

ICT-eisen dbc-release RZ18b

Tabelspecificaties en wijzigingen

Ingangsdatum 1 januari 2018

Inhoud

Vooraf	4
1. Gewijzigde tabelspecificaties per 1 januari 2018	6
2. Ongewijzigde tabelspecificaties	6
2.1 Aanspraak Code Tabel	6
2.2 Afsluitreden Tabel	6
2.3 Afsluitregels Tabel	8
2.3.1 Groeperingen binnen de tabel	8
2.3.2 Ingangsdatum afsluitregels	9
2.4 Diagnose Combinatie Tabel	10
2.5 Elektronische Typeringslijst	10
2.6 Limitatieve lijst Machtigingen	14
2.7 Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	15
2.8 Tarieven Tabel	16
2.9 Wachttijden Tabel	19
2.10 WBMV Code Tabel	20
2.11 Zorgactiviteiten Tabel	21
2.12 Zorgproducten Tabel	24
2.13 Zorgproductgroepen Tabel	25
3. Sleutelvelden en mutatiecodes	27
3.1 Waarom sleutelgegevens?	27
3.1.1 Het gebruik van de mutatiecodes	27
3.1.2 Er zijn drie soorten wijzigingen	27
3.1.3 De sortering van de tabellen.	27
3.2 Sleutelvelden per tabel	28
4. Totaal aantal records per tabel	29

Vooraf

Bij iedere uitlevering worden de verschillende gebruikersgroepen geïnformeerd over de wijzigingen in de dbc-systematiek middels verschillende documenten. In dit document worden de ICT-eisen van het dbc-systeem beschreven en wordt u geïnformeerd over de structuurwijzigingen in tabellen ten opzichte van de vorige versie van dit document.

Status van dit document

Dit document beschrijft de ICT-eisen zoals deze gelden met ingang van de release RZ18b en vervangt de versie die is uitgeleverd met de RZ18a release. Nadrukkelijk wordt vermeld dat de ingangsdatum van de specificaties in deze versie gesteld is op 1 januari 2018.

Inlezen van de tabellen

De tabellen kunnen op twee verschillende manieren worden verwerkt:

1. U kunt ervoor kiezen de tabel in het geheel in te lezen, uitgezonderd de records met een mutatiecode 3. De records zonder mutatiecode en die met een mutatiecode 1 of 2 worden ingelezen. U vervangt dan telkens uw eigen versie met de nieuwe versie van de tabel. In dat geval is het niet relevant of u de voorgaande versie al heeft ingelezen.
2. U kunt ervoor kiezen om alleen de mutaties (herkenbaar aan mutatiecode 1, 2 of 3) in te lezen en te verwerken in uw eigen tabel. In dat geval is het belangrijk de mutaties van alle uitgeleverde tabellen in volgorde van uitlevering te verwerken.

Meer informatie over de mutatiecodesystematiek kunt u vinden in hoofdstuk 3.

Overzicht van de tabellen

Voor het totaalbeeld zijn in het onderstaande overzicht alle tabellen beschreven, waarbij per tabel wordt aangegeven of de tabel:

1. een bestaande tabel is waarin een structuurwijziging is aangebracht (andere record layout);
2. een bestaande tabel is waarin een inhoudelijke wijziging is aangebracht (bijvoorbeeld aanpassing van de codelijsten en vulling van de kolommen);
3. een nieuwe tabel is.

Overzicht tabelspecificatie wijzigingen

Naam Tabel	Wijzigingen	
	Structuurwijziging recordlay-out	Inhoudelijke betekenis kolommen
Aanspraak Code Tabel	Nee	Nee
Afsluitreden Tabel	Nee	Nee
Afsluitregels Tabel	Nee	Nee
Diagnose Combinatie Tabel	Nee	Nee
Elektronische Typeringslijst	Nee	Nee
Limitatieve Lijst Machtigingen	Nee	Nee
Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	Nee	Nee
Tarieven Tabel	Nee	Nee
Wachttijden Tabel	Nee	Nee
WBMV Code Tabel	Nee	Nee
Zorgactiviteiten Tabel	Nee	Nee
Zorgproducten Tabel	Nee	Nee
Zorgproductgroepen Tabel	Nee	Nee

1. Gewijzigde tabelspecificaties per 1 januari 2018

In de uitlevering RZ18b zijn geen tabelspecificaties gewijzigd.

2. Ongewijzigde tabelspecificaties

2.1 Aanspraak Code Tabel

In de Aanspraak Code Tabel worden de typen aanspraakbeperkingen Zorgverzekeringswet door de NZa onderhouden. Deze tabel is sinds 2006 in gebruik voor het dbc-systeem. Sinds 1 januari 2012 is de koppeling, tussen zorgactiviteit en aanspraakbeperking, functioneel in gebruik genomen.

In de Aanspraak Code Tabel vindt u de betekenis van de betreffende aanspraakcode. Welke activiteiten een aanspraakbeperking hebben, en dus een aanspraakcode hebben, is te zien in de Zorgactiviteiten Tabel in de kolom 'Aanspraak code'.

Voor een deel van de zorg hebben zorgverzekeraars aangegeven dat voordat de behandeling (i.e. zorgactiviteit) wordt uitgevoerd toestemming gevraagd (machtiging) moet worden aan de zorgverzekeraar. Hiertoe zijn in de Aanspraak Code Tabel specifieke aanspraakcodes (in de 27**-range) opgenomen. In de Limitatieve Lijst Machtigingen is de combinatie opgenomen van een zorgactiviteit met een aanspraakcode in de 27**-range en een diagnose waarvoor de machtiging daadwerkelijk moet worden aangevraagd.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	Aanspraak_code	AN4		Code aanspraak
2.	Aanspraak_code_omschrijving	AN..20 0		Omschrijving van de aanspraakcode
3.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
4.	Einddatum	N8	Opt.	De aflooptdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD) Leeg: regel is nu geldig
5.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is doorgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.2 Afsluitreden Tabel

De Afsluitreden Tabel bevat alle mogelijke redenen voor het afsluiten van een subtraject. De afsluitreden geeft inzicht in de reden waarom een subtraject is afgesloten.

De afsluitredenen corresponderen met de regels voor het afsluiten van subtrajecten (zie Nadere regel). Het Registratieaddendum geeft per afsluitregel aan welke afsluitredenen van toepassing is.

Afsluitredenen

De afsluitredenen zijn in drie categorieën te verdelen:

- Afsluitredenen voor de algemene sluitregels.
- Afsluitredenen voor de uitzonderingen op de sluitregels.

- Afsluitredenen voor voortijdig declareren.

Ook is een code beschikbaar voor trialaanleveringen van nog niet afgesloten subtrajecten, namelijk afsluitredenen 00.

Afsluitredenen voor de algemene sluitregels

Per algemene afsluitregel is een specifieke afsluitredenen beschikbaar.

Hieronder volgen twee voorbeelden van afsluitredenen.

Toelichting op afsluitredenen 12

Afsluitredenen 12 'Afsluiten zorgtype 11 of 21 wegens het bereiken van de maximale looptijd' wordt gebruikt bij trajecten waarbij de maximale looptijd van 120 dagen (tot 1 januari 2015 was dit 365 dagen) is bereikt. Dit geldt voor alle varianten van zorgtype 11 en zorgtype 21 subtrajecten; klinisch, niet-klinisch conservatief en niet-klinisch operatief.

