

Gebruikersdocument deel 3:

Toelichting ICT ggz

Versie 20160701

1 januari 2017

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Welke informatie is er in dit document te vinden	3
1.2	Verwijzing naar andere documenten	3
1.3	Leeswijzer	4
2	Classificatie-, Registratie-, Validatie- en Afleidingsmodel (CRVA)	5
3	Classificatie	6
4	Registratie	9
4.1	Conceptueel datamodel	9
4.2	Beschrijving entiteiten en relaties conceptueel datamodel	11
4.2.1	Aandachtspunten entiteiten	11
4.2.2	Relaties conceptueel datamodel	12
4.3	Registratieregels	12
4.4	Onverzekerde zorg	12
5	Validatie	13
5.1	Voorwaarden inrichten validatieproces	13
5.2	Procesmodel validatie	14
5.3	Validatieregels	15
5.3.1	Het 'als..dan-principe'	15
5.3.2	Inleiding beschrijving validatietypen	16
6	Afleiding	17
6.1	Procesmodel afleiding	17
6.2	Afleidingsproces	18
6.3	Producten die worden afgeleid	19
6.3.1	Kenmerkende factoren	19
6.3.2	Beslisboom	20
6.3.3	Productstructuur	22
6.3.4	Behandelgroepen	23
6.3.5	Deelprestaties verblijf	24
6.3.6	Zorgvraagzwaarte (zvz)	24
6.3.7	Prestatiecode	26
6.3.8	Declaratiecode	28
6.3.9	Tarief	28
7	Tijdsafhankelijkheid bij registratie, validatie en afleiding	29
7.1	Tijdsafhankelijkheid coderegels	29
7.1.1	Voorbeeld tijdsafhankelijkheid coderegels	31
7.2	Tijdsafhankelijkheid validatieregels	31
7.2.1	Voorbeeld tijdsafhankelijkheid validatieregels	32
7.3	Tijdsafhankelijkheid afleiding	32
7.3.1	Toelichting tijdsafhankelijkheid beslisboom	32
7.3.2	Uitzondering tijdsafhankelijkheid	33
	Bijlage 1: Toelichting conceptueel datamodel	34
	Bijlage 2: Tabelfpecificaties conceptueel datamodel	37
	Bijlage 3: Afleiding behandelgroepen	47
	Bijlage 4: Diagnosehoofdgroepen en Restgroepdiagnoses	50

1 Inleiding

Voor u ligt deel 3 als onderdeel van de documentatie over de wijzigingen van RG17a: de beleidsrijke release (a) van het dbc-pakket met ingangsdatum 1 januari 2017.

Bij iedere uitlevering informeren wij u over de wijzigingen door middel van maximaal drie wijzigingsdocumenten die u in principe los van elkaar kunt lezen. Niet altijd is de volledige trilogie beschikbaar. Dit is afhankelijk van de aard van de wijzigingen.

Een korte algemene beschrijving van de drie wijzigingsdocumenten vindt u hieronder.

Deel 1: Beschrijving wijzigingen

Deel 1 beschrijft op hoofdlijnen wat is gewijzigd en waarom. Ook vindt u een korte beschrijving van de wijze waarop de wijzigingen zijn verwerkt en welke tabellen en documentatie hiervoor zijn aangepast. Deel 1 is vooral bedoeld als een wegwijzer voor iedereen die dagelijks met de dbc-systematiek werkt.

Deel 2: Verantwoording

Deel 2 bevat de cijfermatige onderbouwing van de wijzigingen. Het beschrijft hoe de data voor de tariefberekeningen tot stand zijn gekomen, productprijzen berekend zijn en effecten van de nieuwe productprijzen in kaart gebracht zijn. Dit deel is vooral mensen die werken met stuurinformatie.

Deel 3: ICT-eisen

Deel 3 beschrijft de ICT-eisen die worden gesteld aan een succesvolle implementatie van het dbc-pakket. Dit deel is vooral bestemd voor automatiseerders en ICT-leveranciers.

1.1 Welke informatie is er in dit document te vinden

Dit document omschrijft hoe het model van classificatie, registratie, validatie en afleiding binnen de ICT-systemen van de ggz-zorgaanbieders vorm moet krijgen. Doel van dit document is het aanreiken van richtlijnen ter ondersteuning voor de inrichting van ICT-systemen voor ggz-zorgaanbieders. Hiervoor worden in dit document principes beschreven voor de registratie, validatie en de afleiding.

De wijzigingen in de productstructuur worden besproken in het Gebruikersdocument deel 1: Wijzigingen.

1.2 Verwijzing naar andere documenten

Naast dit document publiceert de NZa via haar website een aantal andere documenten die in het kader van de registratie, validatie en afleiding relevant zijn. Het betreft hier de nadere regel Gespecialiseerde ggz, de validatieregels, de codelijsten, de beslisboom en de kenmerkende factoren.

Toelichtingen op validatieregels en codelijsten vindt u op de website van de NZa, werkenmetdbcs.nza.nl.

1.3 Leeswijzer

Dit document behandelt alle aspecten van de dbc-systematiek op het gebied van registratie, validatie en afleiding. In hoofdstuk 2 wordt het Classificatie-, Registratie-, Validatie- en Afleidingsmodel behandeld. De volgende hoofdstukken gaan dieper in op de registratie (hoofdstuk3), de validatie (hoofdstuk 5) en de afleiding (hoofdstuk 6). Tot slot gaat hoofdstuk 6 in op de betekenis van tijdsafhankelijkheid binnen de dbc-systematiek.

Achterin dit document bevinden zich bijlagen. Verwijzingen naar bijlagen en andere documenten worden weergegeven in grijze kaders.

Copyright notice

Reprinted with permission © 2000-2013 American Psychiatric Association, p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam. Alle rechten voorbehouden

Boom uitgevers Amsterdam BV
Prinsengracht 747-751
Postbus 15970
1001 NL Amsterdam
info@boomamsterdam.nl

**DSM, DSM-5, and DSM-IV-TR are registered trademarks of the American Psychiatric Association, and are used with permission herein. Use of these terms is prohibited without permission of the American Psychiatric Association. Use of this trademark does not constitute endorsement of this product by the American Psychiatric Association.*

2 Classificatie-, Registratie-, Validatie- en Afleidingsmodel (CRVA)

De dbc-systematiek werkt volgens een proces van classificatie, registratie, validatie en afleiding.

Classificatie

Vanaf 2017 dient de classificatie van de diagnose in DSM-5 plaats te vinden. De DSM-5 diagnosecode moet worden vastgelegd voor de minimale dataset ggz. Voor de registratie en bekostiging dient de DSM-5 diagnose vertaald te worden naar een DSM-IV diagnose.

Registratie

Het registratieproces start op het moment dat een zorgtraject wordt geopend zodra een patiënt zich aanmeldt bij een zorgaanbieder. Een zorgtraject volgt het zorgproces en bestaat uit een initiële dbc met eventueel één of meerdere vervolg-dbc's.

Na het openen van het zorgtraject legt de behandelaar de zorgvraag vast en registreert daarbij het zorgtype en de diagnose. Tijdens het zorgtraject registreert de behandelaar alle activiteiten die zijn ingezet om de zorgvraag te behandelen.

Validatie

Als een dbc wordt afgesloten gaat deze dbc door naar de validatie. Tijdens de validatie wordt de dbc gecontroleerd op een juiste en volledige registratie.

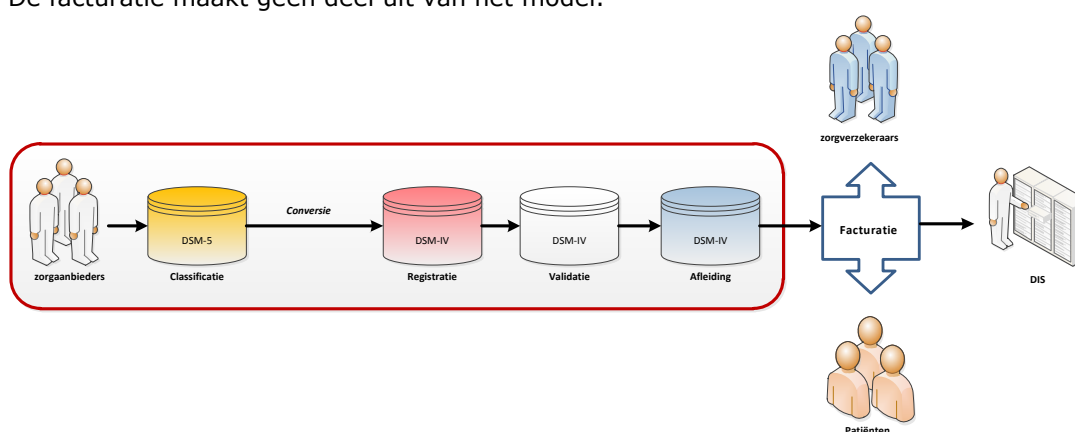
Afleiding

Door middel van de afleiding wordt bepaald in welke productgroep de dbc terechtkomt.

Facturatie

De behandelaar stuurt de factuur naar de zorgverzekeraars of rechtstreeks naar de patiënt en levert de dbc-gegevens aan het DBC-informatiesysteem (DIS).

Het model van registratie, validatie en afleiding is in Figuur 1 weergegeven. Hier is te zien dat het systeem bestaat uit een opeenvolging van een registratie, een validatie- en een afleidingsproces. De facturatie maakt geen deel uit van het model.

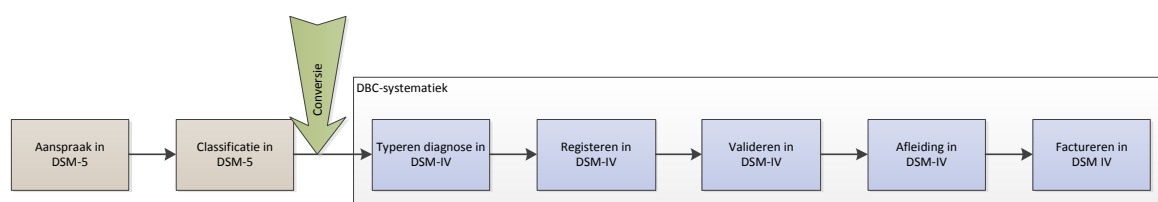


Figuur 1: Model van classificatie, registratie, validatie en afleiding

3 Classificatie

Per 1 januari 2017 zijn de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz afgebakend op grond van DSM-5. Daarmee is DSM-5 ook leidend voor de klinische praktijk. Dbc's die geopend worden in 2017 moeten geassocieerd worden in DSM-5. Hiervoor is een nieuwe codelijst met DSM-5 diagnoses ontwikkeld. De DSM-5 diagnosecode moet in een speciale conversietabel worden opgezocht.

Na een conversie is de DSM-5 diagnose vertaald naar een DSM-IV diagnose. De huidige typering van de diagnose, registratie, validatie, afleiding en tenslotte de declaratie van de dbc blijft in DSM-IV. De conversietabel kan zowel een diagnose van DSM-5 naar DSM-IV vertalen als omgekeerd.



Figuur 2: Proces classificatie DSM-5 en bekostiging DSM-IV

Nieuwe werkwijze

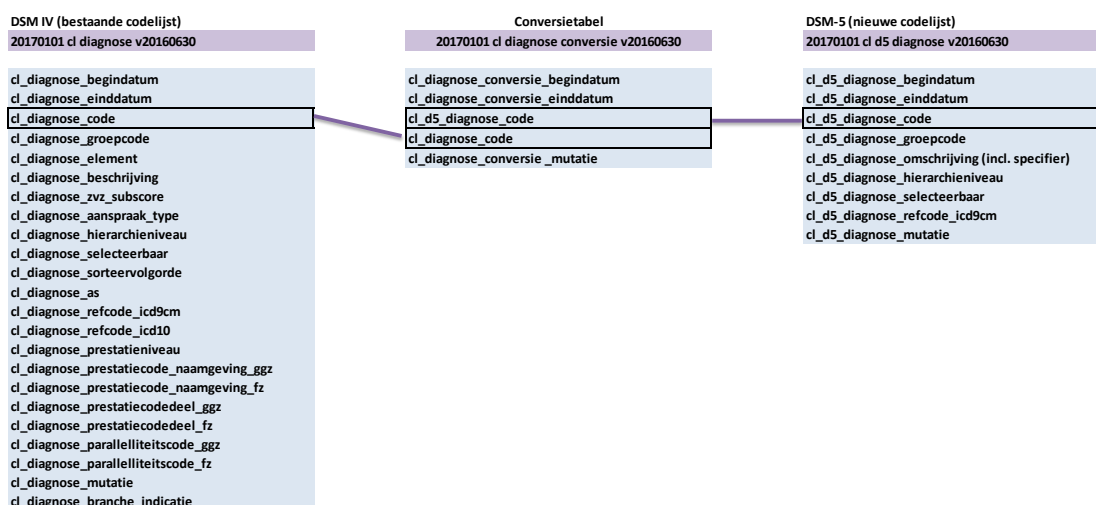
De bijbehorende DSM-IV diagnosecode is opgenomen in de codelijst Diagnose en kan vervolgens gebruikt worden voor de typering van de diagnose in de dbc-systematiek. De codelijst Diagnose bevat DSM-IV diagnoses die gebruikt mogen worden voor de registratie van de diagnose.

