

Handleiding dbc-systematiek

(voormalig RSAD-document)

Ingangsdatum 1 januari 2018

Inhoud

1. Inhoud document en leeswijzer	5
1.1 Leeswijzer	5
1.1.1 Hoofdstukindeling	5
1.1.2 Verwijzingen naar tabellen, documenten en websites	5
2. Introductie op de dbc-systematiek	6
2.1 Ontstaan dbc-systematiek	6
2.2 Kenmerken dbc-systematiek	7
2.3 Het onderliggende model: van registreren tot declareren	10
2.4 Tabellen dbc-systeem en samenhang	11
3. Registreren	14
3.1 Zorgtraject en subtraject	14
3.1.1 Subtrajecten en zorgtypen	14
3.2 Registratieregels voor openen en sluiten van subtrajecten	18
3.3 Diagnose- en zorgvraagtyperingen	19
3.3.1 Diagnosetypering	19
3.3.2 Zorgvraagtypering	19
3.3.3 ICD-10	20
3.4 Zorgactiviteiten	20
3.5 Aanspraak en machtigingen bij registratie	22
3.6 Geneesmiddelen en indicaties	22
3.7 Het ZIS en te registreren gegevens	23
3.7.1 Te registreren gegevens bij een zorgtraject	23
3.7.2 Te registreren gegevens bij een subtraject	24
3.7.3 Te registreren gegevens bij zorgactiviteiten	25
3.7.4 Te registreren gegevens bij geneesmiddelen	25
4. Samenvatten	27
4.1 Afsluitregels & afsluitredenen	27
4.2 Registratieaddendum	28
4.3 Koppelen van zorgactiviteiten aan sub-/ zorgtraject	29
4.4 Parallelliteit	29
5. Afleiden	31
5.1 Groeper	31
5.1.1 Berichten aan een grouper sturen	31
5.1.2 Kenmerken en functionaliteiten van een grouper	32
5.1.3 Informatievastlegging	33
5.1.4 Retourberichten van een grouper	34
5.1.5 Foutmeldingen	35
5.1.6 Zorgactiviteiten op de nota	35
5.2 Zorgproducten afleiden	35
5.2.1 Productstructuur en topboom	35
5.2.2 Zorgproductgroepen en dbc-zorgproducten	36
5.2.3 Overige zorgproducten (ozp's)	36
5.2.4 Aanspraak	37
5.2.5 Wbmv	39
5.2.6 Weegfactoren	39
5.2.7 Uitval	40
5.2.8 Zorgproductenviewer	40

6. Declareren	41
6.1 Declaratiecode uit een grouper	41
6.2 Koppelen aan tarief	42
6.3 EI-standaard en factuurinformatie	43
6.3.1 EI-standaard	43
6.3.2 Factuurinformatie	43
6.4 Onderhandenwerk-grouper	43
7. Informeren	44
7.1 Registratieverplichting	44
7.2 Informatieverplichting en minimale dataset	44
7.3 DIS	44
7.3.1 Open DIS-Data	45
Bijlage 1: RSAD-datamodel	46
Bijlage 2: Beschrijving relaties RSAD-datamodel	47
Bijlage 3: Toelichting aanspraakbeperkingen en machtigingen	51
Bijlage 4: Toelichting op het koppelalgoritme	59
Disclaimer	62

1. Inhoud document en leeswijzer

Dit document geeft inzicht in de onderdelen van de dbc-systematiek. Het beschrijft het model waarop de registratie van de ziekenhuiszorg is gebaseerd sinds de invoering van dbc's op weg naar transparantie (DOT) per 1 januari 2012: het zogeheten RSAD-model waarmee de **R**egistratie, **S**amenvatting, **A**fleiding en **D**eclaratie (RSAD) van de verleende zorg wordt beschreven. In de beschrijving van het model wordt de patiënt gevolgd in zijn zorgtraject. Tevens beschrijft dit document de samenhang tussen de ziekenhuisinformatiesystemen (ZIS) en een grouper, en de plaats van de door de NZa vastgestelde tabellen van de dbc-systematiek in het RSAD-model.

Tot en met de release RZ15b heette dit document het RSAD-document en was het document in eerste instantie bedoeld voor ICT-leveranciers. Met ingang van de release RZ16a is dit document voor een breder publiek toegankelijk en geeft dit document naast een overzicht van het RSAD-model achter de dbc-systematiek ook alle onderwerpen weer waarmee een gebruiker van het dbc-systeem te maken krijgt van registratie tot en met declaratie. Voor technische details in de tekst verwijzen wij u naar specifieke documenten en bijlagen.

1.1 Leeswijzer

1.1.1 Hoofdstukindeling

Hoofdstuk 2 geeft een korte inleiding in de dbc-systematiek en beschrijft op hoofdlijnen de kenmerken van het systeem en het RSAD-model. In hoofdstuk 3 **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.** tot en met 6 leggen we achtereenvolgens de vier stappen van het RSAD-model nader uit. Hoofdstuk 7 gaat in op informeren. De bijlagen bij dit document bieden u meer achtergrondinformatie. Zo gaan bijlage 1 en 2 in op het RSAD-datamodel en relaties daarbinnen. In bijlage 3 vindt u meer informatie over hoe aanspraakbeperking en machtigingen werken in de dbc-systematiek. In bijlage 4 vindt de informatie over hoe zorgactiviteiten aan een zorgtraject en daarmee aan het te declareren subtraject gekoppeld worden.

1.1.2 Verwijzingen naar tabellen, documenten en websites

Op meerdere plekken in dit document vindt u verwijzingen naar tabellen en documenten die door de NZa worden vastgesteld en gepubliceerd. De meest actuele release van de relevante tabellen en overige documentatie vindt u op de website www.nza.nl. De nadere regel en beleidsregel vindt u op de website www.nza.nl.

Daarnaast zijn er voor de dbc-systematiek raakvlakken met andere organisaties. In dat geval vindt u in de tekst een verwijzing naar de website van de betreffende organisatie voor meer informatie.

2. Introductie op de dbc-systematiek

De dbc-systematiek is een systeem waarmee zorgaanbieders de geleverde zorg kunnen registreren, zodat zij deze kunnen declareren bij de (zorgverzekeraar van de) patiënt. Dbc's vormen de basis van de bekostiging in de medisch-specialistische zorg. De dbc-systematiek is in Nederland ingevoerd om meer inzicht te krijgen in de medisch-specialistische zorg die in Nederland wordt geleverd.

Waarom een dbc-systematiek?

Zorgaanbieders en zorginkopers kunnen met de dbc-systematiek onderhandelen over de kwaliteit, de prijs en het aantal behandelingen. Daarnaast is er met de komst van de dbc-systematiek steeds meer informatie beschikbaar over de zorgpraktijk. Met deze informatie kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geleverde zorg vergelijken en/of vernieuwen en wordt de dbc-systematiek ieder jaar doorontwikkeld en onderhouden. Uiteindelijk profiteert de burger ervan als zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over kwalitatief goede en betaalbare zorg.

De voordelen op een rij

De dbc-systematiek is ontwikkeld voor en door het veld en biedt voordelen voor vele partijen:

- De patiënt wil steeds vaker weten hoeveel de zorg kost, zeker wanneer het eigen risico wordt geraakt. Door de dbc-systematiek krijgen patiënten inzicht in de kwaliteit en kosten van de zorg.
- Zorgaanbieders krijgen inzicht in de eigen prestaties ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Hiermee kunnen ze met elkaar concurreren op basis van prijs en kwaliteit.
- Zorgverzekeraars krijgen inzicht in de landelijke gemiddelde prestaties van zorgaanbieders. Door dit inzicht kunnen ze steeds beter zorg inkopen bij zorgaanbieders en controleren op de rechtmatigheid van de geleverde zorg.
- De overheid gebruikt het inzicht om een kwalitatief goede en betaalbare zorgsector te stimuleren en te borgen.

Wat is een dbc-zorgproduct?

Dbc staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. Een dbc is een pakketje zorg met informatie over de diagnose en de behandeling die een patiënt krijgt. In de ziekenhuiszorg wordt een dbc ook wel een dbc-zorgproduct genoemd. Dbc's (hierna: dbc-zorgproducten) bevatten de zorgactiviteiten die gemiddeld nodig zijn bij een specifieke zorgvraag. Dit gemiddelde is onder andere gebaseerd op data van het dbc-informatiesysteem (DIS).

2.1 Ontstaan dbc-systematiek

Vóór de introductie van de dbc-systematiek was er onvoldoende transparantie over medisch-specialistische zorg. Dit kwam mede doordat ziekenhuizen voor hun activiteiten een vast budget kregen: de zogenoemde functiegerichte budgettering (FB). Voor specialisten gold een vergelijkbare lumpsumregeling. Destijds bestond geen directe relatie tussen de geleverde prestaties (verleende zorg) en werkelijke kosten. Daardoor ontbraken ook financiële prikkels om informatie te verzamelen over de kosten en kwaliteit van productie. De zorgsector en de overheid vonden deze situatie niet langer wenselijk en hebben daarom in 2005 de dbc-systematiek als informatie-instrument ingevoerd.

Al snel werd duidelijk dat de dbc-systematiek de gewenste transparantie in de zorg dichterbij bracht. Na een aantal jaren ervaring te hebben opgedaan met deze systematiek, hebben de

branchepartijen samen een rapport geschreven waarin een aantal verbeterpunten werd benoemd, het rapport 'Eenvoudig beter'.

Op verzoek van de NZa heeft (toen nog) DBC-Onderhoud deze verbeterpunten vertaald naar een verbeterde dbc-systematiek. Het resultaat hiervan is de invoering van de *dbc's op weg naar Transparantie*, kortweg DOT die in 2012 heeft plaatsgevonden. Dit document beschrijft de dbc-systematiek zoals die per 1 januari 2012 is geïntroduceerd.

2.2 Kenmerken dbc-systematiek

De dbc-systematiek heeft drie hoofdkenmerken:

Productstructuur:

- Dit is de wijze waarop de diagnoses en behandelingen geordend en gegroepeerd zijn tot een overzichtelijke verzameling dbc-zorgproducten.

Registratieregels:

- die het begin en het einde van de periode bepalen waarover de geleverde zorg kan worden gedeclareerd (dbc-subtrajecten, kortweg subtrajecten);
- die voorschrijven welke gegevens nodig zijn voor registratie, zodat een grouper uit de gegevensset een declarabel dbc-zorgproduct en andere declarabele prestaties kan afleiden;
- definities over het registreren van zorgactiviteiten.

Grouper:

- Een webapplicatie waarmee op basis van de productstructuur de afleiding naar dbc-zorgproducten plaatsvindt. Tot 1 januari 2016 viel het beheer en onderhoud van de grouper onder de verantwoordelijkheid van DBC-Onderhoud en daarna de NZa. Vanwege het private karakter van deze activiteiten, is het beheer en onderhoud overgedragen aan de Stichting Grouper.

Hierna worden deze drie kenmerken toegelicht.

Productstructuur

Eén van de belangrijkste aspecten van de dbc-systematiek is de productstructuur, ofwel de manier waarop diagnoses en behandelingen (vastgelegd middels zorgactiviteiten)¹ worden vertaald in dbc-zorgproducten. Om aansluiting op internationaal afgesproken classificaties te garanderen is de indeling van de productstructuur gebaseerd op de hoofdstukindeling van de *International Classification of Diseases (ICD-10)*.² In de toekomst is de verwachting dat de dbc-diagnosen vervangen zullen worden door ICD-10-diagnosecodes.³ Een belangrijk kenmerk is dat de productstructuur in principe specialismeoverstijgend is, ofwel dat specialismen die dezelfde zorg leveren ook dezelfde dbc-zorgproducten declareren.⁴

De productstructuur is ingedeeld in zorgproductgroepen die bestaan uit medisch herkenbare dbc-zorgproducten die daarnaast kosten- en werklathomogeen zijn. Deze aspecten zijn

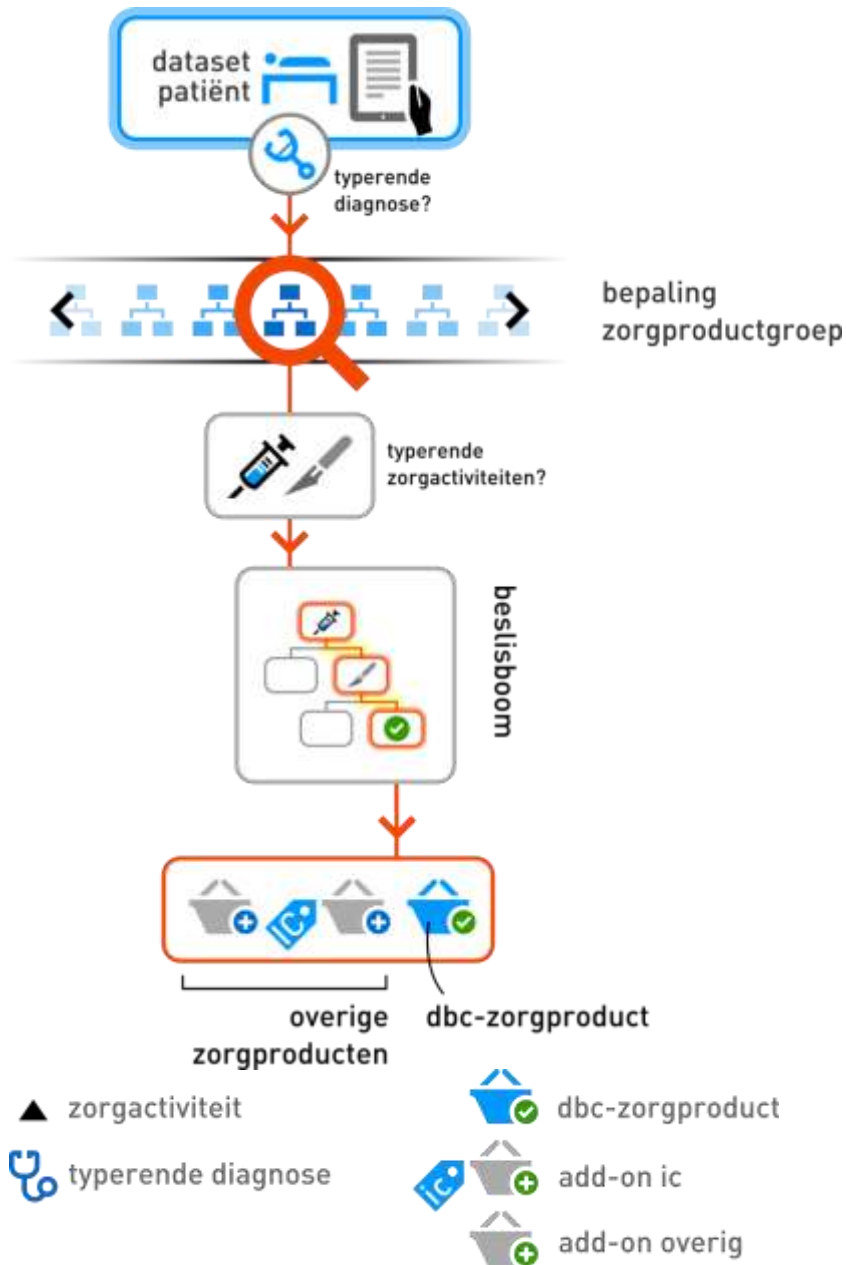
¹ Voor de leesbaarheid wordt de productstructuur uitgelegd a.d.h.v. diagnose en zorgactiviteiten. In werkelijkheid kan het zorgproduct ook op basis van andere gegevens worden bepaald bijvoorbeeld leeftijd en/of specialisme

² De ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) is de nieuwste versie van het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses. Het RIVM draagt zorg voor de uitgifte van de ICD-10 in Nederland. Zie ook www.rivm.nl.

³ Zie paragraaf 3.3.3.

⁴ Dit geldt niet voor "Wbmv" zorgproductgroepen. Zie paragraaf 5.2.

nuttig voor het onderhandelingsproces over prijs en kwaliteit tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Zo kent de dbc-systematiek rond de 5.000 dbc-zorgproducten. Een deel daarvan kent een maximumtarief gebaseerd op door zorgaanbieders aangeleverde kosteninformatie.



Figuur 1 De productstructuur

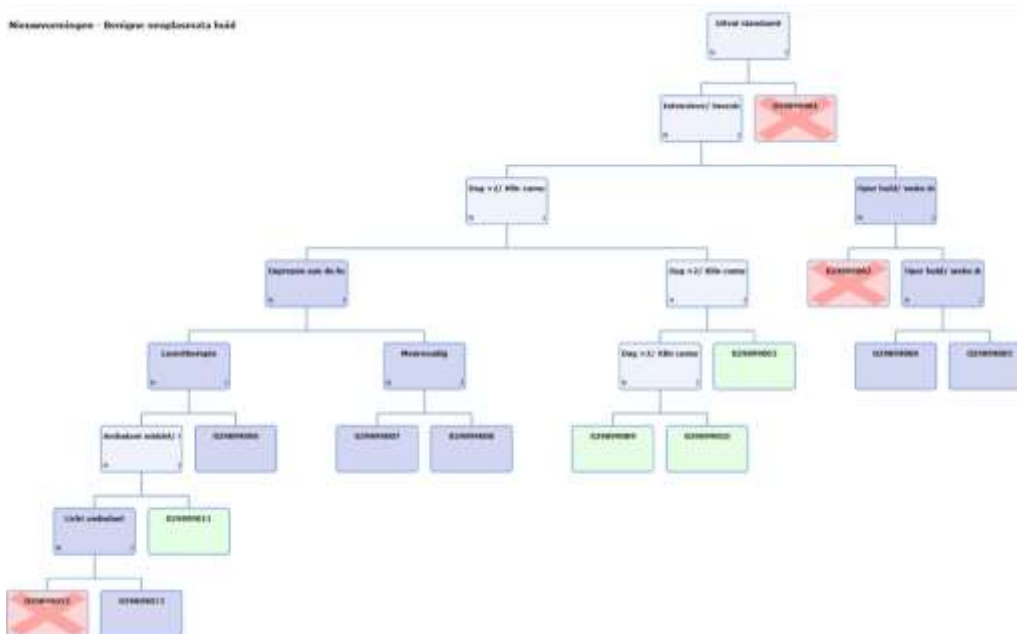
Het dbc-zorgproduct wordt bepaald op basis van de door een zorginstelling aangeleverde declaratiedataset die bestaat uit onder andere de typerende diagnose – conform de *Elektronische Typeringslijst*. Aanvullend wordt bij het doorlopen van de productstructuur de afleiding naar dbc-zorgproducten (mede) bepaald door het specialisme en/of de typerende zorgactiviteit(en) conform de *Zorgactiviteiten Tabel*.

Bij de bepaling bepalen van de dbc-zorgproducten wordt binnen elke zorgproductgroep een onderscheid gemaakt naar de volgende typen dbc-zorgproducten;

- niet invasieve zorgproducten: poliklinisch (inclusief dagbehandeling);
- niet invasieve zorgproducten: klinisch;
- invasieve zorgproducten: poliklinisch (inclusief dagbehandeling);
- invasieve zorgproducten: klinisch.

Afleiding naar dbc-zorgproducten gebeurt door middel van een productstructuur die is geladen in een grouper (zie hoofdstuk 5). Aan de hand van de (typerende) diagnose⁵ wordt eerst de zorgproductgroep bepaald en vervolgens kan het dbc-zorgproduct worden afgeleid. In onderstaande afbeelding is een voorbeeld van een deel van de productstructuur weergegeven. De lichtblauwe vierkanten zijn beslispunten waar de aangeleverde data worden gecontroleerd op aanwezigheid van bepaalde kenmerken, zoals zorgactiviteiten. De combinatie van diagnose en zorgactiviteiten leidt via meerdere beslispunten naar een declarabel dbc-zorgproduct.

Als de combinatie van diagnose en behandeling niet tot een declarabel dbc-zorgproduct leidt, dan is er sprake van uitval. In de onderstaande afbeelding zijn de uitvalproducten weergegeven met een rood kruis.



Figuur 2 Voorbeeld van een deel van een zorgproductgroep met dbc-zorgproducten

Om inzicht te krijgen in de productstructuur kunt u gebruikmaken van de Zorgproductenviewer (ZPV) (zorgproductenviewer.nza.nl). De ZPV geeft inzicht in de productstructuur met alle beslis-knooppunten en alle profielen van de zorgproducten (zie ook paragraaf 5.2.8).

Registratieregels

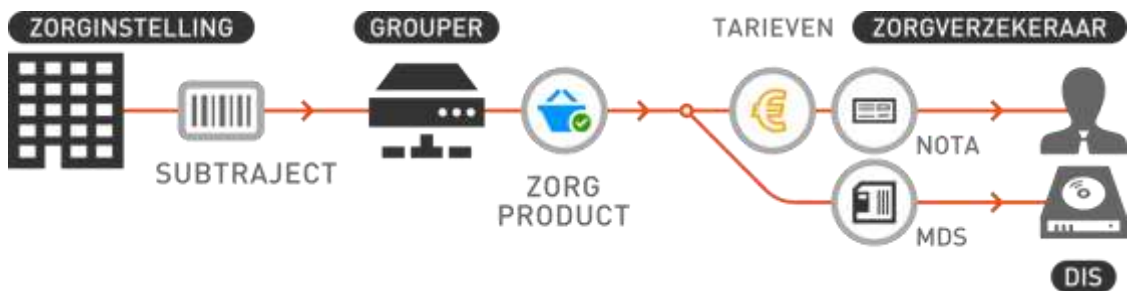
Naast de productstructuur is het volgens vastgestelde regels openen en sluiten van subtrajecten een tweede kenmerk van de dbc-systematiek. Om dit mogelijk te maken zijn afsluitregels voor subtrajecten ontwikkeld. In de tot 2012 gehanteerde dbc-systematiek moesten subtrajecten (toen nog dbc's) veelal handmatig worden afgesloten. In de huidige dbc-systematiek kunnen subtrajecten aan de hand van de afsluitregels in de ZIS-systemen in de meeste gevallen automatisch worden afgesloten. Hierover leest u meer in hoofdstuk 3 en 4.