Voorbeeld

- Een patiënt wordt regelmatig klinisch heropgenomen met tussenpozen van minder dan 42 dagen. Volgens de algemene regels wordt het subtraject afgesloten op de 42^e dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname. Wanneer hierbij de maximale looptijd van 120 dagen wordt bereikt wordt het subtraject afgesloten met afsluitredenen 12. Dit geldt ook wanneer de maximale looptijd is bereikt tijdens een klinische periode. In dit geval wordt één klinische periode dus opgeknipt in twee klinische periodes.
- Een patiënt zit in een langdurig controletraject. Hiervoor is een niet-klinisch conservatief subtraject met zorgtype 21 geopend. De algemene regel luidt dat een dergelijk subtraject een looptijd van 120 dagen heeft. Aan het eind van deze looptijd wordt het subtraject gesloten met afsluitredenen 12.

Toelichting op afsluitredenen 20

Afsluitredenen 20 luidt: 'Afsluiten zorgtype 51 bij gelijktijdig afsluiten subtraject van de hoofdbehandelaar'.

Een zorg/subtraject met ZT51 kan nooit langer lopen dan het subtraject waar het aan gekoppeld is en dient te worden afgesloten op het moment dat het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten. Hierbij krijgt het zorg/subtraject met ZT51 afsluitredenen 20. Ook wanneer tijdens een verblijf op de IC het IC zorg/subtraject 51 nog doorloopt terwijl het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten, wordt het IC zorg/subtraject 51 afgesloten op hetzelfde moment als het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar. Vervolgens wordt, gelijktijdig met het openen van een vervolg subtraject voor de hoofdbehandelaar, een nieuw IC zorg/subtraject 51 geopend.

Afsluitredenen voor de uitzonderingen op de sluitregels

Per uitzondering is in de tabel een unieke afsluitredenen opgenomen. In de omschrijving van deze afsluitredenen wordt verwezen naar het Registratieaddendum waar deze uitzondering is beschreven.

Afsluitredenen voor voortijdig declareren

Er is een viertal afsluitredenen opgenomen voor voortijdige declaratie bij het ontbreken van een overeenkomst. Wanneer een instelling geen overeenkomst heeft met een zorgverzekeraar kan vóór het afsluiten van het subtraject gedeclareerd worden.

Let wel: eerder declareren gebeurt op basis van een niet afgesloten subtraject. Wanneer de verwachting is dat er geen verrichtingen meer worden uitgevoerd die van invloed zullen zijn op de zwaarte van het zorgproduct kan er gedeclareerd worden. Het subtraject krijgt als afsluitredenen één van de codes voor het voortijdige declareren vanwege het ontbreken van een overeenkomst. Op het moment dat het subtraject volgens de algemene regels afgesloten wordt, wordt gekeken of het reeds gedeclareerde zorgproduct gelijk is aan het afgeleide zorgproduct. Wanneer dit niet overeenkomt moet het eerder gedeclareerde zorgproduct gecrediteerd worden en moet er een nieuw zorgproduct gedeclareerd worden.

Voorbeeld

Een zelfstandig behandelcentrum behandelt een patiënt met cataract. Tien dagen na de ingreep komt de patiënt ter controle en wordt uit de behandeling/controle ontslagen. De verwachting is dat er geen zorgactiviteiten voor deze zorgvraag meer geregistreerd zullen worden. Volgens de algemene regels wordt het subtraject pas afgesloten op de 42e dag na de operatieve ingreep, maar bij het ontbreken van een overeenkomst is voortijdige declaratie mogelijk. Het nog niet officieel afgesloten subtraject krijgt afsluitreden 80, 82, 84 of 86.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	Afsluitreden code	AN2		Unieke code voor de afsluitreden van het subtraject
2.	Afsluitreden omschrijving	AN..20 0		De omschrijving van de afsluitreden behorende bij de afsluitredencode
3.	Korte omschrijving	AN..80	Opt.	Verkorte versie van de afsluitreden omschrijving
4.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
5.	Einddatum	N8	Opt.	De afloopdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD) Leeg: regel is nu geldig
6.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd ten opzichte van de vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.3 Afsluitregels Tabel

De Afsluitregels Tabel is primair bedoeld om alle groeperingen van zorgactiviteiten, zorgvragen en/of diagnoses, geautomatiseerd te kunnen toepassen.

De Afsluitregels Tabel is een afgeleide van het Registratieaddendum. Het Registratieaddendum bevat de functionele beschrijvingen van de algemene sluitregels en de te automatiseren uitzonderingsregels van subtrajecten met zorgtype 11 en 21.

De in een subtraject geregistreerde zorgactiviteiten, diagnose, zorgtype, specialisme en in een enkel geval de zorgvraag spelen een bepalende rol bij het vaststellen welke afsluitregel van toepassing is op het subtraject. Per afsluitregel zijn al deze bepalende elementen opgenomen in de Afsluitregels Tabel, behalve de zorgactiviteiten uit zorgprofielklasse 1, 2, 3 en 19.

De tabel kan niet gehanteerd worden als automatische beslisregeltabel. De ontwikkelaars van ICT-toepassingen dienen zelf de afsluitregels te coderen, maar kunnen gebruik maken van de specifieke groepering van waarden uit de Afsluitregels Tabel.

2.3.1 Groeperingen binnen de tabel

In het Registratieaddendum zijn de afsluitregels geoperationaliseerd in beslisregels met de daarvoor vereiste referentiegroepen. Deze referentiegroepen zijn per afsluitregel opgenomen in het Registratieaddendum en bestaan voornamelijk uit diagnoses en zorgactiviteiten. De referentiegroepen zijn binnen de Afsluitregels Tabel per afsluitregel gegroepeerd.

De groepen die zijn gedefinieerd, zijn groepen die qua samenstelling niet op een andere manier af te leiden zijn, uit bijvoorbeeld de Zorgactiviteiten Tabel. De zorgactiviteiten van zorgprofielklasse 1 *Polikliniek- en eerste hulpbezoek*, zorgprofielklasse 2 *Dagverpleging*, zorgprofielklasse 3 *Kliniek* en zorgprofielklasse 19 *IC-Behandeldag*, zijn **niet** opgenomen in de Afsluitregels Tabel omdat deze groepen zorgactiviteiten terug te vinden zijn in de Zorgactiviteiten Tabel.

Voor de algemene afsluitregel die bepaalt of het subtraject een klinisch traject is, moet minstens één zorgactiviteit uit de Zorgactiviteiten Tabel met zorgprofielklasse 3 *Kliniek* of zorgprofielklasse 19 *IC-Behandelddag* worden geregistreerd.

2.3.2 Ingangsdatum afsluitregels

Per 2015 geldt voor subtrajecten een doorlooptijd van maximaal 120 dagen. Vanwege deze verkorte maximale doorlooptijd, is per 2016 de ingangsdatum van bepaalde afsluitregels in de Afsluitregels Tabel gewijzigd.

Voorheen kregen afsluitregels voor nieuwe zorgactiviteiten waar nodig een ingangsdatum die een jaar eerder lag dan de zorgactiviteit ingangsdatum. Vanaf 2016 (RZ16a) is deze periode verkort naar vier maanden (120 dagen).