De koppeling tussen de DSM-5 diagnose en de DSM-IV diagnose is waar mogelijk gebaseerd op ICD-9-codes. Niet iedere DSM-5 diagnose kan gekoppeld worden aan bestaande DSM-IV diagnose. Niet iedere bestaande DSM-IV diagnose komt nog voor in DSM-5.

DSM-5 stoornissen die niet in DSM-IV voorkomen, hebben een nieuwe regel in de conversietabel gekregen. Ze worden 'vertaald' naar een 'nieuwe' diagnose die ook is toegevoegd aan de codelijst Diagnose. Vanaf 1 januari 2017 mogen deze diagnoses worden geregistreerd.

DSM-IV diagnoses die niet voorkomen in DSM-5 hebben een einddatum gekregen van 31 december 2016 en zijn vanaf 1 januari 2017 niet meer te registreren.

Tussen DSM-5 diagnoses en DSM-IV diagnoses is een n-op-1 relatie. Om niet alleen van DSM-5 naar DSM-IV te kunnen converteren, maar ook weer andersom, heeft iedere DSM-5 diagnose een unieke code gekregen. De DSM-5 diagnosecode en de DSM-IV diagnosecode dienen beide voor onderzoek (doorontwikkeling), controledoelinden (bekostiging) en voor de aanlevering aan DIS te worden opgeslagen. Deze DSM-5-diagnosecode moet worden vastgelegd in het zorgtraject en in de entiteit Overige diagnoses as1 t/m as5.



Figuur 3: Conversie diagnoses DSM-5 naar DSM-IV

Tijdsafhankelijkheid

De primaire diagnose zoals geregistreerd binnen het zorgtraject moet geldig zijn op de openingsdatum van de initiële dbc. Overige diagnoses moeten geldig zijn op de openingsdatum van de dbc.

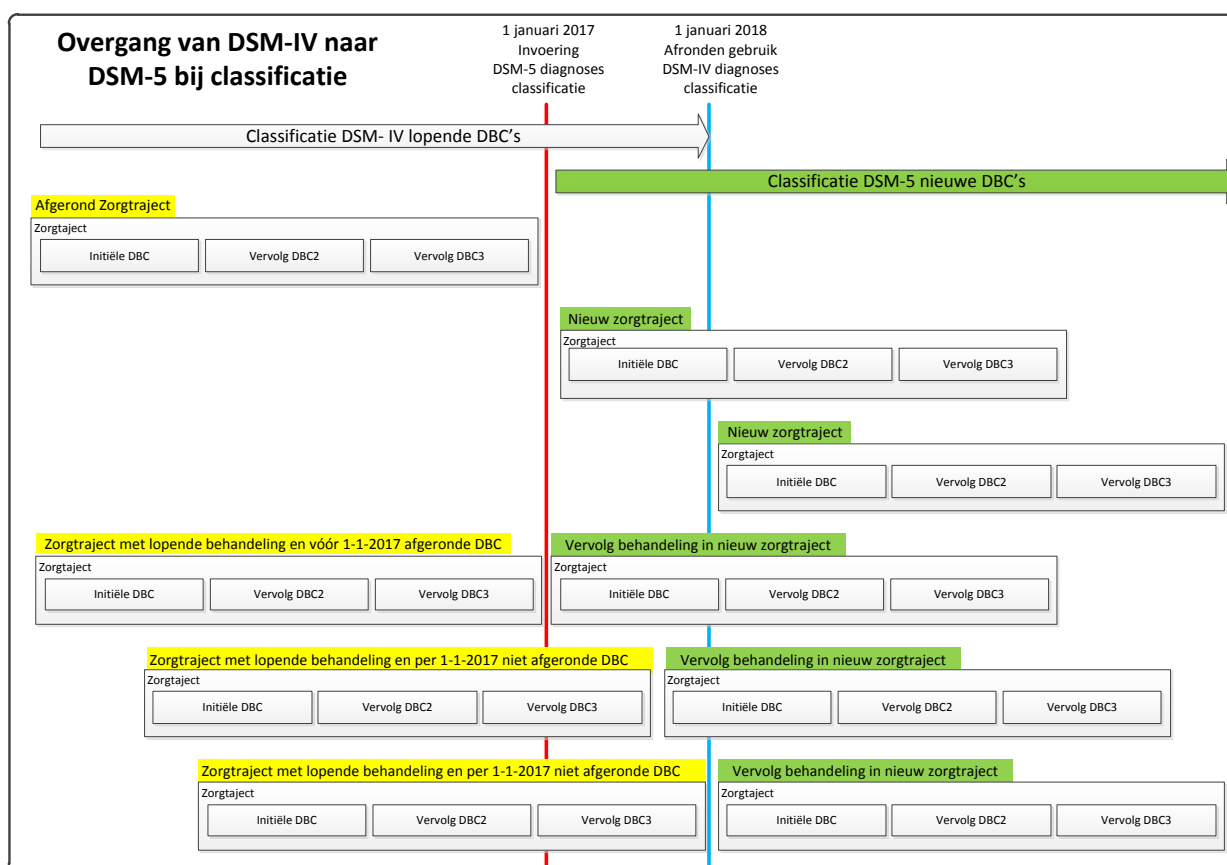
Lopende dbc's die gestart zijn in 2016 mogen nog met de dan geldige DSM-IV diagnoses worden geregistreerd. Deze dbc's kunnen uiteraard maximaal 365 dagen openstaan. Vóór 1 januari 2018 worden deze gesloten. Vanaf 1 januari 2018 kunnen de inmiddels ongeldige DSM-IV codes ook niet meer voorkomen in openstaande dbc's.

Aanspraakbeperking

De codelijst Diagnose bevat een kolom 'cl_diagnose_aanspraak'. Bij het afsluiten van een dbc wordt gevalideerd op de aanwezige aanspraak van de primaire diagnose van het zorgtraject waaronder de dbc valt.

Opzet overgang van DSM-IV naar DSM-5

Tot 1 januari 2018 kan via de huidige systematiek worden geregistreerd, terwijl nieuwe zorgtrajecten vanaf 1 januari 2017 al wel via de nieuwe systematiek gaan. Vanaf 1 januari 2018 gaat de bestaande systematiek over naar een nieuwe systematiek.



Figuur 4: Overgang DSM-IV naar DSM-5 bij classificatie

De overgang van classificatie van DSM-IV naar DSM-5 heeft geen effect op een zorgtraject dat wordt beëindigd in 2016. Nieuwe zorgtrajecten vanaf 2017 gaan volgens DSM-5 classificatie. Zorgtrajecten die nog open staan per 1 januari 2017, moeten bij het openen van een nieuwe dbc in 2017 worden afgesloten. Een openstaande dbc op 1 januari 2017 hoeft pas na de maximale looptijd (365 dagen) te worden afgesloten. Het zorgtraject dient te worden afgesloten en voor nieuwe dbc moet een nieuw zorgtraject worden geopend. Vanaf 2018 kunnen uitsluitend zorgtrajecten en dbc's openstaan met een primaire DSM-IV diagnose die is geconverteerd vanuit een DSM-5 classificatie.

Opeenvolgende zorgtrajecten met primaire diagnose uit dezelfde diagnosehoofdgroep

Als een DSM-5 diagnose geconverteerd kan worden naar een bestaande DSM-IV diagnose die als primaire diagnose in het lopende zorgtraject is vastgelegd, moet het bestaande zorgtraject toch worden afgesloten. Het nieuwe zorgtraject bevat namelijk een nieuwe kolom met de DSM-5 code. In het bestaande zorgtraject kan na de classificatie van de DSM-5 diagnose de bijbehorende DSM-5 code niet worden opgeslagen. Om voor de verzekeraar herkenbaar te maken dat een in 2017 geopend zorgtraject eigenlijk een voortzetting is van het voorgaande zorgtraject, maar dan voorzien van een DSM-5 classificatie, moet voor de initiële dbc het zorgtype 150 'overgang naar DSM-5' worden geselecteerd.

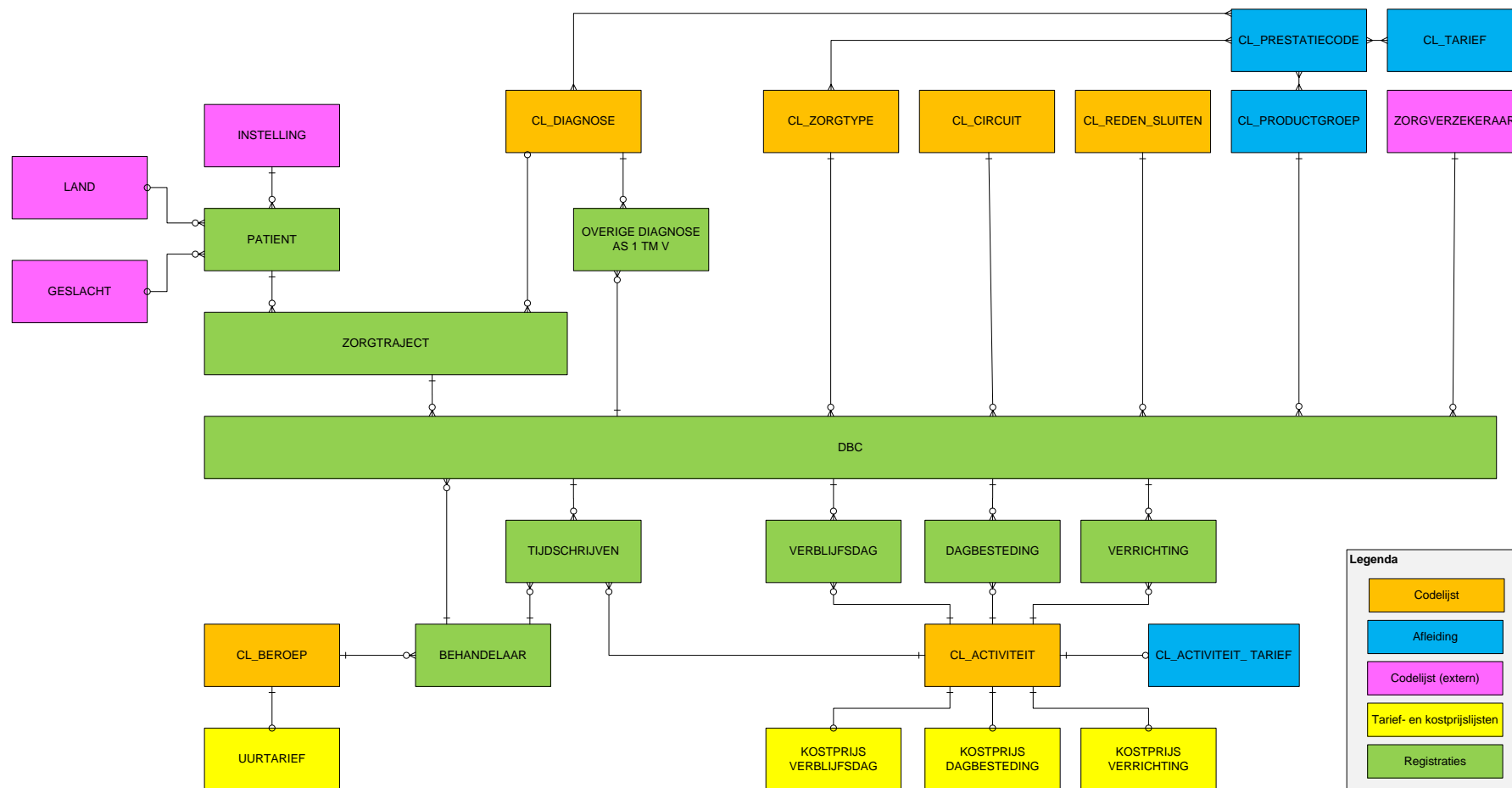
4 Registratie

In dit hoofdstuk komt allereerst het conceptueel datamodel aan de orde dat nodig is om dbc's te kunnen registreren. De hierin voorkomende entiteiten en de relaties tussen de entiteiten worden besproken. Tot slot wordt ingegaan op de registratieregels die ten grondslag liggen aan de dbc-systematiek.