⁵ Hierop bestaan uitzonderingen, zie paragraaf 5.2.

Grouper

Een derde kenmerk van de dbc-systematiek is het afleidingsmechanisme. De afleiding naar zorgproducten gebeurt door een webapplicatie, een zogenaamde grouper⁶. Binnen een grouper wordt het subtraject met bijbehorende zorgactiviteiten via de productstructuur afgeleid tot dbc-zorgproducten. De zorginstelling verwerkt deze dbc-zorgproducten vervolgens tot declaraties aan zorgverzekeraars en tot een rapportage aan het dbc-informatiesysteem (DIS) op basis van de minimale dataset (mds). Hierover leest u meer in hoofdstuk 5, 6 en 7.

Figuur 3 toont de samenhang van de drie kenmerken van de dbc-systematiek.



Figuur 3 Samenhang van de kenmerken van de dbc-systematiek

2.3 Het onderliggende model: van registreren tot declareren

De dbc-systematiek is gebaseerd op het RSAD-model: Registreren, Samenvatten, Afleiden en Declareren:

Registreren:

- Op het moment dat een patiënt zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag, opent de zorgaanbieder een zorgtraject in het ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS). Dit gebeurt alleen als voldaan wordt aan de regels voor het openen van een zorgtraject. In dit traject legt de zorgaanbieder gaandeweg vast welke activiteiten zijn uitgevoerd om een diagnose vast te stellen en een klacht of aandoening te behandelen. Bijvoorbeeld bij de behandeling van een gebroken been. Dan wordt vaak een röntgenfoto gemaakt en gips aangebracht, maar er kan ook een operatie nodig zijn met verblijf op de verpleegafdeling.

Samenvatten:

- De geregistreeerde informatie (diagnose en zorgactiviteiten) wordt per subtraject samengevat in één gestructureerde dataset (de declaratiedataset). Op basis van de declaratiedataset kan een grouper het dbc-zorgproduct afleiden. Het samenvatten is een zoveel mogelijk geautomatiseerd proces.

Afleiden:

⁶ Het beheer en onderhoud van de landelijk gebruikte grouper werd tot 1 januari 2016 uitgevoerd door de NZa, en voorheen door DBC-Onderhoud. Vanaf deze datum is het beheer hiervan overgedragen aan de stichting Grouper. De stichting Grouper is opgericht door de branchepartijen (NVZ, NFU, ACTIZ, RN ZKN, FENAC) en Zorgverzekeraars Nederland. De stichting Grouper heeft het beheer en onderhoud uitbesteed aan VECOZO.

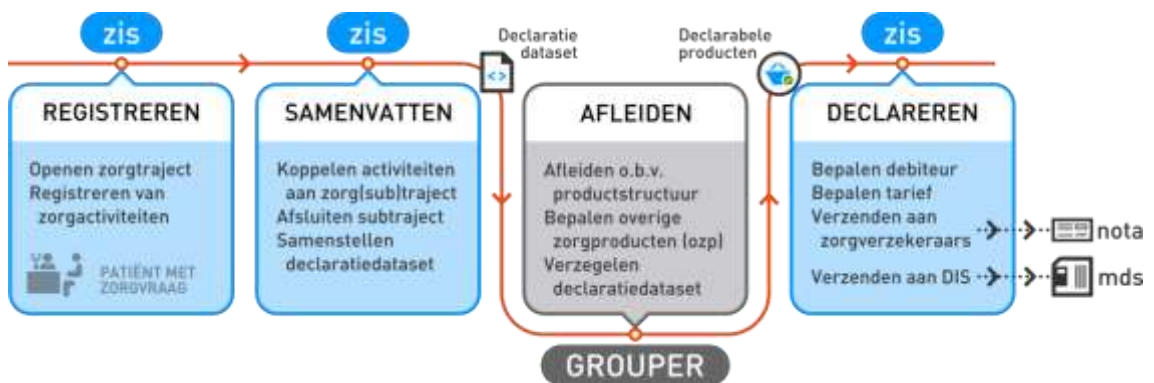
De productstructuur wordt door de NZa vastgesteld en uitgeleverd in de vorm van regelgeving en tabellen. Omdat een grouper een wezenlijk onderdeel is van de prestatiebepaling, blijft de NZa regels opstellen over de afleiding van prestaties door een grouper.

- Nadat het subtraject is afgesloten, stuurt het ziekenhuis gegevens over de geleverde zorg naar een grouper. Op basis van de aangeleverde data (de declaratiedataset) zal een grouper het dbc-zorgproduct afleiden. Het afleiden van een dbc-zorgproduct gebeurt op basis van:
 - De diagnose en de zorgactiviteiten zoals aanwezig in de declaratiedataset.
 - De productstructuur en de beslisregels die zijn vastgesteld door de NZa zoals aanwezig in een grouper.

Declareren:

- De ziekenhuizen gebruiken een declaratiecode om de rekening naar de zorgverzekeraar te sturen.

Deze stappen worden weergegeven in Figuur 4.



Figuur 4 Conceptueel RSAD-model

In hoofdstuk 3 tot en met 6 krijgt u nadere uitleg over de dbc-systematiek aan de hand van iedere stap uit het achterliggende RSAD-model:

- Registreren (hoofdstuk 3)
- Samenvatten (hoofdstuk 4)
- Afleiden (hoofdstuk 5)
- Declareren (hoofdstuk 6)

Informereren

Na de vier fasen van het RSAD-model volgt de verplichting tot informeren. Zorgaanbieders leveren bij het dbc-informatiesysteem (DIS) aan welke zorg geleverd is bij welke zorgvraag. Deze data geven inzicht in welke zorg gemiddeld nodig is bij een specifieke zorgvraag. Aan de hand hiervan wordt de dbc-systematiek jaarlijks doorontwikkeld en zodat deze blijft aansluiten bij de zorgpraktijk. Hierover leest u meer in hoofdstuk 7.

2.4 Tabellen dbc-systeem en samenhang

Om de verleende medisch-specialistische zorg te kunnen registreren en declareren maakt men gebruik van door de NZa vastgestelde, landelijke dbc-tabellen. De dbc-tabellen bevatten de te registreren onderdelen binnen de dbc-systematiek. Sommige tabellen zijn ter informatie en anderen moeten worden ingelezen in het ZIS. In deze paragraaf lichten we toe welke tabellen het dbc-systeem kent en hoe deze samenhangen met de stappen in het RSAD-model. In de navolgende hoofdstukken over registreren, samenvatten, afleiden en declareren vindt u een verwijzing naar deze tabellen.

Navolgende toont de (kern)tabellen van de dbc-systematiek, met een korte beschrijving per tabel en geeft een indicatie bij welke stap(pen) van het RSAD-model de inhoud van een tabel gebruikt kan worden. Ook staat aangegeven of de betreffende tabel wordt ingelezen in het ZIS. In het document ict-eisen dbc-pakket leest u meer over de functie en specificaties van deze tabellen.

Tabellen	Registreren	Samenvatten	Afleiden	Declareren
Elektronische Typeringslijst <i>Bevat alle dbc-typeringen (diagnosen en zorgvraag) met o.a. omschrijving, groepen, codes, geldigheidsperiode.</i>	x			
Diagnose Combinatie Tabel <i>Biedt inzicht in de zorgtrajecten die niet parallel mogen lopen.</i>	x			
Zorgactiviteiten Tabel <i>Geeft per zorgactiviteit de bijbehorende code en kenmerken weer.</i>	x	x		
Afsluitregels Tabel <i>Bevat de afsluitregels waardoor het automatisch afsluiten van subtrajecten mogelijk wordt.</i>	x			
Afsluitreden Tabel <i>Bevat de redenen voor het afsluiten van een subtraject.</i>	x			
Zorgproducten Tabel <i>Bevat de omschrijvingen en eigenschappen van alle dbc-zorgproducten.</i>			x	
Zorgproductgroepen Tabel <i>Bevat de codes en omschrijvingen van alle zorgproductgroepen.</i>			x	
Relatie Diagnosen Zorgproductgroepen tabel <i>Geeft inzicht in de afleiding van diagnosen naar zorgproductgroepen.</i>			x	
Limitatieve Lijst Machtigingen <i>Bevat alle diagnose- en zorgactiviteitencombinaties waarvoor de medisch specialist vóór de uitvoering van de behandeling een machtiging dient aan te vragen bij de zorgverzekeraar.</i>	x		x	
Aanspraak Code Tabel <i>Bevat de codes van de aanspraakbeperking; voor zorg die niet of onder voorwaarde onder de basiszorg valt.</i>	x		x	
WBMV Code Tabel <i>Geeft de bestaande codes m.b.t. Wet Bijzondere Medische Verrichtingen weer.</i>	x		x	

Tarieven Tabel <i>Bevat de declaratiecodes en bijbehorende tarieven</i>			x	x
Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper <i>Geeft inzicht in de vertaling van zorgactiviteiten die niet geldig zijn op de ingangsdatum van het subtraject (maar wel op de uitvoerdatum) naar een zorgactiviteit die geldig is bij een voorgaande productstructuur.</i>			x	
Groupertabellen Op basis van deze tabellen leidt een grouper zorgproducten en bijbehorende declaratiecodes af.			x	

Tabellen dbc-systematiek

Voor de registratie en declaratie van add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren, moeten zorgaanbieders vanaf 1 januari 2017 gebruikmaken van de G-standaard. De G-standaard is een databank die op geïntegreerde wijze het voorschrijven, afleveren, bestellen, declareren en vergoeden ondersteunt van producten die in en rond de apotheek worden gebruikt. Binnen de G-standaard zijn tabellen ingericht die zowel faciliteren in de registratie van deze geneesmiddelen als declaratie (bijvoorbeeld maximum tarief).

Meer informatie hierover leest u in paragraaf 3.6 Geneesmiddelen en indicaties en paragraaf 3.7.4 Te registreren gegevens bij geneesmiddelen. Informatie over de G-standaard vindt u via de website van de Z-index. (www.z-index.nl).

3. Registreren



Figuur 5 RSAD-model, stap Registreren

Een zorgtraject wordt geopend als aan alle regels voor het openen van een zorgtraject wordt voldaan (beschreven in de Nadere regel 'Regeling medisch-specialistische zorg'). In het zorgtraject worden alle zorgactiviteiten vastgelegd die gedurende het gehele zorgtraject zijn uitgevoerd. Op basis van deze registratie vindt declaratie plaats. In dit hoofdstuk vindt een nadere uitleg van het registratieproces.

3.1 Zorgtraject en subtraject

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent⁷, opent een zorgtraject en registreert wie de patiënt heeft verwezen. Een zorgtraject loopt gedurende het gehele behandel- en/of controletraject van een bepaalde zorgvraag.

Met het openen van het zorgtraject wordt automatisch meteen een subtraject geopend dat de basis vormt voor de declaratie van de geleverde zorg. Het zorgtraject volgt het zorgproces en de declaratie gebeurt vervolgens per subtraject eventueel in combinatie met bijbehorende zorg/subtrajecten. Een subtraject is een afgebakende periode binnen het zorgtraject waarover de geleverde zorg wordt gedeclareerd, gemarkeerd door de afsluitmomenten zoals beschreven in de nadere regel. In een zorgtraject kunnen achtereenvolgens één of meer subtrajecten geregistreerd worden.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent, is verantwoordelijk voor het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is hij/zij ook verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit(en) en voor de juiste registratie van het zorgtype, de zorgvraag en de diagnose.

3.1.1 Subtrajecten en zorgtypen

Bij de openingsregels van zorgtrajecten maken we onderscheid in:

- zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 11 (initiële behandeling) of zorgtype 21 (vervolgbehandeling);
- zorgtrajecten met subtraject met zorgtype 13 ICC (intercollegiaal consult);

⁷ Of: een medewerker die door de medisch specialist gemachtigd is tot het administratief openen van een zorgtraject. Dit openen geschiedt in vrijwel alle gevallen automatisch in de lokale ICT-systemen van de zorgverleners.

- zorgtrajecten met subtraject met zorgtype 41 (bij levering van een overig zorgproduct (ozp), door een poortspecialisme op verzoek van de eerste lijn, of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de dbc-systematiek niet geldt);
- zorgtrajecten met subtraject zorgtype 51 en 52 voor opname op de IC-afdeling of een IC-intercollegiaal consult buiten de IC;
- zorgtrajecten met subtraject 51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar.

Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 11 of 21

Als een patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (ook op de SEH) met een reguliere of spoedeisende zorgvraag komt waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek niet passen binnen de context van een bestaande zorgvraag waar alleen zorgtraject voor bestaat, dan wordt een zorgtraject met subtraject zorgtype 11 geopend.

De daaropvolgende subtrajecten hebben het zorgtype 21 (vervolgbehandeling). In de nadere regel staat beschreven op welke momenten een subtraject met zorgtype 11 of 21 wordt afgesloten. Het zorgtraject wordt gesloten als er een periode van drie keer 120 dagen na afsluiten van een subtraject geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of gepland zijn in de toekomst, of direct na het overlijden van de patiënt.



Figuur 6 Een zorgtraject met zorgtype 11 of 21 kan meerdere subtrajecten bevatten

Zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 13

Een zorgtraject met subtraject ZT13 ICC (intercollegiaal consult) wordt door de poortspecialist geopend bij een intercollegiaal consult voor een patiënt die klinisch is opgenomen. Voor zorgtype 13 geldt dat de zorg die geleverd wordt voor een intercollegiaal consult zich beperkt tot de klinische periode van een patiënt. Het zorg/subtraject met ZT13 wordt gesloten bij ontslag uit de kliniek, of uiterlijk op de 120e dag. Binnen deze zorgtrajecten is dus geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject (zie figuur 7).

Zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 41

Een zorgtraject met subtraject 41 wordt geopend door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent, indien deze op verzoek van de eerstelijns of een specialisme waarvoor de dbc-systematiek niet geldt (bv. kaakchirurgie) een overig zorgproduct levert. Hierin wordt alle zorg geregistreerd die in het kader van het overig zorgproduct is uitgevoerd.

Binnen deze zorgtrajecten is geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject (zie figuur 7).

Zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 51 of 52 ten behoeve van IC-zorg

Voor een opname op de intensive care (IC) afdeling en voor een IC-intercollegiaal consult buiten de IC, wordt per verblijf op de IC (of per IC-intercollegiaal consult, zorgactiviteit 190129) een apart zorg/subtraject 51 of 52 geopend. Hierin wordt alle zorg die uitgevoerd wordt op de IC geregistreerd. In het geval van een IC-intercollegiaal consult buiten de IC wordt in dit zorg/subtraject het IC-consult geregistreerd. Dit geldt voor de IC-zorgactiviteiten (add-ons IC), maar ook andere zorgactiviteiten zoals laboratoriumverrichtingen. Op deze wijze is het mogelijk een volledig beeld te krijgen van de geleverde zorg tijdens een IC-behandeling.

Een zorgtype 51 kunt u alleen afsluiten in combinatie met een subtraject van de hoofdbehandelaar (zorgtype 11 of 21) en wordt dus geopend als de IC-zorg deel uitmaakt van een zorgtraject van een hoofdbehandelaar. Alle zorgactiviteiten die aan het IC-zorg/subtraject 51 zijn gekoppeld, worden onderdeel van het profiel van het subtraject van de hoofdbehandelaar, maar zijn wel apart te onderscheiden. Het IC-zorg/subtraject 51 dient tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd te worden. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de sluitregels beschreven in de nadere regel. Een grouper controleert bij zorgtype 51 op de aanwezigheid van een subtraject zorgtype 11 of 21. De relevante IC-zorgactiviteiten worden door een grouper uitgefilterd en kunnen afzonderlijk gedeclareerd worden als IC-add-on zorgproducten naast het dbc-zorgproduct van de hoofdbehandelaar.

Zorgtype 52 wordt geopend indien een patiënt rechtstreeks op de IC-afdeling wordt opgenomen en er geen zorgtraject van een hoofdbehandelaar is geopend.⁸ Een subtraject met zorgtype 52 kan zelfstandig aan een grouper worden aangeboden. Een grouper controleert bij zorgtype 52 niet op de aanwezigheid van een subtraject met zorgtype 11 of 21. Enkel de add-ons zijn hier declarabel. De overige zorg op de IC die niet als add-ons gedeclareerd kunnen worden, is niet declareerbaar.

De IC add-ons mogen tussentijds gedeclareerd worden, maar dienen wel binnen een subtraject zorgtype 51 of 52 aan een grouper te worden aangeboden. Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 of 52 met betrekking tot een opname op de IC-afdeling en een IC-intercollegiaal consult buiten de IC, wordt afgesloten op het moment dat de patiënt van de IC-afdeling wordt ontslagen of op de dag van uitvoering van het IC-intercollegiale consult. Binnen deze zorgtrajecten is dus geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject (zie figuur 7).

NB: Een subtraject komt nooit alleen voor, maar altijd in combinatie met het eigen zorgtraject.⁹ De openings- en sluitdatum van subtrajecten met zorgtype 13, 41, 51 en 52 is gelijk aan de openings- en sluitdatum van het zorgtraject. In de nadere regel staat op welke momenten de zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 13, 41, 51 of 52 worden afgesloten.



Figuur 7 Een zorgtraject met subtraject met zorgtype 13, 41, 51 of 52 bevat slechts één subtraject

Zorgtrajecten met een subtraject met zorgtype 51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar

Het registratiemodel biedt de mogelijkheid om in een apart zorg-/subtraject¹⁰ zorg te registreren die geen medebehandeling is, maar wel deel uitmaakt van de behandeling van de hoofdbehandelaar. Het zorgtraject met een zorgtype 51 kan hierbij twee situaties worden ingezet:

⁸ Indien een cliënt die zorg ontvangt in het kader van een zwangerschap opgenomen wordt op de intensive care, maar de zorg in beginsel plaatsvindt op grond van de beleidsregel integrale geboortezorg, dan mag deze zorg op de intensive care geregistreerd worden als een zorgtype 51 of zorgtype 52 traject.

⁹ Voor de registratie en koppeling tussen zorg- / subtrajecten is gekozen voor een technisch eenduidige oplossing voor alle typen 11, 21, 13, 41, 51 en 52 waardoor gebruik gemaakt kan worden van dezelfde koppelalgoritmen.

¹⁰ Elk subtraject heeft een 'eigen' zorgtraject. In het geval dat een zorgtraject maar één subtraject heeft, spreken we van een zorg/subtraject (dit betreft de zorg-/subtrajecten met zorgtype 13, 41, 51 en 52).

- Registratie van zorgactiviteiten uitgevoerd voor de ondersteuning van de hoofdbehandelaar.
- Het creëren van integrale zorgproducten voor transplantatiezorg .

Registratie van zorgactiviteiten uitgevoerd voor de ondersteuning van de hoofdbehandelaar

Het gaat hierbij om ondersteuning van de hoofdbehandelaar door een ondersteuner (bijv. anesthesist) of door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent in de rol van ondersteuner (bijv. MDL-arts bij het uitvoeren van een scapie). Het ondersteunend zorg/subtraject 51 is geen los-declarabel traject maar wordt gekoppeld aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Het openen van een apart zorg/subtraject met zorgtype 51 is niet verplicht. Het is ook mogelijk om de zorgactiviteiten van de ondersteuners binnen het zorgtraject van de hoofdbehandelaar te registreren. Het registreren van zorgactiviteiten van ondersteuners in een apart zorgtraject maakt het mogelijk om het aandeel van de ondersteuners in het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar zichtbaar te maken. Dit is van belang voor de ondersteuners en voor de doorontwikkeling van de dbc-productstructuur.

