een patiënt die is verwezen naar een gespecialiseerde ggz-zorgaanbieder, zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag. Op dat moment wordt meteen een zorgtraject en bij het eerste behandelcontact een dbc geopend. Een zorgtraject volgt het zorgproces voor één primaire diagnose en kan bestaan uit een initiële dbc waarin de primaire diagnose is gesteld en een onbeperkt aantal vervolg-dbc's.
- Validatie:
Als de dbc is afgesloten volgt de validatie. Tijdens de validatie wordt gecontroleerd of de dbc goed en technisch volledig is geregistreerd.
- Afleiding:
Na de validatie wordt via de afleiding bepaald in welke behandelprestatie/productgroep de dbc terechtkomt. Vervolgens wordt de dbc als onderdeel van de factuur naar de zorgverzekeraar van de patiënt gestuurd en worden daarnaast de dbc-gegevens aan het dbc-informatiesysteem (DIS) geleverd.



Figuur 1: Proces van registratie, validatie en afleiding

3.1.2 Openen dbc's

¹¹ Wanneer er tijdens de opnameperiode een onderbreking plaatsvindt van hoogstens 30 dagen, worden deze niet als onderbreking beschouwd, maar tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Voor nadere regelgeving, zie www.zorginstituutnederland.nl.

Binnen de dbc-systematiek wordt onderscheid gemaakt tussen de termen 'zorgtraject', 'initiële dbc' en 'vervolg-dbc'.

Zorgtraject

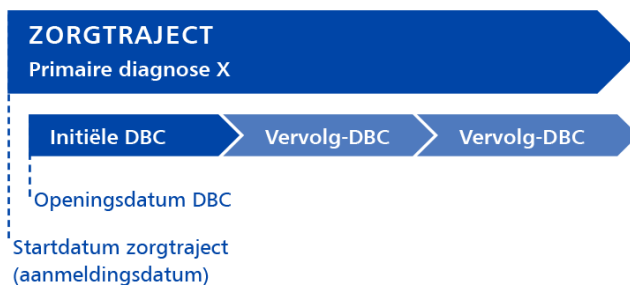
Voordat een dbc geopend kan worden moet eerst een zorgtraject zijn gestart. Dit zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. De aanmeldingsdatum van de patiënt bepaalt de startdatum van het zorgtraject. Een initiële dbc, met eventueel één of meerdere vervolgd-
dbc's, vormt het zorgtraject. Het vastleggen van de aanmeldingsdatum is verplicht volgens de [mds](#).

Wie opent een zorgtraject

Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het secretariaat, op het moment dat iemand een afspraak maakt.

Relatie tussen zorgtraject en dbc

De startdatum van het zorgtraject kan hetzelfde zijn als de openingsdatum van de initiële dbc, maar dit hoeft niet. De initiële dbc start namelijk op de datum van de eerste patiëntgebonden activiteit van de behandelaar. Als die later dan de aanmeldingsdag plaatsvindt, ligt de startdatum van het zorgtraject vóór de openingsdatum van de initiële dbc.



Figuur 2: Zorgtraject en dbc's

3.1.2.1 Wie opent een dbc

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar kan een dbc openen.

3.1.2.2 Openingsdatum dbc

Bij het openen van een dbc moet een openingsdatum vermeld worden. Dit is verplicht volgens de [mds](#). De openingsdatum is gelijk aan de datum waarop de eerst(volgende) directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt. Bij enkele vervolgzorgtypes geldt een uitzondering op deze regel, zie onderdeel [Wanneer een vervolgd-
dbc openen](#).

3.1.2.3 Initiële dbc¹²

Een initiële dbc is de dbc die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële dbc is altijd de eerste dbc binnen een zorgtraject. De startdatum van de initiële dbc is gelijk aan de datum van het eerste (directe of indirecte) patiëntgebonden contact.

Wanneer een initiële dbc openen?

- Als een *nieuwe patiënt* zich aanmeldt.

¹² Zie ook figuur 3.

Als een zorgaanbieder over meerdere locaties beschikt en een patiënt alleen van locatie verandert, maar niet van primaire diagnose, dan is er in dat geval géén sprake van een nieuwe patiënt. De regiebehandelaar op de andere locatie mag dan geen initiële dbc openen. Alle geboden zorg op de andere locatie voor dezelfde primaire diagnose moet op de al geopende dbc worden geregistreerd.

- Als een *bekende patiënt* voor een andere primaire diagnose in zorg komt dan de diagnose waarvoor de patiënt al in behandeling is.

Let op

Er kan sprake zijn van parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten. De voorwaarden daarvoor staan vermeld in artikel 3.1.3 op pagina 12, en een nadere toelichting is te vinden in 3.1.3.6 Omgaan met meerdere primaire diagnoses in bijlage I.

- Als een *bekende patiënt* voor dezelfde diagnose terug in zorg komt, waarbij er al meer dan 365 dagen zijn verstreken sinds het sluiten van de vorige dbc.
- Overgang naar andere bekostiging
Als een *bekende patiënt* in behandeling is waarbij deze behandeling wordt bekostigd vanuit een bekostigingsregime anders dan de Zvw, en de bekostiging overgaat naar de Zvw. De openingsdatum van een dbc is dan gelijk aan de datum waarop de eerst(volgend)e directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

Deze overgang is bijvoorbeeld aan de orde als een minderjarige patiënt tijdens de behandeling de 18 jarige leeftijd bereikt, en de bekostiging overgaat van de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet. Voor die overgang is een apart zorgtype aangemaakt, zie Bijlage 2: Zorgtypen.

Een ander voorbeeld is als er sprake is van forensische zorg met strafrechtelijke titel waarbij de strafrechtelijke titel vervalt maar de behandeling wordt voorgezet onder de Zvw.

3.1.2.4 Heropenen dbc

Heropenen (initiële of vervolg) dbc

Als de patiënt binnen 35 dagen na het afsluiten van de dbc terugkomt in zorg voor dezelfde diagnose, moet – als de jaargrens dat mogelijk maakt- de voorafgaande dbc heropend worden. Als de patiënt ongepland terug in zorg komt voor dezelfde primaire diagnose, maar de tussenliggende periode is meer dan 34 dagen, dan zijn er twee mogelijkheden: openen van een nieuwe (vervolg-)dbc of heropenen van de dbc. Deze laatste mogelijkheid zal in de praktijk vooral worden toegepast als de dbc nog niet is gefactureerd.

3.1.2.5 Vervolg-dbc

Een vervolg-dbc is een dbc die volgt op een initiële dbc of een voorgaande vervolg-dbc. Een vervolg-dbc heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële dbc of vervolg-dbc.

Wanneer een vervolg-dbc openen

Het gaat hier altijd om een bekende patiënt en precies dezelfde primaire diagnose. Een vervolg-dbc valt altijd onder hetzelfde zorgtraject waaronder de bijbehorende initiële dbc en eventuele eerdere vervolg-dbc's vallen.

- Als een (initiële of vervolg-)dbc 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is, moet een vervolg-dbc met één van de volgende zorgtypen worden geopend:
 - (langdurig periodieke) controle (201)
 - voortgezette behandeling (202)
 - uitloop (203)

Let op

Uitzondering m.b.t. openingsdatum: bij deze zorgtypes is de openingsdatum de dag na het sluiten van de voorgaande dbc.

- Als een patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose binnen 35 dagen na afsluiting van de dbc, moet – als de jaargrens dat mogelijk maakt - de dbc heropend worden.

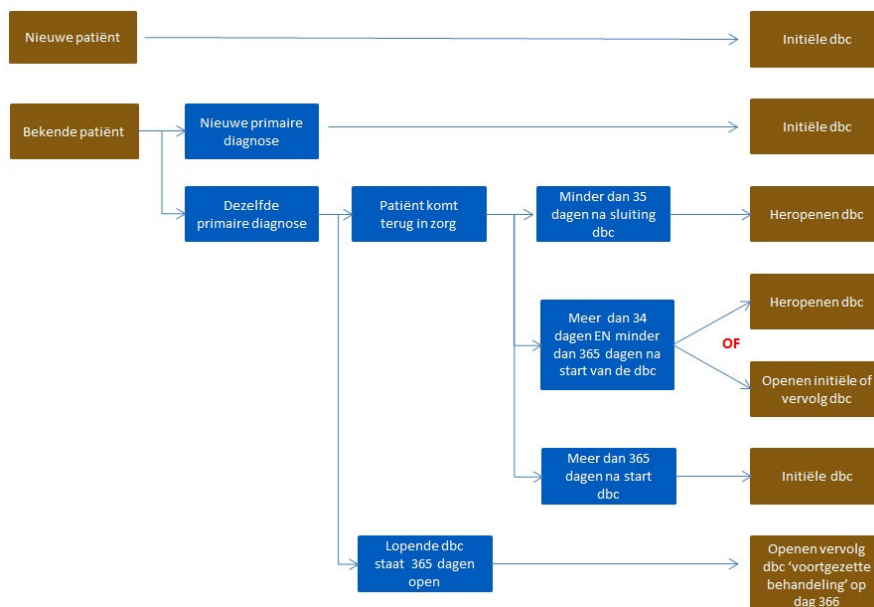
Let op

- Als een patiënt terug in zorg komt, maar er zijn al 365 dagen verstreken sinds de sluiting van de voorgaande dbc, dan opent de regiebehandelaar weer een initiële dbc.
- Als in de voorgaande dbc geen diagnose is gesteld en de patiënt komt terug in zorg, moet de regiebehandelaar een initiële dbc openen.
- Als een zorgaanbieder na *second opinion* de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder. Deze behandelaar heeft een second opinion uitgevoerd en hiervoor een dbc met het zorgtype 'second opinion' (106) geopend en gesloten. In dat geval moet deze regiebehandelaar een vervolg-dbc openen volgend op deze second opinion dbc. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de afgesloten second opinion dbc dezelfde primaire diagnose bevat. Een vervolg-dbc met één van de volgende zorgtypen moet worden geopend:
 - (langdurig periodieke) controle (201)
 - voortgezette behandeling (202)
 - uitloop (203)

Let op

Een initiële dbc met zorgtype 'second opinion'(106) hoeft niet 365 dagen open te hebben gestaan.