4.1 Conceptueel datamodel

Voor het inrichten van een systeem om dbc's te kunnen registreren zijn verschillende entiteiten nodig. Deze entiteiten vormen samen een conceptueel datamodel. In Figuur 5 wordt het conceptueel dbc ggz-datamodel weergegeven.

CONCEPTUEEL DATAMODEL DBC GGZ REGISTRATIE



Figuur 5: Conceptueel datamodel dbc ggz

De NZa publiceert een groot deel van de entiteiten in de vorm van codelijsten (oranje en blauwe entiteiten). Voor een volledig registratiesysteem zijn echter meerdere entiteiten nodig. De overige entiteiten moeten zelf gebouwd worden (gele en groene entiteiten) of zijn afkomstig van andere organisaties (roze entiteiten).

Vektis levert de codelijsten voor zorgverzekeraar, instelling, patiënt, land en geslacht. Meer informatie hierover is te vinden op www.vektis.nl.

4.2 Beschrijving entiteiten en relaties conceptueel datamodel

De dbc-registratie dient plaats te vinden volgens vooraf gedefinieerde specificaties. Iedere entiteit uit het conceptueel datamodel bevat attributen die in ieder geval geregistreerd moeten worden. Deze registratie is nodig om gegevens te kunnen versturen naar DIS en naar de zorgverzekeraars.

In bijlage 2 staat globaal welke attributen minimaal dienen te worden opgenomen in de entiteiten van het conceptueel datamodel voor de dbc ggz-registratie.

4.2.1 Aandachtspunten entiteiten

Hieronder worden de belangrijkste aandachtspunten van een aantal entiteiten beschreven:

Zorgtraject

Binnen het zorgtraject kan één primaire diagnose worden bepaald op As 1 of As 2. De in het zorgtraject vastgelegde primaire diagnose mag na het sluiten van de initiële dbc niet meer worden gewijzigd.

Dbc

De dbc bevat relaties naar onderdelen die in het kader van registratie vastgelegd dienen te worden. Unieke gegevens van een dbc zijn onder andere dbc-identificatienummer, dbc-openingsdatum en dbc-einddatum. De dbc neemt hiermee een centrale plaats in het registratiemodel in.

Overige diagnose As1- As5

Diagnose vindt plaats door de registratie op alle vijf assen van de DSM-IV-TR. Iedere as dient gescoord te worden.

Activiteiten

Activiteiten zijn in vier categorieën in te delen:

- Tijdschrijven
Bij deze vorm van registratie registreert een behandelaar patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en/of indirect patiëntgebonden reistijd. Tijd kan alleen worden geregistreerd door behandelaren met een geldige beroepscode volgens de Beroepentabel dbc-ggz (codelijst CL_Beroep).
- Dagbesteding
Dagbesteding dient in eenheden van uren te worden geregistreerd.
- Verblijfsdag
Verblijfsdagen worden in eenheden van dagen geregistreerd. De activiteitscode 8.9.01 dient om 'verblijf zonder overnachting' aan te duiden. Tijdens het validatieproces dient men hiermee rekening te houden.
- Verrichting

Verrichtingen worden in eenheden van aantallen geregistreerd. De codelijst CL_Activiteit bevat de verrichtingen die geregistreerd mogen worden. Aan de hand van de kolom cl_activiteit_soort kunnen de verrichtingen van de overige activiteit soorten gefilterd worden.

Kostprijzen

Per instelling/zorgaanbieder dienen de kostprijsgegevens bekend te zijn. De kostprijzen worden toegerekend naar uurtarieven beroepsgroep, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen.

De specificaties van deze entiteiten zijn te vinden in bijlage 2.

Meer informatie over het kostprijsmodel vindt u op werkenmetdbcs.nza.nl.

4.2.2 Relaties conceptueel datamodel

De relaties binnen het conceptueel datamodel vinden hun oorsprong in de registratieregels die opgesteld zijn om dbc's te registreren. De registratieregels zijn terug te vinden in de nadere regel Gespecialiseerde ggz.

Deze nadere regel Gespecialiseerde ggz vindt u op de website van de NZa werkenmetdbcs.nza.nl.

De belangrijkste regels en voorwaarden voor de dbc-registratie zijn te vinden in bijlage 1: Toelichting Conceptueel datamodel.

Uitgangspunt is dat er sprake is van minimaal één gesloten dbc binnen een zorgtraject. De primaire diagnose is verbonden aan het zorgtraject. Dit houdt in dat de primaire diagnose na het sluiten van de initiële dbc niet meer mag wijzigen wanneer een vervolg-dbc wordt geopend. Dit mag niet op het diepste niveau van de diagnosecode, noch op 'trekken van'.

4.3 Registratieregels

De codelijsten en de nadere regel Gespecialiseerde ggz vormen de basis voor de registratie in de dbc-systematiek voor de ggz. Het registreren van gegevens op basis van het conceptueel datamodel kent een aantal principes en regels.

Meer informatie over de nadere regel Gespecialiseerde ggz is te vinden op de website werkenmetdbcs.nza.nl. De specificaties van de codelijsten zijn te vinden in het document 'Toelichting op de codelijsten'.

4.4 Onverzekerde zorg

Het basispakket wordt vastgesteld door het Zorginstituut Nederland. Met ingang van 1 januari 2014 declareren zorgaanbieders niet-basispakketzorg door middel van de overige producten die hiervoor bestemd zijn. Dit betekent dat alleen zorg in het basispakket met de dbc-systematiek wordt geregistreerd. Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket behoort, te declareren als zorg die tot het basispakket behoort.

Voor niet-basispakketzorg zijn twee prestaties ontwikkeld in de vorm van overige zorgproducten:

- ozp niet-basispakketzorg consult
- ozp niet-basispakketzorg verblijf

5 Validatie

Na de dbc-registratie vindt de validatie plaats. Tijdens de validatie wordt op juistheid van de geregistreerde dbc's gecontroleerd. De validatie kent een aantal principes en bestaat uit een vast aantal processtappen. Daarnaast kent de validatie verschillende typen.

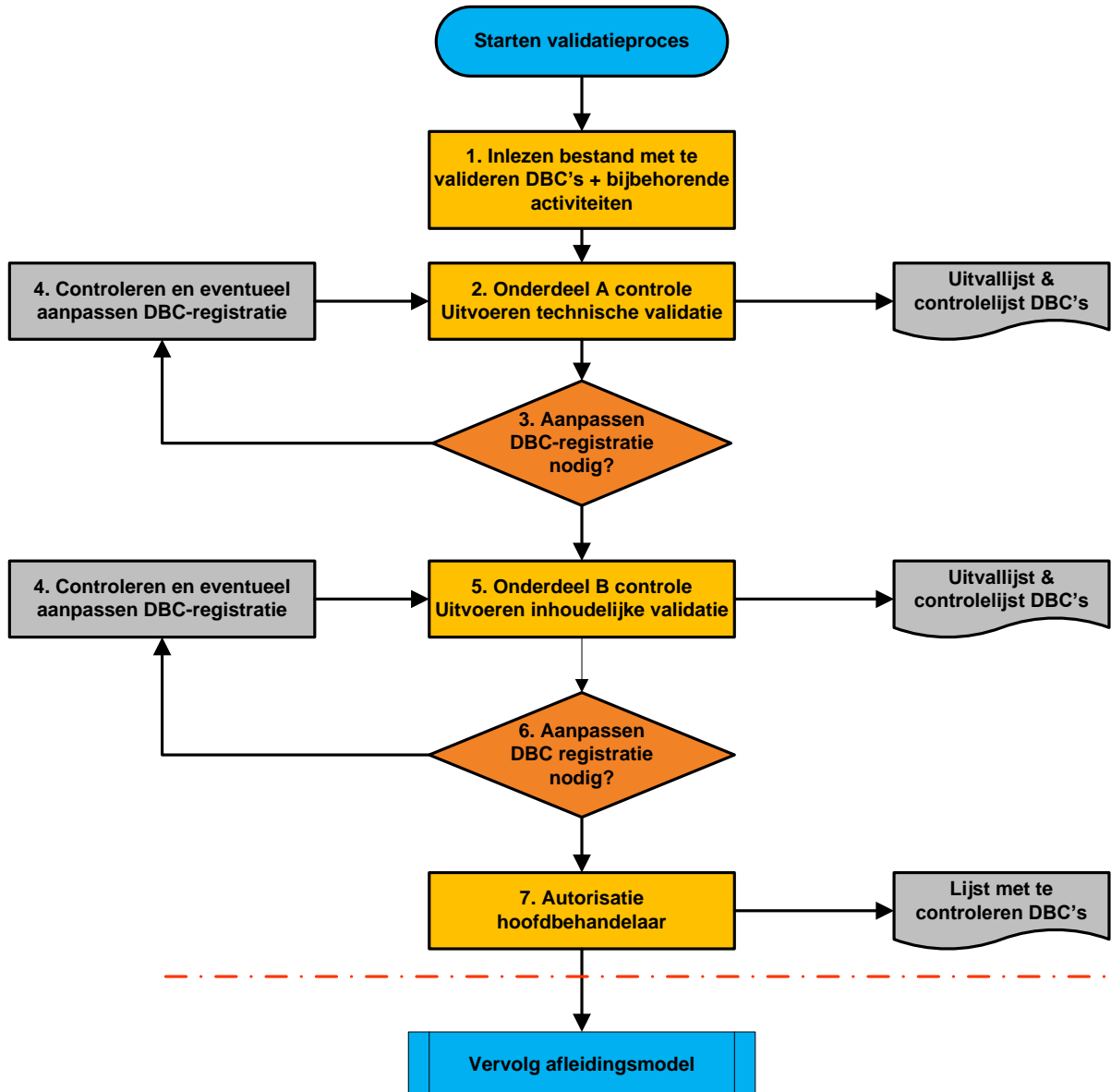
5.1 Voorwaarden inrichten validatieproces

Het validatieproces bestaat uit meerdere processtappen. Hierin spelen de technische en de inhoudelijke validatie een belangrijke rol. Om deze processen juist te laten verlopen, moet minimaal aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Voordat de validatie start moet er vanuit de registratie een vastgestelde dbc-dataset aanwezig zijn.
- Het moet duidelijk zijn dat de registratie is afgerond.
- Het validatieproces moet zo zijn ingericht dat eerst de technische validatie plaatsvindt en dan de inhoudelijke validatie. Na iedere validatietype moet er een optie zijn om de dbc-dataset van de dbc-registratie te kunnen aanpassen.

5.2 Procesmodel validatie

De specificaties van de dbc ggz-validatie zijn gebaseerd op onderstaand procesmodel.



Figuur 6: Procesmodel validatie

In het overzicht hieronder worden de stappen uit het procesmodel nader toegelicht. De nummers in het overzicht komen overeen met de nummers in het procesmodel.

Nr.	Processtap	Omschrijving
1	Inlezen bestand met te valideren dbc's + bijbehorende activiteiten (dbc-dataset)	Tijdens deze processtap worden de dbc's inclusief typering en activiteiten (=dbc-dataset) ingeladen in de dbc-validatiemodule.
2	Onderdeel A: controle - uitvoeren technische validatie	De dbc-dataset wordt gevalideerd volgens de technische validatieregels. dbc's die worden afgekeurd dienen gekenmerkt te worden en voorzien van commentaar met reden van afkeuring.
3	Aanpassen dbc-registratie	Dbc's die afgekeurd worden dienen te worden aangepast en opnieuw te worden aangeboden aan de dbc-validatiemodule. Dbc's die worden goedgekeurd gaan door naar de volgende processtap.
4	Controleren en eventueel aanpassen dbc-registratie	Op basis van de uitvallijst dienen dbc's opnieuw te worden beoordeeld in de dbc-registratieapplicatie en na correctie opnieuw te worden aangeboden aan de dbc-validatieapplicatie (stap 2).
5	Onderdeel B: controle - uitvoeren inhoudelijke validatie	De dbc-dataset wordt gevalideerd volgens de inhoudelijke validatieregels. Dbc's die worden afgekeurd dienen gekenmerkt te worden en voorzien van commentaar met reden van afkeuring.
6	Aanpassen dbc-registratie	Dbc's die afgekeurd worden dienen te worden aangepast (stap 4) en opnieuw te worden aangeboden aan de dbc-validatiemodule (stap 5). Dbc's die worden goedgekeurd gaan door naar de volgende processtap.
7	Autorisatie hoofdbehandelaar	Nadat de dbc-dataset de technische en inhoudelijke validatie heeft doorlopen dient de dbc-dataset te worden geautoriseerd door de hoofdbehandelaar.