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	Afsluitregelcode	AN..10		Code gedefinieerde algemene regels en de te automatiseren uitzonderingregels. Om het verband tussen de meest recente Nadere regel en het Registratieaddendum te kunnen volgen, is gekozen om de daar gebruikte afsluitregelcodering te hanteren. B.v. 1.0000.1, 2.0301.1, 1.0000.10
2.	Afsluitregelomschrijving	AN..200		Omschrijving van de afsluitregel
3.	Groepnummer	N2		Volgnummer van de groep binnen de afsluitregel beginnend met 1. Er is minimaal één groep per afsluitregel.
4.	Specialismecode	AN4		Agb-code van het specialisme indien de afsluitregel voor een specifiek specialisme geldt, of een diagnosecode is vermeld. Als de regel voor alle specialismen geldig is of het specialisme niet van belang is, heeft de specialismecode de waarde `.`.
5.	Componenttype	AN..2		Typering van de componenten binnen de groep. De volgende typering worden gebruikt: ZA staat voor Zorgactiviteit D staat voor Diagnose ZV staat voor Zorgvraag Per groep wordt één typering gebruikt.
6.	Componentcode	AN2..10		De waarde van de code binnen de groep. Afhankelijk van het type is de waarde: Zorgactiviteit-code Zorgactiviteiten Tabel Diagnose-code Elektronische Typeringslijst met as-code 3 (diagnose) overeenkomstig specialismecode en componentwaarde Zorgvraag-code Elektronische Typeringslijst met as-code 2 (zorgvraag) overeenkomstig specialismecode en componentwaarde
7.	Ingangsdatum	N8		Ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMDD)
8.	Einddatum	N8	Opt.	De afloopdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMDD) Leeg: regel is nu geldig
9.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.4 Diagnose Combinatie Tabel

In de Diagnose Combinatie Tabel (DCT) staan tabelregels voor diagnosecombinaties die **niet** parallel mogen voorkomen¹. De tabelregels bevatten combinaties van identieke diagnosecodes en combinaties van verschillende diagnosecodes.

Niet-gespiegelde combinaties

Tot RZ17a kwamen er alleen gespiegelde diagnosecombinaties voor in de DCT (als combinatie A-B voorkwam, dan ook B-A). Vanaf RZ17a komen ook niet-gespiegelde combinaties voor (alleen A-B). Daarom is hieronder specifiek aangegeven hoe de DCT toegepast dient te worden.

De tabelregels van de DCT zijn van toepassing op subtrajecten (ST2) behorend bij parallelle zorgtrajecten (ZT2) binnen eenzelfde specialisme (voor de regels rondom paralleliteit, zie de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg').

In de volgende situatie wordt een tabelregel uit de DCT toegepast:

- de openingsdatum van een parallel subtraject (ST2) valt binnen de looptijd van een eerder geopend subtraject (ST1) behorend bij een zorgtraject (ZT1) én
- het subtraject ST1 heeft een specialismecode gelijk aan het veld *Specialisme code* én
- het subtraject ST1 heeft een diagnosecode gelijk aan het veld '*Diagnose_DBC1*' én
- de openingsdatum van subtraject ST2 valt binnen de geldigheidsperiode van de betreffende tabelregel in de DCT.

Als een tabelregel van toepassing is en het veld *Indicatie* de waarde '2' heeft, dan mag subtraject ST2 geen diagnosecode hebben gelijk aan het veld '*Diagnose_DBC2*'.

Overloopsituaties

Vanaf 2016 staan er in de DCT-tabelregels met combinaties van beëindigde en geldige diagnosecodes die ook bij overloopsituaties niet parallel mogen voorkomen.

Hierdoor kan een nieuw subtraject dat met een in jaar *t* geldige diagnosecode wordt getypeerd, niet worden geopend als er reeds een lopend subtraject met een per ingang van jaar *t* beëindigde diagnosecode is getypeerd waarbij paralleliteit met de nieuwe diagnosecode niet is toegestaan.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	Specialisme code	AN4		Unieke code voor het specialisme (agb-codering)
2.	Diagnose_DBC1	AN..6		Typerende diagnosecomponent van de dbc
3.	Diagnose_DBC2	AN..6	Opt.	Typerende diagnosecomponent van de dbc
4.	Indicatie	N1		1 meerdere dezelfde diagnoses toegestaan 2 uitsluiting combinatie van diagnoses
5.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
6.	Einddatum	N8	Opt.	De aflooptdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD) Leeg: regel is nu geldig
7.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.5 Elektronische Typeringslijst

In de elektronische typeringslijst zijn alle te gebruiken dbc-typeringen opgenomen. Het gaat hier specifiek om de coderingen voor het zorgtype, de zorgvraag (voor enkele specialismen

¹ Veld **Indicatie**: waarde '2' staat combinaties **niet** toe.

Waarde '1' staat combinaties **wel** toe. De DCT bevat echter uitsluitend waarde '2'.

noodzakelijk) en de diagnose van alle voorkomende specialismen die gebruik maken van de dbc-systematiek.

Diagnosestelling is een taak die bij uitstek door de medisch specialist/hoofdbehandelaar gedaan dient te worden. In de elektronische typeringslijst is na te gaan welke diagnoses er beschikbaar zijn per specialisme. De wetenschappelijke vereniging van het betreffende specialisme kan ondersteuning bieden bij het typeren van de juiste diagnose.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving	Vulling
1.	Specialisme code AGB	AN4		Unieke code voor het specialisme (agb-codering)	
2.	As code	N1		Code van één van de vier dbc-componenten: 1 = zorgtype, 2 = zorgvraag, 3 = diagnose, 4 = behandeling.	Code 4 niet meer in gebruik
3.	As omschrijving	AN..11		Omschrijving die hoort bij de as-code: 1 = zorgtype, 2 = zorgvraag, 3 = diagnose, 4 = behandeling.	behandeling niet meer in gebruik
4.	Component code	AN..6		Code waarop gerapporteerd moet worden. Dit is de exacte code. De codes worden links aangevuld met voorloop nullen tot de maximale lengte van een code binnen de as, dus bijvoorbeeld '02' indien ook de code '35' voorkomt en '002' indien ook de code '335' voorkomt. Indien de componentcode alleen bestaat uit '000' dan mag deze code niet gerapporteerd worden. Het betreft dan een hulpcode voor de registratie, bv '999'.	
5.	Component omschrijving kort	AN..30		Omschrijving behorend bij de componentcode, afgekort.	
6.	Component omschrijving lang	AN..50 0		Volledige omschrijving behorend bij de componentcode	
7.	Subgroep code	AN..5	Opt.	Indeling van de component in de subgroep	
8.	Subgroep omschrijving kort	AN..30	Opt.	Omschrijving subgroep, afgekort	
9.	Subgroep omschrijving lang	AN..50 0	Opt.	Volledige omschrijving van de subgroep	
10.	Hoofdgroep code	AN..5	Opt.	Indeling van de component in de hoofdgroep	
11.	Hoofdgroep omschrijving kort	AN..30	Opt.	Omschrijving hoofdgroep, afgekort	
12.	Hoofdgroep omschrijving lang	AN..50 0	Opt.	Volledige omschrijving van de hoofdgroep	
13.	Ingangsdatum	N8		Datum waarop de code ingaat (EEJJMMDD)	
14.	Afloopdatum	N8	Opt.	Datum waarna de code vervalst (tot en met), (EEJJMMDD)	