Samenvatting



Figuur 3 Overzicht openen initiële of vervolg dbc's

3.1.2.6 Verwijzing naar de basis-ggz

Als een patiënt voor een vervolgbehandeling in aanmerking komt en voldoet aan één van de patiëntprofielen in de basis-ggz, dan wordt deze patiënt verwezen naar de basis-ggz. In deze situatie wordt geen vervolgd-
dbc geopend.

3.1.3 Typeren van dbc's

3.1.3.1 Wie typeert?

De dbc moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn. Bij voorkeur typeert de regiebehandelaar de dbc binnen een maand na opening. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijke voor het juist invullen van de volledige typering.

Wanneer typeren?

De dbc moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn. Bij voorkeur typeert de regiebehandelaar de dbc binnen een maand na opening.

3.1.3.2 Vastleggen identificatiegegevens

Welke gegevens de zorgaanbieder (bij een initiële dbc) in ieder geval moet invullen bij de identificatiegegevens van een patiënt, is gebaseerd op de [mds](#). Dit zijn de volgende gegevens:

- naam patiënt
- geboortedatum
- geslacht
- postcode (wijkcode)
- burgerservicenummer (BSN)
- unieke identificatie zorgverzekeraar (conform het UZOVI-register¹³)

3.1.3.3 Vastleggen zorgtype

Met het zorgtype wordt de aanleiding tot zorg vastgelegd. Het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt.

Welk zorgtype gebruiken

Er zijn verschillende zorgtypen voor initiële en vervolgd-
dbc's. In bijlage III is te zien uit welke zorgtypen de regiebehandelaar kan kiezen bij een initiële en een vervolgd-
dbc. Zijn er meerdere zorgtypen van toepassing? Selecteer dan het zorgtype dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft. Een meer uitgebreide beschrijving van de zorgtypen staat in Bijlage 2: [Zorgtypen](#).

Gedurende de looptijd van de dbc mag het zorgtype gewijzigd worden. Het zorgtype moet echter bij het sluiten van de dbc volledig en juist geregistreerd zijn.

Let op

Is er sprake van Bemoezorg of een Rechterlijke machtiging op basis van de Wet Bopz? Selecteer dan altijd dit zorgtype, ook al is er eerder een ander zorgtype geregistreerd.

Anonimisering van zorgtypen

In verband met de privacy van de patiënt worden sommige zorgtypen die verband houden met een rechterlijke uitspraak niet op de declaratie aan de verzekeraars opgenomen. Voor de zorgtypen Rechterlijke machtiging (rm), Rechterlijke machtiging met voorwaarden en bemoezorg geldt dat deze de pseudocode 199 bij een initiële dbc en 299

¹³ Unieke ZorgVerzekeraarsIdentificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.

bij een vervolg-dbc krijgen. In het geval van het zorgtype Inbewaringstelling (ibs) krijgt de dbc de pseudocode 199.

3.1.3.4 Vastleggen diagnose

De diagnoseclassificatie in de dbc-systematiek sluit aan bij de regels die gelden rondom het gebruik van de DSM-5. De registratie van de diagnose gebeurt met behulp van de diagnosetabel van de NZa die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. De bijbehorende codes van As 1 en As 2 sluiten aan bij de ICD-9-CM

Registreren diagnose per as

De regiebehandelaar registreert de diagnose conform DSM-IV-TR. Hierbij moet de diagnose geregistreerd worden op alle vijf zogeheten assen, die hieronder worden besproken.

As 1: Klinische stoornissen

Op As 1 kan één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Tabel 1 As 1: klinische stoornissen laat zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

Let op

- Op As 1 is de diagnose 799.9 'Diagnose/aandoening uitgesteld' niet toegestaan.
- Registreer V71.09 'Geen diagnose of aandoening op As 1 aanwezig' als er geen As 1-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.

As 1 Klinische stoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Stoornissen in de kindertijd	Overige stoornissen in de kindertijd Pervasieve ontwikkelingsstoornissen Aandachtstekort stoornissen en gedragsstoornissen
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Restgroep diagnoses
Aan een middel gebonden stoornissen	Aan alcohol gebonden stoornissen Overige aan een middel gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Depressieve stoornissen Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Angststoornissen	Angststoornissen
Somatoforme stoornis	Somatoforme stoornissen
Nagebootste stoornissen	Restgroep diagnoses
Dissociatieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Restgroep diagnoses
Eetstoornissen	Eetstoornissen
Slaapstoornissen	Restgroep diagnoses
Stoornissen in de impulsbeheersing	Restgroep diagnoses
Aanpassingsstoornissen	Aanpassingsstoornissen
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

Tabel 1 As 1: klinische stoornissen

As 2: Persoonlijkheidsstoornissen

Op As 2 kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Per stoornis moet worden aangegeven of de stoornis aanwezig is of dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kan maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid worden geregistreerd. In Tabel 2 As 2: Persoonlijkheidsstoornissen is te zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

Let op

- Per persoonlijkheidsstoornis sluiten de antwoordmogelijkheden 'aanwezig' en 'trekken van' elkaar uit.
- Op As 2 kunt u wel kiezen voor de code 799.9 'Diagnose/aandoening uitgesteld', maar deze kan nooit de primaire diagnose van de dbc zijn.

- Registreer V71.09 'Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig' als er geen As 2-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.

As 2 Persoonlijkeitsstoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd)	Restgroep diagnoses
Lichte zwakzinnigheid	
Matige zwakzinnigheid	
Ernstige zwakzinnigheid	
Diepe zwakzinnigheid	
Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	
Persoonlijkeitsstoornissen	Persoonlijkeits-stoornissen
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	
Borderline persoonlijkheidsstoornis	
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	
Obsessieve - compulsieve persoonlijkheidsstoornis	
Persoonlijkeitsstoornis NAO	
Uitgesteld / geen persoonlijkheidsstoornis	
Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)	Restgroep diagnoses

Tabel 2 As 2: Persoonlijkeitsstoornissen

As 3: Somatische aandoeningen

Registreer op As 3 alleen de somatische aandoening die een directe relatie heeft met de As 1- of As 2-stoornis (bijvoorbeeld: delirium door een somatische aandoening) en die van invloed is op de behandeling.

De registratie van somatische aandoeningen is in de dbc-systematiek beperkt tot drie niveaus:

- *Geen of geen relevante diagnose op As 3*
Als er geen somatische aandoening aanwezig is of als de somatische aandoening geen consequenties heeft voor de behandeling van de patiënt.
- *Diagnose op As 3 enkelvoudig*
Als er sprake is van een somatische aandoening die beperkte consequenties heeft. Doe dit dus alleen als deze naar verwachting zorgverzarend is voor de behandeling van de primaire diagnose.
- *Diagnose op As 3 complex*
Als er sprake is van een somatische aandoening die veel consequenties heeft dan wel zorgverzarend werkt voor de behandeling van de As 1- of As 2-stoornis. Van complex is bijvoorbeeld sprake wanneer:
 - een medisch specialistische behandeling door een andere medisch specialist dan de psychiater noodzakelijk is;
 - aanvullende zorg gericht op de somatische aandoening of als gevolg van de somatische aandoening noodzakelijk is. Bijvoorbeeld in geval van doofheid;

- er een specifieke behandelafdeling (paaz, puk, pmu/gazp/gaaz) nodig is om zorg te kunnen bieden;
- er sprake is van bepaalde specifieke ziektebeelden, zoals ziekte van Alzheimer of Hypothyreoïdie.

As 3 Somatische aandoeningen	
Diagnosetabel	Bijzonderheden
Diagnose op As3, complex	Registreer alleen de somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis
Diagnose op As3 enkelvoudig	
Geen of geen relevante diagnose op As3	

Tabel 3 As 3: Somatische aandoeningen

As 4: Psychosociale factoren en omgevingsfactoren

Op As 4 worden de psychosociale factoren en omgevingsfactoren vastgelegd die een duidelijk zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose. Registreer 'diagnose of aandoening niet aanwezig' als er geen As 4-factor aanwezig is. Tabel 4 As 4: Psychosociale factoren geeft deze factoren weer.

As 4 Psychosociale factoren en omgevingsfactoren	
Factoren	Bijzonderheden
Problemen binnen de primaire steungroep Problemen verbonden aan de sociale omgeving Studie/scholingsproblemen Werkproblemen Woonproblemen Financiële problemen Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten Problemen met justitie/ politie of met de misdaad Andere psychosociale en omgevingsproblemen	Deze psychosociale factoren en omgevingsfactoren mogen alleen vastgesteld worden als ze duidelijk zorgverzwarend werken.
Geen diagnose/ factor op As 4 aanwezig	Als er geen psychosociale factoren aanwezig zijn of wanneer deze geen consequenties hebben voor de behandeling van de primaire diagnose, moet deze code geregistreerd worden.

Tabel 4 As 4: Psychosociale factoren

As 5: GAF-score

Tenslotte registreert de regiebehandelaar op As 5 de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) driemaal:

- *Bij openen (tweemaal):*
 - De hoogste GAF-score van de voorgaande 365 dagen. Is er geen eerdere GAF-score? Registreer dan de GAF-score bij het begin

van de behandeling of maak een inschatting van de hoogste GAF-score van het afgelopen jaar.

- De GAF-score op het moment van openen van de dbc.
- *Bij sluiten:*
de GAF-score op de einddatum van de dbc.

De verdeling van de GAF-scores zoals deze wordt gebruikt in de dbc-systematiek is weergegeven in onderstaande tabel.

As 5 GAF score
GAF score 1- 10
GAF score 11- 20
GAF score 21- 30
GAF score 31- 40
GAF score 41- 50
GAF score 51- 60
GAF score 61- 70
GAF score 71- 80
GAF score 81- 90
GAF score 91-100

Tabel 5 As 5: GAF score

3.1.3.5 Registreren primaire diagnose

Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd, kan worden aangegeven wat de primaire diagnose van het zorgtraject is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor de behandeling. Alleen een diagnose op As 1 of As 2 kan worden geselecteerd als primaire diagnose van het zorgtraject.