Tabel 1: Toelichting procesmodel validatie

5.3 Validatieregels

5.3.1 Het 'als..dan-principe'

De validatieregels zijn volgens het 'als..dan-principe' opgebouwd. Het 'als..dan-principe' geeft aan waarom een bepaalde dbc uitvalt.

Indien er fouten optreden omdat er bijvoorbeeld niet volgens de nadere regel Gespecialiseerde ggz is geregistreerd, verschijnt hierover een melding. Deze melding geeft aanwijzingen voor acties die u kunt ondernemen om de opgetreden fout te herstellen. De registratie kan dan worden aangepast zodat de dbc alsnog goedgekeurd kan worden.

Hieronder staat een voorbeeld van een inhoudelijke validatieregel.

Als een dbc het initiële zorgtype 'Inbewaringstelling' heeft en er zijn geen verblijfsdagen met overnachting geregistreerd, dan valt de dbc uit.

Uitgaande van bovenstaand voorbeeld verschijnt deze melding:

Wijzig het zorgtype of voeg verblijfsdagen met overnachting toe.

5.3.2 Inleiding beschrijving validatietypen

De validatie bestaat steeds uit twee opeenvolgende onderdelen. Eerst wordt de dbc technisch gevalideerd. Daarna wordt de dbc inhoudelijk gevalideerd. Hieronder worden beide onderdelen nader beschreven. De technische en de inhoudelijke validatieregels worden in hetzelfde document met validatieregels uitgeleverd.

Toelichting technische validatie

Tijdens de technische validatie vindt controle plaats op de aanwezigheid van alle verplichte velden, primaire sleutels en verwijzingen van de registratie. De technische validatie bestaat uit drie soorten controles.

	Soort technische validatie	Omschrijving
1	Controle op primaire sleutels	Controle of primaire sleutels uniek zijn.
2	Controle op verwijzingen	Controle of verwijzingen naar codelijsten en andere entiteiten correct zijn. Hierbij wordt onder andere gecontroleerd of de dbc-codelijsten voor de ggz worden gehanteerd.
3	Controle op verplichte velden	Controle of de verplichte velden aanwezig zijn

Tabel 2: Soort technische validatie

De technische validatie controleert of de geregistreerde dataset compleet en correct is. Hierbij wordt bijvoorbeeld gekeken of de coderingen worden gebruikt volgens de ggz-codelijsten.

Toelichting inhoudelijke validatie

Tijdens de inhoudelijke validatie wordt beoordeeld of de registratie voldoet aan de nadere regel Gespecialiseerde ggz (in dit geval de volledige registratie volgens DSM-IV).

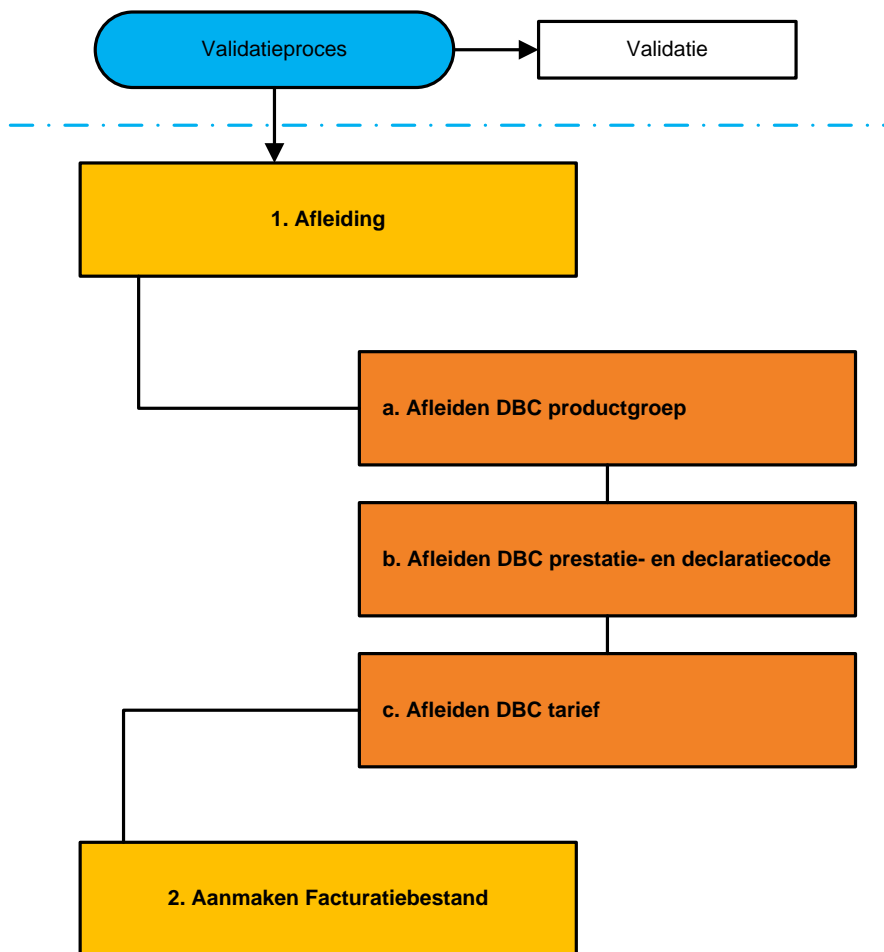
De specificaties van de technische en inhoudelijke validatieregels staan in het document "Toelichting Validatieregels ggz".

6 Afleiding

Na het validatieproces volgt het afleidingsproces. Het afleiden van de productgroepen gebeurt door het doorlopen van een beslisboom met kenmerkende factoren.

In het afleidingsproces worden gegevens die noodzakelijk zijn voor facturatie afgeleid uit de geregistreerde gegevens die zijn gevalideerd. Het betreft hier concreet de productgroepcode, prestatiecode, declaratiecode en tariefinformatie.

6.1 Procesmodel afleiding



Figuur 7: Afleidingsproces

In onderstaand overzicht worden de stappen uit het procesmodel nader toegelicht. De nummers in het overzicht komen overeen met de nummers in het procesmodel.

Nr.	Processtap	Omschrijving
1	Afleiding	<p>Op basis van de kenmerken van de dbc-dataset worden de volgende onderdelen aan een dbc toegewezen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Afleiden dbc-productgroep De gegevens uit de dbc worden getoetst middels de beslisboom. Dit resulteert in een productgroepcode. b) Afleiden dbc-prestatie- en declaratiecode Opbouw prestatiecode uit zorgtype, diagnose en productgroepcode en het afleiden van de declaratiecode. c) Dbc-tarief Bepalen van het tarief aan de hand van de declaratiecode die bij de prestatiecode hoort.
2	Aanmaken facturatiebestand	<p>Nadat de dbc is geautoriseerd en een dbc-productgroep is afgeleid, kan de dbc-dataset inclusief afgeleide productgroep, prestatiecode en tarief gereed gemaakt worden voor facturatie enerzijds en aanlevering aan DIS anderzijds.</p>

Tabel 3: Toelichting procesmodel afleiding

6.2 Afleidingsproces

De eerste stap in het afleidingsproces is het toekennen van een dbc-productgroep. Tijdens deze stap wordt de verbinding gelegd tussen de dbc-registratie van de individuele patiënt en het uiteindelijke product dat wordt gefactureerd aan de zorgverzekeraar of de patiënt en ook wordt aangeboden aan DIS. De dbc-dataset doorloopt hierbij een beslisboom waarbij in iedere stap naar een kenmerk van de dataset wordt gevraagd. Op basis van deze kenmerken wordt een productgroep aan de dbc toegekend.

De afleiding van de productgroep komt tot stand aan de hand van drie elementen:

- De kenmerken die in de boom kunnen voorkomen: de kenmerkende factoren.
- De beslisboom.
- De parameters en waarden waaraan een activiteit of diagnose voldoet.

Een dbc-productgroep krijgt een tarief toegekend. Het tarief wordt gefactureerd aan de zorgverzekeraar of aan de patiënt.

De deelprestaties spelen geen rol bij het afleiden naar een productgroep.

6.3 Producten die worden afgeleid

6.3.1 Kenmerkende factoren

Kenmerkende factoren zijn variabelen waarvan de waarde wordt uitgevraagd tijdens het doorlopen van de beslisboom.

Een voorbeeld van een kenmerkende factor is het aantal minuten directe tijd. Deze wordt gedefinieerd volgens een kenmerkende factor met de code KMA_002. In de beslisboom wordt een vraag gesteld over de waarde van deze kenmerkende factor. In de beslisboom kan bijvoorbeeld worden gevraagd: "Is het aantal minuten directe tijd kleiner dan 250 minuten?". De uitkomst van de vraag is dan altijd bevestigend ('true') of ontkennend ('false'). Op basis van de uitkomst wordt een volgende stap gezet in de afleiding van de productgroep.

De tabel met de definities van de kenmerkende factoren wordt in bijlage 3 weergegeven.

Tijdsgrenzen

Als variabele van een kenmerkende factor wordt vaak het aantal minuten genomen dat is geschreven op een bepaalde activiteit. Om de waarde van de variabele te kunnen toetsen dient deze eerst te worden berekend. Zo wordt voor de productgroepafleiding ook de registratie van de dagbesteding omgezet naar tijd.

Omrekenen dagbesteding

De kosten van dagbesteding worden in de bepaling van de productgroep meegenomen door per uur dagbesteding tien minuten directe behandeltime op te tellen bij de totale behandeltime van een dbc. Op deze manier verzwakt de dagbesteding de dbc. Dit is correct, omdat er ook meer kosten worden gemaakt.

Berekenmethode tijd

Voor de berekening van de kenmerkende factoren met betrekking tot totale tijd is deze gedefinieerd als de som van directe tijd en indirecte tijd die geschreven is op een tijdschrijfactiviteit. Directe tijd is het aantal minuten directe tijd vermeerderd met het aantal uur dagbesteding (in patiënturen) omgerekend naar totale tijd door te vermenigvuldigen met tien. Indirecte tijd is het aantal minuten indirecte tijd vermeerderd met het aantal minuten reistijd.

Soort tijd	Berekenwijze
Directe tijd	aantal minuten directe tijd + aantal uur dagbesteding * 10
Indirecte tijd	aantal minuten indirecte tijd + aantal minuten reistijd
Totale tijd	directe tijd + indirecte tijd

Tabel 4: Berekening (in)directe tijd en totale tijd

Voorbeeld berekenen totale tijd

Een dbc bevat 700 minuten directe tijd, 60 minuten indirecte tijd, geen reistijd en 7 uur dagbesteding. De kenmerken directe tijd, indirecte tijd en totale tijd hebben dan de volgende waarde:

Directe tijd	=	700 + 7 * 10	=	770	minuten
Indirecte tijd	=	60 + 0	=	60	minuten
Totale tijd	=	770 + 60	=	830	Minuten

Het is gebruikelijk dat deze tijdsberekeningen automatisch zijn ingebouwd in het lokale softwaresysteem.

6.3.2 Beslisboom

De beslisboom kent een productgroepcode toe aan een dbc.

Procesbeschrijving beslisboom

De dbc-dataset doorloopt na het proces van registratie en validatie een beslisboom. De beslisboom bestaat uit knopen. Per knoop wordt de waarde van een kenmerkende factor getoetst. Iedere knoop werkt volgens het "True or False"-principe. Dit betekent dat er in de beslisboom steeds sprake is van een beslismoment waarin twee mogelijkheden zijn: 'true'(waar) of 'false' (niet waar). Iedere regel stelt een knoop van de beslisboom voor.

In bijlage 3 is een beschrijving van de tabel Beslisboom incl. de technische specificaties opgenomen.