15.	Mutatie reden	N1	Opt.	Reden van mutatie: 1 = nieuwe toevoeging 2 = wijziging omschrijving of groepsindeling 7 = beëindiging, code opgesplitst 8 = beëindiging, code overgegaan in andere code of samengevoegd 9 = beëindiging, code verwijderd	Vanaf 01-01-2012 leeg
16.	Vervangende component code	AN..6	Opt.	Bij een beëindiging, waarbij de code overgaat in andere code of wordt samengevoegd met een andere code (mutatie reden = 8), wordt in dit veld de nieuwe componentcode aangegeven. Dit kan worden gebruikt voor automatische omzetting bij de registratie in het ZIS. Let wel, dit veld wordt alleen gebruikt bij een simpele overgang van oude naar nieuwe code van hetzelfde dbc-component. Bij complexere situaties wordt dit toegelicht in het veld 'mutatie toelichting'.	Vanaf 01-01-2012 leeg
17.	Mutatie toelichting	AN..10 0	Opt.	Toelichting bij de mutatie, bijvoorbeeld om bij een beëindiging met splitsing van codes aan te geven in welke codes deze is overgegaan.	Vanaf 01-01-2012 leeg
18.	Behandelsetting	N1	Opt.	Behandelsetting als handreiking voor het kunnen onderscheiden van de setting van de behandelingscodes. 1 = Poliklinisch 2 = Dagbehandeling 3 = Klinisch 4 = Onbekend	Vanaf 01-01-2012 leeg
19.	Automatisch verlengen toegestaan	AN1	Opt.	Indicatie geeft aan dat bij deze diagnose de dbc automatisch verlengd mag worden. Als er een 0 of een 2 staat, betekent dit niet dat deze code niet in een vervolg dbc mag voorkomen, het betekent alleen dat een dbc met deze diagnose niet automatisch mag worden verlengd. 0 nvt 1 Ja 2 Nee	Vanaf 01-01-2012 leeg
20.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd	

2.6 Limitatieve lijst Machtigingen

De Limitatieve Lijst Machtigingen (LLM) is gebaseerd op informatie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en wordt door de NZa uitgeleverd. Deze lijst wordt gebruikt door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en softwareleveranciers.

De tabel biedt op twee punten ondersteuning bij het aanvragen van machtigingen via het landelijke digitale machtigingenportaal.²

In de eerste plaats kan er op basis van de LLM een signaalfunctie worden ingebouwd in het ziekenhuisregistratiesysteem, die de zorgaanbieder erop wijst dat er voor een bepaalde behandeling vooraf een machtiging aangevraagd dient te worden.

In de tweede plaats kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van deze lijst nagaan of er voor een bepaalde declaratie vooraf een machtiging aangevraagd hoort te worden en of deze machtiging ook is verstrekt.

Algemene informatie over hoe aanspraakbeperking en machtigingen zijn ingeregeld in de dbc-systematiek is terug te vinden in het document 'Handleiding DBC-systematiek'.

² Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om ook voor andere behandelingen een machtigingenbeleid te voeren. Hiervoor biedt de LLM geen ondersteuning.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	AGB_Specialisme	AN4		Specialismecode van het specialisme van de dbc.
2.	Specialisme_omschrijving	AN..200		Omschrijving van het specialisme
3.	Diagnose_code	AN..6		De diagnosecode, zoals deze kan worden getypeerd binnen een bepaald specialisme. Dit is de exacte code. De codes worden links aangevuld met voorloophullende nullen tot de maximale lengte van de diagnosecode binnen het specialisme. De codes komen overeen met de bijbehorende componentcodes uit de Elektronische Typeringslijst.
4.	Diagnose_omschrijving	AN..30		Korte omschrijving van de diagnose
5.	Zorgactiviteit_code	AN..10		Code van de zorgactiviteit. Dit veld is met zes posities gevuld
6.	Zorgactiviteit_omschrijving	AN..200		Omschrijving van de zorgactiviteit
7.	Aanspraak_code	AN4		Code van de aanspraak
8.	Zorgproductgroep_code	AN6		Een zescijferige code van de zorgproductgroep, waartoe het zorgproduct behoort
9.	Zorgproduct_code	AN9		Dit is een uniek nummer van een zorgproduct. De Zorgproductcode is opgebouwd uit een Zorgproductgroepcode (zes posities) geconcateneerd met het zorgproduct binnen de groep (drie posities).
10.	Zorgproduct_medische_omschrijving	AN..200		Een omschrijving van het zorgproduct ten behoeve van de onderhandeling
11.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
12.	Einddatum	N8	Opt.	De aflooptdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD) Leeg: regel is nu geldig
13.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.7 Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel

Deze Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel vormt een onderdeel van de uitlevering van de ondersteunende tabellen van het dbc-systeem. Aan de hand van deze tabel kunt u de afleiding van diagnoses naar zorgproductgroep nagaan. De tabel als zodanig is geen onderdeel van een grouper maar wordt als ondersteunende informatie uitgeleverd. De Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel geeft de afleiding per diagnose (en per specialisme) naar zorgproductgroep weer.

Niet de gehele afleiding van diagnosecodes naar zorgproductgroepen is gebaseerd op de ICD10-structuur, maar ook op basis van andere criteria zoals WBMV-zorg, kort-cyclische chronische zorg en bepaalde specialismen waarvoor de (ICD10-gerelateerde) diagnose minder bepalend is voor het geleverde product, de zogenaamde Pre-MDC- (pre Major Diagnostic Categories) en/of WBMV-zorgproductgroepen.

Afleiding kan plaatsvinden op basis van specialisme/diagnose, maar ook op basis van andere eigenschappen van een traject. Als er afgeleid wordt tot een zorgproduct op basis van een ander gegeven dan de diagnose, dan is dit niet opgenomen in de Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel. Deze uitzonderingen kunt u vinden in het document 'Aanvullende informatie bij RDZT'.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	Specialisme code AGB	AN4		Unieke code voor het specialisme (agb-codering)
2.	Diagnose code	AN..6		De diagnosecode, zoals deze kan worden getypeerd binnen een bepaald specialisme. Dit is de exacte code. De codes worden links aangevuld met voorloop nullen tot de maximale lengte van de diagnosecode binnen het specialisme. De codes komen overeen met de bijbehorende componentcodes uit de Elektronische Typeringslijst.
3.	Zorgproductgroep code	AN6	Opt.	Een zescijferige code zorgproductgroep, waar de diagnose naar toe leidt.
4.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
5.	Einddatum	N8	Opt.	De afloopdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD) Leeg: regel is nu geldig
6.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.8 Tarieven Tabel

In de Tarieven Tabel zijn alle landelijk geldende tarieven voor de dbc-zorgproducten opgenomen. Daarnaast zijn ook de tarieven voor de overige zorgproducten (ozp's) opgenomen. In het declaratieproces wordt de tariventabel gebruikt om te bepalen welk maximum tarief bij een declaratiecode hoort. De prestatieomschrijvingen horende bij de declaratiecodes van dbc-zorgproducten zijn opgenomen in de Zorgproducten Tabel met de omschrijving van het dbc-zorgproduct zelf.