Let op

- De primaire diagnose kan niet een van de volgende codes zijn: '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' of 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'.
- Als er bij een diagnose op As 2 'Trekken van..' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
- De code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).

Wijzigen diagnose bij lopende dbc

- Een vervolg-dbc heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de voorgaande (initiële) dbc. Deze diagnose kan niet worden aangepast. Dit houdt ook in dat als de primaire diagnose in dezelfde hoofdgroep valt als bij de voorgaande dbc maar niet precies hetzelfde is, een initiële dbc geopend moet worden voor het behandelen van de nieuwe diagnose.
- Als de primaire diagnose van een openstaande *initiële* dbc wijzigd wordt de diagnose van die initiële dbc aangepast. Er wordt dus géén nieuwe initiële dbc (en geen nieuw zorgtraject) geopend. Dit geldt zowel bij wijzigen naar een diagnose binnen dezelfde hoofdgroep als naar een diagnose in een andere hoofdgroep.

3.1.3.6 Omgaan met meerdere primaire diagnoses

Het is mogelijk dat bij een patiënt meerdere (primaire) diagnoses worden vastgesteld. Afhankelijk van hoe de diagnoses zich tot elkaar verhouden kan worden gekozen voor parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten.

Parallelle zorgtrajecten

Er is sprake van parallelle zorgtrajecten als de regiebehandelaar meerdere initiële dbc's en bijbehorende zorgtrajecten opent. Parallelle trajecten kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. De regiebehandelaar moet het openen van parallelle zorgtrajecten op dat punt ook kunnen verantwoorden.

Parallelle zorgtrajecten mogen niet in eenzelfde diagnosehoofdgroep vallen. Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-IV-TR worden aangeduid en de diagnosegroepen zoals opgenomen in de prestatiecode. In de onderstaande tabel wordt aangegeven welke hoofdgroepen ontstaan wanneer deze combinatie tussen DSM-IV-TR en de prestatiecode wordt gemaakt. In totaal zijn er voor de ggz 28 hoofdgroepen.

Parallelliteitscode ggz: hoofdgroepen	
001	Overige stoornissen in de kindertijd
002	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004	Psychische stoornissen door een somatische aandoening
005	Nagebootste stoornissen
006	Dissociatieve stoornissen
007	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
008	Slaapstoornissen
009	Stoornissen in de impulsbeheersing
010	Bijkomende codes/ geen diagnose
011	DC:0-3 Kinder- & Jeugdstoornissen primaire diagnoses
012	Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd)
013	Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)
014	Bijkomende codes/ geen diagnose
016	Aanpassingsstoornissen
017	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
018	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
019	Aan alcohol gebonden stoornis
020	Overige aan een middel gebonden stoornissen
021	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
022	Depressieve stoornissen
023	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
024	Angststoornissen
025	Persoonlijkheidsstoornissen
026	Somatoforme stoornissen
027	Eetstoornissen
028	Leesstoornis

Tabel 6 Mogelijke parallelle diagnosehoofdgroepen¹⁴

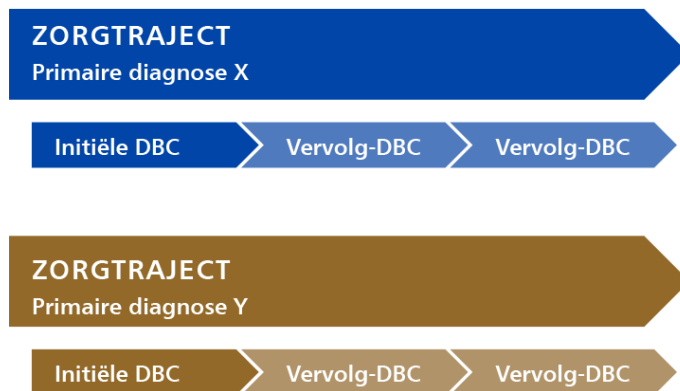
Voor behandeling bij ect geldt een uitzondering op de genoemde voorwaarden voor parallelle trajecten. Als er sprake is van een behandeling in combinatie met electroconvulsie therapie (ect) door twee

¹⁴ Betreft niet altijd zorg die valt onder het verzekerd pakket, [zie ook ZINL](#).

zorgaanbieder, is het toegestaan om twee zorgtrajecten met dezelfde diagnosehoofdgroep (zoals opgenomen in tabel 6) te declareren. De uitzondering voor ect wordt gemaakt om praktische beperkingen in het declareren van deze zorg weg te nemen. De NZa benadrukt dat de uitzondering alleen voor dit specifieke geval is gemaakt vanwege het specifieke karakter van behandeling bij ect.

Let op

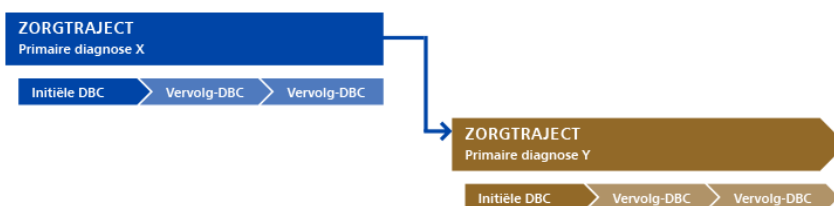
- Bij parallelle dbc's en bijbehorende (reguliere) zorgtrajecten moeten de primaire diagnoses binnen verschillende diagnosehoofdgroepen vallen (zie [Tabel 6 Mogelijke parallelle diagnosehoofdgroepen](#))
- De regiebehandelaar moet kunnen verantwoorden dat tegelijkertijd substantieel verschillende behandelingen worden ingezet.
- Een patiënt kan bij een instelling of (zelfstandig gevestigde) praktijk maximaal drie openstaande reguliere zorgtrajecten hebben.
- Voor instellingen met een 24-uurs crisisdienst is het mogelijk om een vierde zorgtraject te openen, alleen wanneer dit een dbc is met zorgtype 'crisisinterventie zonder opname' of 'crisisinterventie met opname'.
- Er kunnen geen twee crisis-dbc's parallel lopen.



Figuur 3 Parallelle zorgtrajecten

Opeenvolgende (seriële) zorgtrajecten

Er kan sprake zijn van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is (comorbiditeit). Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevend diagnoses. In een dergelijke situatie opent de regiebehandelaar eerst een initiële dbc en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Als de patiënt voor de primaire diagnose is uitbehandeld, sluit de regiebehandelaar het zorgtraject en opent een nieuwe initiële dbc en een nieuw zorgtraject, waarbij de eerdere nevend diagnose de nieuwe primaire diagnose wordt. We spreken dan van 'opeenvolgende zorgtrajecten'. Deze vorm van opeenvolgend behandelen heet ook wel de 'stepped care-systematiek'.



Figuur 4: Opeenvolgende zorgtrajecten

Let op

De voorwaarde voor opeenvolgende dbc's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.

Voorbeeld:

Een patiënt heeft een alcoholverslaving en een depressie. Is de alcoholverslaving de aandoening die het meest dringend moet worden behandeld, dan opent de regiebehandelaar daarvoor een initiële dbc en vinkt de alcoholverslaving als primaire diagnose aan. Als de patiënt voor de alcoholverslaving is uitbehandeld, opent hij een nieuw zorgtraject met een nieuwe initiële dbc met depressie als primaire diagnose.

Onverzekerde diagnoses

Van een onverzekerde diagnose is sprake als het Zorginstituut Nederland (voorheen het College van Zorgverzekeringen) heeft bepaald dat een diagnose niet onder de aanspraak van het basispakket van de Zvw valt. Deze diagnoses kunnen wel als primaire diagnose worden geregistreerd. Als echter andere activiteiten zijn geregistreerd dan pre-intake, diagnostiek en algemeen indirecte tijd valt de dbc uit bij validatie. In de ozp lijst¹⁵ zijn twee prestaties opgenomen voor onverzekerde zorg. Ten aanzien van de vraag wat onverzekerde zorg is, zijn de uitspraken van Zorginstituut Nederland (voorheen het College voor Zorgverzekeringen) altijd leidend.

3.1.4 Registreren

3.1.4.1 Wie mogen registreren?

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel (Bijlage 4: Dbc-beroepentabel) kunnen op de dbc diagnostiek en behandeling registreren zoals beschreven in de Activiteitenlijst (Bijlage 3: Activiteiten en verrichtingen). Zie verder de toelichting vanaf 3.1.4.13.

3.1.4.2 – 3.1.4.10 Directe tijd, indirecte tijd en reistijd

De behandelaar moet bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten aangeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de activiteiten- en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.

Let op

Niet-patiëntgebonden activiteiten kan de behandelaar niet op een dbc registreren. Dit zijn activiteiten zoals: scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur.

Direct patiëntgebonden tijd

Dit is de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling¹⁶, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Direct patiëntgebonden tijd kan bestaan uit:

- face-to-face contact
- telefonisch contact
- schriftelijk/e-mail contact

¹⁵ Zie voor een overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren zijn bijlage 4 van de nadere regel msz: [overige zorgproducten per segment](#).

¹⁶ Dit betekent dat er alleen directe tijd geregistreerd kan worden als het een behandel- of een diagnostiekcontact is in het kader van het behandelplan van de patiënt. Bijpraten, koffiedrinken of het maken van een afspraak met het systeem van de patiënt valt hier bijvoorbeeld niet onder.

- chat, Skype etc.(direct contact via internet)

N.B. Een initiële dbc moet altijd direct patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar bevatten.

Indirect patiëntgebonden tijd

Dit is tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is.

Voorbeelden van indirect patiëntgebonden tijd zijn:

- het voorbereiden van een activiteit (bijvoorbeeld van een sessie psychotherapie);
- verslaglegging in het kader van de activiteit (bijvoorbeeld psychiatrisch onderzoek);
- hersteltijd na een intensieve behandelsessie.