Integrale zorgproducten voor transplantatiezorg

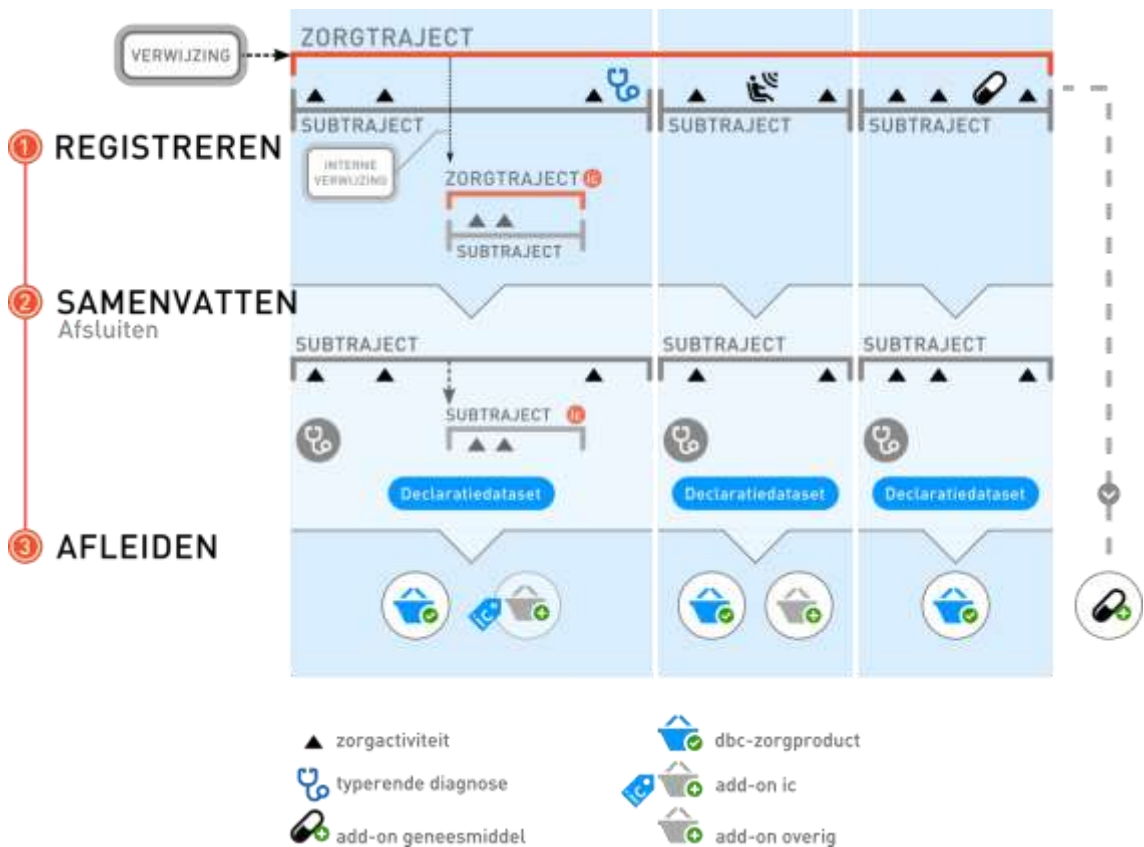
Vanaf 1 januari 2016 is voor de transplantatiezorg niet langer sprake van specifieke zorgproducten per specialisme, maar een set van integrale zorgproducten die beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt.

Met de invoering van de integrale zorgproducten worden de trajecten van de chirurg en beschouwende specialist(en) gezamenlijk afgeleid binnen een grouper middels een zorgtype 11/21 met een zorgtype 51 subtraject.

Uitgaande van dezelfde zorgvraag en de ontwikkelde integrale zorgproducten voor de transplantatiezorg mag door slechts één transplantatiespecialisme een transplantatiezorgtraject geopend worden; het is dus niet toegestaan om een apart transplantatiezorgtraject te openen voor zowel de beschouwer als de snijder. Degene die de behandeling start, opent in dit geval het transplantatiezorgtraject (zorgtype 11), de ondersteuner van het traject opent in deze situatie een bijbehorend zorgtype 51 traject.

In algemene zin geldt voor een zorgtype 51 subtraject dat de zorgactiviteiten van dit zorg-/subtraject onderdeel uitmaken van het zorgtraject van de hoofdbehandelaar. Dit subtraject wordt daarom ook tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar afgesloten en gezamenlijk met het bovenliggend subtraject van de hoofdbehandelaar aangeboden aan een grouper. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de sluitregels in de nadere regel. Een zorgtraject voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar bevat slechts één subtraject (zie figuur 7).

Figuur 8 toont de samenhang tussen de hierboven beschreven regels voor openen en sluiten van zorg- en subtrajecten met de stappen Registratie, Samenvatten en Afleiden van het RSAD-model. Hierin is ook een voorbeeld opgenomen van een interne verwijzing en opname op de IC-afdeling. De zorgactiviteiten die op de IC-afdeling zijn uitgevoerd (waaronder IC-dagen) worden geregistreerd bij het zorg-/subtraject zorgtype 51 ten behoeve van de IC. De interne verwijzing naar het zorgtraject dat de patiënt heeft verwezen middels een verwijzend zorgtrajectnummer, is nodig om de add-on uit het IC-traject te relateren aan het dbc-zorgproduct. Zie ook paragraaf 3.7.1.



Figuur 8 Samenhang tussen drie fasen van RSAD en openen en sluiten van een zorg-/subtraject (inclusief legenda).

In Figuur 8 is ook een voorbeeld opgenomen van de vastlegging van een add-on overig. Uit de declaratiedataset worden in een grouper deze zorgactiviteiten als add-on bij het dbc-zorgproduct afgeleid. Hierover leest u meer in paragraaf 3.4 Zorgactiviteiten en 5.2.3 Overige zorgproducten (ozp's). Add-on geneesmiddelen worden vastgelegd als onderdeel van een zorgtraject, de afleiding hiervan vindt echter niet via een grouper plaats. Zie ook paragraaf 3.6 Geneesmiddelen en indicaties en 3.7.4 Te registreren gegevens bij geneesmiddelen.

3.2 Registratieregels voor openen en sluiten van subtrajecten

De dbc-systematiek is ingevoerd om een declarabele prestatie te kunnen bepalen voor de geleverde zorg aan een patiënt naar aanleiding van een specifieke zorgvraag. De registratie van de geleverde zorg moet daarom aan bepaalde voorwaarden voldoen om tot een correcte typering van de geleverde zorg te komen en om aan de hand daarvan de declarabele prestatie te kunnen bepalen. Van groot belang zijn daarbij de registratieregels, beschreven in de Nadere Regel:

- die het begin en einde van de periode bepalen waarover de geleverde zorg kan worden gedeclareerd (dbc-subtrajecten, kortweg subtrajecten);
- die voorschrijven welke gegevens nodig zijn voor registratie, zodat een grouper uit de gegevensset een declarabel dbc-zorgproduct en andere declarabele prestaties kan afleiden.

In paragraaf 3.1.1 is aangegeven dat een zorgtraject (automatisch) sluit als er een periode van driemaal 120 dagen na afsluiten van een subtraject zorgtype 11 of 21 geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of direct na overlijden van de patiënt. Een

zorgtraject kan één of meerdere subtrajecten bevatten. Een subtraject kent een maximale looptijd van 120 dagen.¹¹

Voor het sluiten van subtrajecten en zorgtrajecten gelden zowel algemene afsluitregels per zorgtype als uitzonderingen op die algemene afsluitregels. De algemene regels en uitzonderingsregels voor het openen en sluiten van subtrajecten zijn beschreven in de Nadere regel.

Let op: Ook voor subtrajecten die gesloten worden op basis van een uitzonderingsregel geldt een maximale doorlooptijd van 120 dagen. Een subtraject staat dus nooit langer dan 120 dagen open.

3.3 Diagnose- en zorgvraagtyperingen

Voor alle specialismen gelden dezelfde uitgangspunten bij het typeren van diagnoses en zorgvragen.

3.3.1 Diagnosetypering

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor de juiste registratie van de diagnose. De typerende diagnose is de diagnose die de zorgvraag bij het sluiten van het subtraject het beste typeert. Dit is de eind- of definitieve diagnose binnen het subtraject. Indien bij het sluiten van het subtraject de eind- of definitieve diagnose nog niet bekend is, wordt de meest passende werkdiagnose getypeerd. De diagnose kan veranderen tijdens de looptijd van een subtraject. Indien de diagnose op basis van nieuw inzicht tijdens de behandeling wijzigt, dan kan dit leiden tot een andere typerende diagnose. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Zie ook paragraaf 4.4 Parallelliteit over parallelliteit.

3.3.2 Zorgvraagtypering

Zorgvraag heeft in het dbc-systeem twee betekenissen. Doorgaans wordt met de zorgvraag het probleem bedoeld waarvoor een patiënt zich meldt bij de specialist. Deze kan alleen ook als component opgenomen zijn in de elektronische typeringslijst.

Bij de volgende specialismen kan de component zorgvraag een rol spelen bij het afleiden van een subtraject;

- plastische chirurgie;
- urologie;
- kindergeneeskunde/neonatologie;
- neurologie;
- revalidatiegeneeskunde¹²;
- consultatieve psychiatrie.

Bij deze specialismen maakt de zorgvraag deel uit van de dbc-typering (zorgtype, zorgvraag, diagnose). De typerende zorgvraag speelt een rol bij de afleiding van dbc-zorgproducten in een grouper en kan daarnaast een voorspellende waarde voor de inzet van de medisch specialist en de kosten van het ziekenhuis hebben.

De zorgvraagtyperingen zijn samen met de diagnoses opgenomen in de Elektronische Typeringslijst.

¹¹ Tot en met 2014 gold een maximale looptijd van 365 dagen per subtraject. Zie document Wijzigingen DBC-release RZ15a voor meer informatie (werkenmetdbcs.nza.nl).

3.3.3 ICD-10

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent is ook verantwoordelijk voor de juiste registratie van de ICD10-code. De ICD10-code wordt geregistreerd per subtraject. De ICD10-code moet op het diepste niveau worden geregistreerd.¹³ Alleen van de hoofddiagnose moet de ICD10-code worden geregistreerd.

Om de ICD10-registratie aan de bron (en niet achteraf) te bevorderen, zijn zorgaanbieders sinds 1 juli 2015 verplicht om de ICD10-diagnose aan te leveren aan het dbc-informatiesysteem. De NZa ziet toe op deze verplichting.

De diagnosethesaurus als hulpmiddel

De diagnosethesaurus is een door Dutch Hospital Data (DHD, www.dutchhospitaldata.nl) ontwikkelde tool die automatisch uit de ingevoerde diagnose de ICD-10-code genereert. Ook doet de tool een voorzet voor de bijbehorende dbc-diagnosetypering.

3.4 Zorgactiviteiten

De uitgevoerde zorgactiviteiten zoals consulten, onderzoeken, verpleegdagen en ok-activiteiten worden binnen het zorgtraject van de patiënt geregistreerd. De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde zorgactiviteiten (zie de zorgactiviteitentabel op de website (werkenmetdbcs.nza.nl)). In het zorgtraject worden alle zorgactiviteiten vastgelegd die zijn geleverd en gerelateerd zijn aan de zorgvraag van de patiënt.

Een tweede functie van zorgactiviteiten betreft de registratie en declaratie van ozp's. Deze prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten, worden ozp's genoemd en worden uitgedrukt in zorgactiviteiten. Ozp's bestaan uit vier hoofdcategorieën en kennen een nadere onderverdeling naar subcategorieën. De huidige indeling wordt in de volgende tabel weergegeven:

¹³ De ICD-10 code is alfanumeriek en opgebouwd uit drie tot vijf posities, exclusief leestekens zoals punt, slash, asterisk en plusteken (dagger).

Hoofd- en subcategorieën overige zorgproducten

Hoofdcategorie	Subcategorie
1. Supplementaire producten	Add-ongeneesmiddelen
	Overig traject
	Add-on IC
	Stollingsfactoren
	Add-on overig
2. Eerstelijnsdiagnostiek	Beeldvormende diagnostiek
	Klinisch-chemisch en microbiologisch laboratoriumonderzoek
	Med specialistische behandeling en diagnostiek
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek
	Pathologie
	Trombosemeting
3. Paramedische behandeling en onderzoek	Diëtetiek
	Ergotherapie
	Fysiotherapie
	Logopedie
	Oefentherapie volgens Cesar of Mensendieck
	Optometrie
	Orthoptie
	Verloskunde
4. Overige verrichtingen	Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg
	Bijzondere tandheelkunde
	Extracorporele immunoabsorptiebehandeling
	Hyperbare zuurstofbehandeling
	Kaakchirurgie
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen

Overige zorgproducten die in combinatie met een dbc-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden, vallen onder de categorie 'supplementaire producten'. Een aantal producten uit deze categorie kan zowel los als additioneel bij een dbc-zorgproduct gedeclareerd worden. Overige zorgproducten die niet in combinatie met een dbc-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden vallen in één van de hoofdcategorieën: eerstelijnsdiagnostiek of paramedische behandeling en onderzoek. Een overig zorgproduct uit de categorie overige verrichtingen maakt geen deel uit van het profiel van een dbc-zorgproduct en kan daarmee altijd los gedeclareerd worden.

Voor een aantal ozp's gelden specifieke prestatiebeschrijvingen of zijn aanvullende voorwaarden van toepassing. Voor meer informatie verwijzen wij u naar de Nadere regel 'Regeling medisch-specialistische zorg'.

Daarnaast geldt voor de supplementaire producten stollingsfactoren en add-ongeneesmiddelen dat deze vanaf 1 januari 2017 niet langer geregistreerd en gedeclareerd worden als zorgactiviteiten. De registratie en declaratie van stollingsfactoren en add-ongeneesmiddelen vindt vanaf 1 januari 2017 plaats op basis van zi-nummers opgenomen in de G-standaard. De G-standaard wordt beschikbaar gesteld door de Z-index. Meer informatie hierover vindt u in paragraaf 3.6 Geneesmiddelen en indicaties en paragraaf 3.7.4 Te registreren gegevens bij geneesmiddelen.

3.5 Aanspraak en machtigingen bij registratie

Bij de stappen registreren, afleiden en declareren uit het RSAD-model kan men te maken krijgen met aanspraakbeperkingen en vereiste machtigingen voor zorgactiviteiten. Hierover leest u meer in bijlage 3: Toelichting aanspraakbeperkingen en machtigingen.

3.6 Geneesmiddelen en indicaties

Prestaties voor add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren worden maandelijks door de NZa vastgesteld en gepubliceerd via een tariefbeschikking en een mededeling in de Staatscourant. Dit gebeurt in de maand voorafgaand aan de ingangsdatum van de prestatie.

Indicaties

Bij de declaratie van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor, moet ook zichtbaar zijn voor welke indicatie het geneesmiddel in rekening wordt gebracht. Farmatec, onderdeel van een uitvoeringsorganisatie (CIBG) van het ministerie van VWS, stelt voor dit doel een publiek toegankelijke database beschikbaar, de zogenaamde add-ondatabank. Deze databank bevat de indicaties voor alle door de NZa vastgestelde add-ongeneesmiddelen en ozp stollingsfactoren. Het gaat om zowel de door de Europese of Nederlandse registratieautoriteit geregistreerde (on-label) als niet geregistreerde (off-label) indicaties. Als een patiënt met een bepaald geneesmiddel wordt behandeld voor een bepaalde off-label indicatie die nog niet is opgenomen in de G-standaard, kan de indicatie 'overig' geregistreerd worden. Ook de duiding van Zorginstituut Nederland is opgenomen indien deze beschikbaar is.

Voor de indicatie geldt een aanleververplichting op het moment van declaratie van het add-ongeneesmiddel of de stollingsfactor bij de zorgverzekeraar. Er bestaat de mogelijkheid voor een patiënt, om een privacyverklaring af te spreken met de zorgaanbieder. In dat geval, hoeft de indicatie niet aangeleverd te worden.

Uitlevering informatie

Alle informatie die relevant is voor de declaratie van deze geneesmiddelen is centraal beschikbaar via de G-standaard. Dit betreft dus zowel informatie over de prestaties (o.a. zi-nummer en het maximumtarief) als informatie over de indicatie en duiding zoals deze zijn opgenomen in de add-on databank van Farmatec. Ook is informatie opgenomen of er volgens zorgverzekeraars recht is op aanspraak onder de basisverzekering.

Naast de G-standaard levert de Z-index een zogenaamd historisch maatwerkbestand uit. Dit bestand is onder andere te gebruiken binnen de systemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op basis van dit bestand kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook achteraf (geautomatiseerd) eenduidig de geldigheid van declaraties en bijbehorende informatie vaststellen. Hierin is bijvoorbeeld de ingangsdatum van een add-ongeneesmiddel zichtbaar. Deze informatie is niet standaard opgenomen in de G-standaard.

In opdracht van de NFU/NVZ wordt aanvullend een hulpbestand uitgeleverd met verkorte indicatieteksten. Deze tabel kan gebruikt worden als ondersteuning bij de registratie van een indicatie. Op basis van deze informatie kan daarna geautomatiseerd de indicatie uit de G-standaard worden aangeleverd voor declaratie. Deze tabel wordt niet door de NZa uitgeleverd en is ook niet verplicht gesteld. De NZa is daarom niet verantwoordelijk voor de juistheid en/of onderhoud van deze tabel. De tabel wordt uitgeleverd op www.add-on-2017.nl. Meer informatie over de G-standaard vindt u via de website van de Z-index. (www.z-index.nl). Meer informatie over de add-ondatabank vindt u via de website van Farmatec (www.farmatec.nl).

3.7 Het ZIS en te registreren gegevens

Een ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) is een elektronisch informatiesysteem. Qua functionaliteit / inhoud verschilt een ZIS per softwareleverancier. Daarbinnen zijn ondersteunende deelsystemen mogelijk, zoals het RIS (radiologie informatiesysteem) of het LIS (laboratoriumsysteem). Er zijn ook systemen die de doelstelling hebben **alle** processen in het ziekenhuis, administratief of zorginhoudelijk, te ondersteunen. Zorgverleners leggen alle activiteiten rond de behandeling van de patiënt vast in het ZIS. Dit noemen we registratie aan de bron.

Elke ZIS omvat minimaal:

- Het beheer van administratieve patiëntgegevens (zoals bv.: naam, geboortedatum, adres, telefoonnummer, contactgegevens, geboorteplaats, huisarts, verzekering).
- De ondersteuning van de registratie van het zorgproces (opname-/bezoekgegevens: met wie is de patiënt in contact gekomen, op welke locatie, hoe lang, welke zorgverlener was verantwoordelijk).
- De ondersteuning van het facturatieproces aan zorgverzekeraars en patiënten.

Voor het dbc-proces is van het belang dat het ZIS:

- de registraties vastlegt en/of verzamelt (eventueel uit andere deelsystemen);
- de declaratiedataset samenstelt voor aanlevering aan een grouper;
- de resulterende zorgproducten declareert bij de zorgverzekeraar, en tevens ook verstuurt naar het dbc Informatiesysteem (DIS).

In de voorgaande paragrafen is beschreven wat een zorgtraject en een subtraject zijn. Hierna wordt toegelicht welke gegevens dienen te worden vastgelegd in het ZIS.

3.7.1 Te registreren gegevens bij een zorgtraject

Bij een zorgtraject dienen de volgende gegevens te worden vastgelegd:

- patiëntnummer;
- geslacht;
- leeftijd;
- zorgtrajectnummer (een zorgtrajectnummer is een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het ZIS);
- uitvoerend specialisme (AGB-specialismecode van het specialisme dat het zorgtraject opent¹⁴).
- begindatum (de begindatum waarop de eerste activiteit plaatsvindt naar aanleiding van de zorgvraag van de patiënt. Dit kan de datum van het eerste onderzoek zijn, maar ook bijvoorbeeld de datum van het eerste polikliniekbezoek. Bij gebruikmaking van het koppelmecanisme om zorgactiviteiten naderhand te koppelen aan een zorgtraject, is het belangrijk er op te letten dat de begindatum van het zorgtraject dezelfde is als de datum waarop de eerste zorgactiviteit is uitgevoerd);
- einddatum (de datum waarop het zorgtraject wordt afgesloten. In de meeste gevallen kan het ZIS de einddatum automatisch invullen op basis van de geautomatiseerde afsluitregels):

¹⁴ Indien een sportarts, SEH KNMG, verpleegkundig specialist of physician assistant geheel zelfstandig een zorgtraject uitvoert, wordt de AGB-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.

- verwijzend zorgtrajectnummer (wordt automatisch ingevuld door het ZIS en verwijst naar het zorgtraject waarvanuit wordt verwezen voor zorgtrajecten met een subtraject van het zorgtype 51).

3.7.2 Te registreren gegevens bij een subtraject

Het subtraject is het resultaat van een geautomatiseerd samenvattingsproces binnen het ziekenhuis.¹⁵ Dit proces levert de volgende gegevens op:

- Subtrajectnummer
Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
- Begindatum
De begindatum van een subtraject is:
 - De datum waarop de eerste activiteit plaatsvindt na het openen van het zorgtraject; bij een subtraject met zorgtype 11 of 13 kan dit de datum van het eerste onderzoek zijn, maar ook de datum van het (eerste) polikliniekbezoek of;
 - bij een subtraject ZT21 de dag na het afsluiten van het vorige subtraject.
- Einddatum
Dit is de datum waarop het subtraject wordt afgesloten. In voorkomende gevallen kan het ICT-systeem op basis van de afsluitregels de einddatum automatisch invullen.
- Zorgtype
De code van het zorgtype (11, 13, 21, 41, 51, 52).
- Specialismecode
Agb-code van het specialisme dat deze behandeling uitvoert¹⁶.
- (Typerende) Zorgvraag
Alleen te registreren voor de specialismen waarvoor de component 'Zorgvraag' is opgenomen in de Elektronische Typeringslijst.
- (Typerende) Diagnose
De typerende diagnose is de diagnose waarmee de geleverde zorg over de te declareren periode (is het subtraject) het best kan worden getypeerd:
 - bij zorgtype 11 of 21: vul hier de diagnosecode uit de typeringslijst in;
 - bij zorgtype 13: vul hier de ICC-diagnosecode of de typerende diagnose uit de typeringslijst in;
 - bij zorgtype 51, 52 of 41: hier hoeft niets te worden ingevuld.
- Afsluitreden subtraject: de afsluitreden wordt gecodeerd volgens de Afsluitreden Tabel¹⁷.

¹⁵ Zie hoofdstuk 4 Samenvatten.

¹⁶ Indien een SEH-arts KNMG, verpleegkundig specialist of physician assistant geheel zelfstandig een zorgtraject uitvoert, wordt de AGB-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.

¹⁷ In de Afsluitreden Tabel staan de redenen aangegeven waarom een subtraject wordt afgesloten. De afsluitredenen corresponderen met de algemene afsluitregels en de uitzonderingen daarop. De tabel kunt u downloaden via www.werkenmetdbcs.nza.nl.