Voor dbc-zorgproducten in het b-segment (vrij onderhandelbaar tarief; declaratiecode beginnend met 15 'verzekerd' of 17 'onverzekerd') is wel een regel opgenomen met de declaratiecode, maar is het tarief op 0 gezet. Alle declaratiecodes zijn dus terug te vinden in de Tarieven Tabel.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving	Vulling
1.	AGB Specialisme	AN4		Specialismecode van het specialisme van de dbc. Indien voor alle specialismen gelijk wordt hier '0000' ingevuld	Vanaf 1-1-2015 alleen '0000'
2.	AGB Uitvoerder	AN4		Specialismecode van het uitvoerend specialisme (van de dbc dan wel ondersteunend specialisme). Indien er geen specialisme van toepassing is, zoals bij het ziekenhuis kostendeel, wordt hier '0000' ingevuld Indien voor alle specialismen gelijk wordt hier '0000' ingevuld	Vanaf 1-1-2015 alleen '0000'
3.	Declaratiecode	AN..10		Code waaronder de zorgprestatie gedeclareerd mag worden, waarvan nu zes gevuld zijn.	
4.	Productgroep-code	AN..10	Opt.	Code productgroep, waarvan nu maximaal zeven gevuld zijn	Leeg
5.	Tarief	N..8		In eurocenten	
6.	Kostensoort	AN2		Tot 1-1-2015 02 Ziekenhuiskosten 04 Honoraria 08 Honorarium Anesthesist Vanaf 1-1-2015 02 Integraal tarief	
7.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMDD)	
8.	Einddatum	N8	Opt.	De aflooptdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMDD) Leeg: regel is nu geldig	
9.	Omschrijving declaratiecode	AN..20 0	Opt.	Omschrijving declaratiecode voor a-segment dbc's Omschrijving Productgroep (tariefgroep 14, 16) Voor b-segment dbc's de lekenomschrijving van de dbc (tariefgroep 15, 17) Voor alle andere: omschrijving van de te declareren prestatie. Voor dbc-zorgproducten is deze leeg	Optioneel

10.	Tarieftype	N..2	Opt.	1 Dbc a-segment 2 Dbc b-segment 3 Dbc a-segment 3e Compartment 4 Dbc b-segment 3e Compartment 5 Dbc-zorgproduct a-segment 6 Dbc-zorgproduct b-Segment 7 Dbc-zorgproduct a-Segment 3e Compartment 8 Dbc-zorgproduct b-Segment 3e Compartment 11 Ozp Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn. 12 Ozp Supplementair - Overig traject 13 Ozp Overige verrichtingen 15 Ozp Supplementair - Add-on IC 20 Ozp Eerstelijns diagnostiek 25 Ozp Paramedische behandeling en onderzoek 30 Ozp Ondersteunende verrichting Vervallen tarieftype per 01-01-2013 10 Op Vervallen tarieftype per 01-01-2017 16 Ozp Supplementair - Add-ongeneesmiddel 17 Ozp Supplementair - Stollingsfactor Tarieftype functioneel in gebruik per 01-01-2018 14 Ozp Supplementair - Add-on overig	Vanaf RZ18a is voor het eerst aan diverse overige zorgproducten (ozp's) het tarieftype 14 toegekend.
11.	Declaratie eenheid	N..6	Opt.	100 per kwartier 110 Per half uur, dag maximum 8 uur 120 Per medewerker per uur 130 per stoeluur 135 per stoeluur individueel tarief 200 per dag 210 per beademingsdag 220 per verpleegdag 300 Per verrichting 310 Per bepaling 320 Per bezoek max. 1x per dag 325 Per soort onderzoek max. 1x per dag 330 Per zitting, per patiënt 340 Per operatieve zitting 390 Per verzuimde afspraak 400 Per kaak 405 Per kaakhelft 410 Per frontgedeelte of kaakhelft 415 Per behandelde wortel 420 Per klier en/of ductus 440 Per lichaamszijde 450 Per nier 460 Per gewricht 500 Per DBC-traject 550 Per deeltijdbehandeling 600 Per antibioticum 610 Per aggregerende substantie 620 Per anticoagulans 630 Per bloedgroep 640 Per component 650 Netto inkoopkosten 700 Per kind per behandeling 710 Per cliënt 720 Per zwangerschap 800 t/m twee maanden 810 maand 3 t/m 12 820 Per jaar 900 Per kilometer 910 Tariefsbeschikking apothekers	Leeg

12.	Soort Tarief	N..3	Opt.	Indeling geldt alleen voor ziekenhuizen en categorale instelling Tot 01-01-2012 1 Minimum tarief (nog niet van toepassing) 2 Maximum tarief 3 Punt tarief 4 Punt tarief landelijk, kan lokaal van worden afgeweken (onder voorbehoud!) 5 Individueel tarief, geen landelijk tarief vastgesteld. Vanaf 01-01-2016 6 Max-Max tarief	
13.	Segment aanduiding	N1	Opt.	1 A-segment 2 B-segment	Leeg
14.	Soort Honorarium	AN..3		0 niet van toepassing, geen honorariumcomponent 1 Honorariumcomponent specialisme wordt samengevoegd op de factuur vermeld 2 Honorariumcomponent specialisme wordt separaat op de factuur vermeld 3 Samenvoeging van de honorariumcomponenten, dit bedrag wordt op de factuur vermeld	
15.	Mutatie Toelichting	AN..10 0	Opt.	Geeft toelichting op de reden van mutatie	Leeg
16.	Declaratie regel	N..6	Opt.	Verwijzing naar een toe te passen declaratie regel die in een apart, nog nader te definiëren bestand, zijn vastgelegd.	Leeg
17.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd	

2.9 Wachtijden Tabel

De Wachtijden Tabel werd aanvankelijk uitgeleverd als bijlage bij de nadere regel "Regeling verplichte publicatie wachtijden somatische zorg". Om de technische specificaties van de Wachtijden Tabel echter te borgen, is gefaciliteerd om deze tabel onderdeel te laten zijn van de set van uitlevertabellen. Strikt genomen maakt de Wachtijden Tabel geen deel uit van de productstructuur. Met name om die reden worden wijzigingen op de tabel niet gespecificeerd in het document 'Wijzigingen dbc-release'. De Wachtijden Tabel wordt wel geactualiseerd voor wijzigingen in gerelateerde brontabellen zoals de Zorgactiviteiten Tabel en de Elektronische Typeringslijst.

In de Wachtijden Tabel is per behandeling aangegeven welke zorgactiviteiten bepalen of een dbc-zorgproduct wordt meegenomen in de bepaling van de wachttijd van een bepaalde behandeling. Bij sommige behandelingen is het nodig om ook de diagnosetypering mee te nemen, om er voor te zorgen dat de juiste dbc-zorgproducten worden geselecteerd voor de bepaling van de wachttijd.

De wachttijd wordt berekend door per behandeling de mediaan te nemen van de wachtijden van de afgesloten dbc-zorgproducten in de afgelopen drie maanden. Indien er in de afgelopen drie maanden minder dan 15 waarnemingen zijn voor een behandeling, dan hoeft de wachttijd niet gepubliceerd te worden. Er mag dan aangegeven worden dat er 'onvoldoende waarnemingen beschikbaar' zijn.

Bij mutaties op een zorgactiviteitcode of diagnosetypering zal ook de Wachtijden Tabel geactualiseerd worden. Hierbij geldt dat bij beëindiging van de zorgactiviteitcode of diagnosetypering in de Zorgactiviteiten Tabel respectievelijk de Elektronische Typeringslijst per 31 december van een jaar, een einddatum wordt opgenomen van 31 maart van het volgende jaar, in verband met de 3 maanden retrospectieve bepaling.