Werking beslisboom

De kolom "test_kenmerk" bevat de kenmerkende factor die getoetst wordt. Aan deze kenmerkende factor worden parameters (kolom 3 en kolom 4) meegegeven. De kenmerkende factor (met toegekende parameters) wordt door middel van de operator getoetst aan gegevens uit kolom "Waarde_1" en "Waarde_2". De operator toetst dan of de kenmerkende factor kleiner is dan, groter is dan of gelijk is aan de gegevens uit Waarde_1 en Waarde_2.

Op basis van de uitslag ('true' of 'false') wordt genavigeerd naar een volgende knoop. Daar wordt dit proces herhaald totdat er geen vervolgnkoop meer is. Deze laatste knoop bevat de productgroepcode.

De productgroepcode is alfanumeriek en heeft altijd zes posities. Het berekende getal moet dan ook links uitgevuld worden met nullen om tot zes posities te komen. Het getal 161 wordt dus 000161.

Hieronder wordt een voorbeeld van het doorlopen van de beslisboom gegeven. Voor het gemak worden alleen de regels met de van toepassing zijnde knopen genoemd.

Knoop_nummer	Test kenmerk	Kenmerk parameter 1	Kenmerk parameter 2	operator	waarde1	waarde2	Knoop_doel_TRUE	Getal TRUE (0 of productgroepcode)	Knoop_doel_FALSE	Getal FALSE (0 of productgroepcode)
2.	KMZ_001	300		=	1		21	0	3	0
3.	KMT_001	Act_3		=	0		4	0	7	0
7.	KMA_002			<	250		31	0	8	0
31.	KMA_003			<	100			215	32	0
32.	KMA_003			<	200			216	33	0

Tabel 5: Voorbeeld werking beslisboom

Gegeven is de registratie van 100 minuten directe tijd op behandeling en 5 uur dagbesteding (=5*10=50 minuten totale tijd). Naar aanleiding van deze registratie wordt de tabel als volgt doorlopen.

- Knoop 2: In deze knoop wordt getest op de aanwezigheid van het zorgtype crisis. Hier is geen sprake van. Er kan verder worden gegaan naar knoop 3.
- Knoop 3: Hier wordt getest of er geen directe tijd op behandeling is geschreven. Dit is niet het geval, zodat er naar knoop 7 kan worden gegaan.
- Knoop 7: Hier wordt getest of het aantal minuten directe tijd minder dan 250 is. Deze test leidt naar knoop 31.
- Knoop 31: Hier wordt getest of het aantal minuten totale tijd kleiner dan 100 is. Het totaal aantal minuten in het testgeval bedraagt 150 minuten, dus leidt dit naar knoop 32.
- Knoop 32: De test in deze knoop is TRUE. Er wordt niet meer naar een volgende knoop verwezen, maar naar getal 216 dat hoort bij de Productgroepcode van behandelgroep "Behandeling kort – vanaf 100 tot en met 199 minuten".

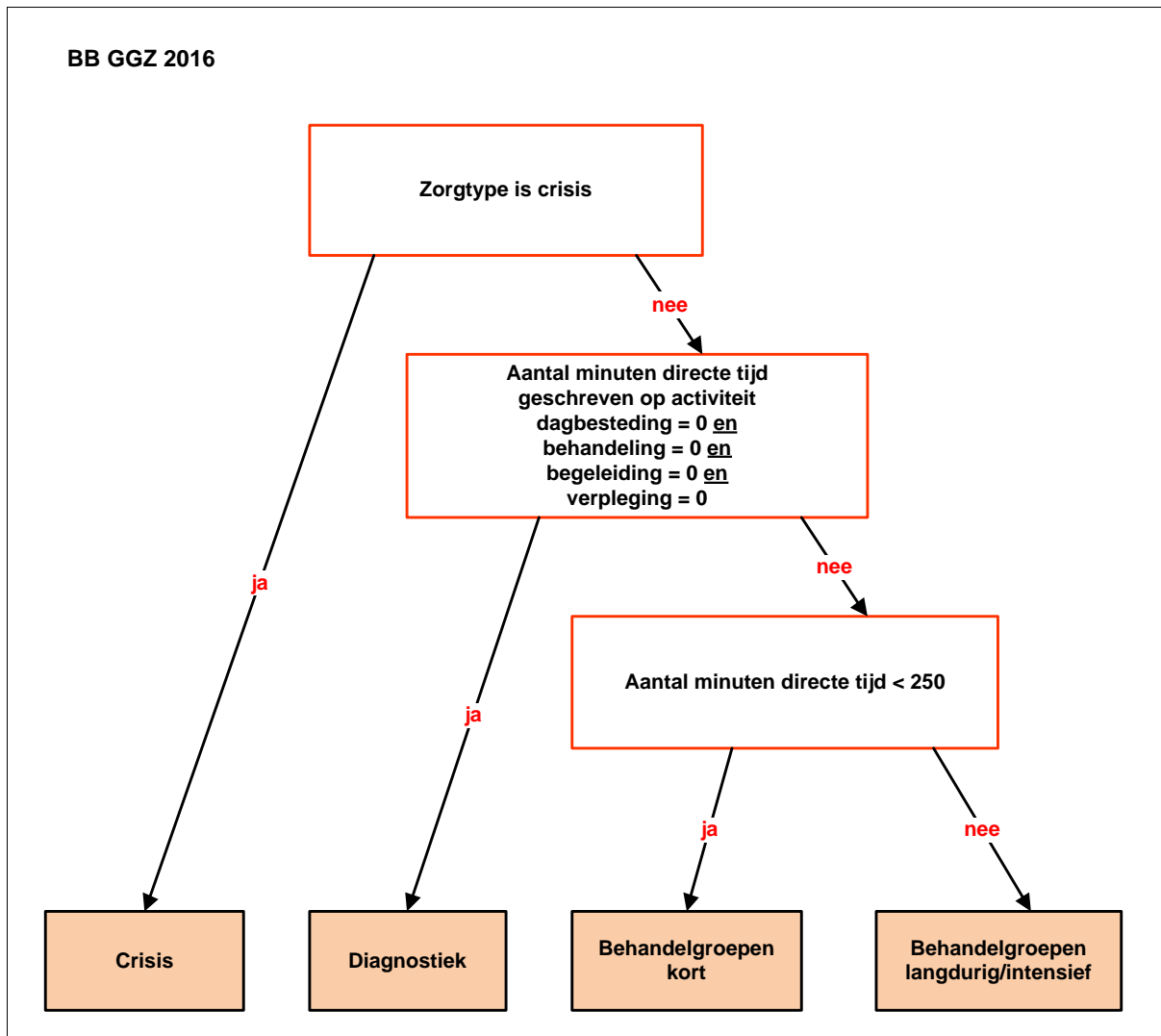
Als er gesproken wordt over de code van een activiteit, beroep of diagnose dan worden altijd alle activiteiten, beroepen of diagnoses bedoeld die hiërarchisch vallen onder de genoemde code.

Tip benaderen beslisboom: Wanneer u gebruik maakt van 'like-statements' in uw queries om de beslisboom te benaderen, is het van belang te voorkomen dat u te veel maar of te weinig meeneemt.

Indien bijvoorbeeld wordt getest op "as1_1" is het van belang dat "as1_10 t/m as1_18" niet wordt meegenomen. Dit kunt u doen door een 'like-statement' te gebruiken die controleert op "as1_1.%" en niet op "as1_1%". Op deze manier worden wel alle onderliggende niveaus meegenomen.

6.3.3 Productstructuur

De productstructuur wordt gevormd door behandelgroepen en deelprestaties voor verblijf met of zonder overnachting en verrichtingen. In de beslisboom worden dbc's ingedeeld naar productgroep op grond van tijd en de primaire diagnose. Deelprestaties en verrichtingen zitten niet in de beslisboom. Onderstaand figuur geeft globaal weer hoe de indeling naar een productgroep binnen de beslisboom verloopt.



6.3.4 Behandelgroepen

Er worden verschillende categorieën van behandelgroepen onderscheiden:

Bijzondere groepen

Dit betreffen dbc's met specifieke kenmerken. Alleen de activiteiten zoals benoemd in de onderstaande groepen mogen (al dan niet in combinatie) voorkomen.

- Diagnostiek: dbc's die **alleen** direct patiëntgebonden tijd op diagnostische activiteiten en indirecte tijd bevatten.
- Crisis: dbc's die activiteiten uit de groepen crisisopvang en algemeen indirecte tijd bevatten.

Behandelgroepen

- Behandeling kort: dit betreffen dbc's die minder dan 250 minuten directe tijd (inclusief dagbesteding) bevatten;
- Behandeling lang of intensief: dit betreffen dbc's die 250 minuten of meer directe tijd (inclusief dagbesteding) bevatten.

Toelichting bijzondere behandelgroepen

Onder diagnostiek vallen alle activiteiten onder de hoofdactiviteit diagnostiek in de activiteitenlijst. Voor de diagnostiekgroepen geldt dat er naast diagnostiek ook indirecte tijd mag voorkomen. Er mag echter nooit tijd besteed zijn aan behandeling. Voor de crisisgroepen geldt dat er naast crisisopvang ook algemeen indirecte tijd geregistreerd mag worden.

Toelichting korte en lange behandelgroepen

Veel dbc's vallen niet in één van de 'bijzondere' categorieën. Zodra sprake is van direct patiëntcontact op activiteiten zoals behandeling en begeleiding, dan komen dbc's in één van de groepen voor de korte of langdurende behandelingen terecht.

Zodra een dbc niet in de bijzondere productgroepen voor behandeling valt, wordt gekeken of er sprake is van een korte of een langdurende/intensieve behandeling. Afhankelijk van de hoeveelheid directe tijd valt deze binnen de productgroepcategorieën behandeling kort of langdurende en/of intensieve behandeling.

De dbc's die terecht komen in deze categorieën hebben in ieder geval directe tijd op behandelactiviteiten en/of crisisopvang en/of begeleiding, al dan niet in combinatie met dagbesteding en/of verpleging en verzorgingsactiviteiten. Daarnaast kunnen ze pré-intake, diagnostiek en/of (algemeen) indirecte tijd bevatten.

Indien een dbc aan bovengenoemde omschrijving voldoet en er minder dan 250 minuten directe tijd (directe tijd inclusief dagbesteding) geschreven is op de dbc, valt deze binnen de productgroep categorie 'Behandeling kort'.

Indien een dbc aan bovengenoemde omschrijving voldoet en er minimaal 250 minuten directe tijd (directe tijd inclusief dagbesteding) geschreven is op de dbc, valt deze binnen de productgroep categorie 'Behandeling lang'.

Toelichting rol diagnose bij behandelgroepen

De primaire diagnose bij een dbc bepaalt voor de langdurende behandelingen in welke diagnosehoofdgroep de dbc wordt ingedeeld. In de productstructuur worden deze productgroepen opgesplitst per DSM-IV TR hoofdgroep-diagnoseclassificatie. Daarnaast is een aantal minder voorkomende diagnosegroepen samengenomen in de 'Restgroepdiagnoses'.

Meer informatie over de diagnoses die in de Restgroep diagnoses zijn opgenomen is te vinden in bijlage 4.

Basistabellen

In de basistabellen met de behandelgroepen staan drie kolommen: de productgroepcode, de productgroepnaam en het tarief. Hieronder worden de verschillende kolommen kort toegelicht.

In de eerste kolom wordt de productgroepcode vermeld. Na registratie en validatie wordt de dbc afgeleid naar een productgroep. De tweede kolom geeft de naam van de behandelgroep voor behandeling weer. Hierin staat wat voor behandelgroep het betreft (indirect, diagnostiek, crisis, korte of langdurende behandeling onderverdeeld naar diagnose). Daarnaast staat daar de tijds categorie die voor die productgroep geldt. Aan deze productgroepcode is een tarief gekoppeld, dat in de laatste kolom staat.

Behandelgroepen		
Code	Productgroepen behandeling kort	Tarief behandelgroep
299	Behandeling kort - vanaf 0 tot en met 99 minuten	€ 120,00
399	Behandeling kort - vanaf 100 tot en met 199 minuten	€ 300,00

Tabel 6: Gedeelte van productgroeptabel (fictief)

Toelichting tijd basistabel

Voor alle productgroepen voor behandeling geldt dat in de productgroeptabel de totale tijd staat beschreven waarbinnen de registratie van de dbc valt.