Indirect patiëntgebonden reistijd

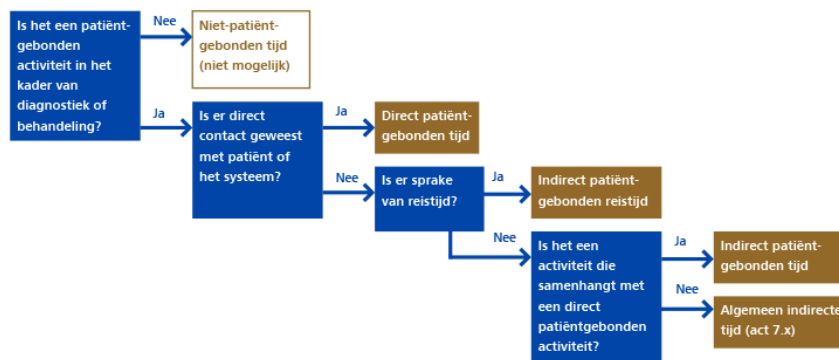
Dit betreft tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Verschijnt de patiënt niet (no show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren.

Let op

Tijd om binnen de eigen organisatie (AGB-code) de patiënt te bereiken mag niet geregistreerd worden als reistijd. Ook niet als de zorginstelling over meerdere locaties beschikt.

Algemeen indirecte tijd

Deze tijd is wel patiëntgebonden, maar heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt bijvoorbeeld geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject. Het betreft de activiteiten met code 7.x. Zie Figuur 5 ter illustratie.



Figuur 5: Bepaling directe tijd, indirecte (reis)tijd of algemeen indirecte tijd

Let op: dbc's met alleen indirecte tijd

Het is niet mogelijk om dbc's met alleen indirecte tijd te declareren. Dit betekent dat er altijd directe tijd geleverd moet worden in een dbc. Dit geldt voor zowel de initiële dbc's als de vervolg-dbc's.

Daarnaast geldt dat er in een initiële dbc altijd directe tijd door een regiebehandelaar moet zijn geregistreerd. Daarop zijn enkele uitzonderingen, zie Declaratiebepalingen dbc's.

3.1.4.3 Registratie van activiteiten en verrichtingen op een dbc

Alle activiteiten die worden uitgevoerd in het kader van de zorg voor een patiënt moeten worden geregistreerd op een dbc. Er kan geregistreerd worden in de categorieën diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf, en verrichtingen. Per categorie wordt toegelicht wat kan worden geregistreerd, wie mag registreren en hoe dat moet gebeuren.

Tip: Het beste is om zo snel mogelijk na afloop van een activiteit of verrichting te registreren. Dit bevordert de betrouwbaarheid en juistheid van de geregistreerde dagbesteding.



Figuur 6: Zorgcategorieën

3.1.4.4 Diagnostiek en behandeling registreren

Diagnostische activiteiten en behandelactiviteiten in het kader van het behandelplan worden geregistreerd op basis van tijdschrijven. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit.

Binnen de categorie diagnostiek en behandeling registreert de behandelaar verschillende soorten activiteiten. Het gaat dan om activiteiten in het kader van pre-intake, diagnostiek, behandeling, begeleiding, verpleging en algemeen indirecte tijd. Hierop kunnen verschillende vormen van tijd worden geregistreerd: direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden reistijd.

3.1.4.5 Registreren van behandelactiviteiten in klinische setting

Het hangt van de situatie af of activiteiten in een klinische setting geregistreerd mogen worden. De kosten van de zorg van sommige beroepen zitten namelijk al in het tarief van verblijf versleuteld.

24-uurs continuïteitszorg is de basiszorg die op klinische afdelingen van een instelling 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd (in het kader van behandeling) tijdens het verblijf van een patiënt niet volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst. De inzet van deze beroepen is voor 100% verwerkt in het tarief van verblijf. Een instelling bepaalt zelf welke behandelaren deze zorg leveren en dus hun tijdsbesteding niet hoeven te registreren volgens de registratielijst

3.1.4.6 – 3.1.4.10 Bijzonderheden bij het registreren van diagnostiek en behandeling

Aan het registreren van diagnostiek en behandeling is een aantal bijzonderheden verbonden:

3.1.4.6 Behandel tijd aan het systeem van de patiënt

Tijdens een behandeling kan ook behandel tijd besteed worden aan het 'systeem' van de patiënt. Met het systeem worden de familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt bedoeld. Registreer deze bestede (in)directe tijd, in het kader van de behandeling van de diagnose/aandoening van de patiënt, op de dbc van de betreffende patiënt. Tijdsbesteding aan het systeem kan zowel met als zonder aanwezigheid van de patiënt plaatsvinden. Ook kan het zowel individueel als in een groep plaatsvinden. Er zijn zes varianten mogelijk, in Tabel 7 Varianten in behandelactiviteiten zijn de verschillende varianten toegelicht.

Varianten in behandelactiviteiten	
Variant	Omschrijving
Patiënt individueel	Alleen de patiënt wordt behandeld
Patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	De patiënt wordt behandeld in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Er wordt tijd besteed aan het systeem zonder dat de patiënt aanwezig is
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep ¹⁷	Er wordt tijd besteed aan een groep van meerdere systemen van meerdere patiënten zonder dat de patiënten aanwezig zijn

Tabel 7 Varianten in behandelactiviteiten

3.1.4.7 Meerdere behandelvormen tegelijkertijd

Het kan voorkomen dat de behandelaar tijdens één sessie met een patiënt meerdere behandelvormen toepast, bijvoorbeeld het toepassen van farmacotherapie en psychotherapie. De behandelaar verdeelt dan de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.

3.1.4.8 Groepstherapie

Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij twee of meer mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers in de groepstherapie. Het maakt daarbij niet uit volgens welke wet (bijvoorbeeld Zvw, AWBZ of WMO) de behandeling van die patiënten in de groepstherapie gefinancierd wordt. Dus bij een behandeling van 160 minuten waaraan acht patiënten deelnemen, registreert de behandelaar 20 minuten op de dbc van een patiënt die, volgens de Zvw, zorg ontvangt.

3.1.4.9 Open inloopsprekuren

De behandelaar houdt een inloopsprekuren waarbij patiënten kunnen binnenlopen wanneer ze dat willen. In dat geval verdeelt de behandelaar de tijd die hij in totaal heeft besteed aan de patiënten evenredig over het aantal patiënten, dat hij tijdens het spreekuren heeft gezien. Dit betekent dat de tijd die de behandelaar niet aan de patiënten van het inloopsprekuren besteedt, ook niet op hun dbc mag registreren.

¹⁷ Wanneer in een groep tijd aan het systeem wordt besteed gelden dezelfde registratieregels als bij groepstherapie.

3.1.4.11 Onderlinge dienstverlening

De regiebehandelaar (opdrachtgever) kan een behandelaar uit een andere zorginstelling of (zelfstandig gevestigde) praktijk inschakelen (opdrachtnemer) om (een deel) van de prestatie uit te voeren, bijvoorbeeld voor het uitvoeren van een psychodiagnostisch onderzoek. In dat geval opent de opdrachtnemer geen eigen dbc voor de patiënt, maar de opdrachtgever (regiebehandelaar) registreert de activiteiten die de opdrachtnemer heeft uitgevoerd op de openstaande dbc van de patiënt. De bestede tijd moet wel op naam van de opdrachtnemer op de dbc geregistreerd worden. De opdrachtgever betaalt vervolgens de opdrachtnemer buiten de dbc-systematiek om. De dbc wordt na sluiting gedeclareerd. De reden voor deze werkwijze is dat zo alle bestede Zvw-zorg voor de behandeling van een diagnose binnen één dbc geregistreerd wordt.

Let op

Onderlinge dienstverlening is anders dan een second opinion. Het tarief voor prestaties in het kader van onderlinge dienstverlening is vrij en moet overeengekomen worden door de opdrachtnemende en opdrachtgevende zorgaanbieder.

3.1.4.13 Somatische beroepen

In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster 'somatische beroepen' vallen, hun tijd ook verantwoorden via activiteiten die opgenomen zijn in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Er zijn namelijk geen aparte somatische activiteiten opgenomen. Registreer dus de activiteit die het beste past bij de behandeling. Een voorbeeld hiervan is een arts die bij een patiënt lichamelijk en screenend (laboratorium)onderzoek doet. Deze tijd kan geschreven worden in het kader van diagnostiek, onder de activiteiten 'lichamelijk onderzoek' en 'aanvullend onderzoek'.

3.1.4.14 Behandelaren die nog in een (vervolg)opleiding zijn

Deze groep registreert onder het beroep van de opleiding die ze op het moment van behandelen hebben afgerond.

Let op

Stagiairs en behandelaren die nog geen opleiding hebben afgerond die op de dbc-beroepentabel staat mogen niet registreren op het beroep waarvoor ze in opleiding zijn.

3.1.4.15 Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren

De 24-uurscontinuïteitszorg is de basiszorg die op klinische afdelingen van een instelling 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd (in het kader van behandeling) tijdens het verblijf van een patiënt niet volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst. De inzet van deze beroepen is voor 100% versleuteld in het tarief van verblijf. Een instelling bepaalt zelf welke behandelaren deze zorg leveren en dus hun tijdsbesteding niet hoeven te registreren volgens de registratielijst.

Let op

- Wanneer medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en somatische beroepen worden ingezet als (mede)behandelaar, is deze inzet niet versleuteld in het tarief van een verblijfsdag. Deze beroepen moeten wel hun bestede tijd registreren aan de hand van de activiteiten- en verrichtingenlijst.
- De kosten van aanwezigheid- en beschikbaarheidsdiensten van medische of andere beroepen zijn niet meegenomen in het tarief van

verblijf. Zij moeten tijdens de diensten uitgevoerde activiteiten en verrichtingen ook met behulp van de activiteiten- en verrichtingenlijst registreren (bijvoorbeeld uitgevoerde activiteiten tijdens een inloopsprekbeurt).