Voor wijzigingen in de omschrijving van een zorgactiviteitcode of diagnosetypering per 1 januari van een jaar zal een einddatum van 31-12-JJJJ van het betreffende voorgaande jaar worden opgenomen.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	Behandeling	N..3		Volgnummer van de behandeling
2.	Behandeling_omschrijving	AN..300		Beschrijving van de behandeling. Bron is de Nadere regel NR/CU-262- "Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg"
3.	Specialisme_code	AN4	Opt.	Specialismecode zoals deze voorkomt in de Elektronische Typeringslijst
4.	Diagnosetypering	AN..6	Opt.	Gelijk aan "Component Code" binnen de Elektronische Typeringslijst
5.	Diagnosetypering_omschrijving	AN..500	Opt.	Gelijk aan "Component omschrijving lang" binnen de Elektronische Typeringslijst
6.	Zorgactiviteit_code	AN..10	Opt.	Gelijk aan "Zorgactiviteit_code" binnen de Zorgactiviteiten Tabel
7.	Zorgactiviteit_omschrijving	AN..200	Opt.	Gelijk aan "Zorgactiviteit_omschrijving" binnen de Zorgactiviteiten Tabel
8.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de periode waarin moet worden gerapporteerd over de betreffende regel, (EEJJMMDD)
9.	Einddatum	N8	Opt.	De einddatum van de periode waarin moet worden gerapporteerd over de betreffende regel, (EEJJMMDD)
10.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.10 WBMV Code Tabel

In deze tabel worden de verschillende WBMV-codes (Wet Bijzondere Medische Verrichtingen) vermeld die door het ministerie van VWS zijn vastgesteld. WBMV-vergunningen worden toegekend aan zorgactiviteiten. Aanvullend geldt dat, ten behoeve van de afleiding van dbc-zorgproducten, per zorgactiviteit in de Zorgactiviteiten Tabel een verwijzing naar de WBMV Code Tabel is opgenomen. In deze WBMV Code Tabel kan worden opgezocht wat de betekenis is van de betreffende WBMV-code.

Op zorgactiviteitsniveau is vastgesteld welke zorg onder de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) valt en welke vergunning hiervoor nodig is. De input voor deze labels zijn de vanuit de overheid vastgestelde planningsbesluiten en de op grond daarvan verleende vergunningen. In de Pre-MDC hoofdstukken zijn voor deze categorie zorg aparte zorgproducten ontwikkeld. Deze zorgproducten hebben een WBMV-label meegekregen in de Zorgproducten Tabel.

Deze WBMV-labels bieden zorgverzekeraars ondersteuning bij het uitvoeren van controles op verleende vergunningen bij declaraties door zorgaanbieders. Bij de WBMV-labeling wordt gestreefd naar een goede vertaling van de wettelijke teksten naar het dbc-systeem. Mochten er onverhoopt discrepanties bestaan tussen de geleverde zorg, de wettelijke regelingen en de labeling in de dbc-systematiek dan zijn de wettelijke regelingen leidend voor de bepaling of een instelling deze zorg mag uitvoeren (en declareren). Meer informatie over de wettelijke regeling is te vinden op de website van de overheid (www.wetten.overheid.nl).

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	WBMV_code	AN4		Code WBMV
2.	WBMV_code_omschrijving	AN..200		Omschrijving van de WBMV-code
3.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
4.	Einddatum	N8	Opt.	De aflooptdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD) Leeg: regel is nu geldig
5.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.11 Zorgactiviteiten Tabel

De Zorgactiviteiten Tabel bevat zorgactiviteiten die voor de dbc-systematiek van belang zijn. De term zorgactiviteit is geïntroduceerd omdat het bij deze lijst om meer dan verrichtingen alleen gaat. De Zorgactiviteiten Tabel bevat zorgactiviteiten opgebouwd uit een unieke code en bijbehorende omschrijving inclusief de geldigheidsperiode van deze code.

Middels deze tabel is het mogelijk na te gaan of voor het uitvoeren van een zorgactiviteit een WBMV-vergunning (Zie WBMV Code tabel voor betekenis hiervan) noodzakelijk is. Ook kan per zorgactiviteit worden vastgesteld of er sprake is van een aanspraakbeperking op de Zorgverzekeringswet (basispakket). Zie Aanspraak Code tabel voor de betekenis hiervan. Aanvullend kan worden bepaald of er sprake is van een zogenaamde add-onzorgactiviteit.

Daarnaast is een tweetal kolommen opgenomen waarin enerzijds de eenheid is opgenomen waarin het betreffende middel moet worden geregistreerd en anderzijds het aantal gebruikte eenheden per declarabele prestatie wordt vermeld.

Voor zorgactiviteiten op de nota wordt, indien deze zorgactiviteit in tijd wordt geregistreerd, het aantal minuten per zorgactiviteit waarin deze zorgactiviteit wordt vastgelegd opgenomen in de Zorgactiviteiten Tabel. Deze gegevens worden vermeld in de kolommen 'Eenheid' (bijvoorbeeld 'MN' voor minuten) en 'Aantal eenheden' (bijvoorbeeld '5' voor een zorgactiviteit welke per 5 minuten wordt vastgelegd).

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving	Vulling
1.	Zorgactiviteit_code	AN..10		Code zorgactiviteit. Dit veld is met zes posities gevuld	
2.	Zorgactiviteit_omschrijving	AN..200		Omschrijving van de zorgactiviteit	
3.	Op_nota	AN1	Opt.	'J' (Ja) indien de zorgactiviteit op de nota moet worden vermeld.	
4.	Zorgactiviteit_consumenten_omschrijving	AN..300	Opt.	Omschrijving van de zorgactiviteit die speciaal is bedoeld voor gebruik op de nota.	
5.	ZPK_code	N..2		Code zorgprofielklasse (hoofdindeling)	
6.	ZPK_omschrijving	AN..200		Omschrijving van de zorgprofielklasse hoofdindeling	
7.	Spmenr_01	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme oogheelkunde	Vanaf 2013 leeg
8.	Spmenr_02	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme KNO	idem
9.	Spmenr_03	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme heelkunde	idem
10.	Spmenr_04	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme plastische chirurgie	idem
11.	Spmenr_05	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme orthopedie	idem
12.	Spmenr_06	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme urologie	idem
13.	Spmenr_07	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme gynaecologie	idem
14.	Spmenr_08	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme neurochirurgie	idem
15.	Spmenr_10	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme dermatologie	idem
16.	Spmenr_13	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme inwendige geneeskunde	idem
17.	Spmenr_16	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme kindergeneeskunde	idem
18.	Spmenr_18	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme gastro-enterologie	idem
19.	Spmenr_20	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme cardiologie	idem
20.	Spmenr_22	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme longgeneeskunde.	idem
21.	Spmenr_24	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme reumatologie	idem
22.	Spmenr_26	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme allergologie	idem
23.	Spmenr_27	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme revalidatie	idem
24.	Spmenr_28	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme thorax	idem
25.	Spmenr_29	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme cons. psychiatrie	idem