Testset

Om de werking van de afleiding naar de juiste productgroepen te testen is een testset opgesteld.

De testset staat in Excel. Deze is te downloaden via werkenmetdbcs.nza.nl.

De testset is zodanig ingericht dat iedere afzonderlijke behandelgroep minimaal een keer voorkomt. De afleiding naar een declaratie- en prestatiecode wordt hierin niet getest.

6.3.5 Deelprestaties verblijf

Per 2012 is een nieuwe indeling voor de prestatie verblijf van kracht die bestaat uit zeven deelprestaties voor 24-uurs verblijf.

De bekostiging van verblijf vindt plaats op dagbasis. Verblifsdagen worden apart geregistreerd, maar wel gefactureerd als onderdeel van een afgesloten dbc.

De uiteindelijke afgeleide (zescijferige) productgroepcode bestaat uit een verblijfsdeel (positie 1-3)¹ en een behandeldeel (positie 4-6). Voor productgroepcodes met een ingangsdatum vanaf 1 januari 2012 tot en met 31 december 2013 is het verblijfsdeel altijd 000. Vanaf 1 januari 2014 wordt het verblijfsdeel gebruikt voor het registreren van zorgvraagzwaarte.

Meer informatie over de registratie van verblijf in voorgaande productstructuren is te vinden in de documentatie van eerdere releases.

6.3.6 Zorgvraagzwaarte (zvz)

¹ Bij productgroepcodes met een ingangsdatum van vóór 1 januari 2012 geldt, dat als het verblijfsdeel 000 bevat, er sprake is van een ambulante DBC. Bij een verblijfsdeel met getal >0 is er sprake van een klinische DBC.

Voor het berekenen van de zvz-indicator is er gekozen voor de optelmethode, waarbij de som van de scores van de individuele elementen van een dbc uiteindelijk leiden tot een waarde. De scores van de individuele elementen worden bepaald op basis van de geregistreerde gegevens in de dbc. Zo worden op basis van de aard van de diagnose (primaire diagnose), aanwezigheid van neventiagnosen, aanwezigheid van psychosociale factoren en de hoogte van de begin GAF-score individuele scores toegekend, die uiteindelijk bij elkaar opgeteld worden. De zvz-indicator wordt berekend op dbc-niveau.

De volgende indeling van scores wordt gehanteerd:

- Aard van diagnose → 1,2 of 3;
- Aanwezigheid neventiagnosen → 0 of 1;
- Aanwezigheid psychosociale factoren → 0 of 1;
- Hoogte begin GAF-score → 0,1 of 2.

Hieronder volgt een toelichting..

Aard van de diagnose

Op basis van de primaire diagnose kan de score worden opgezocht in de codelijst *cl_diagnose* in de kolom *cl_diagnose_zvz_subscore*. Dit is de score voor de aard van de diagnose. Indien de primaire diagnose ontbreekt, kan geen zvz-indicator bepaald worden.

Aanwezigheid neventiagnose

De score voor de neventiagnose is gelijk aan 0 indien er voldaan wordt aan een van de volgende voorwaarden:

- Er is geen neventiagnose aanwezig;
- Er is een neventiagnose gescoord op *as1_18* of *as2_18* (tot op het diepste niveau met uitzondering van *as1_18.01* en *as2_18.01*) en er is geen andere neventiagnose aanwezig.
- De primaire diagnose is identiek aan de neventiagnose en er is geen andere neventiagnose aanwezig.

In alle andere gevallen is de score gelijk aan 1.

Aanwezigheid psychosociale factoren

De score voor de psychosociale factoren hangt af van de registratie op *as 4*. Indien de registratie op *as 4* gelijk is aan *as4_110*, dan wordt de score 0. In alle andere gevallen wordt de score 1. Deze waarde kunt u ook opzoeken in de kolom *cl_diagnose_zvz_subscore* in de codelijst *cl_diagnose*. De maximale score voor de aanwezigheid van psychosociale factoren is 1.

GAF-score

De GAF score wordt afgeleid via registratie van de *begin GAF-score* op *as 5* aan de hand van onderstaande tabel.

Score op as 5	Score voor zorgvraagzwaarte
as5_01.00 of er is geen <i>begin GAF-score</i> aanwezig	Er kan geen score voor zvz bepaald worden
as5_01.01, as5_01.02, as5_01.03, as5_01.04	2
as5_01.05, as5_01.06	1
as5_01.07, as5_01.08, as5_01.09, as5_01.10	0

Ook deze waarde kunt u opzoeken in de kolom *cl_diagnose_zvz_subscore* in de codelijst *cl_diagnose*.

Zorgvraagwaarte kan niet worden bepaald

De zorgvraagwaarte kan niet worden afgeleid indien aan een van de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- De primaire diagnose ontbreekt.
- Er is een primaire diagnose op 'as1_18.01' of 'as2_18.01' is geregistreerd.
- Er is geen waarde in de kolom cl_diagnose_zvz_subscore van de codelijst cl_diagnose aanwezig.
- De *begin GAF-score* is gelijk aan as5_01.00 of ontbreekt.

In deze gevallen is de waarde van de zvz-indicator gelijk aan 000.

Verwerken in de prestatiecode

De uiteindelijke berekende zvz-indicator kan variëren tussen de 001 (laagste) en 007 (hoogste). Deze score dient verwerkt te worden binnen de prestatiecode op de posities 7 tot en met 9.

Voorbeeld: indien het zorgtype gelijk is aan reguliere zorg (101), de diagnose is gesteld binnen de groep *aan alcohol gebonden stoornissen* (as1_4.01) en er is voor 300 minuten geregistreerd aan behandeling dan leidt dit tot productgroep 051. Aan de hand van deze productgroep kan het tarief worden bepaald. Als de zvz-indicator gelijk is aan 005 dan resulteert dit in de prestatiecode 101007005051 die gebruikt dient te worden op de factuur en bij de aanlevering aan DIS.

6.3.7 Prestatiecode

Nadat de dbc-productgroep is afgeleid, kan de dbc-prestatiecode worden afgeleid. De dbc-prestatiecode is een twaalfcijferige code bestaande uit de volgende onderdelen: zorgtype, diagnose op hoofdgroepniveau en productgroep. Sinds 1 januari 2012 is verblijf geen onderdeel meer van de prestatiecode en zal dit onderdeel voor productgroepen die afgeleid zijn in 2012 en 2013 altijd de waarde 000 bevatten. Vanaf 1 januari 2014 wordt het verblijfsdeel gebruikt voor het registreren van zorgvraagwaarte.

Het doel van de dbc-prestatiecode is de zorgverzekeraar inzicht te geven in de uitgevoerde dbc per patiënt. De dbc-prestatiecode dient u daarom mee te sturen in het declaratieverkeer met de zorgverzekeraar.

Conform de voorwaarden uit bovenstaand overzicht kan de dbc-prestatiecode worden afgeleid uit de codelijst "CL_Prestatiecode_ggz".

Toelichting privacygevoeligheid en blinding delen van de prestatiecode

Aangezien de dbc-prestatiecode persoonsgebonden medische informatie bevat, is deze door het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) getoetst op privacygevoeligheid. Dit heeft gevolgen voor de getoonde informatie in de prestatiecode. Bepaalde onderdelen van de prestatiecode worden als privacygevoelig beschouwd en zijn daarom 'geblindeerd' door een dummycode op te geven of een conversie naar een bestaande code.

Zorgtype

Als gevolg van de uitspraak van het CBP mag een aantal zorgtypecodes niet elektronisch worden gedeclareerd. Om deze reden zijn deze geblindeerd. Voor de blinding is in de Codelijst CL_Zorgtype een extra kolom opgenomen genaamd "CL_ZORGTTYPE_PRESTATIECODEDEEL". De waarde in deze kolom uit de codelijst "CL_Zorgtype" dient te worden gebruikt in de afleiding van de dbc-prestatiecode.

Zorgtypen die verband houden met een rechterlijke uitspraak worden niet op de declaratie aan de verzekeraars opgenomen. De zorgtypen Rechterlijke machtiging (RM), Rechterlijke machtiging met voorwaarden, Inbewaringstelling (IBS) en Ondertoezichtstelling (OTS worden bij het afleiden van de prestatiecode geanonimiseerd. Dit betekent dat bepaalde zorgtypen niet als zodanig voor de zorgverzekeraar inzichtelijk zijn. De zorgtypen RM, Rechterlijke machtiging met voorwaarden, IBS

en bemoeizorg krijgen pseudocode 199 bij een initiële dbc en 299 bij een vervolg-dbc. Het zorgtype OTS wordt geanonimiseerd als reguliere zorg (in het geval van een initieel zorgtype) of voortgezette behandeling (in het geval van een vervolgzorgtype).

Diagnose

Conform de uitspraak van het CBP mag alleen van een selecte groep dbc's diagnose-informatie worden getoond. Deze productgroepen zijn te herkennen doordat in codelijst CL_Productgroep_ggz in kolom CL_PRODUCTGROEP_DIAGNOSE_BLINDEREN de waarde 0 (nul) staat ingevuld.

Bij deze productgroepen dient van codelijst CL_Diagnose de waarde van kolom CL_DIAGNOSE_PRESTATIECODEDEEL in de prestatiecode te worden opgenomen. Voor alle overige productgroepen (met CL_PRODUCTGROEP_DIAGNOSE_BLINDEREN = 1) dient het diagnoseveld de waarde 000 te bevatten.

Bij dbc's waarbij geen primaire diagnose is gesteld, bijvoorbeeld dbc's met sluitreden pre-intake/intake/diagnostiek dient tevens de diagnose met de waarde 000 te worden ingevuld.

Productgroep

Dit is de waarde van kolom CL_PRODUCTGROEP_CODE uit Codelijst CL_Productgroep_ggz. De productgroep wordt door middel van een beslisboom afgeleid uit de dbc-registratie.

Privacybezwaren

In het kader van privacy binnen de curatieve ggz is een privacyverklaring opgesteld waarmee de patiënt kan aangeven dat bepaalde gegevens die te herleiden zijn tot de diagnose op de factuur geblindeerd moeten worden. Om deze uitzondering te integreren zijn zogenaamde dummy declaratiecodes, productcodes en prestatiecodes opgenomen binnen de dbc-systematiek. Deze zijn opgenomen in de tabel hieronder.

Parameter	Waarde
Declaratiecode	10B999 25B999
Productgroepcode	999999
Prestatiecode	101999999999 106999999999 107999999999 108999999999 199999999999 201999999999 202999999999 203999999999 204999999999 299999999999 301999999999 302999999999

Tabel 7: dummy declaratiecodes, productcodes en prestatiecodes

Afleiding van de productgroepen en tarieven dient voorafgaand aan het gebruik van de privacycodes te gebeuren. Na het vaststellen van het tarief dienen de prestatie- en declaratiecode vervangen te worden door een hierboven opgenomen privacycode.

Het declaratieverkeer vindt plaats via de EI-standaard (Externe Integratie standaard) zoals deze door Vektis is opgesteld. Zie hiervoor www.vektis.nl.

6.3.8 Declaratiecode

Van elke prestatiecode wordt in de codelijsten CL_Tarief_ggz en CL_Activiteit_Tarief_ggz een regel aangemaakt met een declaratiecode. De declaratiecodes hebben vanaf 1 januari 2014 het volgende patroon:

	Declaratiecode
Subproduct	Verzekerde zorg
declaratiecode ²	10<xxxx> 25<xxxx> 25<letter><xxx>

Tabel 8: Declaratiecode verzekerde zorg

6.3.9 Tarief

Toelichting afleiding tarief

Nadat een dbc-productgroep is bepaald, kunnen uit codelijst 'CL_Tarief_ggz' de bijbehorende declaratiecode en het tarief direct worden afgeleid. Deze twee dient u in het declaratieverkeer, conform de EI-standaard, te verzenden naar de zorgverzekeraar. Voor dbc's gestart vanaf 1 januari 2012 is in codelijst "CL_Tarief_ggz" alleen het behandeldeel opgenomen.

Toelichting overloop-dbc's

Er is sprake van een overloop-dbc als deze in 2007 is geopend en wordt afgesloten in 2008. Voor overloop-dbc's geldt een aantal afwijkende regels. Omdat de dbc-facturatie per 1 januari 2008 is ingevoerd, is bij deze dbc's een deel van de verleende zorg gefinancierd conform AWBZ-afspraken.

Raadpleeg voor meer informatie de declaratiebepalingen dbc ggz van de NZa.