3.7.3 Te registreren gegevens bij zorgactiviteiten

In deze paragraaf beschrijven we welke gegevens u bij de zorgactiviteiten moeten vastgeleggen. Zorgactiviteiten (inclusief add-ons) dienen gekoppeld te worden aan een zorgtraject. Meer informatie over het koppelen van zorgactiviteiten aan sub-/zorgtraject vindt u in hoofdstuk 4 Samenvatten.

- Zorgactiviteitsnummer: een uniek nummer waarmee de zorgactiviteit binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het ZIS.
- Zorgactiviteit: de code van de zorgactiviteit uit de Zorgactiviteiten Tabel. Het is toegestaan om bij registratie gebruik te maken van een eigen/lokaal codestelsel (bijvoorbeeld de CBV-verrichtingen). Bij het versturen van de zorgactiviteiten naar een grouper, het DIS of voor facturatie dienen deze codes te worden omgezet naar codes uit de Zorgactiviteiten Tabel.
- Datum: Datum van uitvoering zorgactiviteit.
- Specialisme aanvrager: AGB-code van het specialisme dat de zorgactiviteit heeft aangevraagd.
- Aantal: het aantal uitgevoerde zorgactiviteiten. In het algemeen wordt hier het aantal '1' gebruikt. Een specifieke situatie hierin is:
 - Bij revalidatie is het mogelijk om bij gebruik van zorgactiviteiten die een aantal minuten vertegenwoordigen een waarde tussen 1 en 9999 op te geven. Directe en indirecte patiëntgerelateerde tijd representeert per zorgactiviteit een tijdseenheid van 5 minuten behandelinzet. Indirecte patiëntgerichte tijd binnen de medisch specialistische revalidatiezorg wordt pas vanaf tien minuten per dag geregistreerd om de administratieve lastendruk niet onnodig te verhogen. In geval van een half uur (directe of indirecte) patiëntgerichte tijd wordt dus één zorgactiviteit met aantal=6 gegenereerd binnen het systeem.

3.7.4 Te registreren gegevens bij geneesmiddelen

De gegevens zoals beschreven in deze paragraaf dient u alleen vast te leggen bij add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren, en niet voor geneesmiddelen in algemene zin. De informatie dient vastgelegd te worden als onderdeel van het zorgtraject. In het geval van stollingsfactoren kan het zijn dat er geen lopend zorgtraject bestaat. In dit geval moet een relatie bestaan naar de betreffende patiënt aan wie het betreffende geneesmiddel wordt toegediend en/of verstrekt. Deze moeten vastgelegd worden naast de de volgende gegevens:

- ZI-nummer: een nummer uitgegeven door Z-index. Het ZI-nummer identificeert geneesmiddelen tot op het diepste niveau, het verpakkingsniveau. Dat wil zeggen dat een verpakking van bijvoorbeeld 10 stuks (bijv. tabletten) een ander ZI-nummer heeft dan een verpakking van 30 stuks (bijv. tabletten).^{18, 19}

¹⁸ Voor situaties waarbij een in Nederland geregistreerd geneesmiddel niet voorradig is en wordt vervangen door een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning is afgegeven buiten Nederland, mag het vervangende geneesmiddel met een buitenlandse registratie met het ZI-nummer van het Nederlandse product worden gedeclareerd. Het moet in dat geval gaan om een geneesmiddel dat dezelfde werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte bevat.

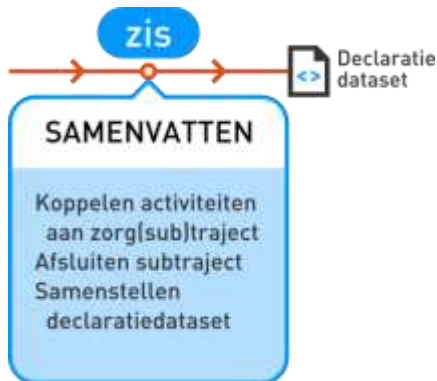
¹⁹ Voor registratie en declaratie van een (doorgeleverde) bereiding bestaan specifieke afspraken. Een voorbeeld hiervan is het geneesmiddel Avastin (stofnaam: Bevacizumab) waarvan uit de flacon meerdere injectiespuiten Bevacizumab worden gemaakt die vervolgens worden ingespoten bij de patiënt. Deze (doorgeleverde) bereidingen hebben geen handelsvergunning en geen add-onstatus. Voor de declaratie registreert u in dit geval de gebruikte hoeveelheid van Avastin. Als de (doorgeleverde) bereiding een eigen zi-nummer heeft, registreert

- Verstrekt geneesmiddelnummer: een uniek nummer waarmee het geneesmiddel binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het ZIS.
- Code Soort geneesmiddel: code die aangeeft of het geneesmiddel is toegepast als Add-on of stollingsfactor.
- Indicatie: Een in de G-standaard opgenomen indicatie waarvoor een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor is verstrekt aan de patiënt.
- Uitvoerdatum: Voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren is dit is verstrekt aan de patiënt of is verstrekt aan de afdeling ten behoeve van toediening aan de patiënt.
- Uitvoerend specialisme: AGB-code van het specialisme dat het geneesmiddel voorschrijft.
- Uitvoerende instelling: AGB-code van de instelling waar het add-ongeneesmiddel of stollingsfactor is voorgeschreven
- Aantal gebruikte eenheden²⁰: Het aantal eenheden (bijv. infusieflacons, tabletten) of fracties van eenheden (bijv. een halve infusieflacon) dat nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te kunnen verstrekken aan de patiënt bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s). Het aantal wordt in duizendvoud geadministreerd. Een verstrekking van één infusieflacon bijvoorbeeld wordt als aantal = 1000 opgenomen in het bestand. Een halve infusieflacon wordt als aantal = 500 opgenomen. Een verstrekking van één tablet uit een verpakking van 8 stuks wordt geregistreerd als aantal=1000. Meer informatie hierover is ook opgenomen in de Vektis EI standaard - EI declaratie dure geneesmiddelen.

u in dit geval niet het zi-nummer van de (doorgeleverde) bereiding, maar het zi-nummer van de gebruikte flacon van Avastin voor de declaratie.

²⁰ Voor het aantal eenheden dat mag worden gedeclareerd in situaties waarbij spillage onoverkomelijk is, bijvoorbeeld als gevolg van pooling, geldt dat de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s) gebruikt dient te worden. Het is aan de zorgaanbieder (de apotheker) om de meest optimale combinatie van verpakkingen te selecteren zodat spillage zo veel mogelijk vermeden wordt.

4. Samenvatten



Figuur 9 RSAD-model, stap Samenvatten

Het samenvatten houdt in dat de tijdens het zorgtraject geregistreerde informatie per subtraject samengevat wordt in één gestructureerde dataset (de declaratiedataset). Op basis van deze dataset zal een grouper dan vervolgens het declarabele zorgproduct afleiden. Het samenvatten is een zoveel mogelijk geautomatiseerd proces.

Add-ongeneesmiddelen geregistreerd als zi-nummer kunnen zonder tussenkomst van een groep direct worden gedeclareerd. Bijgaande paragraaf is daarom niet van toepassing voor deze geneesmiddelen.

4.1 Afsluitregels & afsluitredenen

Het afsluiten van zorg-/subtrajecten gebeurt op basis van een voorgedefinieerde set van afsluitregels en afsluitredenen, vastgesteld in de Nadere regel "Regeling medisch specialistische zorg", Afsluitregels Tabel en Afsluitreden 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.

In het ZIS is voor de meeste afsluitregels een geautomatiseerde sluitregel ingebouwd. Zo wordt op het juiste moment een subtraject afgesloten. Deze afsluitregels worden door de ic-leveranciers van het ZIS ingebouwd op basis van de beslisregels met bijbehorende referentiegroepen in het Registratieaddendum (paragraaf 4.2).

De afsluitregels leveren het signaal voor het ZIS om een subtraject samen te stellen, dat wil zeggen een samenvatting van de gegevensset uit het lopende zorgtraject samen te stellen, behorende bij de periode tussen het actuele afsluitmoment en het vorige afsluitmoment (kan ook het moment van openen van het zorgtraject zijn). Het subtraject ontstaat al bij het eerste moment van registratie en ook het koppelen van zorgactiviteiten kan al vanaf dag 1 plaatsvinden. Het afsluitmoment van het subtraject is feitelijk het moment van declareren.

De afsluitredentabel 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 in de Nadere regel. Het Registratieaddendum geeft per afsluitregel aan welke afsluitreden van toepassing is.

Op het afsluitmoment worden alle gegevens die relevant zijn voor de betreffende declaratie samengevat in een **declaratiedataset**. Deze gegevens betreffen het subtraject zorgtype 11,

21 of 13 dat als drager voor deze declaratie dient. Hierbij worden behalve de begin- en einddatum ook het uitvoerende specialisme, de zorgvraag (indien van toepassing) en de typerende diagnose en afsluitreden vastgelegd.

Naast deze typerende gegevens van het subtraject worden alle bijbehorende zorgactiviteiten verzameld die binnen dit zorgtraject over deze periode zijn uitgevoerd. Daarbij kunnen optioneel maximaal zeven nevend diagnoses worden vastgelegd.

Bij het samenvatten wordt deze set gegevens eventueel aangevuld met één of meer subtrajecten van het type 51 die een verwijzing hebben naar het bij het subtraject (zorgtype 11 of 21) behorende zorgtraject en gebundeld tot één declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden.

Vanuit de samenvatting wordt **per subtraject één declaratiedataset** samengesteld.²¹ Deze declaratiedataset, die geanonimiseerde behandelgegevens bevat, wordt opgestuurd naar een grouper, die hieruit declarabele zorgproducten afleidt. Hierover leest u meer in hoofdstuk 5.

4.2 Registratieaddendum

In de vorige paragraaf is benoemd dat ict-leveranciers met behulp van het Registratieaddendum²² de regels voor openen en sluiten van zorg/subtrajecten inbouwen in hun ZIS. In het Registratieaddendum zijn de afsluitregels voor subtrajecten met zorgtype 11 of 21 uit de Nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg' technisch uitgewerkt met de daarvoor vereiste groepen van medisch inhoudelijke referentietabellen. De afsluitregels voor subtrajecten met zorgtype 13, 41, 51 en 52 zijn beschreven in de Nadere regel en worden in het Registratieaddendum niet nader gespecificeerd.

Het Registratieaddendum is een technische uitwerking van de Nadere regel. De beschreven regels in de Nadere regel zijn te allen tijde leidend. Het Registratieaddendum is een hulpmiddel voor ICT-leveranciers om de regelgeving in te bouwen in het ZIS en zo veel mogelijk te automatiseren om de administratieve lasten te verlichten.

Op basis van de in een subtraject geregistreerde zorgactiviteiten, diagnoses en het specialisme wordt door het ZIS, via een uitvraging op de referentietabellen, afgeleid op welk moment een lopend subtraject automatisch kan worden afgesloten. In de technische uitwerking wordt de verwijzing gemaakt naar de door het ICT-systeem toegepaste afsluitregel.

Een voorbeeld van een technische uitwerking in het Registratieaddendum

Als het subtraject bevat specialismecode 0304
en een diagnosecode uit groep 1
en een ZA uit groep 2
en een 2e (dezelfde of een andere) ZA uit groep 2 met latere uitvoerdatum
Dan sluit het lopende subtraject 1 dag voor de uitvoerdatum van de 2e ZA met afsluitreden xx
en een volgend subtraject openen op de dag van de uitvoerdatum van de 2e ZA
Eind-als

De meeste afsluitregels zijn automatiseerbaar via de technische uitwerking en onderliggende referentietabellen. Als gevolg van de doorontwikkeling binnen de productstructuur en de Nadere regel zal de automatiseringsgraad verder kunnen toenemen. Hierdoor verminderen de administratieve lasten, neemt de eenduidigheid van de afsluitregels verder toe en hoeven declaraties niet onnodig lang open blijven staan.

²¹ Een uitzondering hierop is zorgtype 51, die alleen in combinatie met zorgtype 11 of 21 kan worden aangeboden. In deze declaratiedataset is de informatie over de geleverde zorg in de declaratieperiode (subtraject), add-on overige, ondersteunende en de IC-behandeling, samengevoegd.

²² U vindt het Registratieaddendum op werkenmetdbcs.nza.nl.

Specifieke referentiegroepen, dit zijn groepen waarvan de codes zijn vermeld in het registratieaddendum, zijn opgenomen in de Afsluitregels Tabel. De begindatum van het subtraject is bepalend voor welke codes in de Afsluitregels Tabel geldig zijn voor de referentiegroep. Bij de referentiegroep van een zorgprofielklasse moet de Zorgactiviteiten Tabel gebruikt worden en is de uitvoerdatum van de zorgactiviteit bepalend voor het toepassen van de zorgprofielklasse.

4.3 Koppelen van zorgactiviteiten aan sub-/ zorgtraject

De koppeling van zorgactiviteiten aan het zorgtraject vindt direct plaats bij registratie van de zorgactiviteit (als onderdeel van de registratie) of naderhand via het koppelmechanisme in het ZIS.

Voor het samenvatten wordt gebruikgemaakt van een koppelalgoritme, zoals voorhanden in het ZIS-systeem van de zorginstelling²³. Conform dit algoritme worden de zorgactiviteiten van een patiënt gekoppeld aan het specifieke subtraject. Dit koppelen gebeurt op basis van:

- datum uitvoering;
- uitvoerend specialisme;
- aanvragend specialisme;
- zorgactiviteit.

Voor meer informatie over het koppelalgoritme verwijzen wij u naar bijlage 4 van dit document.

4.4 Parallelliteit

Parallelliteit gaat over het registreren van meerdere zorgtrajecten binnen één specialisme waarbij sprake is van overlap in looptijd. Soms zijn bij de zorg voor een patiënt meerdere specialismen betrokken. In bepaalde situaties mogen deze specialismen een eigen zorgtraject openen. Wij verwijzen u naar de Nadere regel 'Regeling medisch-specialistische zorg' voor de geldende regelgeving met betrekking tot parallelliteit.

Diagnosecombinatietabel

In de diagnosecombinatietabel staan de diagnosecombinaties die **niet** parallel mogen voorkomen. Het doel hiervan is om te voorkomen dat zorgtrajecten onterecht parallel worden geopend. De tabel bevat combinaties van verschillende diagnoses en combinaties van identieke diagnoses.

Voor de initiële samenstelling van de tabel betreffende combinaties van verschillende diagnoses, zijn als uitgangspunt de 1150 meest voorkomende parallelle dbc's (gedecclareerd bij de verzekeraars sinds 2006) beoordeeld. De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en Zorgverzekeraars Nederland hebben bij deze combinaties van diagnosetypingen aangegeven welke vanuit medisch oogpunt, onterecht voorkomen.

Daarnaast zijn in de tabel combinaties van identieke diagnoses opgenomen. Eén van de voorwaarden voor het openen van een parallel zorgtraject is dat er sprake moet zijn van een andere, nieuwe zorgvraag dan waar de patiënt al bekend mee is. Logischerwijs is daarom het openen van parallelle zorgtrajecten met twee identieke diagnoses niet toegestaan.

Er zijn echter twee uitzonderingen:

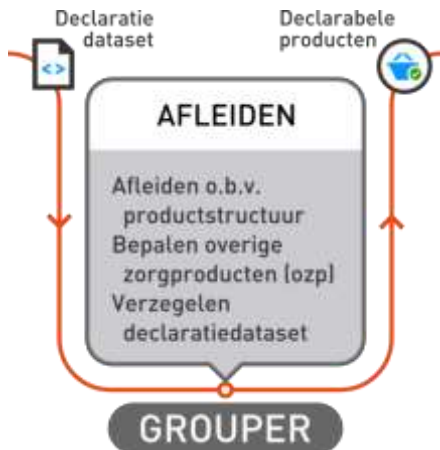
- Bepaalde dubbelzijdige aandoeningen die beiderzijds operatief worden behandeld.

²³ Zoals al eerder opgemerkt: ZIS-leveranciers kunnen dit model zodanig hebben geïmplementeerd dat het toekennen van uitgevoerde zorgactiviteiten aan subtrajecten een permanent proces is. Het samenstellen van een declaratiedataset is dan het moment van samenvatten.

- Aandoeningen waarbij op basis van een uitzondering in de Nadere regel, paralleliteit bij twee identieke diagnoses is toegestaan.

Om deze uitzonderingen te concretiseren, zijn op aanwijzing van de wetenschappelijke verenigingen in de tabel ook combinaties met twee identieke diagnoses opgenomen. Voor een dubbelzijdige aandoening, waarvan de identieke combinatie is opgenomen in de diagnosecombinatietabel, kan **geen** parallel zorgtraject geopend worden.

5. Afleiden



Figuur 10 RSAD-model, stap Afleiden

Op basis van de aangeleverde data (de declaratiedataset) zal een grouper het dbc-zorgproduct met eventuele add-ons afleiden. Het afleiden van een dbc-zorgproduct gebeurt op basis van:

- De diagnose en de zorgactiviteiten zoals aanwezig in de declaratiedataset.
- De productstructuur en de beslisregels zoals aanwezig in een grouper.

Add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren geregistreerd als zi-nummer mogen direct worden gedeclareerd zonder tussenkomst van een grouper. Deze zijn daarom geen onderdeel van de declaratiedataset. Dit hoofdstuk is daarom ook niet van toepassing voor deze geneesmiddelen.

De declaratiedataset is de dataset die naar een grouper wordt gestuurd. Een grouper leidt op basis van de declaratiedataset het bijbehorende dbc-zorgproduct met eventuele add-ons af. De afleiding naar dbc-zorgproducten is inzichtelijk in de Zorgproductenviewer (www.zorgproductenviewer.nza.nl).

In paragraaf 5.1 gaan we nader in op wat een grouper is en welke functionaliteiten deze omvat. In paragraaf 5.2 wordt nader ingegaan op de productstructuur van de dbc-systematiek die in een grouper is geladen en hoe de afleiding van zorgproducten in zijn werk gaat.

5.1 Grouper

5.1.1 Berichten aan een grouper sturen

Het ZIS van de zorginstelling, met daarin de geregistreerde diagnoses en zorgactiviteiten, communiceert met een grouper. Na het samenstellen van de declaratiedataset, stuurt de zorginstelling deze naar een grouper. Een grouper zet deze om naar zorgproducten en retourneert deze vervolgens als een declaratieresultset.

De zorgverlener zorgt ervoor dat de declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden, uitsluitend zorgactiviteiten bevat die zijn gekoppeld aan een subtraject ter beantwoording van een zorgvraag van de patiënt.

De minimale gegevens die aan een grouper verstuurd moeten worden staan beschreven in de bijlage 'Toelichting regels afleiding' van de Nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg'.

5.1.2 Kenmerken en functionaliteiten van een grouper

Om in de afleiding te kunnen voorzien, beschikt een grouper over diverse kenmerken en functionaliteiten.

Sorteren

Een grouper is te bezien als een sorteermachine, waarbinnen alles direct wordt verwerkt en uitstroomt naar de juiste bakjes.

Controles

Een grouper voert een aantal controles uit. Deze kunnen zowel technisch als inhoudelijk van aard zijn. Het gaat hier bijvoorbeeld om controles of alle verplichte velden gevuld zijn of een controle op geldigheid van de zorgactiviteiten in de declaratiedataset.