26.	Spmenr_30	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme neurologie	idem
27.	Spmenr_35	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme klin. geriatrie	idem
28.	Spmenr_61	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme radiotherapie	idem
29.	Spmenr_62	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme radiologie	idem
30.	Spmenr_89	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme anesthesiologie	idem
31.	Spmenr_90	N..2	Opt.	Code validatieklasse bij specialisme klin. genetica	idem
32.	WBMV code	AN4	Opt.	Code uit WBMV Code Tabel	
33.	Eenheid	AN..2	Opt.	<p>Eenheid van registratie. Hierin staan de eenheid waarin de betreffende zorgactiviteit moet worden geregistreerd. Deze kolom wordt alleen ingevuld indien de zorgactiviteit een medicament betreft (add-ongeneesmiddel of stollingsfactor) of als er sprake is van een tijdsregistratie voor zorgactiviteiten die op de nota moeten worden vermeld</p> <p>E= Eenheid G= Gram IE= Internationale Eenheid MG= Milligram MB= Megabecquerel MN= Minuut Deze indeling is zoveel mogelijk gebaseerd op de 'afleveringseenheid' van Vektis.</p>	
34.	Aantal eenheden	N..6 Max drie decimalen	Opt.	<p>Aantal eenheden per geregistreerde zorgactiviteit. Zes posities, waarvan maximaal drie posities achter de komma. Het betreft het aantal eenheden op basis waarvan het tarief of de tijdsregistratie-eenheid van één (1) geregistreerde zorgactiviteit wordt gebaseerd.</p> <p>Bij add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren wordt dit als volgt toegepast: om het aantal declarabele prestaties voor een toediening van medicatie te bepalen, dient de toegediende hoeveelheid te worden gedeeld door het aantal eenheden per declarabele prestatie gemeten in eenheden van item 33</p>	
35.	Aanspraak code	AN4	Opt.	Code uit de Aanspraak Code Tabel	
36.	Indicatie_add-on	AN1	Opt.	'J' (Ja) indien de zorgactiviteit als add-on gedeclareerd kan worden 'N' (Nee) of leeg, indien de zorgactiviteit niet als add-on gedeclareerd kan worden	
37.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)	

38.	Einddatum	N8	Opt.	De aflooptdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD)	
39.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd ten opzichte van de vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd	

2.12 Zorgproducten Tabel

In de Zorgproducten Tabel zijn alle zorgproducten opgenomen, die door een grouper kunnen worden verwerkt. Van de zorgproducten is een aantal kenmerken beschikbaar, waaronder een omschrijving en de bijbehorende declaratiecode (het tarief van deze declaratiecode is op te zoeken in de Tarieven Tabel). In de Zorgproducten Tabel zijn ook de 'uitval-zorgproducten' opgenomen, echter zonder declaratiecode. Deze tabel bevat geen overige zorgproducten, die staan in de Zorgactiviteiten Tabel en de Tarieven Tabel. Deze tabel biedt dus inzicht in de zorgproducten voor de interne organisatie, de onderhandelingen en om aanvullende informatie te vinden, naar aanleiding van een door een grouper aangegeven zorgproductcode.

Door de laatste drie posities uit de zorgproductcode weg te laten, kunt u de zorgproductgroepcode bepalen. De betekenis van de zorgproductgroep is op te zoeken in de Zorgproductgroepen Tabel. De zorgproductomschrijving geeft een opsomming van alle uitvragingen in de corresponderende beslisbomen. De Latijnse omschrijving van het dbc-zorgproduct verschaft een medisch herkenbare omschrijving van het dbc-zorgproduct. De zorgproduct consumentenomschrijving is een vertaling van de Latijnse zorgproductomschrijving, zodanig dat deze voor consumenten begrijpelijk is.

Aan de hand van de declaratiecode is in de Tarieven Tabel op te zoeken welk tarief bij declaratie van het betreffende dbc-zorgproduct van toepassing is. Gelijksortige zorg dient bij voorkeur tot hetzelfde dbc-zorgproduct af te leiden. Het kan echter voorkomen dat (bijna of geheel) identieke dbc-zorgproducten op meerdere plekken in de productstructuur voorkomen. Dergelijke (bijna of geheel) identieke dbc-zorgproducten krijgen middels het toekennen van een gelijke declaratiecode een gelijk tarief. De meeste zorgproducten hebben echter een unieke declaratiecode.

Om te voorkomen dat er binnen de toegestane ranges geen unieke declaratiecodes meer gebruikt zouden kunnen worden, is een letter toegevoegd aan de declaratiecode. Het bepalen van de range en dus de eerste twee posities blijft hetzelfde voor a/b-segment en verzekerd/onverzekerd. De laatste vier posities worden als volgt opgebouwd:

- A000 t/m A999
- B000 t/m B999
- ...
- Z000 t/m Z999
- AA00 t/m ZZ00
- Etc.

In de declaratiecodes zijn aanspraak en segmentering als volgt versleuteld:

	a-segment	b-segment
Dbc-declaratiecode verzekerde zorg	14AN4	15AN4
Dbc-declaratiecode onverzekerde zorg	16AN4	17AN4

Uitvalproducten hebben GEEN declaratiecode.

Voor zorgproducten waarvan de typerende behandeling onder de WBMV (Wet Bijzondere Medische Verrichtingen) valt, uitgedrukt in WBMV-zorgactiviteiten, is in kolom 7 van de Zorgproducten Tabel de WBMV-vergunningcode opgenomen. Zorgactiviteiten die onder de WBMV vallen zijn in de Zorgactiviteiten Tabel gelabeld met de betreffende WBMV-vergunningcode. De WBMV-vergunning waarnaar de code verwijst staat weergegeven in de WBMV Code Tabel.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	Zorgproductcode	AN9		Dit is een uniek nummer van een zorgproduct. Als het zorgproduct een inhoudelijk wezenlijk andere betekenis krijgt, krijgt het zorgproduct een nieuw nummer. De zorgproductcode is opgebouwd uit een zorgproductgroepcode (zes posities) geconcateneerd met het zorgproduct binnen de groep (drie posities).
2.	Zorgproductomschrijving	AN..200 0		Omschrijving van het zorgproduct. Hierin staat aaneengesloten de omschrijvingen van de doorgelopen knooppunten in de beslisboom om te komen tot het zorgproduct
3.	Zorgproduct latijnse omschrijving	AN..200		Een omschrijving van het zorgproduct ten behoeve van de onderhandeling
4.	Zorgproduct consumentenomschrijving	AN..200	Opt.	Een omschrijving van het zorgproduct voor gebruik op de nota
5.	Declaratiecode verzekerde zorg	AN..10	Opt.	Declaratiecode ingeval van aanspraak op de basisverzekering. Leeg: indien alleen een declaratiecode onverzekerde zorg beschikbaar is, of indien het een uitval-zorgproduct betreft. Er worden momenteel maar zes posities gebruikt
6.	Declaratiecode onverzekerde zorg	AN..10	Opt.	Declaratiecode ingeval van geen aanspraak op de basisverzekering. Leeg: indien alleen een declaratiecode verzekerde zorg beschikbaar is, of indien het een uitval-zorgproduct betreft. Er worden momenteel maar zes posities gebruikt.
7.	Zorgproduct WBMV code	N4	Opt.	Indien voor het zorgproduct een WBMV-vergunning noodzakelijk is, staat hier de belangrijkste vergunning, middels een code uit de WBMV Code Tabel.
8.	Zorgproductgroep Code	AN6	Opt	Een verwijzing naar de Zorgproductgroepen Tabel
9.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
10.	Einddatum	N8	Opt.	De aflooptdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
11.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

2.13 Zorgproductgroepen Tabel

In de Zorgproductgroepen Tabel zijn van alle zorgproductgroepen de zorgproductgroepcodes en omschrijvingen opgenomen. Zorgproductgroepen zijn verzamelingen van zorgproducten geclusterd op basis van medische kenmerken zoals de op de ICD-10 afgebeelde diagnose, of andere kenmerken zoals WBMV-vergunning. Binnen de zorgproductgroepen, worden vervolgens meerdere kosten en werklathomogene zorgproducten onderscheiden, die zijn terug te vinden in de Zorgproducten Tabel.