3.1.4.16 – 3.1.4.20 Dagbesteding registreren

Het doel van dagbesteding is: 'het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt'. Binnen de (Zvw-gefinancierde) geneeskundige ggz is het van belang dat de dagbesteding:

- altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling;
- terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.

Als dagbesteding kan dus binnen een dbc niet geregistreerd worden:

- een reguliere dagstructurering die in een 24-uurs verblijfssituatie wordt geboden;
- een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.

3.1.4.16 Wie registreert

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar kan binnen de dbc dagbesteding registreren. Voorwaarden om dagbesteding te registreren:

- Dagbesteding is in het kader van de (psychiatrische) behandeling.
- Dagbesteding is terug te vinden in het behandelplan opgesteld door de behandelaar.
- De patiënt is daadwerkelijk aanwezig.

Let op

- Tijdens dagbesteding kan de behandelaar géén directe patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren. Tijdens de uren dagbesteding worden patiënten namelijk niet behandeld of verpleegd.
- Dagbesteding mag tegelijkertijd geregistreerd worden met verblijfsdagen *met* overnachting.
- Dagbesteding mag *niet* geregistreerd worden met verblijf *zónder* overnachting.

3.1.4.17 Vormen van dagbesteding

Dagbesteding sociaal (ontmoeting)

De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inlooffunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.

Dagbesteding activering

Deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren.

Dagbesteding educatie

Educatieve dagbesteding heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast

weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles.

Dagbesteding arbeidsmatig

Bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.

Dagbesteding overig

Alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding worden geregistreerd

3.1.4.18 – 3.1.4.20 Wat registreren bij dagbesteding

Er moet bij het registreren van dagbesteding gebruik worden gemaakt van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan.

Let op

Dagbesteding wordt geregistreerd in uren en dus niet zoals bij diagnostiek- en behandelactiviteiten in minuten. Per uur dagbesteding worden 10 minuten opgeteld bij de bestede tijd in de dbc.

3.1.4.21 – 3.1.4.26 Verblijf registreren

3.1.4.21 Wie registreert?

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel, mogen binnen de dbc verblijfsdagen registreren.

Wat valt er onder een verblijfsdag

Bij de registratie van een verblijfsprestatie gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van een verblijfsprestatie zijn eten en drinken, verpleging en verzorging inbegrepen, maar de behandeling van een patiënt niet. De behandelactiviteiten tijdens een verblijfsdag moeten dus apart geregistreerd worden.

Wanneer verblijf registreren

Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de activiteitscodes die op de openingsdatum van de dbc in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan. Verblijfsdagen (met of zonder overnachting) kunnen direct na de opnameperiode van de patiënt of op een later moment geregistreerd worden. Elke verblijfsdag moet een unieke registratiedatum hebben. Het is dus niet toegestaan om aan het einde van de looptijd van de dbc het totale aantal verblijfsdagen van meerdere opnameperiodes onder één code te registreren.

Wie registreert de toeslag nhc voor beveiligde setting

De beveiligde zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die een gesloten gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg exploiteert en beveiligde verblijfszorg levert aan het ministerie van VenJ.

Als een zorgaanbieder niet over de benodigde voorziening beschikt, is het mogelijk om deze zorg via onderlinge dienstverlening te laten uitvoeren door een zorgaanbieder die wel een gesloten gespecialiseerde voorziening heeft. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert

vervolgens de prestatie nhc beveiligde setting met Beveiligingsniveau 2 of 3 op basis van onderlinge dienstverlening.

Let op:

Dit betekent niet automatisch dat iedere zorgaanbieder contractafspraken zal maken met de zorgverzekeraar over de toeslag nhc voor beveiligde ggz. De zorgaanbieder kan in de contractering aangeven in welke mate hij patiënten verwacht die beveiligde zorg nodig hebben. Het is aan de zorgverzekeraar en zorgaanbieder om hier passende afspraken over te maken.

3.1.4.23 – 3.1.4.26 Onderscheid verblijf met/zonder overnachting

Bij de registratie van verblijf wordt verder onderscheid gemaakt tussen verblijf met een overnachting (act.4.4.2.1) en verblijf zonder een overnachting (act.4.4.2.2). Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid¹⁸. Dagen dat de patiënt afwezig is mogen niet worden geregistreerd als verblijfsprestatie

3.1.4.23 – 3.1.4.24 Verblijf met overnachting (vmo)

Een verblijfsdag met overnachting kan alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen (zowel bij eerste opname als heropname) en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de patiënt ontslagen wordt geldt niet als verblijfsdag.

Acht verschillende deelprestaties verblijf

Een verblijfsdag met overnachting wordt geregistreerd als deelprestatie. Naast de inzet van verzorgend opvoedkundig en verplegend (VOV-personeel) voorziet de productstructuur voor verblijf in beschrijving van de verblijfszorg. Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de initiële zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt wordt dié prestatie gekozen die het meest overeenkomt met de zorg die de patiënt nodig heeft.

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de deelprestaties verblijf Bijlage 5: Deelprestaties verblijf.

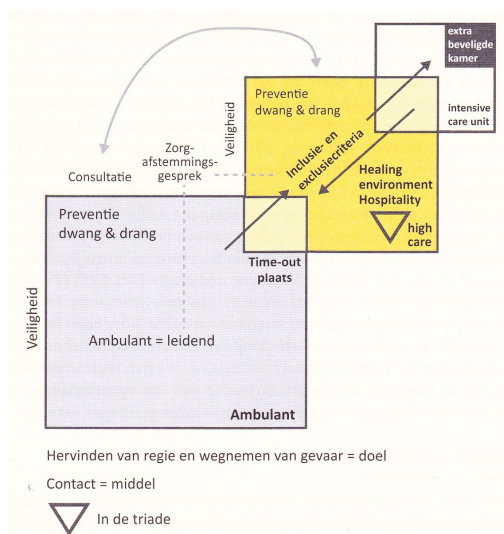
Deelprestatie H (hic)

De hic is een acute opnameafdeling voor patiënten die een ernstige psychiatrische crisis doormaken en voor wie een gesloten opnamesetting nodig is. In een hic is de highcarefunctie (hc) en de intensivecarefunctie (ic) gecombineerd. Behandeling op een hic zal in veel gevallen een intermezzo zijn binnen een ambulante zorgtraject. Doel is het hervinden van stabiliteit en de eigen regie in een klimaat waarbij de mogelijke schadelijke invloeden van een opname tot het minimum worden beperkt en er weer stappen worden gezet naar herstel.

De patiënt verblijft in principe op een highcareafdeling. Wanneer de situatie daar om vraagt, kan er opgeschaald worden naar één-op-één begeleiding. Dit gebeurt in de ic-afdeling. Een-op-een begeleiding wordt ingezet met als doel (verergering van) crisissituaties, agressie en dwang en drang te voorkomen. Bij verdere escalatie kan nog worden opgeschaald naar een extra beveiligde kamer (ebk). Kenmerkend voor de ic en ebk is dat zij in beginsel niet bezet maar beschikbaar zijn voor het geval dat opschaling noodzakelijk is.

¹⁸ Afwezigheidsdagen worden niet geregistreerd op de dbc van de betreffende patiënt.

Zie figuur hieronder voor toelichting op de gebruikte terminologie.



Figuur 7 hic

3.1.4.25 Verblijf zonder overnachting (vzo)

Er is sprake van verblijf zonder overnachting (vzo) als de patiënt gedurende een groot deel van de dag (gemiddeld tussen 9.00 en 17.00 uur) in de instelling aanwezig is, voor diverse vormen van behandeling dan wel diagnostiek. De patiënt verblijft 's nachts niet in de instelling. Een vzo-deelprestatie is bedoeld om zorg te registreren voor patiënten bij wie, naast de behandeling, ook ondersteuning van personeel met een VOV-functie noodzakelijk is voor een goed verloop van de diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten.

Registratie vzo

Bij het registreren van een verblijfsdag zonder overnachting registreert de behandelaar twee zaken:

- Verblifsprestatie vzo: de behandelaar kan, als voldaan is aan de voorwaarden zoals die hieronder zijn benoemd, de deelprestatie vzo registreren.
- Behandel- en/of diagnostiekactiviteiten: de op die dag uitgevoerde behandel- en/of diagnostiekactiviteiten maken geen onderdeel uit van de verblijfsdag zonder overnachting. De bestede behandel- en/of diagnostiektijd moet geregistreerd worden op de dbc.

Voorwaarden voor registratie vzo

- De deelprestatie vzo mag niet geregistreerd worden als er meer dan vier uren aan direct patiëntgebonden activiteiten¹⁹ op één dag worden gegeven.
- De ondersteuning van VOV-personeel is noodzakelijk voor een goed verloop van diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten. Er is geen sprake van aaneengeschakelde behandeling van de patiënt binnen één dagdeel. In dat geval moeten de behandelaren de afzonderlijke behandelactiviteiten of verrichtingen die hebben plaatsgevonden registreren.

¹⁹ Het gaat hier om daadwerkelijke behandeluren van een patiënt; het gaat hier dus niet om de geregistreerde patiëntgebonden tijd. *Voorbeeld:* wanneer een patiënt vier uur groepsbehandeling ontvangt (groeps-grootte van 6 personen), worden er voor die patiënt 40 minuten tijd geregistreerd (4 x 10 minuten). Voor het registreren van vzo gaat het echter niet om de tijd die geregistreerd wordt, maar om de daadwerkelijke behandel- en/of diagnostiektijd; namelijk in dit voorbeeld 4 uur.

- Vzo mag alleen geregistreerd worden als op dezelfde kalenderdag minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten plaatsvinden die vallen onder de hoofdgroep diagnostiek en/of behandeling of in combinatie met de verrichting ect. Zie Tabel 8 Activiteiten in combinatie met vzo
- Is dat niet het geval, dan valt de dbc altijd uit in de validatie.