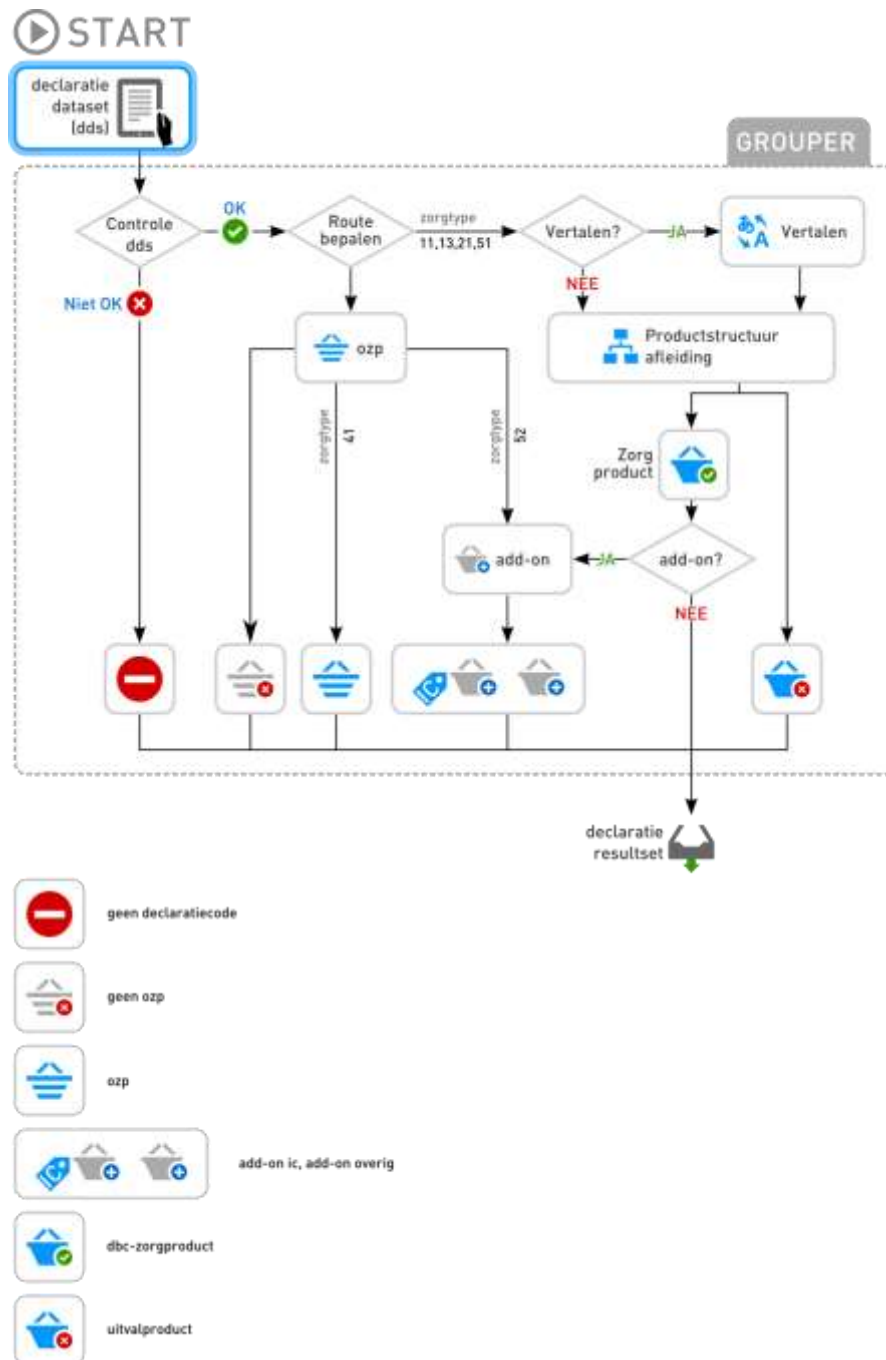
Vertaling van zorgactiviteiten

Het kan voorkomen dat een zorgactiviteit **wel** geldig is op de uitvoerdatum, maar **niet** op openingsdatum van het subtraject. De juiste productstructuurversie voor afleiding wordt bepaald op basis van de begindatum van het subtraject. In die productstructuurversie zijn alleen zorgactiviteiten opgenomen die op dat moment geldig waren. Voor subtrajecten die zorgactiviteiten bevatten die niet geldig zijn op de openingsdatum van een subtraject, maar wel op de uitvoerdatum, en die vertaald kunnen worden is een zgn. *Vertaal Tabel Zorgactiviteiten Grouper* beschikbaar. Deze tabel wordt vastgesteld door de NZa en daarin zijn nieuwe zorgactiviteiten opgenomen die vertaald worden naar een vergelijkbare andere zorgactiviteit die wél geldig was op openingsdatum van het subtraject. Niet alle zorgactiviteiten kunnen worden vertaald. Zorgactiviteiten die nog niet geldig waren op de openingsdatum van het subtraject en geen geschikte voorganger van is, komen niet in de vertaaltabel en spelen dus geen rol in de afleiding naar het dbc-zorgproduct bij dat subtraject.

Teruggave van de declarabele prestaties

Een grouper retourneert aan het ZIS van de zorgaanbieder de afgeleide declarabele prestatie(s). Hierover leest u meer in paragraaf 5.1.4 Retourberichten van een grouper.

Figuur 11 Functionaliteiten van een grouper (inclusief legenda). toont het afleidingsmechanisme en de functionaliteiten van een grouper zoals hierboven beschreven.



Figuur 11 Functionaliteiten van een grouper (inclusief legenda).

5.1.3 Informatievastlegging

Op basis van de aangeleverde declaratiedataset leidt een grouper slechts een zorgproduct af, maar bewaart geen informatie. Dit volgt uit de Nadere regel 'Regeling medisch-specialistische zorg'. Ook legt een grouper geen historie vast van afleidingen die gedaan zijn. Een grouper kan dus niet weten dat eenzelfde diagnose / zorgprofiel voor eenzelfde patiënt al eerder is aangeboden.

Zorgverzekeraars kunnen wél controleren of eenzelfde dataset al eerder is aangeleverd, dit aan de hand van meegeleverde gegevens vanuit het ZIS. Dit betreft dus informatie die vanuit het ZIS, buiten een grouper om, aangeboden wordt aan de zorgverzekeraars.

5.1.4 Retourberichten van een grouper

Na een afleiding zendt de grouper een retourbericht aan de verzender van de declaratiedataset. Dit is een declaratieresultset.

Declaratieresultset

Elke doorvoer van een declaratiedataset leidt tot een eigen declaratieresultset met een door een grouper uniek toegekend declaratieresultsetnummer²⁴. Bij één declaratiedatasetnummer kunnen dus een of meer declaratieresultsetnummers horen, afhankelijk van het aantal keer dat de declaratiedataset is aangeleverd.

Verder bevat een declaratieresultset:

- Informatie over het te declareren product: een zorgproduct- en declaratiecode;
- optioneel (vanaf 1 juni 2014) één of meer zorgactiviteitnummers, die aangeven welke zorgactiviteiten op de nota opgenomen moeten worden. De zorgactiviteitsregistratie wordt door de zorginstelling uniek aangeduid middels een zorgactiviteitsnummer²⁵. Op basis van dit retour gestuurde nummer kan een koppeling gemaakt worden met de aangeleverde gegevens vanuit het ZIS;
- een hashcode (zie hierna);
- indicatie aanspraak Zorgverzekeringswet;
 - om aan te geven of de medische indicatie van de behandeling nodig en toegepast is;
 - een indicatie of er een zorgactiviteit is aangeleverd waarvoor een machtiging nodig is;
 - een indicatie of een oranje zorgactiviteit is aangeleverd en uitgevraagd bij de afleiding; een indicatie of er bij de afleiding gebruik is gemaakt van een vertaalde zorgactiviteit.

De minimale gegevens van een declaratieresultset staan beschreven in de bijlage 'Toelichting regels afleiding' van de regeling medisch-specialistische zorg.

Hashcode

Het zorgproduct dat door een grouper is afgeleid, krijgt een verzegeling, een zogenaamde hashcode. Deze hashcode garandeert de zorgverzekeraar en het DIS ervan dat de afleiding daadwerkelijk door een grouper is gebeurd én dat er géén wijzigingen hebben plaatsgevonden tussen het ontvangen van de declaratieresultset in de zorginstelling en het versturen van de declaratie naar de zorgverzekeraar/ DIS.

Het doel van de verzegeling is om te garanderen dat:

- De zorgverzekeraar kan vaststellen dat de gegevens, die bij de declaratie van de declarabele zorgproducten worden aangeboden, daadwerkelijk door een grouper zijn verwerkt. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de hashcode voor een zorgproduct, en een hashcode van de ozp's.
- DIS aan de hand van de hashcode kan bepalen of de dbc- en zorgprofielgegevens ongewijzigd bij het DIS zijn aangekomen. Het door de zorgaanbieder gedefinieerde declaratiedatasetnummer zorgt bij de aanlevering voor een unieke identificatie van de desbetreffende trajecten. Daarmee kunnen eventuele latere correcties worden gerelateerd aan de eerdere aanlevering. Het door een grouper gegenereerde declaratieresultsetnummer geeft de unieke relatie weer met de verwerking door een grouper.

²⁴ Bij iedere aanlevering aan een grouper komt er een nieuw uniek declaratieresultsetnummer als output (ook bij aanlevering van eenzelfde declaratiedataset).

²⁵ Zie paragraaf 3.7.3.

5.1.5 Foutmeldingen

Een grouper kan, naast een declaratieresultset ook foutmeldingen retourneren naar de indiener. Deze foutmeldingen kunnen het gevolg zijn van technische en/of inhoudelijke controles.

5.1.6 Zorgactiviteiten op de nota

Sinds 1 juni 2014 is de nota van de medisch-specialistische zorg uitgebreid met informatie over zorgactiviteiten. De code, de omschrijving en de uitvoerdatum van een zorgactiviteit moet op de nota te komen als deze voorkomt op de NZa vastgestelde lijst²⁶. Dit geldt voor subtrajecten met een openingsdatum vanaf 1 juni 2014. De selectie vindt plaats in een grouper op basis van de aangeleverde uitgevoerde zorgactiviteiten en de indicatie 'Op nota' in de zorgactiviteitentabel.

De zorgactiviteiten die onderliggend zijn aan een gedeclareerd zorgproduct, waren eerder niet inzichtelijk voor de zorgverzekeraar en patiënt. De zorgactiviteiten moesten op de nota komen, zodat de consument de geleverde zorg kan controleren en ook zorgverzekeraars meer mogelijkheden hebben om declaraties te controleren.

Omdat de omschrijvingen van de meeste zorgactiviteiten voor patiënten moeilijk te begrijpen is, zijn consumentenvertalingen opgesteld van de omschrijvingen van die zorgactiviteiten die op de nota worden getoond.

Privacyverklaring

In sommige gevallen is een privacyverklaring overeengekomen tussen patiënt en zorgaanbieder. De patiënt wil niet dat de uitgevoerde zorgactiviteiten op de nota verschijnen. In het geval van een privacyverklaring zal een grouper geen zorgactiviteiten meer selecteren voor op de nota, waardoor het voor de zorgaanbieder niet meer mogelijk is om de zorgactiviteiten behorende bij een dbc-zorgproduct te versturen naar de verzekeraar. Op de uiteindelijke nota verschijnen dus geen zorgactiviteiten.

5.2 Zorgproducten afleiden

Om vanuit een aangeleverde declaratiedataset een dbc-zorgproduct met eventuele add-ons af te leiden, maakt een grouper gebruik van de productstructuur. De productstructuur bestaat uit 140 zorgproductgroepen, met in totaal ongeveer 5.000 dbc-zorgproducten die kunnen worden afgeleid. Deze productstructuur wordt in de vorm van beslisregels door een grouper gebruikt om vanuit de declaratiedataset een dbc-zorgproduct af te leiden. Vanuit een declaratiedataset kunnen naast dbc-zorgproducten ook overige zorgproducten (ozp's) worden afgeleid. Hierover leest u meer in paragraaf 5.2.3.

5.2.1 Productstructuur en topboom

De productstructuur, bevat verschillende beslisbomen die bestaan uit beslisregels. Met behulp van de beslisregels wordt allereerst de zogenoemde 'topboom' doorlopen. Op basis van bepaalde kenmerken binnen het aangeleverde subtraject wordt het subtraject naar de daarbij behorende zorgproductgroep geleid, ook wel beslisboom genoemd. Voor een groot deel van de (indeling in) zorgproductgroepen is de ICD10-structuur als basis gehanteerd²⁷.

²⁶ Deze lijst is als bijlage opgenomen bij de Nadere regel "Regeling medisch specialistische zorg" en te downloaden via www.nza.nl.

²⁷ Hierbij moet opgemerkt worden dat de ICD10(-structuur) alleen is gebruikt als basis voor de indeling in zorgproductgroepen (en het categoriseren van de verschillende specialisme-specifieke DBC-diagnosetypingen). De ICD10-diagnosecode zelf wordt in de afleiding niet gebruikt.

- Welke ozp's wel/niet door eene grouper worden afgeleid. Enkel de ozp's welke door een grouper worden afgeleid verkrijgen ook een hashcode.

Ozp	Tarieftype	Rechtstreeks declareren toegestaan?	Afleiden via grouper?
Ozp Supplementair - Add-on IC	15	ja	ja
Ozp Supplementair - Add-ongeneesmiddel	n.v.t.*	ja	nee
Ozp Supplementair Add-on overig	14	ja	ja
Ozp Supplementair - Overig traject	12	ja	nee
Ozp Supplementair - Stollingsfactor	n.v.t. *	ja	nee
Ozp Eerstelijns Diagnostiek - Med. specialist. behand. en diagn.	11	nee	ja
Ozp Eerstelijns diagnostiek	20	ja	nee
Ozp Paramedische behandeling en onderzoek	25	ja	nee
Ozp Overige verrichtingen	13	ja	nee

Tabel 1 Kenmerken per categorie Overige Zorgproducten

* Registratie en declaratie van stollingsfactoren en add-ongeneesmiddelen vindt vanaf 1 januari 2017 plaats op basis van ZI-nummer uit de G-standaard. De G-standaard wordt beschikbaar gesteld door de Z-index. Vanaf deze datum worden deze ozp's niet langer door een grouper afgeleid en zijn de bijbehorende tarieftype ook niet meer relevant.

5.2.4 Aanspraak

De aangeleverde declaratiedataset aan een grouper bevat onder andere: een diagnosecode, een verzameling van zorgactiviteiten die zijn uitgevoerd, en, indien van toepassing een medische indicatie. Deze medische indicatie bepaalt of er wel/niet **aanspraak** op vergoeding vanuit het basispakket gemaakt kan worden.

Voor zorgproducten waarvoor **wél aanspraak** op de Zorgverzekeringswet (Zvw) kan worden gemaakt voor vergoeding vanuit het basispakket zorgverzekering²⁸, geldt de declaratiecode voor verzekerde zorg ('groen'). Voor zorgproducten waarvoor **géén aanspraak** op de Zvw kan worden gemaakt, geldt de declaratiecode voor onverzekerde zorg ('rood').

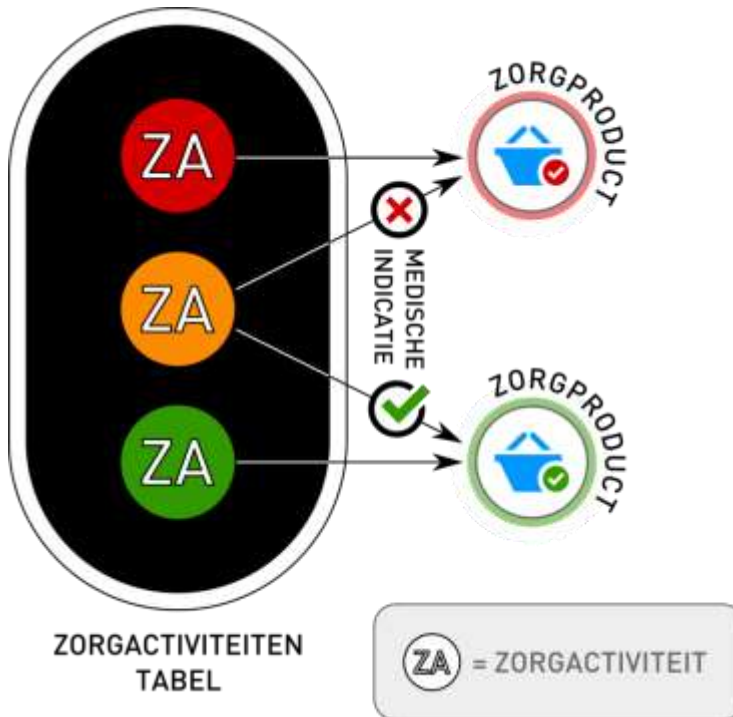
Indeling

De zorgactiviteiten kunnen als volgt ingedeeld worden:

- Groene zorgactiviteiten: Leiden altijd af naar verzekerde zorg
- Rode zorgactiviteiten: Leiden altijd af naar onverzekerde zorg
- Oranje zorgactiviteiten: Wel medische indicatie → verzekerde zorg
Geen medische indicatie → onverzekerde zorg

²⁸ Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) geeft een document uit waarin wordt beschreven onder welke condities er wel/geen aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding uit het basispakket, met verwijzing naar wettekst). Dit document, getiteld 'Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakbeperking Zvw' is te vinden op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl).

Binnen een grouper bestaat een mechanisme dat de uiteindelijke kleur van het zorgproduct bepaalt (groen of rood) aan de hand van de kleur van de typerende zorgactiviteiten en de medische indicatie. Medische indicatie is nodig als na de afleiding de kleuring op basis van zorgactiviteiten oranje is. Bij medische indicatie wordt het zorgproduct groen.



Figuur 13 Aanspraakbepaling in een grouper

Voor meer informatie over aanspraak en de werking ervan in de afleiding van dbc-zorgproducten en bepaling van declaratiecodes, verwijzen wij u naar bijlage 3: Toelichting aanspraakbeperking en machtigingen.

Voor een deel van de zorg hebben zorgverzekeraars aangegeven dat er aan hen toestemming moeten worden gevraagd, voordat een behandeling (zorgactiviteit) wordt gestart. Of een machtiging nodig is voor een bepaalde behandeling, hangt af van de diagnose van de patiënt.

Voor de ict-leveranciers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de Limitatieve Lijst Machtigingen (LLM) opgesteld met daarin vermeld de combinaties diagnose-zorgactiviteiten waarvoor een machtiging is vereist.

Deze lijst wordt op twee manieren toegepast:

- Binnen het ZIS, ter ondersteuning van de gebruiker tijdens de registratie. Bij de registratie van een diagnose waarbij behandelingen mogelijk zijn die een machtiging vereisen, wordt hiervan een melding gegeven²⁹.
- Binnen een grouper, nodig voor de juiste afleiding (Indien van toepassing wordt er bij de declarabele prestatie een kenmerk 'ZA met Machtiging' toegevoegd).

Voor meer informatie over de functie en specificaties van de Limitatieve Lijst Machtigingen verwijzen wij u naar het document ICT-eisen dbc-pakket. Deze kunt u vinden op www.werkenmetdbcs.nza.nl).

²⁹ Indien de ICT-leverancier dit in het ZIS heeft ingebouwd.

5.2.5 Wbmv

Sinds 2012 is op zorgactiviteitenniveau vastgesteld welke zorg onder de 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 Wbmv-zorgproductgroepen zijn voor deze categorie zorg aparte dbc-zorgproducten ontwikkeld. Deze dbc-zorgproducten hebben een Wbmv-label gekregen in de Zorgproducten Tabel.

In de Wbmv-odetabel 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, voor de afleiding van zorgproducten, per zorgactiviteit in de zorgactiviteitentabel een verwijzing naar de Wbmv-codetabel is opgenomen. In deze Wbmv-codetabel vindt u de betekenis van de betreffende Wbmv-code en aanvullende informatie over de aan deze wbmv-code gekoppelde regeling. Naast de code en de omschrijving wordt tevens een verwijzing geleverd naar de onderliggende wettekst en aanvullende informatie. In die tekst kan nadere informatie worden gevonden over de condities waaronder de betreffende zorgactiviteit kan worden toegepast.

Deze Wbmv-labels bieden zorgverzekeraars ondersteuning bij de controles op verleende vergunningen bij declaraties door zorgaanbieders. Meer informatie over deze labels is te vinden in het document ict-eisen dbc-pakket en in de zorgproductentabel. Bij de Wbmv-labeling wordt gestreefd naar een goede vertaling van de wettelijke teksten naar de dbc-systematiek. 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).

5.2.6 Weegfactoren

Een specifiek onderdeel van de afleiding in een grouper is het gebruik van weegfactoren. In algemene zin wordt het aantal zorgactiviteiten geregistreerd. Dit aantal kan bepalend zijn voor de afleiding van het zorgproduct.

In een aantal specifieke situaties kan echter ook een zwaarte worden toegekend aan een zorgactiviteit in de afleiding. Dit principe wordt toegepast in drie situaties:

- Revalidatiegeneeskunde
- Geriatrische revalidatiezorg
- Audiologie

De toepassing per situatie is als volgt:

Revalidatiegeneeskunde:

De afleiding naar klinische en ambulante behandelproducten vindt plaats op basis van het aantal gewogen behandeluren.

Hierbij wordt gebruikgemaakt van een wegingsfactor per behandeldiscipline die is gerelateerd aan de gemiddelde uurprijs per behandelaar. Door toepassing van de weegfactoren wegen de duurdere behandeldisciplines zwaarder mee in het aantal uren. Als referentiepunt geldt hierbij de gemiddelde uurprijs van de fysiotherapeut, waarvoor de wegingsfactor op 1 is gesteld.

De weegfactoren spelen geen rol bij de registratie. Per behandeldiscipline worden dus uitsluitend de werkelijk bestede behandeluren vastgelegd. De weegfactor is uitsluitend van toepassing bij de afleiding van het zorgproduct. De grouper past deze op basis van de

zorgactiviteitcode automatisch toe bij de afleiding van een subtraject naar het bijbehorende zorgproduct.

Geriatrische revalidatiezorg

De registratie vindt plaats op basis van tijdseenheden van 5 minuten. Dat wil zeggen dat één zorgactiviteit met aantal één staat gelijk aan 5 minuten registratietijd. Dit wordt ook zo aangeleverd aan een grouper. Binnen de afleiding wordt een zwaarte van 5 minuten aan de zorgactiviteit toegekend.

Audiologie

De normtijd per zorgactiviteit is bepalend voor de zwaarte van de zorgactiviteit. Een zorgactiviteit met een grotere normtijd zal daardoor zwaarder wegen in de afleiding voor de producten waarbij tijd een relevante factor is.

5.2.7 Uitval

Uitval is het resultaat van de afleiding van een declaratiedataset door een grouper waarin een onlogische combinatie van aanwezige componenten en activiteiten voorkomt. De productstructuur bevat naast declarabele producten ook uitvalproducten, deze uitvalproducten kunnen niet gedeclareerd worden. In [Figuur 12](#) ziet u dat uitvalproducten in de Zorgproductenviewer worden weergegeven met een rood kruis erdoor. De declarabele dbc-zorgproducten zijn groen of paars.

Een declaratiedataset resulteert in een uitvalproduct als:

- er sprake is van registratiefouten (zoals het aanwezig zijn van een heupprothese bij een oogoperatie);
- er sprake is van een onvoldoende gevuld of geheel leeg profiel;
- er geen zorgactiviteiten worden aangetroffen in het profiel die corresponderen met de gestelde diagnose.