Specificaties

Kolom	Naam	Type	Opt.	Omschrijving
1.	Zorgproductgroep code	AN6		Een zescijferige code zorgproductgroep, waartoe het zorgproduct behoort
2.	Zorgproductgroep omschrijving	AN..200		Een omschrijving van de zorgproductgroep, waartoe het product behoort
3.	Ingangsdatum	N8		De ingangsdatum van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
4.	Einddatum	N8	Opt.	De afloopdatum geldigheid (tot en met) van de betreffende regel, (EEJJMMDD)
5.	Mutatie	N1	Opt.	Geeft aan welke soort wijziging of correctie is uitgevoerd t.o.v. vorige formele oplevering: 1 Nieuw 2 Gewijzigd 3 Logisch verwijderd

3. Sleutelvelden en mutatiecodes

Met deze paragraaf wordt duidelijkheid verschaft in het gebruik van sleutelgegevens binnen de tabellen.

3.1 Waarom sleutelgegevens?

Voor geautomatiseerde verwerking van gegevens zijn sleutelgegevens cruciaal. In het kader van de tabellen zijn deze in ieder geval van belang voor:

3.1.1 Het gebruik van de mutatiecodes

Met de mutatiecodes, is het mogelijk om gewijzigde records uit de tabellen te selecteren en deze te verwerken in eigen tabellen. De sleutelvelden tezamen zijn uniek en zorgen ervoor dat het juiste record kan worden geselecteerd. Bij een mutatiecode 2 en 3 zal een reeds bestaand record worden gemuteerd resp. worden verwijderd. Het betreffende record kan worden gevonden op basis van de sleutelvelden. Met een mutatiecode 1 wordt een nieuw record (met nieuwe sleutelvelden) toegevoegd. Een mutatiecode heeft alleen betrekking op de inhoud van de gegevens en niet op de structuur van de tabel.

3.1.2 Er zijn drie soorten wijzigingen

In de meeste gevallen zullen wijzigingen worden doorgevoerd in de toekomst. In dat geval zal een nieuw record (mutatiecode 1) worden toegevoegd met een begindatum gelijk aan het moment waarop de wijziging ingaat. Het oude record krijgt een einddatum, dat een dag voor de begindatum valt (mutatiecode 2). Er komen ook situaties voor dat een wijziging (correctie) met terugwerkende kracht ingaat. Bijvoorbeeld, er staat een aanspraakfout in de Zorgactiviteiten Tabel en deze wordt gecorrigeerd of er was een ozp toegevoegd in de Tarieven Tabel die nooit had mogen bestaan. In deze gevallen is het van belang vast te stellen of dat er een sleutelgegeven of een overig veld wordt gewijzigd:

Bij een correctie van een veld dat NIET tot de sleutelvelden behoort, wordt de wijziging in het record aangebracht en krijgt het betreffende record mutatiecode 2. (Het oude record wordt dan dus overschreven)

Bij wijziging van een veld dat WEL tot de sleutelvelden behoort, kan niet op dezelfde wijze worden gewerkt. In deze gevallen zal het betreffende record een mutatiecode 3 krijgen (komt dus te vervallen) en wordt meteen een nieuw record (met een gewijzigd sleutelgegeven) en met een mutatiecode 1 weer opgenomen.

Als er een nieuwe kolom wordt toegevoegd én deze kolom blijft leeg dan zal dit niet leiden tot een mutatiecode. Indien deze nieuwe kolom bij een bestaand record wordt gevuld dan wordt dit beschouwd als soort wijziging nummer 1, zoals hierboven beschreven.

3.1.3 De sortering van de tabellen.

De tabellen worden doorgaans geautomatiseerd verwerkt, maar toch bestaat soms de behoefte de tabellen te zien. Het is dan handig als de tabel op een herkenbare manier is gesorteerd. De tabellen worden gesorteerd op de volgorde van de sleutelvelden.

3.2 Sleutelvelden per tabel

Tabel	Sleutelvelden					
	1	2	3	4	5	6
Aanspraak Code Tabel	Aanspraak_code	Ingangsdatum				
Afsluitreden Tabel	Afsluitreden code	Ingangsdatum				
Afsluitregels Tabel	Afsluitregelcode	Groepnummer	Specialismecode	Componentcode	Ingangsdatum	
Diagnose Combinatie Tabel	Specialisme code	Diagnose_DBC1	Diagnose_DBC2	Ingangsdatum		
Elektronische Typeringslijst	Specialismecode AGB	As code	Component code	Ingangsdatum		
Limitatieve Lijst Machtigingen	AGB_Specialisme	Diagnose_code	Zorgactiviteit_code	Aanspraak_code	Zorgproduct_code	Ingangsdatum
Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	Specialisme code AGB	Diagnose code	Ingangsdatum			
Tarieven Tabel	Declaratiecode	AGB Specialisme	AGB Uitvoerder	Kostensoort	Soort Honorarium	Ingangsdatum
Wachttijden Tabel	Behandeling	Specialisme_code	Diagnosetypering	Zorgactiviteit_code	Ingangsdatum	
WBMV Code Tabel	WBMV_code	Ingangsdatum				
Zorgactiviteiten Tabel	Zorgactiviteit_code	Ingangsdatum				
Zorgproducten Tabel	Zorgproductcode	Ingangsdatum				
Zorgproductgroepen Tabel	Zorgproductgroepcode	Ingangsdatum				

4. Totaal aantal records per tabel

Voorheen (tot en met release RZ15b) vond u informatie over het aantal regels in de toelichting per tabel. Sinds 2016 worden die toelichtingen niet meer separaat uitgeleverd. Hieronder staat een overzicht van de uitgeleverde tabellen en het aantal records.

Tabel	Versie	Vorige versie	Zonder mutatiecode	Mutatiecode 1	Mutatiecode 2	Mutatiecode 3	Totaal incl. kopregel
Aanspraak Code Tabel	-	20161117	-	-	-	-	-
Afsluitreden Tabel	-	20170425	-	-	-	-	-
Afsluitregels Tabel	20170921	20170425	3584	6	-	-	3591
Diagnose Combinatie Tabel	-	20170425	-	-	-	-	-
Elektronische Typeringslijst	20170921	20170425	7186	1	1	-	7189
Limitatieve Lijst Machtigingen	-	20170425	-	-	-	-	-
Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel	-	20170425	-	-	-	-	-
Tarieven Tabel	20170921	20170425	294838	7	170	-	295016
Wachttijden Tabel	-	20170425	-	-	-	-	-
WBMV Code Tabel	-	20160701	-	-	-	-	-
Zorgactiviteiten Tabel	20170921	20170425	16045	27	27	1	16101
Zorgproducten Tabel	20170921	20170425	17008	1463	1491	-	19963
Zorgproductengroepen Tabel	-	20160701	-	-	-	-	-