Activiteiten in combinatie met vzo	
Verplicht	Optioneel ²⁰
Twee activiteiten uit hoofdgroep 'Diagnostiek'	Activiteiten uit hoofdgroep 'Pre-intake'
Of twee activiteiten uit hoofdgroep 'Behandeling'	Activiteiten uit hoofdgroep 'Algemeen indirecte tijd'
Of een activiteit uit hoofdgroep 'Diagnostiek' en een activiteit uit hoofdgroep 'Behandeling'	Een verrichting 'ambulante methadon'
Of een verrichting ect	

Tabel 8 Activiteiten in combinatie met vzo

3.1.4.27 – 3.1.4.29 Verrichtingen registreren

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen electroconvulsietherapie (ect) en ambulante methadon verstrekking (amv).

3.1.4.27 Wie registreert verrichtingen

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel, mogen binnen de dbc verrichtingen registreren.

3.1.4.28 Electroconvulsietherapie

Bij electroconvulsietherapie (ect) moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij hieraan besteedt, maar ook het aantal behandelingen ect. De behandeling kan namelijk niet helemaal bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandelingsduur. Aan de verrichting ect zijn de volgende kosten toegerekend: materiële kosten (zoals afschrijving, onderhoud van ect-apparatuur en overige materialen), loonkosten van betrokken behandelaren die niet op de dbc-beroepentabel staan (zoals de anesthesist, anesthesieverpleegkundige en verkoeververpleegkundige) en de tijd die een patiënt na de behandeling door brengt op de verkoeverkamer.

Registratie ect

Als er sprake is van ect, dan bevat de dbc altijd twee zaken:

- Verrichting ect: het aantal behandelingen ect wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst.
- De activiteit electroconvulsietherapie: beroepen die voorkomen op de dbc-beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ect (Behandeling → Fysische therapie → electroconvulsietherapie).

Zijn niet beide zaken geregistreerd, dan valt de dbc uit in de validatie.

²⁰ Het is niet mogelijk om vzo op dezelfde kalenderdag te registreren in combinatie met de volgende activiteiten: begeleiding (code 4.x), verpleging (code 5.x), prestatie verblijf met overnachting (code 8.8.x), dagbesteding (code 9.x), verrichting beschikbaarheidscomponent 24-uurs crisiszorg (code 10.3). Zie de activiteiten -en verrichtingenlijst (bijlage III) voor de specifieke activiteiten die onder deze codes vallen.

3.1.4.29 Ambulante verstrekking van methadon

Bij de verstrekking van methadon aan ambulante patiënten, moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij hieraan besteedt, maar ook het aantal verstrekkingen van methadon per kalendermaand. De behandeling kan namelijk niet geheel bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandeltime. Het tarief van de verrichting 'ambulante methadon' is vastgesteld op basis van de gemiddelde inkoop prijs voor het medicijngebruik en is een vergoeding voor de medicijnkosten van de stof methadon per maand.

Registratie bij de verstrekking van methadon

De dbc moet twee zaken bevatten:

- Verrichting ambulante methadon: de behandelaar moet het aantal verstrekkingen ambulante methadon registreren. Dit is één verrichting per maand ongeacht de hoeveelheid methadon en frequentie van de verstrekkingen.
- De activiteit Farmacotherapie: bij de ambulante verstrekking van methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit 'farmacotherapie'.

Zijn niet beide zaken geregistreerd, dan valt de dbc uit in de validatie.

Let op

Klinische verstrekking van methadon kan niet worden gedeclareerd. De kosten van klinisch verstrekte methadon zijn versleuteld in het tarief van verblijfsdagen.

3.1.5 Sluiten

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een dbc sluiten.

3.1.5.1 Taken regiebehandelaar bij sluiten dbc

Let op

Als de dbc wordt gesloten met sluitreden 5, kan de dbc zonder weergave van een diagnoseclassificatie afgesloten worden.

3.1.5.3 Afsluitredenen voor een dbc

Bij het sluiten van een dbc moet één van de hieronder vermelde redenen voor afsluiten worden geregistreerd.

Sluitredenen	
Code ²¹	Beschrijving
1	Reden voor afsluiten bij patiënt / niet bij behandelaar
2	Reden voor afsluiten bij behandelaar / om inhoudelijke redenen
3	In onderling overleg beëindigd zorgtraject / patiënt uitbehandeld
5	Afsluiting na alleen pre-intake / intake / diagnostiek / crisisopvang
9	Afsluiten vanwege openen vervolg-dbc
10	Afsluiten vanwege overgang naar andere bekostiging
19	Afsluiten vanwege overgang naar zzp-systematiek (binnen de Zvw)

Tabel 9 Sluitredenen

²¹ De nummering van de sluitredenen is niet opvolgend. De reden hiervoor is dat de nummering in de codelijsten is aangehouden.

Wanneer moet een dbc afgesloten worden, en met welke sluitreden

- *Sluitreden 1:*
als de patiënt:
 - is overleden. In dit geval moet de dbc gesloten worden op de dag van overlijden. Het is niet toegestaan om nog patiëntgebonden activiteiten te registreren na de overlijdensdatum;
 - is verhuisd en niet meer bereid is om te reizen voor de behandeling;
 - langdurig niet meer op is komen dagen;
 - 365 dagen geen zorg heeft ontvangen.

- *Sluitreden 2:*
als de patiënt voor de behandeling van de primaire diagnose wordt terug- of doorverwezen naar een andere instelling/praktijk.

- *Sluitreden 3:*
als de behandelaar en patiënt in overleg besluiten dat het behandeltraject voor de desbetreffende primaire diagnose is beëindigd.

- *Sluitreden 5:*
als de patiënt na de pré-intake, intake of diagnostiek niet in zorg terug komt of als de patiënt in crisis raakt en daarna in reguliere behandeling of uit zorg gaat.

- *Sluitreden 9:*
als de maximale looptijd van 365 dagen is bereikt (ongeacht of de patiënt gedurende die looptijd wel of niet zorg heeft ontvangen). Er moet een vervolg-dbc worden geopend met één van de volgende zorgtypen:
 - (langdurige periodieke) Controle (201)
 - voortgezette behandeling (202)
 - uitloop (203)

Let op

Een uitzondering geldt voor het initiële zorgtype 'second opinion' (106). Deze dbc hoeft namelijk niet 365 dagen open te hebben gestaan wanneer een behandeling wordt overgenomen door een behandelaar na het uitvoeren van een second opinion. De initiële dbc met zorgtype 'second opinion'(106) wordt afgesloten, om te vervolgen met een dbc met één van bovenstaande zorgtypen.

- *Sluitreden 10:*
als de zorg voor een patiënt over gaat naar een andere vorm van bekostiging. Deze sluitreden wordt gebruikt wanneer de behandeling in de gespecialiseerde ggz stopt vanwege de overgang naar een andere bekostigingsgrondslag (bijvoorbeeld Wlz).
Daarbij is een *aanvullende voorwaarde* dat er wordt verwacht dat de behandeling niet (op een later tijdstip) wordt voortgezet in de gespecialiseerde ggz. Wordt voortzetting van de behandeling (op een later tijdstip) wel verwacht, dan blijft de dbc openstaan.

Voorbeeld: wanneer de patiënt overgaat vanuit de gespecialiseerde ggz naar een behandeling binnen de forensische zorg en er wordt verwacht dat de patiënt niet meer terugkomt bij de gespecialiseerde ggz-zorgaanbieder voor een behandeling, wordt de dbc met deze sluitreden gesloten.

Wanneer de patiënt overgaat vanuit de gespecialiseerde ggz naar een behandeling binnen de forensische zorg, maar het is duidelijk

dat de patiënt na het aflopen van de strafrechtelijke titel weer terugkomt in de gespecialiseerde ggz-behandeling bij dezelfde zorgaanbieder, dan mag de dbc niet gesloten worden.

- *Sluitreden 19:*

Een dbc afsluiten vanwege overgang naar de zzp-systematiek (binnen de Zvw).

Dit is het geval na 365 dagen aaneengesloten verblijf. Wanneer de patiënt langer dan 365 dagen aaneengesloten verblijft, moet de dbc gesloten worden en gaat de zorg voor de patiënt over op bekostiging door middel van zzp's.

Een zorgtraject sluiten

Het zorgtraject moet gesloten worden wanneer een patiënt 365 dagen niet in zorg is geweest. Het zorgtraject moet dus 365 dagen na sluitingsdatum van de laatste dbc gesloten worden

3.1.6 Crisis-dbc's

Definitie crisis

Een crisis wordt gedefinieerd als een acute situatie die direct ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct gevaar voor de persoon of omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening.

3.1.6.1 Wie mag een crisis-dbc openen?

Alléén instellingen met een 24-uurs crisisdienst met een regionale functie mogen een crisis-dbc openen. Deze zorgaanbieders hebben hiervoor speciale afspraken gemaakt met onder andere zorgverzekeraars, gemeenten en politie. De 24-uurs crisiszorg die deze crisisdiensten leveren wordt onder andere gekenmerkt door de niet planbaarheid van zorg. De geleverde crisiszorg heeft als doel de crisissituatie van de patiënt zo spoedig mogelijk te stabiliseren.

Beschikbaarheidscomponent crisiszorg

Deze verrichting/activiteit vergoedt de extra kosten voor de beschikbaarheidsfunctie van de crisisdienst en de salaristoelagen voor het werk van behandelaar buiten kantooruren. De beschikbaarheidscomponent crisiszorg mag maar één maal per 28 dagen worden geregistreerd. Er moeten tussen de openingsdatum van een crisis-dbc en een daarna geopende crisis-dbc minimaal 28 dagen verstreken zijn.

3.1.6.3 Duur van een crisis-dbc

Een crisis-dbc heeft maximaal een duur van 28 dagen en wordt dan afgesloten.

3.1.6.5 Wanneer een crisis-dbc openen

Een regiebehandelaar kan bij een crisisinterventie een crisis-dbc openen als er geen openstaande crisis-dbc voor deze patiënt bij dezelfde instelling aanwezig is, en er ook minimaal 28 dagen zijn verstreken sinds het openen van de vorige crisis-dbc. In Figuur 8 zijn de verschillende mogelijkheden gevisualiseerd.