Een **uitvalproduct** is dus wél het resultaat van een afleiding en is dus strikt genomen een dbc-zorgproduct maar kan *niet* gedeclareerd worden.

Anders is het wanneer er een fout zit in de door de zorginstelling aangeboden declaratiedataset, in dit geval wordt de betreffende declaratiedataset door een grouper afgekeurd en teruggestuurd. Er vindt dan geen afleiding plaats. De desbetreffende declaratiedataset moet worden geanalyseerd en gecorrigeerd door de aanleverende zorginstelling. De zorginstelling is verantwoordelijk voor de correctie van de declaratiedataset³⁰.

5.2.8 Zorgproductenviewer

De Zorgproductenviewer (verder: ZPV) is een interactieve webapplicatie waarmee de afleiding in de productstructuur kan worden gesimuleerd. De ZPV is feitelijk de productcatalogus van de dbc-systematiek. Het toont welke combinaties van zorg tot declarabele producten leiden en biedt daarnaast diverse gegevens over het dbc-zorgproduct zelf, zoals het segment, het tarief (alleen a-segment), of er sprake is van aanspraakbeperkingen, enzovoorts. U kunt de Zorgproductenviewer raadplegen via zorgproductenviewer.nza.nl.

³⁰ Voor de analyse kan gebruik worden gemaakt van de Zorgproductenviewer. .

6. Declareren

Na afleiden volgt de laatste stap in het RSAD-model: declareren.



Figuur 14 RSAD-model, stap Declareren

Na succesvolle afleiding door een grouper ontvangt de zorginstelling de gegevens in de vorm van een declaratieresultset. Met deze informatie kan de zorginstelling de declaratie verder afhandelen.

Deze declaratieresultset bevat onder meer:

- Unieke declaratiecodes voor elk dbc-zorgproduct.
- Unieke declaratiecodes voor de los declarabele overige zorgproducten.

In het ZIS worden de zorgproducten door de zorginstelling van de correcte prijzen voorzien. Vervolgens declareert de zorginstelling dit bij de zorgverzekeraar of de patiënt. Dit geldt voor zowel de zorgproducten met landelijk vastgestelde prijzen als voor de zorgproducten met onderhandelbare prijzen.

Algemeen geldt dat er voor de datum van de declaratie ervan uitgegaan wordt dat:

- Bij dbc-zorgproducten de ingangsdatum geldt van het betreffende subtraject.
- Bij ozp's de datum geldt waarop de prestatie is geleverd (de verrichting werkelijk is uitgevoerd).

Tot en met 2014 was er onderscheid tussen een honorarium (specialist) en de kostencomponent. Sinds 2015 zijn deze componenten geïntegreerd tot één integraal tarief. De prijs die de zorginstelling toekent aan de declarabele prestatie, moet exact gelijk zijn aan de prijs zoals bekend bij de zorgverzekeraar. Is deze prijs niet gelijk, dan zal de zorgverzekeraar deze afwijzen. Eventuele correctie achteraf moet dan binnen het ZIS plaatsvinden.

Op basis van de afgeleide dbc-zorgproducten en de add-ons, richten de zorgverleners (instellingen en solisten) hun declaratieverkeer met de zorgverzekeraars in. Add-ons (zorgactiviteiten met de indicatie add-on) mogen tussentijds, dat wil zeggen na uitvoering en los van het dbc-zorgproduct worden gedeclareerd.

6.1 Declaratiecode uit een grouper

In paragraaf 5.1.4 is benoemd dat een grouper een declaratieresultset terugstuurt aan het ZIS na de afleiding van dbc-zorgproducten. De declaratieresultset bestaat uit diverse onderdelen (zie bijlage 2). Om het zorgproduct te declareren, is de declaratiecode nodig.

De declaratiecode die een grouper teruggeeft, is terug te vinden in de zorgproductentabel en de tarieventabel van de NZa (te vinden op werkenmetdbcs.nza.nl). De declaratiecodes zijn zo ingedeeld dat aan de hand van de eerste twee cijfers twee kenmerken van het zorgproduct te onderscheiden zijn:

- Het is een zorgproduct in het a-segment of b-segment.
- Het is verzekerde of onverzekerde zorg voor de Zorgverzekeringswet, basispakket.³¹

Tabel 2 toont de betekenis van de eerste twee cijfers van een declaratiecode:

	A-segment	B-segment
Verzekerde zorg	14-	15-
Onverzekerde zorg	16-	17-

Tabel 2 Soorten declaratiecodes dbc-zorgproducten³²

Een dbc-zorgproduct in de zorgproductentabel kent een of twee declaratiecodes. Er is altijd sprake van een declaratiecode verzekerde zorg (beginnend met 14 of 15) en indien er een aanspraakbeperking geldt, kent een dbc-zorgproduct in de zorgproductentabel ook een declaratiecode voor onverzekerde zorg (beginnend met 16 of 17).

Ook worden declaratiecodes bepaald voor de relevante add-on's of andere ozp's.

Door middel van de declaratiecode kan de zorgaanbieder het zorgproduct (en eventuele add-ons of andere ozp's) voorzien van een tarief.

6.2 Koppelen aan tarief

Zoals hierboven benoemd, wordt de ontvangen declaratiecode uit de declaratieresultset door de zorgaanbieder gekoppeld aan het (afgesproken) tarief voor dat zorgproduct. Voor het te koppelen tarief zijn drie mogelijkheden:

- Er is sprake van een zorgproduct uit het b-segment, over het tarief mag vrij onderhandeld worden met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder koppelt het afgesproken tarief aan het zorgproduct voor declaratie.
- Er is sprake van een zorgproduct uit het a-segment, waarbij sprake is van een maximumtarief. Er mag met de zorgverzekeraar een lagere prijs worden onderhandeld, maar nooit een hoger tarief dan het vaststelde maximum in de Tarieven Tabel van de NZa.
- Er is sprake van een zorgproduct uit het a-segment, waarbij sprake is van een max-max tarief. In principe geldt voor dit zorgproduct een maximumtarief. Echter, als er een contract is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar dan mag voor geselecteerde producten een tarief worden afgesproken dat maximaal 10% boven het maximumtarief van de Tarieven Tabel ligt. Welke zorgproducten dit zijn vindt u terug in de Tarieven Tabel van de NZa³³.

In de tarieventabel zijn alle landelijk geldende tarieven voor de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment (a-segment) opgenomen. Daarnaast zijn ook de tarieven voor de overige zorgproducten (ozp's) opgenomen (m.u.v. de add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren). Voor dbc-zorgproducten in het b-segment is in de tarieventabel wel een

³¹ Zie ook bijlage 4

³² U kunt deze kenmerken ook herkennen aan het tarieftype van het betreffende DBC-zorgproduct in de Tarieven Tabel. Daarbij geldt: tarieftype 5 = declaratiecode beginnend met 14, 6 = 15, 7 = 16, 8 = 17.

³³ Meer informatie over de Tarieven Tabel en hoe u zorgproducten met een max-max tarief kunt herkennen, vindt u in het document ICT-eisen DBC-pakket.

regel opgenomen met de declaratiecode, maar is het tarief op 0 gezet. Alle declaratiecodes zijn dus terug te vinden in de tarieventabel.

In het declaratieproces wordt de tarieven tabel gebruikt om te bepalen welk tarief bij een declaratiecode hoort. De prestatieomschrijvingen horende bij de declaratiecodes van dbc-zorgproducten zijn opgenomen in de zorgproductentabel met de omschrijving van het dbc-zorgproduct zelf.

De maximumtarieven voor de add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren zijn opgenomen in de G-standaard.

6.3 EI-standaard en factuurinformatie

6.3.1 EI-standaard

De EI-standaard (EI = Externe Integratie) beschrijft de technische specificaties (zoals bestandsstructuur, recordtypen, etc.) voor het elektronisch uitwisselen van gegevens tussen de zorginstellingen en de zorgverzekeraars ter declaratie van de zorg. De EI-standaard is opgesteld in afstemming met vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland, Actiz, zorgaanbieders, softwareleveranciers van zorgaanbieders, AWBZ-verzekeraars en Vektis C.V. De EI-standaard is in beheer en onderhoud bij Vektis C.V.

Er bestaat een aparte EI-standaard voor de medisch-specialistisch zorg (EI declaratie dbc/Ziekenhuiszorg) en de declaratie van geneesmiddelen (EI declaratie dure geneesmiddelen).

EI-standaarden zijn te raadplegen en te downloaden via WESP (Webapplicatie Standaardisatie Producten) van Vektis op ei.vektis.nl.

6.3.2 Factuurinformatie

Het opstellen van een factuur (nota aan de patiënt) en het omschrijven van de verleende zorg is aan specificaties gebonden. In de Nadere regel 'Regeling medisch-specialistische zorg' heeft de NZa opgenomen welke informatie de factuur moet bevatten.

6.4 Onderhandenwerk-grouper

Voor het in beeld brengen van productiewaarde van het onderhanden, nog niet gedeclareerde werk van zorgaanbieders bestaat een onderhandenwerk-grouper (OHW-grouper). De zorgaanbieder kan gebruik maken van deze grouper voor bevoorschottingsdoeleinden.

Meer informatie over de OWH-grouper vindt u op www.vecozo.nl.

7. Informeren

Dit hoofdstuk beschrijft wat er gebeurt na de laatste stap van het RSAD-model, na declaratie. Er zijn registratie- en informatieverplichtingen voor zorgaanbieders. Ook wordt de rol van het DBC Informatie Systeem (DIS) toegelicht.

7.1 Registratieverplichting

Naast het aanleveren van de declaratiedata aan de verzekeraar is de zorginstelling verplicht ook een dataset aan het dbc-informatiesysteem (DIS) aan te leveren. Deze dataset is mede gebaseerd op de output van een grouper.

Het creëren, exporteren en aanleveren van deze dataset is de verantwoordelijkheid van elke instelling. Om ervoor te zorgen dat de zorginstelling hun verplichtingen nakomen en dus de gegevens tijdig en correct aanleveren, kan de NZa tevens overgaan tot handhaving.

7.2 Informatieverplichting en minimale dataset

Zorgaanbieders in de ziekenhuiszorg die medisch-specialistische zorg aanbieden, zijn op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplicht maandelijks gegevens aan te leveren aan het dbc-informatiesysteem (DIS). Dit gebeurt via de minimale dataset (mds). Hierin staan de gegevens uit de basisregistratie van de zorgaanbieders over wat zij de afgelopen maand aan zorg hebben geleverd en gedeclareerd. In samenwerking met de zorgaanbieders is nauwkeurig voorgeschreven welke gegevens ze in de mds moeten aanleveren. Deze bepalingen zijn vastgelegd in de Regeling verplichte aanlevering minimale dataset medisch specialistische zorg (mds) (www.nza.nl). In de Standaard voor DIS Gegevensaanlevering SZ beschrijft NZa in welk formaat en op welke wijze gegevens moeten worden aangeleverd (www.dbcinformatiesysteem.nl).

Zorgaanbieders kunnen hun gegevens uitsluitend gepseudonimiseerd naar DIS sturen via de privacy- en verzendmodule (pvm). De pvm controleert de aangeboden persoonsgegevens en zet deze om in zogenaamde pre-pseudoniemen. Zo wordt de eerste versleuteling bij de bron uitgevoerd. Daarnaast anonimiseert de pvm de gegevens die niet mogen worden doorgegeven, zoals namen en volledige postcodes.

Er bestaat de wettelijke verplichting dat de aangeleverde data volledig, tijdig en juist geregistreerd moet zijn. De zorgaanbieders zijn hier zelf verantwoordelijk voor. De NZa bewaakt de aanlevering van dbc-gegevens aan DIS en heeft de bevoegdheid om sancties op te leggen als een zorgaanbieder weigert aan de verplichting tot aanlevering te voldoen.

7.3 DIS

Binnen het landelijke dbc-informatiesysteem (DIS) wordt informatie ontvangen en beheerd over dbc's. Het bevat gegevens uit de basisregistratie van zorgaanbieders over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben. DIS wordt beheerd door de NZa. De NZa zorgt voor een veilig beheer en verzorgt wettelijke data-uitleveringen aan een aantal publieke afnemers. De databank bevat geen persoonsgegevens.

De NZa verstrekt de minimale dataset aan drie publieke organisaties die daar voor de uitoefening van hun wettelijke taken recht op hebben (Wet Marktordening Gezondheidszorg) zoals het ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland en het CBS. Deze organisaties gebruiken de data voor de uitvoering van hun wettelijke taken. De NZa gebruikt deze data onder andere voor jaarlijkse doorontwikkeling en onderhoud van de dbc-systematiek.

Alle dbc-gegevens die de zorgaanbieders leveren aan DIS worden na ontvangst gecontroleerd op fouten voordat ze worden ingelezen in de DIS-database. Gesignaleerde fouten worden gerapporteerd in validatierapporten op de portal voor zorgaanbieders. Ook ontvangt de zorgaanbieder een e-mail met de melding dat er fouten zijn gesignaleerd. Op basis van het validatierapport kan de zorgaanbieder de juiste informatie aanleveren aan DIS maar ook de eigen basisadministratie en bedrijfsvoering verbeteren.

7.3.1 Open DIS-Data

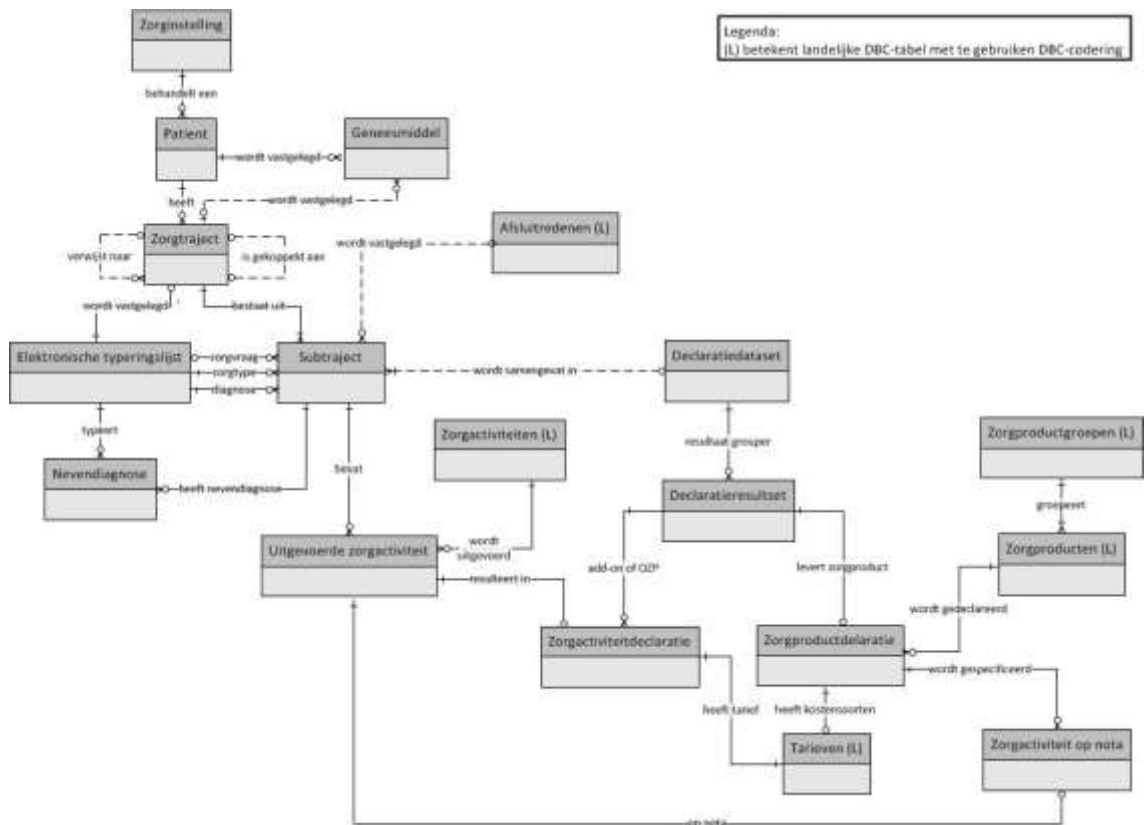
De website www.opendisdata.nl biedt zorg- en behandeldata die door Nederlandse ziekenhuizen zijn aangeleverd bij het DIS. Op de website kunt u zien bij hoeveel patiënten bepaalde diagnoses worden gesteld, de bijbehorende zorgproducten en zorgactiviteiten en de landelijk gemiddelde verkoopprijs van alle zorgproducten. U kunt informatie zoeken per medisch specialisme, zorgactiviteit of zorgproduct.

Deze website maakt gebruik van data die vallen onder de Wet Openbaarheid van Bestuur (WOB). Het bevat géén informatie over individuele patiënten en instellingen maar slechts generieke gegevens die door iedereen bij de NZa opvraagbaar zijn. De informatie op deze website wordt maandelijks geactualiseerd.

Met de website wil de NZa inzicht geven in de zorg die in Nederland wordt geleverd. De NZa staat voor objectieve en transparante informatie over de zorg die binnen Nederlandse ziekenhuizen geleverd wordt en welke prijs daarvoor gemiddeld betaald wordt. Zo dragen wij bij aan betere, betaalbare en toetsbare zorg in Nederland.

Bijlage 1: RSAD-datamodel

Hieronder wordt het conceptuele RSAD-datamodel weergegeven. ZIS-leveranciers kunnen het datamodel op verschillende manieren implementeren. De relatie met de landelijke tabellen wordt weergegeven. Een beschrijving van de relaties is opgenomen in bijlage 2.



Figuur 15 RSAD-datamodel

Bijlage 2: Beschrijving relaties RSAD-datamodel

Toelichting op relaties in het RSAD-datamodel		
Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
Zorginstelling	Patiënt	Een zorginstelling heeft optioneel één tot meerdere patiënten. Elke zorginstellingen heeft zijn eigen patiëntenadministratie.
Patiënt	Zorginstelling	Een patiënt is uniek geregistreerd bij één zorginstelling.
Patiënt	Geneesmiddel ¹	Aan een patiënt worden optioneel één of meerdere geneesmiddelen verstrekt. De relatie is noodzakelijk, omdat een geneesmiddel (stollingsfactoren) niet altijd aan een zorgtraject kan worden toegewezen.
Geneesmiddel ¹	Patiënt	Een geneesmiddel wordt vastgelegd voor de registratie en declaratie van een add-ongeneesmiddel of stollingsfactor. Een geneesmiddel wordt vastgelegd als ZI-nummer op basis van de G-standaard. Indien vastgelegd, behoort een geneesmiddel altijd toe aan één patiënt. Een ZI-nummer kan voor meerdere patiënten vastgelegd worden.
Patiënt	Zorgtraject	Een patiënt heeft optioneel één of meerdere zorgtrajecten met een bepaalde zorgvraag. Een patiënt kan meerdere zorgtrajecten parallel (overlappende periodes) of achterelkaar volgend hebben indien dit is toegestaan door de Diagnose Combinatie Tabel.
Zorgtraject	Patiënt	Een zorgtraject hoort altijd bij één patiënt en moet uniek geregistreerd worden binnen de zorginstelling.
Zorgtraject	Zorgtraject	De relatie ' <i>is gekoppeld aan</i> ' wordt als volgt omschreven: Een zorgtraject moet gekoppeld worden aan een zorgtraject als de het bijbehorende subtraject getypeerd is als zorgtype 51. Een subtraject met zorgtype 51 hoort altijd bij een zorgtraject van een hoofdbehandelaar. Het subtraject van de hoofdbehandelaar moet getypeerd zijn als zorgtype 11 of 21. De looptijd van het subtraject met zorgtype 51 moet geheel binnen één subtraject van de hoofdbehandelaar vallen. Een zorgtraject met subtraject met zorgtype 11 of 21 kan gekoppeld zijn aan één of meerdere zorgtrajecten met subtraject met zorgtype 51.
Zorgtraject	Geneesmiddel ¹	Een zorgtraject bevat optioneel één of meerdere geneesmiddelen. De relatie is het gevolg van de verplichting tot het registreren van een zorgtrajectnummer voor Add-ongeneesmiddelen.