In de dbc-systematiek voor de ggz zijn drie belangrijke uitzonderingen van toepassing:

- De controle op verzekeringsrecht (COV-controle) dient bij overloop-dbc's niet plaats te vinden op de openingsdatum van de dbc, maar op de datum 1-1-2008.
- Voor overloop-dbc's geldt dat bij de toepassing van de codelijsten CL_Tarief_ggz, CL_Prestatiecode_ggz, CL_Productgroep_ggz, de dbc-beslisboom en de kenmerkende factoren niet de openingsdatum van de dbc dient te worden gehanteerd, maar de datum 1-1-2008.
- Bij overloop-dbc's dient het deel van de zorg geleverde onder de AWBZ in 2007 per patiënt en per dbc te worden bepaald. Dit bedrag dient u af te trekken van het dbc-tarief. Zie regeling GG/NR-100.049.

Zorg die niet tot het basispakket behoort

Voor het declareren en factureren van zorg die niet onder het basispakket valt, maar wel zorg zoals omschreven in de Wmg, gebruikt de zorgaanbieder één van de volgende Overige producten:

- OVP niet-basispakketzorg consult
- OVP niet-basispakketzorg verblijf

Als aan een patiënt zowel verzekerde als onverzekerde zorg wordt geleverd, dan registreert en declareert een zorgaanbieder de verzekerde zorg als dbc en de onverzekerde zorg als Overig product. Activiteiten die niet tot de Wmg behoren, mogen niet via dbc's of Overige producten worden gedeclareerd.

² xxx staat voor een numerieke waarde

7 Tijdsafhankelijkheid bij registratie, validatie en afleiding

7.1 Tijdsafhankelijkheid coderegels

Om wijzigingen aan codelijsten correct door te voeren, wordt met tijdsafhankelijke coderegels gewerkt. Standaard geldt dat de openingsdatum van de dbc leidend is voor de regels die uit een codelijst toegepast mogen worden voor die betreffende dbc.

Iedere coderegule uit de ggz-codelijst heeft een openingsdatum en einddatum. Om te bepalen welke coderegule geldig is, wordt gekeken of de peildatum tussen de begin- en einddatum ligt van de coderegule. De meest recente coderegule bevat een einddatum van '99991231'. De te gebruiken peildatum kan per codelijst verschillen. In onderstaande tabel wordt per codelijst aangegeven welke peildatum leidend is voor de te hanteren coderegels.

Naam	Bijzonderheden	Peildatum
Registratie		
CL_Activiteit	act.3.3.5	Openingsdatum van de dbc
	activiteiten die beginnen met act_6.x	
	activiteiten die beginnen met de code act_8.8.X	
	act_8.9.01	
	act_10.1	
	act_10.2	
	act_10.3	
	Alle overige activiteiten	Uitvoerdatum van de activiteit
CL_Beroep	beroep wordt geregistreerd in het kader van de dbc-typering (=hoofdbehandelaar)	Openingsdatum van de dbc
	beroep wordt geregistreerd in het kader van een activiteit	Uitvoerdatum van de activiteit
CL_Diagnose	De primaire diagnose zoals geregistreerd binnen het zorgtraject moet geldig zijn op de openingsdatum van de initiële dbc	Openingsdatum van de initiële dbc
	Overige diagnoses moeten geldig zijn op de openingsdatum van de dbc	Openingsdatum van de dbc
CL_D5_Diagnose	De diagnose zoals geregistreerd binnen het zorgtraject moet geldig zijn op de openingsdatum van de initiële dbc	Openingsdatum van de initiële dbc
CL_Diagnose_Conversie	De CL_D5_Diagnose moet geldig zijn op de openingsdatum van de initiële dbc.	Openingsdatum van de initiële dbc
CL_Circuit		Openingsdatum van de dbc
CL_Reden_sluiten		Openingsdatum van de dbc
CL_Zorgtype		Openingsdatum van de dbc
Validatie		

Naam	Bijzonderheden	Peildatum
Registratie		
Validatieregels	Bij de validatie wordt gelet op de geldige peildatum m.b.t. een te valideren code.	Openingsdatum van de dbc
Afleiding		
CL_Productgroep		Openingsdatum van de dbc
	In geval van een overloop-dbc	01-01-2008
CL_Prestatiecode		Openingsdatum van de dbc
	In geval van een overloop-dbc	01-01-2008
CL_Tarief		Openingsdatum van de dbc
	In geval van een overloop-dbc	01-01-2008
CL_Activiteit_tarief		Openingsdatum van de dbc
Beslisboom	Voor de gehele beslisboom geldt één openings- en einddatum. De peildatum geeft aan welke beslisboom gebruikt moet worden.	Openingsdatum van de dbc
	In geval van een overloop-dbc	01-01-2008
Kenmerkende factoren		Openingsdatum van de dbc
	In geval van een overloop-dbc	01-01-2008

Tabel 9: Tijdsafhankelijkheid binnen ggz

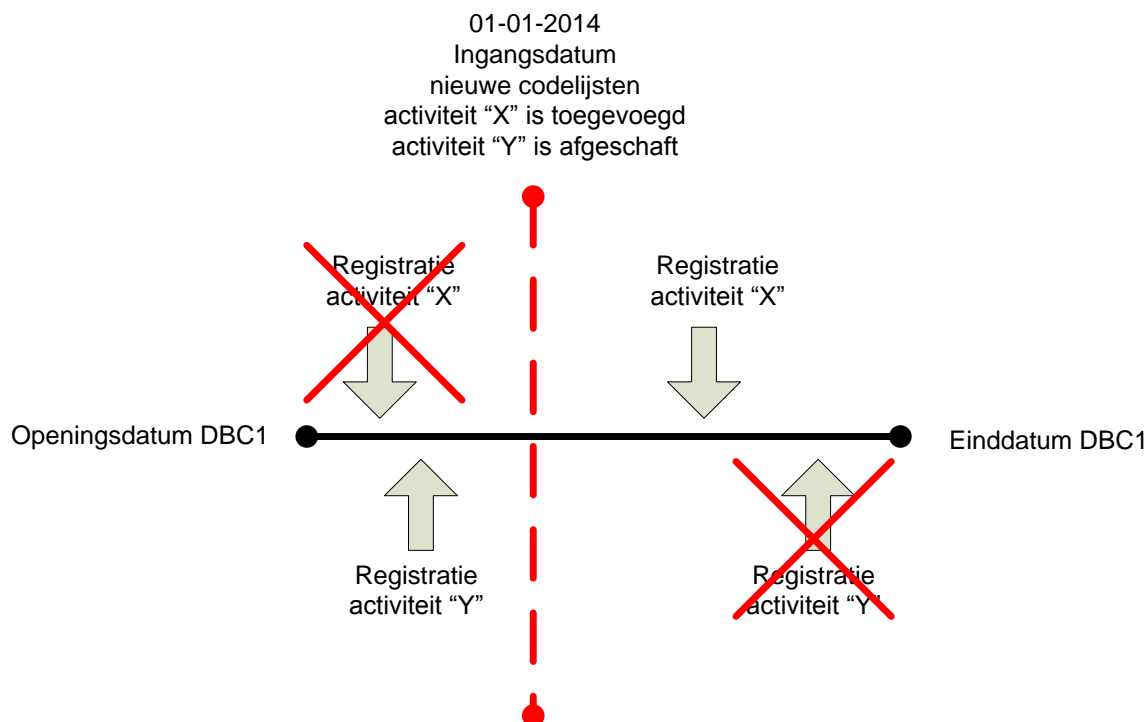
Met betrekking tot de standaardregel dat de peildatum de openingsdatum van de dbc is, gelden drie aandachtspunten:

1. Voor activiteiten uit de Codelijst CL_Activiteit geldt dat de datum van uitvoeren van de activiteit leidend is voor de te hanteren regels (activiteitencodes). Er zijn echter uitzonderingen waarbij de openingsdatum van de dbc leidend is (zie bovenstaande tabel).
2. Voor de Codelijst CL_Beroep geldt dat er gekeken moet worden of het beroep in het kader van de dbc-typing (= hoofdbehandelaar) wordt geregistreerd of in het kader van een activiteit. In de situatie dat het beroep is gekoppeld aan een activiteit, geldt de uitvoerdatum van de activiteit. Is dit niet het geval, dan geldt de standaardregel.
3. Als er sprake is van een overloop-dbc, dient altijd de peildatum 01-01-2008 gebruikt te worden bij beslisbomen, kenmerkende factoren en codelijsten die gebruikt worden voor de afleiding.

Op deze wijze kunt u bepalen welke coderegels geldig zijn op het moment van openen van een nieuwe dbc. Wijzigingen die nadien in bijvoorbeeld de validatieregels, tariefbestanden en overige codelijsten worden doorgevoerd, zijn dan niet van toepassing voor de reeds geopende dbc's (behalve de activiteiten en uitvoerende beroepen), maar gelden alleen voor dbc's die na de ingangsdatum van de wijzigingen worden geopend.

Aan de hand van een voorbeeld wordt de werking van tijdsafhankelijkheid bij het registreren van dbc's uitgelegd.

7.1.1 Voorbeeld tijdsafhankelijkheid coderegels



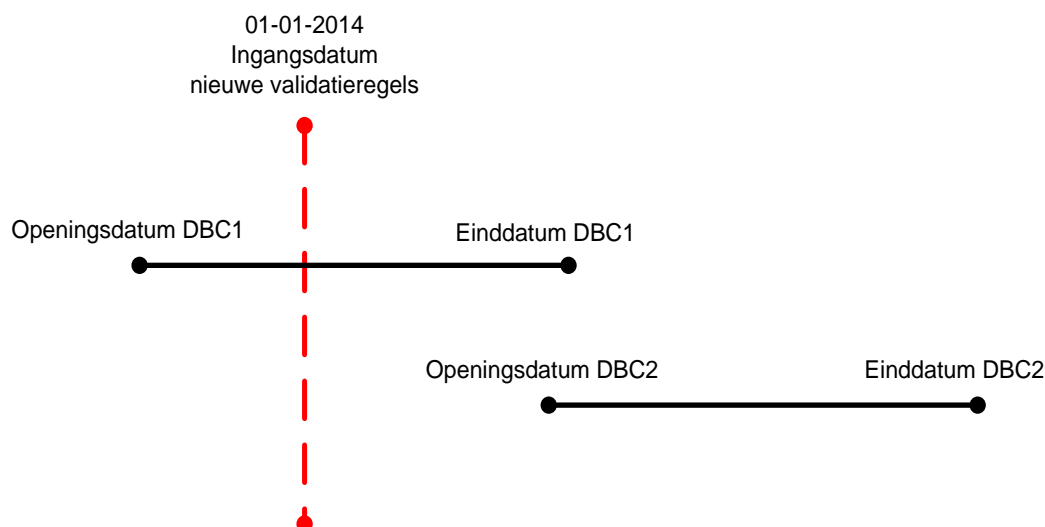
Figuur 5: Voorbeeld tijdsafhankelijkheid coderegels

In de nieuwe release die in het voorbeeld ingaat op 1 januari 2014 is de codelijst 'CL_Activiteit' gewijzigd. Vanaf deze datum is het mogelijk om activiteiten te registreren die in de voorgaande codelijst nog niet voorkwamen of waarvan de inhoud anders was. In het laatste geval heeft de oude regel een einddatum (ingangsdatum nieuwe release – 1 dag) en is dan niet meer geldig. De activiteiten X en Y hebben als peildatum de uitvoerdatum van de activiteit. Op het moment dat dbc 1 in Figuur 5 werd geopend (in 2013) was het nog niet mogelijk om tijd te schrijven op activiteit X. De nieuwe codelijsten met ingangsdatum 1 januari 2014 maken het tijdschrijven op activiteit X wel mogelijk. Op het moment dat er binnen dbc 1 sprake is van activiteit X na 1 januari 2014 mag er toch tijd worden geregistreerd op deze activiteit, ondanks het feit dat de dbc in 2013 werd geopend en het toen nog niet mogelijk was om tijd te schrijven op activiteit X. Vanaf 1 januari 2014 is het niet meer mogelijk om op activiteit Y tijd te schrijven.