- *Nieuwe patiënt*
Als een patiënt nieuw is in het kader van crisiszorg, opent een behandelaar altijd een crisis-dbc.

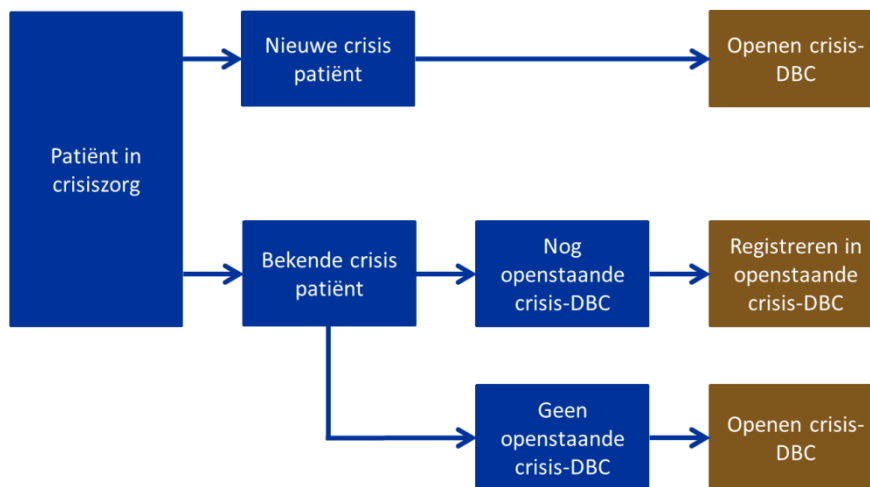
Let op

Heeft de patiënt een regulier zorgtraject lopen en komt de patiënt in crisis bij een instelling waar hij nog niet bekend staat als crisispatiënt, dan moet er altijd een crisis-dbc geopend worden.

- *Bekende patiënt*
In twee situaties wordt een nieuwe crisis-dbc geopend, wanneer de patiënt al bekend is bij de instelling als een crisispatiënt:
 - Wanneer bij een bekende patiënt een crisis-dbc de maximale looptijd van 28 dagen heeft bereikt, de crisisinterventie nog niet is afgerond, en de behandelaar hiervoor directe en indirecte tijd wil registreren. De openingsdatum van de nieuwe crisis-dbc is dag 29.
 - Wanneer een bekende patiënt terug in crisiszorg komt, en er meer dan 28 dagen zijn verstreken sinds het openen van de vorige crisis-dbc.

Let op

Er moet op een crisis-dbc altijd directe tijd worden geregistreerd.



Figuur 8: Situaties waarin een crisis-dbc moet worden geopend

Eén crisis-dbc per crisissituatie

In onderstaande situaties mag maar één crisis-dbc geopend worden:

- Als een crisisdienst een patiënt van een andere instelling opvangt en opneemt, een crisis-dbc opent en dezelfde of een van de volgende dagen de patiënt overdraagt aan die ggz-instelling.
Registratie: één crisis-dbc, door de ambulante crisisdienst.
Na overdracht registratie in een reguliere dbc als dat van toepassing is.
Uitzondering: als overdracht plaatsvindt van de één regionale crisisdienst naar een andere regionale crisisdienst.
- Als een ambulante crisisdienst face-to-face beoordeelt dat er sprake is van crisis conform definitie, een crisis-dbc opent en de patiënt bij

dezelfde instelling in zorg komt.

Registratie: alles wordt geregistreerd in één crisis-dbc.

- Als de ambulante crisisdienst telefonische triage doet, er sprake is van crisis conform de definitie en de ambulante crisisdienst doorverwijst door naar een andere instelling met 24 x 7 beschikbaarheidsfunctie.
Registratie: andere instelling opent de crisis-dbc. Alles wordt geregistreerd in één crisis-dbc. De ambulante crisisdienst opent géén crisis-dbc.
- Als de politie een patiënt overdraagt aan een ggz-instelling/paaz/puk met regionale 24x7 crisisdienst.
Registratie: als er sprake is van crisis conform de definitie: ggz-instelling/paaz/puk opent crisis-dbc.
- Binnen één instelling kan voor één patiënt maar één crisis-dbc per 28 dagen worden geopend (door validatie afgevangen m.i.v. 1-1-2016).

Geen nieuwe crisis-dbc met opname na 28 dagen crisisopname.

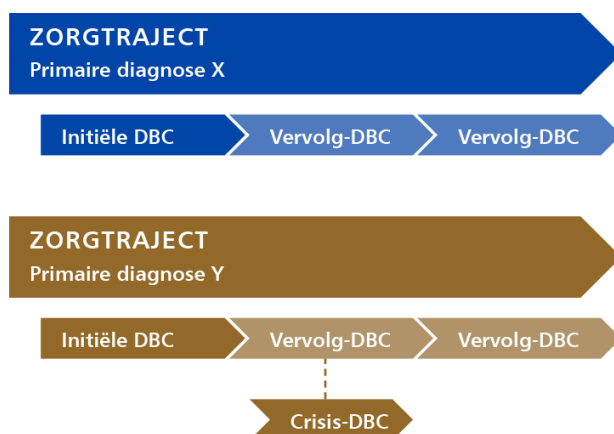
Als een patiënt na een crisis-dbc met 28 dagen opname nog moet worden doorbehandeld, mag niet aansluitend een crisis-dbc met opname geopend worden. Als verdere behandeling met verblijf nodig is, moet daarvoor een reguliere dbc met verblijf geopend worden.

Crisis-dbc met een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject

Er kan sprake zijn van een gelijktijdig openstaand regulier zorgtraject en een openstaande crisis-dbc, zie ook Figuur 9. De diagnose van de crisis-dbc en een gelijktijdig zorgtraject mogen overeenkomen. Als het niet mogelijk is om een diagnose te stellen tijdens de crisisinterventie of de primaire diagnose verschilt van het reguliere zorgtraject is de crisis-dbc niet in het kader van dezelfde zorgvraag.

Let op

Een patiënt kan binnen één instelling naast drie openstaande reguliere zorgtrajecten ook een vierde zorgtraject hebben openstaan, mits het vierde zorgtraject is gestart met een dbc met zorgtype 'crisisinterventie zonder opname' of 'crisisinterventie met opname'.



Figuur 9: Parallele reguliere zorgtrajecten en crisis

3.1.6.8 – 3.1.6.12 Typen van een crisis-dbc

3.1.6.8 Zorgtype

In het geval van een crisisinterventie, heeft een behandelaar de keuze uit twee zorgtypen (zie Tabel 10 Zorgtypen bij een crisis-dbc). Het initiatief voor het contact ligt (vanaf een leeftijd van 16 jaar) bij de patiënt zelf, bij familie of het sociale netwerk, bij de politie, gemeente of brandweer of bij de huisarts. De behandelaar kan slechts één zorgtype selecteren. Als tijdens de looptijd van de dbc blijkt dat het zorgtype niet meer juist is, dan moet het zorgtype gewijzigd worden. Het zorgtype moet bij het sluiten van de dbc wel volledig en juist geregistreerd zijn. Een voorbeeld hiervan is als een crisis-dbc geopend is met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' en het blijkt dat er toch een opname nodig is om de patiënt te stabiliseren. Het zorgtype kan dan voor het sluiten van de crisis-dbc gewijzigd worden in zorgtype 'Crisisinterventie met opname'.

Crisis-dbc	
Code	Zorgtype
301	Crisisinterventie zonder opname
302	Crisisinterventie met opname

Tabel 10 Zorgtypen bij een crisis-dbc

- *Crisisinterventie zonder opname – 301*
N.B.: dit zorgtype mag alleen geregistreerd worden door een 24-uurs crisisdienst met regionale functie. De patiënt komt ambulante voor een crisisinterventie in zorg. De crisisinterventie vindt plaats bij de regionale 24-uurs crisisdienst. Er is geen sprake van opname van de patiënt. Bij een crisisinterventie zonder opname, vinden crisiscontacten plaats voor de stabilisatie van de patiënt, zonder dat de patiënt bij de crisisdienst overnacht. dbc's met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' hebben maximaal een looptijd van 28 kalenderdagen en kunnen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) bevatten.
- *Crisisinterventie met opname – 302*
N.B.: dit zorgtype mag alleen geregistreerd worden door een 24-uurs crisisdienst met regionale functie. Het gaat hier om een crisisinterventie met een klinische opname. Dit is aan de orde wanneer een patiënt crisiszorg nodig heeft die wordt geboden door

een regionale 24-uurs crisisdienst. Een dbc met dit zorgtype bevat crisiscontacten waarbij een patiënt voor de stabilisatie verblijft in de instelling. dbc's met het zorgtype 'Crisisinterventie met opname' hebben maximaal een looptijd van 28 kalenderdagen en de dbc moet minimaal één en mag maximaal 28 verblijfsdagen met overnachtingen bevatten.

Diagnose typeren bij een crisis-dbc

Het is niet verplicht om binnen een dbc met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname (301)' of 'Crisisinterventie met opname (302)' een diagnose te registreren. Het registreren van een diagnose heeft namelijk geen invloed bij de afleiding naar het crisis-zorgproduct. Kies bij het openen van een eerste crisis-dbc een zo goed mogelijk passende (werk)diagnose. Als de patiënt opnieuw in crisis raakt kan dit, ongeacht de diagnose waarvoor de patiënt in behandeling is, worden geregistreerd binnen hetzelfde zorgtraject.