Toelichting op relaties in het RSAD-datamodel		
Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
Geneesmiddel ¹	Zorgtraject	<p>Een geneesmiddel is conditioneel onderdeel van een zorgtraject.</p> <p>De relatie is verplicht voor Add-ongeneesmiddelen en optioneel voor stollingsfactoren.</p> <p>Indien vastgelegd, behoort een geneesmiddel altijd toe aan één zorgtraject. Een ZI-nummer kan voor meerdere zorgtrajecten vastgelegd worden.</p>
Zorgtraject	Zorgtraject	<p>De relatie 'verwijst naar' wordt als volgt omschreven: Een Zorgtraject kan naar één ander zorgtraject verwijzen als er binnen de eigen instelling een verwijzing is door:</p> <ul style="list-style-type: none"> – een andere zorgvraag voor hetzelfde specialisme (mogelijkheid voor paralleliteit); – een andere specialisme nodig is voor dezelfde zorgvraag. <p>Dit is alleen mogelijk als het verwijzende specialisme een eigen zorgtraject heeft.</p> <p>Een zorgtraject kan door meerdere zorgtrajecten opgenomen zijn als verwijzend zorgtraject.</p>
Zorgtraject	Elektronische typeringslijst	Een zorgtraject wordt geopend waarbij één dbc-specialisme wordt vastgelegd. Het dbc-specialisme is opgenomen in Elektronisch Typeringslijst.
Zorgtraject	Subtraject	Een zorgtraject heeft minstens één subtraject.
Subtraject	Zorgtraject	Een subtraject is altijd onderdeel van één zorgtraject.
Subtraject	Nevendiagnose	Een subtraject kan (optioneel) maximaal 7 nevendiagnosen bevatten als indicatie voor de zorgzwaarte. Bij een subtraject met zorgtype 41 mogen <u>geen</u> nevendiagnosen worden vastgelegd.
Nevendiagnose	Subtraject	Een nevendiagnose is altijd gekoppeld aan één subtraject.
Nevendiagnose	Elektronische typeringslijst	Een nevendiagnose wordt getypeerd door één diagnose uit de Elektronische typeringslijst.
Subtraject	Elektronische typeringslijst	<p>Een subtraject wordt volgens de Elektronische typeringslijst getypeerd met:</p> <ul style="list-style-type: none"> – verplicht één zorgtype; – één (typerende) diagnose, verplicht bij zorgtype 11, 13 en 21 en wordt door het ZIS met nullen gevuld bij de overige zorgtypen; – één (typerende) zorgvraag, alleen verplicht voor de specialismen die ook een zorgvraag hebben in de Elektronische Typeringslijst. <p>De te gebruiken codering moet geldig zijn op begindatum van het subtraject.</p>
Elektronische typeringslijst	Subtraject	De Elektronische Typeringslijst heeft drie assen voor verschillende typeringen. De assen 1 – zorgtype, 2 – zorgvraag en 3 – diagnose kunnen als typering zijn opgenomen in het subtraject. Per as kan maximaal één waarde worden toegepast in het subtraject. De typering voor de zorgvraag is optioneel en hangt af van het dbc-specialisme van het zorgtraject. Elke codering kan optioneel in één of meerdere subtrajecten als

Toelichting op relaties in het RSAD-datamodel		
Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
		typering toegepast worden.
Subtraject	Uitgevoerde zorgactiviteit	Elk subtraject met zorgtype ongelijk aan 21 heeft minstens één uitgevoerde zorgactiviteit. Bij een subtraject met zorgtype 21 is er optioneel één of meer uitgevoerde zorgactiviteiten gekoppeld.
Uitgevoerde zorgactiviteit	Subtraject	Een uitgevoerde zorgactiviteit wordt uniek geïdentificeerd binnen de zorginstelling en is onderdeel van één subtraject. De uitvoerdatum van de zorgactiviteit moet vallen binnen de looptijd van een subtraject.
Subtraject	Afsluitreden	Een subtraject heeft op de einddatum altijd één afsluitreden volgens de codering van de afsluitreden tabel. De te gebruiken code moet geldig zijn op begindatum van het subtraject.
Afsluitreden	Subtraject	Een afsluitredencode kan in meerdere subtrajecten worden gebruikt.
Uitgevoerde zorgactiviteit	Zorgactiviteiten	Een uitgevoerde zorgactiviteit heeft altijd betrekking op één zorgactiviteitcode van de Zorgactiviteiten tabel. De te gebruiken code moet geldig zijn op de uitvoerdatum van de zorgactiviteit.
Zorgactiviteiten	Uitgevoerde zorgactiviteit	Een zorgactiviteitcode van de zorgactiviteiten tabel kan in meerdere uitgevoerde zorgactiviteiten voorkomen. Dit kan binnen hetzelfde subtraject en zelfs op dezelfde datum als ook bij andere subtrajecten.
Subtraject	Declaratiedataset	Een afgesloten subtraject wordt opgenomen in een declaratiedataset ter verwerking door een grouper.
Declaratiedataset	Subtraject	Een declaratiedataset bevat één of meerdere subtrajecten. Er kan uitsluitend sprake zijn van meerdere subtrajecten als één subtraject is aangeduid als een hoofdtraject. Dit moet een subtraject zijn met zorgtype 11 of 21. De overige subtrajecten moeten getypeerd zijn met zorgtype 51 en daarvan moet het bijbehorende zorgtraject gekoppeld zijn aan het zorgtraject met subtraject dat is aangeduid als hoofdtraject (zt11 of zt21).
Declaratiedataset	Declaratieresultset	Elke declaratieresultset die door een grouper is verwerkt levert een unieke declaratieresultset op. Dezelfde declaratiedataset kan meerdere keren aan een grouper worden aangeboden.
Declaratieresultset	Declaratiedataset	Een declaratieresultset is altijd gekoppeld aan één declaratiedataset.
Declaratieresultset	Zorgproductdeclaratie	Een declaratieresultset kan optioneel één declarabel dbc-zorgproduct zorgproductdeclaratie bevatten. Indien het dbc-zorgproduct een uitvalproduct is wordt geen declaratiecode opgeleverd en kan het zorgproduct niet gedeclareerd worden.
Zorgproduct-declaratie	Declaratieresultset	Een zorgproductdeclaratie is altijd een onderdeel van één declaratieresultset.
Zorgproduct-declaratie	Zorgproducten	Een zorgproductdeclaratie verwijst altijd naar een codering in de zorgproducten tabel. In geval het een declarabel dbc-zorgproduct betreft (geen uitvalproduct) bevat de zorgproduct declaratie de te gebruiken declaratiecode (verzekerde of onverzekerde zorg).
Zorgproducten	Zorgproductdeclaratie	Een zorgproduct komt optioneel voor in één of meerdere zorgproductdeclaraties.
Zorgproduct-declaratie	Zorgactiviteit op nota	Een declarabel dbc-zorgproduct in zorgproductdeclaratie kan vanaf 1 juni 2014 voorzien zijn van één of meer uitgevoerde zorgactiviteiten die op nota vermeld moeten worden.
Zorgactiviteit op nota	Zorgproduct declaratie	Een zorgactiviteit op nota behoort altijd bij één zorgproductdeclaratie als het een declarabel dbc-zorgproduct

Toelichting op relaties in het RSAD-datamodel		
Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
		betreft.
Zorgactiviteit op nota	Uitgevoerde zorgactiviteit	Een zorgactiviteit op nota refereert altijd naar één uitgevoerde zorgactiviteit.
Uitgevoerde zorgactiviteit	Zorgactiviteit op nota	Een uitgevoerde zorgactiviteit kan optioneel gebruikt zijn in zorgactiviteit op nota.
Zorgproduct-declaratie	Tarieven	Een declarabel dbc-zorgproduct in zorgproduct declaratie heeft tot 1 januari 2015 één of meerdere kostensoorten per declaratiecode met bijbehorend tarieven. Het te gebruiken tarief moet geldig zijn op begindatum van het hoofsubtraject van de declaratiedataset. Vanaf 1 januari geldt er nog één (integraal) kostensoort per declaratie.
Tarieven	Zorgproduct declaratie	Een tarief per kostensoort en declaratiecode verwijst altijd naar één declaratiecode die opgeleverd is door een grouper in zorgproduct declaratie. Vanaf 1 januari geldt er nog één (integraal) kostensoort per declaratie.
Declaratieresultset	Zorgactiviteitdeclaratie	Een declaratieresultset kan optioneel één of meerdere declarabele overige zorgproducten (ozp/add-on) als zorgactiviteit declaratie bevatten.
Zorgactiviteit declaratie	Declaratieresultset	Een zorgactiviteitdeclaratie is altijd onderdeel van één declaratieresultset.
Zorgactiviteit-declaratie	Uitgevoerde zorgactiviteit	Een zorgactiviteitdeclaratie refereert altijd naar één uitgevoerde zorgactiviteit.
Uitgevoerde zorgactiviteit	Zorgactiviteitdeclaratie	Een uitgevoerde zorgactiviteit kan optioneel resulteren in een zorgactiviteitdeclaratie.
Zorgactiviteit-declaratie	Tarieven	Een declarabel overig zorgproduct in zorgactiviteitdeclaratie heeft één kostensoort per declaratiecode met bijbehorend tarief. Het te gebruiken tarief moet geldig zijn op de uitvoerdatum van de zorgactiviteit.
Tarieven	Zorgactiviteitdeclaratie	Op de uitvoerdatum van de zorgactiviteit is één tarief geldig per declaratiecode die opgeleverd is door een grouper in zorgactiviteitdeclaratie.
Zorgproducten	Zorgproductgroepen	Een zorgproduct is altijd onderdeel van één zorgproductgroep.
Zorgproduct-groepen	Zorgproducten	Een zorgproductgroep bestaat uit één of meer zorgproducten.

1) De entiteit geneesmiddel bevat de gegevens over de los declarabele Add-ongeneesmiddelen en stollingsfactoren. Dit betreft dus niet alle toegediende of verstrekte geneesmiddelen. Deze entiteit is beperkt uitgewerkt, omdat de gegevens t.b.v. de vastlegging en declaratie van geneesmiddelen geen onderdeel zijn van de landelijke dbc-tabellen. Alle gegevens behorende bij het geneesmiddel (bijvoorbeeld ZI-nummer, maximum tarief) worden beschikbaar gesteld door Z-index. Voor meer informatie, zie www.z-index.nl/.

In figuur 15 is een relatie beschreven tussen een geneesmiddel en het zorgtraject- / patiënt. Er is geen relatie beschreven naar het subtraject. Deze relaties sluiten aan op de GA-standaard voor Ziekenhuiszorg van DIS. De relaties zijn noodzakelijk omdat niet in alle gevallen sprake is van een openstaand en/of declarabel subtraject. In de praktijk zal de relatie naar het subtraject veelal wel bestaan.

Bijlage 3: Toelichting aanspraakbeperkingen en machtigingen

Deze bijlage licht toe hoe de aanspraak op vergoeding van zorg uit de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) en door zorgverzekeraars vereiste machtigingen zijn verwerkt in de dbc-systematiek. Deze bijlage is in samenspraak met het Zorginstituut Nederland en ZN tot stand gekomen.

Om dit document goed te kunnen begrijpen is voorkennis van de productstructuur en de werking van de beslisbomen vereist. Indien u deze kennis nog niet hebt, raden wij u aan eerst de dbc-leergang van de NZa (www.dbcleergang.nl) te raadplegen.

Aanspraak in de dbc-productstructuur

Inleiding

Voor sommige producten binnen de dbc-systematiek kan de aanspraak op vergoeding vanuit de basisverzekering zijn uitgesloten of beperkt.

De basisverzekering biedt de Nederlandse bevolking voor iedereen een gelijk pakket van aanspraken of vergoedingen. De inhoud en omvang van dit basispakket zijn vastgelegd in de Zorgverzekeringswet en daarop steunende overige regelgeving (Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering).³⁴ Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) heeft de taak om uitleg te geven aan en voorlichting te geven over het in regelgeving gevatte basispakket. Het Zorginstituut beoordeelt ook in hoeverre de gehanteerde zorgactiviteiten binnen de dbc-systematiek onder de basisverzekering vallen. Zorgactiviteiten die volgens het Zorginstituut niet of onder voorwaarden onder de basisverzekering vallen, krijgen van de NZa een code voor aanspraakbeperking. Deze code neemt de NZa op in de Zorgactiviteiten Tabel. Daarnaast is er een Aanspraak Code Tabel, waarin de mogelijke codes van de aanspraakbeperkingen zijn opgenomen. Een nadere toelichting hierop vindt u op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl).

Naast deze aanspraakbeperkingen geldt dat voor bepaalde zorg toestemming moet worden gevraagd aan de zorgverzekeraar vóór de behandeling (i.e. zorgactiviteit) wordt uitgevoerd (verzoek om machtiging). Voor deze zorgactiviteiten die onder voorwaarden onder de basisverzekering vallen, bepaalt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) namens alle verzekeraars of deze een codering horen te krijgen die aangeeft dat een machtiging vereist wordt. De NZa verwerkt dit in de Zorgactiviteiten Tabel en in de Aanspraak Code Tabel. Daarnaast geeft ZN aan de NZa aan voor welke zorgactiviteit-diagnosecombinaties een machtiging gevraagd moet worden. Op basis hiervan en de informatie uit de dbc-systematiek wordt een Limitatieve Lijst Machtigingen opgesteld en uitgeleverd door de NZa.

NB: Mocht er op enig moment een discrepantie bestaan tussen de wetteksten of de standpunten van het Zorginstituut enerzijds en de aanspraaklabeling in de dbc-systematiek anderzijds, dan zijn de wetteksten en standpunten leidend voor het bepalen of de geleverde zorg wel of niet vergoed kan worden uit het basispakket.

Kleuring zorgactiviteiten

In de Zorgactiviteiten Tabel leidt het toekennen van aanspraakcodes tot een onderscheid in drie soorten zorgactiviteiten:

³⁴ www.overheid.nl

- Oranje zorgactiviteiten. Deze hebben een aanspraakcode met een code in de 26xx- of 27xx-range, wat betekent dat deze zorg alleen onder bepaalde voorwaarden in het basispakket valt. Voor deze zorg dient de zorgaanbieder aan te geven of er aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan.
- Rode zorgactiviteiten. Deze hebben een aanspraakcode met een code in de 16xx-range, wat betekent dat deze zorg uitgesloten is van vergoeding uit het basispakket.
- Groene zorgactiviteiten. Dit zijn zorgactiviteiten die geen oranje of rode aanspraakcode toegekend hebben gekregen, wat betekent dat deze zorg in de regel onder de basisverzekering valt.

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

Medische indicatie

Bij oranje zorgactiviteiten dient de medisch specialist aan te geven of de patiënt voldoet aan de gestelde voorwaarden voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Met andere woorden, de medisch specialist moet nagaan of de patiënt een medische indicatie heeft die volgens de Zorgverzekeringswet in aanmerking voor vergoeding komt.

De medisch specialist moet het antwoord op deze vraag in de dbc-registratie vastleggen (deze informatie wordt meegeleverd in het declaratiedataset-bericht voor een grouper). Het Zorginstituut geeft een overzichtsdokument uit waarin het beschrijft onder welke voorwaarden aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding uit het basispakket, met een verwijzing naar wetteksten en uitgebreide toelichtingen (Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakbeperking Zvw). Deze informatie is te vinden op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl). Uiteraard kan een medisch specialist, indien deze een patiëntspecifieke vraag heeft, contact opnemen met de zorgverzekeraar van de patiënt.

Machtigingen

Voor een deel van de zorg waarvoor een aanspraakbeperking geldt, dient de medisch specialist vóór de uitvoering van de behandeling een machtiging aan te vragen bij de zorgverzekeraar. Het beleid op dit punt kan verschillen per zorgverzekeraar. Voor een groot deel van deze behandelingen geldt een uniform, gedigitaliseerd machtigingenbeleid en hiervoor is de landelijke Limitatieve Lijst Machtigingen (LLM) opgesteld. Deze lijst bestaat uit diagnose- en zorgactiviteitencombinaties. De zorgactiviteiten die hierin voorkomen hebben een oranje aanspraakcode in de 27xx-range in de Zorgactiviteiten Tabel van de NZa. De Limitatieve Lijst Machtigingen is gebaseerd op informatie van ZN en wordt door de NZa uitgeleverd.

De LLM biedt op twee punten ondersteuning. 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 wordt er op basis van deze lijst in het declaratiebericht van een grouper ook een melding (vlaggetje) meegegeven. Hiermee kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars nagaan of voor een bepaalde declaratie de vereiste machtiging daadwerkelijk is verstrekt.

De aanvraag van deze machtigingen (volgens de landelijke LLM) verloopt via het VECOZO-machtigingenportaal. Na goedkeuring door de zorgverzekeraar wordt een machtigingsnummer afgegeven (één per subtraject). Meer informatie hierover vindt u op de website van VECOZO (www.vecozo.nl).

Extra toelichting ten aanzien van machtigingen

Voor alle duidelijkheid een extra toelichting ten aanzien van machtigingen (en medische indicaties) in het dbc-systeem: de vraag of er aan de medische indicatievereisten wordt voldaan heeft alleen betrekking op het basispakket. Een daaraan gekoppelde machtigingscode heeft ook alleen betrekking op het basispakket. Het kan voorkomen dat een zorgverzekeraar op grond van een aanvullende verzekering voorafgaande toestemming voor behandeling (machtiging) vereist. Op aanvullende verzekeringen is de ingebouwde machtigingscode niet van toepassing. Dus: als een zorgverzekeraar geen machtiging verleent voor behandeling ten laste van de basisverzekering, zal de arts – als hij de behandeling toch verricht – invullen dat er geen verzekerde indicatie is. Een grouper zal dan een rode declaratiecode afleiden, d.w.z. onverzekerde **basiszorg**. Dit laat onverlet dat de verzekerde mogelijk de behandeling wel vergoed krijgt vanuit de aanvullende verzekering. Een eventueel daarop betrekking hebbend machtigingstraject staat los van de in het dbc-systeem ingebouwde machtigingscodes.

Kleuring dbc-zorgproducten (in paarse knopen)

Naast de kleuring van zorgactiviteiten is er ook sprake van een kleuring van het resulterende dbc-zorgproduct. Of het declarabele dbc-zorgproduct wel of niet onder de basisverzekering valt is afhankelijk van:

- de kleur van alle uitgevoerde zorgactiviteiten³⁵;
- de typerende diagnose van het subtraject waarbij de activiteit is uitgevoerd;
- en (bij een oranje zorgactiviteit) of er sprake is van een medische indicatie om de zorg te leveren.

In de dbc-systematiek leveren zorginstellingen declaratiedatasets aan een grouper, die hieruit een declarabel dbc-zorgproduct afleidt. Afhankelijk van de afleiding en gestelde voorwaarden krijgt het declarabele dbc-zorgproduct een groene of een rode declaratiecode. Groen staat voor declaratiecode verzekerde basiszorg.³⁶ Deze declaratiecodes beginnen met 14 of 15 (A- of B-segment). Rood staat voor declaratiecode onverzekerde basiszorg. Deze declaratiecodes beginnen met 16 of 17 (A- of B-segment). De kleur van het zorgproduct staat niet vooraf vast, maar is afhankelijk van de aangeleverde declaratiedataset. Zo zal voor een declaratiedataset met daarin een verrichting met een rode aanspraakcode, een grouper het afgeleide zorgproduct een rode declaratiecode meegeven. Een andere declaratiedataset, met enkel groene verrichtingen, kan voor hetzelfde zorgproduct een groene declaratiecode krijgen.

De kleuring van een dbc-zorgproduct is enkel voorbehouden aan oranje of rode zorgactiviteiten die ook typerend zijn voor het desbetreffende product. Om dit te kunnen garanderen zijn zogenoemde paarse knopen geïntroduceerd in de productstructuur (de beslisbomen)³⁷. Alleen in paarse knopen staat een 'aanspraakbeperkingssensor' aan. Buiten deze paarse knopen hebben de aanspraakcodes van de verrichtingen in de aangeleverde declaratiedatasets geen effect op de kleur van de declaratiecode.

³⁵ Mocht het voorkomen dat er meerdere kleuren typerende verrichtingen in de declaratiedataset zitten, dan hanteert een grouper tijdens de afleiding de volgende regels: 1) rood gaat boven oranje/groen en 2) oranje gaat boven groen. Dus als de declaratiedataset zowel een groene als een rode typerende verrichting bevat, dan is de rode zorgactiviteit bepalend voor de kleuring van het zorgproduct (want rood gaat boven groen).

³⁶ Voor de goede orde: een groene declaratiecode zal veelal betekenen dat de aan de patiënt geleverde zorg, zorg betreft die vergoed wordt vanuit de basisverzekering. Het kan zich echter ook voordoen dat dit eigenlijk niet duidelijk is, omdat het zorgtraject zorgactiviteiten omvat die het ZiNL (nog) niet heeft beoordeeld (zie de toelichting bij groene zorgactiviteiten in paragraaf 1.2). Het ligt in de rede dat als er bij een zorgverzekeraar gereede twijfel ontstaat, deze probeert – in overleg met zorgaanbieder(s) en/of ZiNL – duidelijkheid te krijgen over de vraag of het zorgproduct met groene declaratiecode daadwerkelijk verzekerde zorg betreft.

³⁷ In de zorgproductviewer (ZPV) is te zien waar de paarse knopen zitten en welke zorgactiviteiten hier productspecifiek worden uitgevraagd. Bij de rode/oranje zorgactiviteiten staat hierbij ook de aanspraakcode vermeld.

Kleuring bij overgangssituaties

Het kan voorkomen dat de aanspraakbeperking op een behandeling wijzigt. Dit kan leiden tot een overloopsituatie waarbij bijvoorbeeld eind 2016 een dbc-subtraject (ingangsdatum dbc-zorgproduct) wordt geopend, en in de loop van 2017 wordt een operatie uitgevoerd. Per 1 januari wijzigt de aanspraakbeperking op deze behandeling, vanaf deze datum wijzigt ook de aanspraakcode van de zorgactiviteit behorende bij deze operatie. Voor deze situatie geldt dat de openingsdatum van het dbc-subtraject leidend is voor de aanspraak(labeling) op vergoeding, en niet de uitvoerdatum van de zorgactiviteit (operatie in dit geval). Een grouper bepaalt op basis van die datum of het zorgproduct een declaratiecode voor verzekerde zorg of onverzekerde zorg krijgt.³⁸

Signaal in het informatiebericht aan de instelling

Een grouper geeft voor het afgeleide zorgproduct een informatiebericht mee aan de instelling (de declaratieresultset). In dit informatiebericht worden onder andere de declaratiecode (rood/groen) en diagnosecode vermeld. Dit bericht geeft geen gedetailleerde informatie over alle zorgactiviteiten die aanwezig waren in de aangeleverde declaratiedataset, maar het geeft wel een signaal af als er zich in de declaratiedataset een typerende oranje verrichting bevindt. Dan wordt een zogenoemd vlaggetje afgegeven. Als het een declaratiedataset betreft waarvoor ook vooraf een machtiging kan worden vereist, dan wordt dit weergegeven met een apart vlaggetje³⁹. De aanwezigheid van groene en rode typerende verrichtingen in de declaratiedataset wordt niet apart vermeld.