3.1.6.13 – 3.1.6.16 Registeren op een crisis-dbc

Aandachtspunten registreren crisis-dbc:

- Bij crisiszorg moet er sprake zijn van direct behandelcontact. Er moet dus altijd directe tijd zijn geregistreerd.
- Op een crisis-dbc mogen alleen crisis-activiteiten geregistreerd worden, en de beschikbaarheidscomponent.
- Zowel de beschikbaarheidscomponent als crisis-activiteiten moeten worden geregistreerd. Als één van beide ontbreekt, valt de dbc bij controle uit.
- Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel mogen op de dbc crisisactiviteiten registreren.
- Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten en verrichtingenlijst staan.
- Als het in het kader van de continuïteit van de zorg noodzakelijk is, kan op dezelfde kalenderdag een activiteit worden geregistreerd op zowel de crisis-dbc als de reguliere dbc.

Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisisdienst (buiten kantooruren)

Deze component vergoedt de extra kosten voor de beschikbaarheidsfunctie van de crisisdienst en de salaristoelagen voor het werk van de behandelaar buiten kantooruren. Het tarief is hetzelfde voor geleverde crisiszorg binnen of buiten kantooruren. De 'Beschikbaarheidscomponent voor 24-uurs crisiszorg' mag maar één keer per crisis-dbc geregistreerd worden.

Uitgevoerde crisisactiviteiten tijdens de crisisdienst

Crisiscontacten worden geregistreerd op basis van tijdschrijven. Een behandelaar mag alleen patiëntgebonden crisiscontacten registreren, die hij daadwerkelijk heeft besteed. De patiëntgebonden activiteiten omvatten die activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de crisisinterventie van een specifieke patiënt. In onderstaande tabel is aangegeven welke activiteiten geregistreerd mogen worden op een crisis-dbc met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' en welke activiteiten op 'Crisisinterventie met opname'.

Crisisinterventie <u>zonder opname</u> (301)	Crisisinterventie <u>met opname</u> (302)
Beschikbaarheidscomponent crisisdienst	Beschikbaarheidscomponent crisisdienst
Crisisactiviteiten Crisiscontact binnen kantooruren Crisiscontact buiten kantooruren Intake en screening crisisinterventie Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie ²² Farmacotherapie crisisinterventie Steunend en structurerend crisiscontact	Crisisactiviteiten Crisiscontact binnen kantooruren Crisiscontact buiten kantooruren Intake en screening crisisinterventie Psychiatrisch onderzoek crisisinterventie Farmacotherapie crisisinterventie Steunend en structurerend crisiscontact
Algemeen indirecte tijd	Algemeen indirecte tijd
	Verblijfsdagen met overnachting

Tabel 11 Te registreren crisisactiviteiten op een crisis-dbc

Let op

Op een crisis-dbc met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' mogen geen verblijfsdagen (met of zonder overnachting) geregistreerd worden.

Is een crisis-dbc geopend met het zorgtype 'Crisisinterventie zonder opname' en het blijkt dat er toch een opname nodig is om de patiënt te stabiliseren, dan moet het zorgtype voor het sluiten van de dbc gewijzigd worden.

3.1.6.17 Een crisis-dbc sluiten

Een crisis-dbc heeft een maximale duur van 28 dagen. Deze moet alleen tussentijds afgesloten worden bij overlijden. Het advies is om de crisis-dbc alleen voortijdig te sluiten als dat echt noodzakelijk is.

Een crisis-dbc heropenen

Het is niet nodig om een crisis-dbc af te sluiten voordat de 28 dagen verstreken zijn, met uitzondering bij overlijden van de patiënt. Heropenen is dus ook in de meeste gevallen niet nodig.

Zorgvraagwaarte

3.4.12 Zorgvraagwaarte-indicator

De minister heeft op 23 september 2014 besloten tot een tijdelijke opschorting van de verplichting tot aanlevering van zorgvraagwaarte op de factuur. Deze opschorting geldt tot en met 31 december 2015. Gedurende de periode van de opschorting hebben VWS, NZa, GGZ Nederland, de Landelijke Vereniging van Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), de Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), het Landelijk Platform GGZ en Zorgverzekeraars Nederland gewerkt aan een alternatieve wijze van verstrekking van de zorgvraagwaarte. Dat alternatief moet de verplichting om de zorgvraagwaarte aan te leveren bij de declaratie vervangen.

Inmiddels is een alternatieve wijze van verstrekking van het gegeven zorgvraagwaarte ontwikkeld door eerder genoemde partijen. Deze nieuwe wijze van aanlevering is minder belastend voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde patiënt dan de verplichte vermelding van de zvzi op de ggz-factuur.

²² Hieronder valt ook lichamelijk onderzoek, bedoeld om een somatische oorzaak van de crisis uit te sluiten.

De nieuwe wijze van aanlevering bestaat uit een wijze waarbij de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar declareert door tussenkomst van VECOZO B.V., verder aangeduid als 'digitale declaratie', en een wijze van aanleveren die niet geschiedt door tussenkomst van VECOZO, verder aangeduid als 'papieren declaratie'.

Door de digitale wijze van aanlevering via VECOZO – en de daarbij behorende maskering van de zvzi – beschikt de zorgverzekeraar niet over de tot de verzekerde patiënt herleidbare zvzi als de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bij de zorgverzekeraar in rekening worden gebracht. Ten behoeve van de materiële controle krijgt de verzekeraar van Vektis C.V, verder te noemen Vektis, wel de beschikking over analyses op geaggregeerd niveau waarin de zorgvraagzwaarte indicatoren zijn verwerkt. VECOZO en Vektis treden bij de verwerkingen van de zorgvraagzwaarte indicatoren op als Trusted Third Party (TTP).

De nieuwe wijze van aanlevering is voor advies voorgelegd aan het CBP. Het CBP heeft over zowel de voorgenoemen vormgeving van de aanlevering op 15 september 2015 positief geadviseerd.

De mogelijkheid voor de patiënt en de zorgaanbieder om een privacy verklaring als bedoeld in artikel 3.5.1 te ondertekenen blijft bij de component 'zorgvraagzwaarte' onverkort mogelijk. De zorgvraagzwaarte moet worden aangeduid met '999'.

Ook bij persoonlijkheidsstoornissen moet de zvzi worden aangeleverd. Dit aangezien er in het tweede rapport over zorgvraagzwaarte geen uitzondering meer wordt gemaakt voor de aanlevering van de zvzi bij persoonlijkheidsstoornissen.

In de nadere regel aanlevering zorgvraagzwaarte cggz en de toelichting daarop is het proces vastgelegd en nader toegelicht.

De brongegevens die nodig zijn voor het onderbouwen en afleiden van de zorgvraagzwaarte-indicator moeten op grond van de regelgeving van de NZa herleidbaar naar de desbetreffende patiënt worden geregistreerd in de administratie van de betreffende zorgaanbieder. Dit maakt het mogelijk de zorgvraagzwaarte na de opschorting alsnog aan te leveren over de jaren 2014 en 2015. Voor de jaren 2014 en 2015 zal de NZa nog bepalen of en hoe de zorgvraagzwaarte-gegevens van de in 2014 en 2015 geopende dbc's aangeleverd moeten worden bij de zorgverzekeraars.

Privacy

3.5 Uitzondering in geval van privacybezwaren

Naar aanleiding van een uitspraak²³ van het College van Beroep voor het bedrijfsleven d.d. 8 maart 2012 is besloten een ontheffingsmogelijkheid te creëren van de algemeen geldende verplichting om diagnose-informatie, dan wel tot de diagnose te herleiden informatie, op de dbc-factuur te vermelden. Hieraan is uitvoering gegeven middels een afzonderlijke uitzonderingsbepaling (artikel 3.5 van de nadere regel).

De ontheffingsmogelijkheid is vormgegeven door middel van een verklaring die door zowel zorgaanbieder als patiënt dient te worden ondertekend. De zorgaanbieder dient deze aan de zorgverzekeraar te sturen en een kopie van de verklaring in zijn administratie te bewaren.

²³ Uitspraak van het CbB d.d. 8 maart 2012 AWB 11/317, 11/358 en 11/372.

Het is overigens ook mogelijk dat de zorgaanbieder de verklaring in het bezit stelt van zijn patiënt en de patiënt vervolgens zelf, uiterlijk op het moment van indiening van de betreffende nota, de verklaring bij zijn zorgverzekeraar indient.

De noodzaak tot ondertekening van de verklaring door de patiënt vloeit voort uit de kenbaarheid (o.a. voor de zorgverzekeraar) van zijn wens om geen diagnose-informatie, of tot de diagnose herleidbare informatie, op de factuur te willen hebben staan. Hij geeft op deze manier aan gebruik te willen maken van de uitzonderingsbepaling van deze nadere regel.

De reden dat ook de zorgaanbieder de verklaring moet ondertekenen, is gelegen in het feit dat verplichting tot vermelding van de prestatiecode (diagnose-informatie) op de factuur, alsmede alle overige verplichtingen die uit de deze nadere regel voortvloeien, gericht zijn aan de zorgaanbieder en niet aan de zorgvrager (patiënt). De reikwijdte (zie ook artikel 1.1) van de nadere regel, inclusief de uitzonderingsbepaling, beperkt zich kortom tot zorgaanbieders. Door het ondertekenen van de verklaring geeft de zorgaanbieder te kennen dat hij van de uitzonderingsbepaling van de nadere regel gebruik wenst te maken.

Met artikel 3.5.4 faciliteert de NZa dat de zorgaanbieder een (van het maximumtarief) afwijkend tarief in rekening kan brengen, zodanig dat dit niet herleidbaar is naar de diagnose. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen in onderling overleg afspreken op welke wijze dit wordt vormgegeven. De NZa schrijft niet voor hoe zo'n alternatieve betalingsprocedure er precies uit moet zien, aangezien er diverse varianten en subvarianten denkbaar zijn, die in de praktijk voor de ene zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder wel en voor de andere zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder juist weer niet voldoet. Wel schrijft de NZa voor dat de zorgverzekeraar binnen redelijke grenzen is gehouden om medewerking te verlenen aan de wens van een zorgaanbieder om tot een alternatieve betalingsprocedure te komen. Ook de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven geeft een aantal niet volledig uitgewerkte oplossingsrichtingen weer, die aanknopingspunten kunnen bieden om tot een dergelijke declaratie- en betalingsprocedure te komen.