Soortgelijke informatie wordt ook meegeleverd in het EI-bericht (voor meer informatie zie ei.vektis.nl). Aan deze informatie kan de zorgverzekeraar zien of er voor het gedeclareerde zorgproduct bijzondere voorwaarden gelden voor vergoeding uit het basispakket. Ook kan de zorgverzekeraar hieraan zien of voorafgaand aan de behandeling een machtiging vereist was.

Samenvattend

Voor sommige producten binnen de dbc-systematiek kan de aanspraak op vergoeding vanuit het basispakket zorgverzekering zijn uitgesloten of beperkt. De zorg waarvoor een aanspraakbeperking geldt, is gelabeld op twee niveaus. In eerste instantie op zorgactiviteitsniveau (middels rode en oranje aanspraakcodes), omdat het systeem van de Zvw het meest aansluit bij verrichtingen en omdat zorgactiviteiten een centrale rol spelen bij de afleiding van zorgproducten. Tijdens het afleidingsproces vindt de uiteindelijke labeling plaats, op het niveau van zorgproducten (middels rode en groene declaratiecodes). De kleur van de declaratiecode staat niet vooraf vast, maar is afhankelijk van de aangeleverde declaratiedataset. Twee condities bepalen of een declarabel dbc-zorgproduct een rode declaratiecode meekrijgt;

- In de declaratiedataset van de patiënt (die aan een grouper wordt aangeleverd) bevindt zich minimaal een rode zorgactiviteit of een oranje zorgactiviteit waarvan de medisch specialist heeft aangegeven dat er geen sprake is van een onder de basisverzekering vallende medische indicatie, en;
- de betreffende rode of oranje zorgactiviteit is typerend voor het afgeleide declarabele dbc-zorgproduct (de verrichting wordt tijdens de afleiding specifiek uitgevraagd).⁴⁰

Bovenstaande wordt schematisch weergegeven in het volgende hoofdstuk.

³⁸ Zorginstituut Nederland bevestigt deze lijn en verwijst hiervoor naar artikel 23, lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

³⁹ Het vlaggetje geeft aan dat er zich in het profiel een diagnose-en zorgactiviteitencombinatie bevindt waarvoor een machtiging wordt vereist volgens de Limitatieve Lijst Machtigingen.

⁴⁰ De zorgproductenviewer (ZPV) laat zien voor welke DBC-zorgproducten een aanspraakbeperking kan gelden. Deze zijn te vinden in de paars gekleurde takken van de beslisbomen. De ZPV toont ook welke zorgactiviteiten productspecifiek worden uitgevraagd en voor de rode/oranje zorgactiviteiten staat de aanspraakcode erbij vermeld.

Schematische weergave

Dit hoofdstuk geeft met behulp van grafische ondersteuning weer wat in het eerste deel van deze bijlage is toegelicht over aanspraak in de dbc-systematiek vanaf 2012. De informatie in dit hoofdstuk is niet nieuw, het wordt enkel op een andere manier weergegeven.

Aanspraakcode in de Zorgactiviteiten Tabel

In de Zorgactiviteiten Tabel is een kolom 'Aanspraakcode' opgenomen, bijvoorbeeld:

Zorgactiviteit	Zorgactiviteitsomschrijving	Aanspraakcode	Ingangsdatum	Einddatum
030146	Open biopsie aandoening hersenen		20090701	
030171	Subcutaan plaatsen neurostimulator inclusief elektrode intracranieel (DBS).	2601	20090701	
031280	Inbrengen van kunststoflens	2701	20120101	
036763	Reconstructie van een vas deferens na vasectomie.	1605	20090701	

Tabel 3 Voorbeeld van aanspraakcodes in de Zorgactiviteiten Tabel

De betekenis van de aanspraakcodes is als volgt:

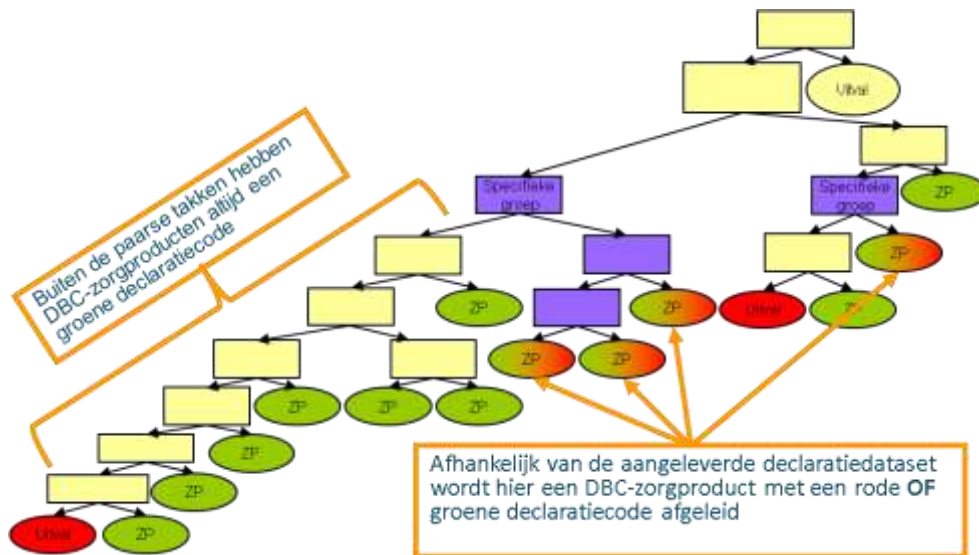
- Zorgactiviteit 030146 is een **groene** zorgactiviteit, want deze heeft geen aanspraakcode.
- Zorgactiviteit 030171 is een **oranje** zorgactiviteit, want de aanspraakcode begint met 26.
- Zorgactiviteit 031280 is een **oranje** zorgactiviteit waarvoor vooraf een **machtiging** kan worden vereist, want de aanspraakcode begint met 27. *(Of er ook daadwerkelijk een machtiging wordt vereist, is mede afhankelijk van de bijbehorende diagnose. Als deze diagnose, in combinatie met deze zorgactiviteit, voorkomt op de Limitatieve Lijst Machtigingen, dan is dit het geval.)*
- Zorgactiviteit 036763 is een **rode** zorgactiviteit, want de aanspraakcode begint met 16.

Een nadere toelichting van de aanspraakcodes vindt u op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl).

gekleurd. Deze kleuring is, naast de geregistreerde zorgactiviteit, afhankelijk van de aanwezigheid of afwezigheid van een verzekerde (onder de basisverzekering vallende) medische indicatie. Is een dergelijke medische indicatie WEL aanwezig, dan wordt het afgeleide zorgproduct groen en krijgt het een declaratiecode die begint met 14 of 15. Is een dergelijke medische indicatie NIET aanwezig, dan wordt het afgeleide zorgproduct rood en krijgt het een declaratiecode die begint met 16 of 17. Als het veld voor de medische indicatie helemaal niet is ingevuld, dan volgt een foutmelding.

Als de aangeleverde declaratiedataset naast de oranje zorgactiviteit ook een diagnose bevat die voorkomt op de Limitatieve Lijst Machtigingen, dan zal voorafgaand aan de behandeling om toestemming gevraagd zijn bij de zorgverzekeraar. Voor het bepalen van de kleur van de declaratiecode maakt een grouper geen gebruik van machtigingsgegevens (als een machtigingsnummer), wel van de gegevens die worden aangeleverd omtrent de medische indicatievereisten. Hiervoor dient het veld 'medische indicatie' ingevuld te zijn.

De kleur van de declaratiecode van het afgeleide zorgproduct staat niet voor alle zorgproducten al vooraf vast. Deze is afhankelijk van de aangeleverde declaratiedataset en wordt tijdens de afleiding bepaald. Zie Figuur 18.



Figuur 18 De kleur van de declaratiecode van een dbc-zorgproduct wordt tijdens de afleiding bepaald

Praktijkvoorbeeld

Dit hoofdstuk geeft een praktijkvoorbeeld van de werking van aanspraakbeperking in de dbc-systematiek.

Casus IVF

Mevrouw Visser (leeftijd 31 jaar)

Door het specialisme gynaecologie (0307) is een initiële dbc (zorgtype 11) geregistreerd. De typerende diagnose is F21 *Gespecialiseerde technieken*.

Er zijn vijf uitgevoerde zorgactiviteiten:

- 1x 039987 *IVF fase 1*.
- 1x 190060 *Eerste polikliniekbezoek*.
- 3x 190013 *Herhaal-polikliniekbezoek*.

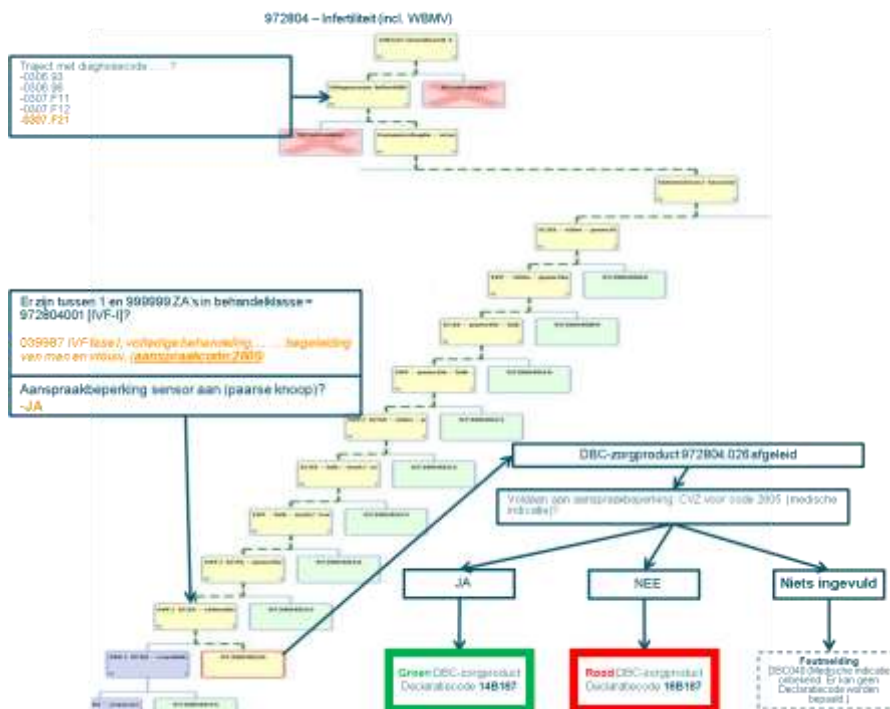
Let op: deze combinatie van zorgactiviteiten is uitsluitend bedoeld om de werking van de aanspraakindicatie bij oranje zorgactiviteiten te verduidelijken.

Met deze casus wordt een zorgproduct afgeleid in zorgproductgroep 972804 *Infertiliteit (incl. Wbmv)*.

Zorgactiviteit 039987 heeft in de Zorgactiviteiten Tabel aanspraakcode 2605. Via de website van het Zorginstituut is na te gaan dat deze code de volgende beperking(en) kent:

Art. 2.4 Bzv >> uitgesloten indien: de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie. Ook uitgesloten indien: de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien meer dan één embryo wordt teruggeplaatst. Ook uitgesloten indien: vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt.

De afleiding van een dbc-zorgproduct voor deze casus verloopt dan als volgt:



Figuur 19 Praktijkvoorbeeld aanspraakbeperking in beslisboom, casus IVF

Bijlage 4: Toelichting op het koppelalgoritme

Inleiding

Een zorgtraject typeert het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de zorginstelling consulteert. Met het openen van het zorgtraject wordt automatisch een subtraject geopend dat de basis vormt voor de declaratie van de geleverde zorg. Het zorgtraject volgt het zorgproces en de declaratie gebeurt vervolgens per subtraject. In een zorgtraject kunnen achtereenvolgens een of meer subtrajecten geregistreerd worden. Een geldig subtraject leidt, in combinatie met een zorgprofiel, tot een declarabel dbc-zorgproduct.

Om een declarabel dbc-zorgproduct te kunnen bepalen is het dus noodzakelijk om verschillende geregistreerde gegevens waaronder zorgactiviteiten aan een zorgtraject en daarmee aan het te declareren subtraject te koppelen⁴¹.

In het ideale geval worden zorgactiviteiten direct middels bijvoorbeeld een EPD en/of Order Communicatiesysteem aan het bijbehorende zorgtraject (ziektegeval) gekoppeld. Indien het koppelen van zorgactiviteiten niet direct bij de registratie plaatsvindt, dient dit achteraf te gebeuren. Dit kan dan periodiek of bij het samenvatten plaatsvinden met behulp van een koppelalgoritme. Bij de toepassing van het koppelalgoritme moet rekening gehouden worden met situaties waarbij het niet altijd eenduidig is aan welk zorgtraject de zorgactiviteit gekoppeld moet worden. Het ZIS systeem dient derhalve faciliteiten te kennen die het handmatig omhangen van zorgactiviteiten tussen zorgtrajecten mogelijk maakt.

Op basis van de regels zoals benoemd binnen dit document kunnen zorgactiviteiten aan zorgtrajecten worden gekoppeld.

In de dbc-systematiek worden uitsluitend zorgactiviteiten gebruikt die door of voor poortspecialismen zijn aangevraagd of uitgevoerd⁴².

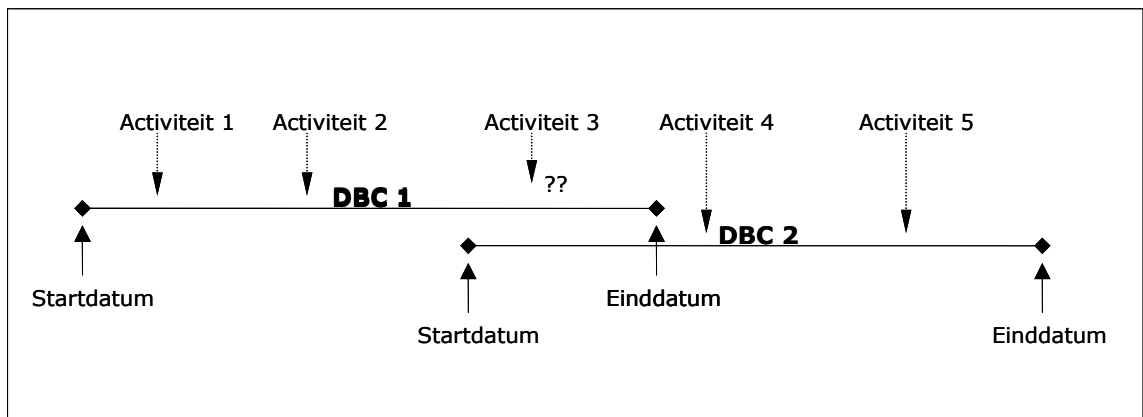
Koppelen van zorgactiviteiten aan aanvragend of uitvoerend poortspecialisme

Ten behoeve van de koppeling van de zorgactiviteiten wordt uitgegaan van het bestaan van een viertal entiteiten: de patiënt, de datum van uitvoering, de uitvoerder van de zorgactiviteit en de aanvrager van de zorgactiviteit.

Bij het koppelen van de uitgevoerde zorgactiviteiten kunnen een aantal regels te worden gehanteerd. Deze regels worden hieronder beschreven aan de hand van het bijgevoegde voorbeeld.

⁴¹ Een subtraject dient te voldoen aan de regels zoals beschreven in de Registratieregels en het Registratieaddendum Het registratieaddendum is een technische uitwerking van de regels. Ook het RSAD-document geeft nuttige aanwijzingen. Deze documenten zijn te vinden op de NZa website: www.werkenmetdbcs.nl

⁴² DBC-specialismen kennen soms deelgebieden zoals Verloskunde, Fertilititeit bij Gynaecologie, of nefrologie, hematologie bij Interne Geneeskunde. In het ZIS-systeem van de zorginstelling kan dat in eigen lokale codes worden vastgelegd. Ten behoeve van registratie in de DBC-systematiek moet men de zorg van die subspecialismen onder de code van het 'hoofdspecialisme' vastleggen.



- 1) Indien bij een zorgactiviteit de uitvoerder een poortspecialisme is en voor dit specialisme er op de datum van uitvoering van de zorgactiviteit een openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, dan dient de zorgactiviteit aan het zorgtraject van uitvoerder te worden toegekend.
- 2) Wanneer er geen uitvoerder is geregistreerd of er is voor de uitvoerder op de uitvoerdatum geen zorgtraject geopend en er is wel een aanvrager (poortspecialisme) met een openstaand zorgtraject voor deze patiënt dan wordt de zorgactiviteit aan het zorgtraject van de aanvrager gekoppeld.
- 3) Wanneer in situatie 1 of 2 meerdere zorgtrajecten worden gevonden dan wordt de zorgactiviteit default aan het laatst geopende zorgtraject toegekend⁴³. Als een patiënt bij eenzelfde specialisme meer dan één zorgtraject open heeft staan, en de uitvoeringsdatum van de zorgactiviteit binnen begin- en einddatum van beide zorgtrajecten valt, dan dient een keuze gemaakt te worden aan welke van de zorgtrajecten de zorgactiviteit dient te worden toegekend.

Voor deze parallelle zorgtrajecten kan het koppelen van zorgactiviteiten als volgt afgehandeld worden.

Zorgtraject 1 en zorgtraject 2 zijn gedeeltelijk parallel. Het is mogelijk om de zorgactiviteiten 1, 2, 4 en 5 automatisch te koppelen aan de betreffende zorgtraject. Deze vallen namelijk buiten de parallelle periode. Alleen voor zorgactiviteit 3 is het niet duidelijk aan welke zorgtraject deze gekoppeld dient te worden. Voor de toewijzing van activiteit 3 wordt voorgesteld om deze by default aan de laatst geopende zorgtraject toe te wijzen.

- 4) Wanneer situatie 1, 2 of 3 geen zorgtraject opleveren dan moet de zorgactiviteiten gesignaleerd worden op een uitvallijst en vraagt dit om handmatige bewerking.
- 5) Indien bij een zorgactiviteit de uitvoerder een poortspecialisme is en voor dit specialisme er geen openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, omdat de zorgactiviteit is uitgevoerd op aanvraag of na verwijzing van een huisarts, of op aanvraag van een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de dbc-systematiek niet geldt, dan dient de uitvoerder een eigen ozp zorg/subtraject (ZT41) te openen waaraan deze ondersteunende zorgactiviteiten gekoppeld dienen te worden.
- 6) Indien bij een zorgactiviteit de uitvoerder een poortspecialisme is en voor dit specialisme er geen openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, omdat de zorgactiviteit is uitgevoerd op aanvraag van een ander poortspecialisme, dan kan de uitvoerder een Ondersteunend zorg/subtraject ZT51 openen waaraan deze ondersteunende zorgactiviteiten gekoppeld kunnen worden⁴⁴.

⁴³ Dit is handig is om te automatiseren, maar de koppeling van zorgactiviteiten dient in voorkomende gevallen handmatig gecorrigeerd te worden.

⁴⁴ Het zorg/subtraject ZT51 heeft een interne verwijzing naar het aanvragende zorgtraject (zorgtraject hoofdbehandelaar) en wordt samen met het aanvragende zorgtraject in dezelfde declaratiedataset aan de grouper aangeboden.

7) Zorgactiviteiten bij IC-opname dienen te worden aangevraagd of uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een intensivist. Er bestaat echter geen landelijk vastgestelde AGB-code voor de Intensivisten. Daarom is een interne code nodig voor het behandelende specialisme op de IC (de Intensivisten). Iedere instelling kan hiervoor een eigen code specificeren, zolang deze maar niet overeenkomt met een bestaande AGB-specialisme-codes⁴⁵.

Voor de IC kunnen zo op basis van de intensivist (aanvrager en/of uitvoerder) alle zorgactiviteiten in het kader van IC (zoals de IC-toeslagcodes, de IC-behandeldagen, diagnostisch en aanvullend onderzoek) automatisch worden gekoppeld aan een IC-zorg/subtraject ZT51 of 52. In geval van een ZT51 wordt er een verwijzing gemaakt naar het bovenliggende zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

8) Indien de zorgactiviteit behoort tot de categorie "ozp supplementair – overig traject"⁴⁶, moeten deze niet aan een zorgtraject worden toegekend. Deze zorgactiviteiten worden als overig traject rechtstreeks gedeclareerd zonder aan de grouper aangeboden te worden, maar worden wel aan de DIS aangeleverd.

9) Wanneer de aanvrager van de zorgactiviteit een externe instantie betreft en het gaat niet om een patiënt die eigen patiënt is of wordt, behoort de zorgactiviteit tot de categorie Onderlinge Dienstverlening of externe aanvragen en zal niet aan een zorgtraject worden toegekend.

Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opname.

⁴⁵ Voor de declaratie van de IC-prestaties en de aanlevering aan de DIS dient de interne code vervangen te worden door een reguliere AGB-code. Iedere instelling kan daarvoor zelf een code kiezen.

⁴⁶ De ozp's "Supplementair - Overig traject" zijn in de Tarieven Tabel te herkennen aan tarieftype 12.

Disclaimer

Aan deze publicatie kunnen geen rechten ontleend worden. De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Indien de inhoud afwijkt van de regelgeving van de NZa, dan is de regelgeving leidend. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie. Verveelvoudiging en verspreiding zijn toegestaan mits de NZa als bron wordt vermeld, dan wel als bron herkenbaar blijft.