7.2 Tijdsafhankelijkheid validatieregels

Net als bij het registratiemodel is ook bij het validatiemodel gekozen voor het werken met tijdsafhankelijke tabellen. Bij de validatie heeft deze tijdsafhankelijkheid betrekking op het bestand waarin de validatieregels worden uitgeleverd. Het bestand bestaat uit een set regels die toetst of het registratieproces juist is verlopen. Bij de validatieregels bevat elke regel een begin- en een einddatum. De begindatum van de validatieregels bepaalt of de regel mag worden toegepast. Bij de validatie mag alleen de validatieregels worden toegepast die op het moment van openen van de dbc geldig is. Dit houdt in dat alleen de validatieregels mogen worden toegepast met een begindatum op of vóór de ingangsdatum van de dbc en waarvan de einddatum ligt op of ná de ingangsdatum van de dbc.

7.2.1 Voorbeeld tijdsafhankelijkheid validatieregels



Figuur 6: Voorbeeld tijdsafhankelijkheid validatieregels

In de nieuwe release die in het voorbeeld ingaat op 1 januari 2014 is een validatieregel gewijzigd. De oude regel krijgt een einddatum (ingangsdatum nieuwe release – 1 dag).

Door het principe van tijdsafhankelijkheid geldt dat dbc 1 in figuur 8 wordt gevalideerd op basis van de validatieregels die geldig waren op de openingsdatum van dbc 1. Dit was in het voorbeeld in 2013. Voor dbc 1 bestaat de mogelijkheid om een vervolg-dbc te openen waarbij de validatieregels van 2014 gelden. Voor dbc 2 die geopend is in 2014 geldt de nieuwe (gewijzigde) validatieregels. Dbc 2 moet daarom voldoen aan de validatieregels van de nieuwe release.

7.3 Tijdsafhankelijkheid afleiding

Net als bij de registratie en validatie is ook bij de afleiding gekozen voor het werken met tijdsafhankelijke tabellen. De tijdsafhankelijkheid bij de afleiding heeft betrekking op de volgende producten:

- Codelijst CL_Productgroep_ggz
- Codelijst CL_Prestatiecode_ggz
- Codelijst CL_Tarief_ggz
- Codelijst CL_Activiteit_Tarief_ggz
- Beslisboom
- Kenmerkende factoren

7.3.1 Toelichting tijdsafhankelijkheid beslisboom

Iedere code(regel) uit de codelijsten heeft een openingsdatum en einddatum. De regel is dat de openingsdatum (peildatum) van de dbc leidend is voor de coderegels die toegepast mogen worden voor de desbetreffende dbc. Voor de beslisboom, met daaraan gekoppeld de kenmerkende factoren, geldt echter dat voor de gehele beslisboom één openings- en einddatum geldt. Voor de beslisboom geldt dus tijdsafhankelijkheid op tabelniveau

De datum die in de titel van de beslisboom staat, is de ingangsdatum van de tabel. U gebruikt deze tabel voor bepalen van de dbc-productgroep voor dbc's die geopend zijn vanaf deze datum. Voor dbc's geopend vóór de ingangsdatum dient u een voorgaande versie te hanteren.

7.3.2 Uitzondering tijdsafhankelijkheid

Voor overloop-dbc's geldt dat bij de toepassing van de volgende codelijsten: CL_Tarief_ggz, CL_Prestatiecode_ggz, CL_Productgroep_ggz, de beslisboom en de kenmerkende factoren niet de openingsdatum van de dbc als peildatum dient te worden gehanteerd, maar de datum 1-1-2008.

Bijlage 1: Toelichting conceptueel datamodel

In onderstaand schema worden de belangrijkste regels en voorwaarden voor de dbc-registratie weergegeven voor zover deze betrekking hebben op de samenhang in het conceptuele datamodel.

Overzicht relaties Conceptueel datamodel dbc ggz registratie
Instelling
Een instelling bevat één (1) of meerdere patiënten.
Patiënt
Een patiënt behoort bij één (1) instelling.
Een patiënt kan nul (0) of meerdere zorgtrajecten hebben.
Een patiënt kan binnen een zorgtraject één (1) of meer dbc's hebben die elkaar niet in de tijd mogen overlappen.
Een patiënt kan nul (0) tot maximaal vier(4) openstaande zorgtrajecten hebben binnen een instelling. Er mogen alleen vier zorgtrajecten naast elkaar voorkomen indien één van de zorgtrajecten een crisisinterventie is. Bij openstaande zorgtrajecten is nog geen einddatum bekend.
Zorgtraject
Een zorgtraject hoort bij één (1) patiënt.
Een zorgtraject omvat minimaal: identificatie patiënt, openingsdatum en eventueel einddatum.
Een zorgtraject kan alleen meerdere dbc's na elkaar in de tijd hebben (chronologisch), de dbc's hoeven niet aansluitend in de tijd te zijn.
Binnen een zorgtraject mag een vervolg-dbc als openingsdatum niet de datum krijgen die gelijk is aan de sluitingsdatum van de voorgaande dbc.
Een zorgtraject bevat altijd één (1) initiële dbc (minimaal en maximaal).
Een zorgtraject kan meerdere vervolg-dbc's bevatten.
Een zorgtraject bevat maximaal één (1) open dbc.
Een zorgtraject kan meerdere gesloten dbc's bevatten.
Het aantal vervolg-dbc's in een zorgtraject is niet gemaximeerd.
Een patiënt kan binnen één instelling naast drie openstaande zorgtrajecten ook een vierde zorgtraject hebben open staan, mits het zorgtype hiervan 'Crisisinterventie zonder opname' of 'Crisisinterventie met opname' is.
De openingsdatum van het zorgtraject is de datum waarop de patiënt zich voor het eerst meldt voor een afspraak bij de zorgaanbieder.
Ieder zorgtraject heeft maximaal één (1) primaire diagnose. Wijziging van de primaire diagnose (diagnosecode of 'trekken van') impliceert het openen van een nieuwe zorgtraject (behalve als dit gebeurt binnen de initiële dbc, voor het afsluiten)

Overzicht relaties Conceptueel datamodel dbc ggz registratie
Dbc
Iedere dbc heeft een hoofdbehandelaar.
Een dbc kan alleen worden getypeerd door een hoofdbehandelaar met een beroep dat voorkomt op de Beroepentabel dbc-ggz, welke is opgenomen in de nadere regel Gespecialiseerde ggz.
De dbc wordt geopend op de datum van het eerste patiëntgebonden contact (direct of indirect), geregistreerd door een behandelaar die voorkomt op de beroepentabel. De datum van eerste patiëntgebonden contact kan zijn in het kader van pre-intake, intake, diagnostiek, behandeling/ begeleiding, crisisopvang, verblijf, dagbesteding of verrichting.
Een dbc duurt minimaal één (1) kalenderdag en maximaal 365 kalenderdagen. Na 365 kalenderdagen dient de dbc afgesloten te worden. Indien de behandeling nog niet is afgerond dient een nieuwe (vervolg) dbc te worden geopend met dezelfde primaire diagnose en een zorgtype uit de groep "vervolg".
Een open dbc omvat minimaal: zorgtraject identificatie, openingsdatum en één (1) registratie van activiteit of verrichting.
Bij het afsluiten van de dbc moet de hoofdbehandelaar een keuze maken uit zes (6) elkaar uitsluitende afsluitredenen.
Bij een volledig getypeerde dbc zijn de volgende dbc-typeringselementen geregistreerd: zorgtype en diagnose (alle vijf (5) assen volgens de DSM-IV-classificatie).
Er zijn op bovenstaande definitie twee uitzonderingen mogelijk: 1. Als bij "redenen sluiten dbc" voor de code "afsluiting na alleen pré-intake/ intake/ diagnostiek/crisisopvang" is gekozen mag de dbc worden afgesloten waarbij alleen het zorgtype dient te worden geregistreerd. 2. Als een kind jonger is dan 4 jaar hoeft de GAF (Diagnose As 5) niet ingevuld te worden.
Een dbc hoort altijd bij één (1) circuit.
Behandelaar
Een behandelaar kan bij nul (0) of meer activiteiten betrokken zijn.
Een activiteit, verrichting of dbc kan alleen worden geregistreerd door een behandelaar met een beroep dat voorkomt op de Beroepentabel dbc-ggz, welke is opgenomen in de nadere regel Gespecialiseerde ggz.
Zorgtype
Zorgtype wordt éénmalig vastgelegd bij het openen van een initiële of vervolg-dbc.
Er kan per dbc maar één (1) zorgtype geregistreerd worden; ze sluiten elkaar uit.
Indien een patiënt voor het eerst in behandeling komt dient een initiële dbc, met een bijbehorend zorgtype uit de groep initieel, te worden geregistreerd. Een vervolg-dbc, met een bijbehorend zorgtype uit de groep vervolg, kan pas worden geopend indien een eerdere initiële dbc met dezelfde primaire diagnose is afgesloten.
Diagnose
De diagnoseregistratie is opgezet volgens de DSM-IV-TR-classificatie waarbij de diagnose wordt gescoord op vijf (5) assen. Iedere as dient bij het afsluiten van de dbc volgens de regels van de DSM-IV-TR-classificatie gescoord te zijn. Uitleg hierover vindt u in de nadere regel Gespecialiseerde ggz.
Er kan maar één (1) diagnose uit de vastgelegde As 1 of As 2 codes als primaire diagnose worden aangemerkt.
Een code op de assen 3, 4 en 5 kan geen primaire diagnose zijn.
Het aantal te registreren nevend diagnoses is onbeperkt en sluiten elkaar niet uit

Overzicht relaties Conceptueel datamodel dbc ggz registratie
Activiteiten
<p>Activiteiten kunnen in vier (4) categorieën worden ingedeeld te weten;</p> <p>Tijdschrijven: hierbij wordt door een (hoofd)behandelaar tijd per dbc geregistreerd.</p> <p>Dagbesteding: hierbij wordt in eenheden van uren de dagbesteding per dbc geregistreerd.</p> <p>Verblijfsdagen: hierbij wordt in eenheden van dagen de verblijfsdagen per dbc geregistreerd.</p> <p>Verrichting: hierbij wordt in eenheden van aantallen de verrichtingen per dbc geregistreerd.</p>
Een dbc heeft altijd één (1) of meerdere activiteiten.
Activiteiten waarbij tijd wordt geregistreerd, hebben een bijbehorende behandelaar. Bij de activiteiten verblijfsdagen/dagbesteding/verrichting wordt geen behandelaar vastgelegd.
Activiteiten die in eenheden worden geregistreerd hebben een kostprijs.
Activiteiten waarbij tijd wordt geregistreerd kennen een onderscheid in tijdsregistratie in directe tijd, indirecte tijd en indirecte reistijd. Raadpleeg de nadere regel Gespecialiseerde ggz voor verdere specificaties.
Bij de activiteiten uit de categorieën "pre intake" en "algemeen indirecte tijd" kan geen directe tijd of indirecte reistijd worden geregistreerd.
Kostprijs uurtarief
Iedere behandelaar heeft één (1) beroep volgens de Beroepentabel dbc ggz (codelijst CL_beroep).
Bij ieder beroep hoort een uurtarief.
Kostprijs verblijf
Iedere deelprestatie verblijf heeft een kostprijs.
De eenheid van verblijf is een dag.
Kostprijs dagbesteding
Iedere dagbestedingscategorie heeft een kostprijs.
De eenheid van dagbesteding is een uur.
Kostprijs verrichting
Iedere activiteit uit de categorie verrichting heeft een kostprijs.
De eenheid van verrichting is het aantal keren dat de verrichting is uitgevoerd.

Bijlage 2: Tabelspecificaties conceptueel datamodel

Registraties

In de onderstaande tabellen worden globaal beschreven welke attributen minimaal moeten voorkomen binnen de entiteiten van het conceptuele datamodel om gegevens te kunnen versturen naar DIS en naar de zorgverzekeraars. De volgorde van de attributen kan afwijken van de bestandsindeling die DIS hanteert voor de gegevensaanlevering.

Voor de tabelspecificaties van de codelijsten die de NZa niet publiceert, wordt verwezen naar de informatie over gegevensaanlevering op de website van DIS (www.dbcinformatiesysteem.nl). Hier is te vinden welke attributen per entiteit minimaal moeten worden vastgelegd. Per attribuut wordt ingegaan op het datatype, de optionaliteit, de maximale lengte en of het een sleutel betreft. Het staat iedere zorgaanbieder vrij om een entiteit te voorzien van optionele attributen voor eigen gebruik.

Patiënt

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Patiëntnummer	Uniek nummer om patiënt mee te identificeren	Uniek patiëntnummer per instelling
Naam_1	Het eerste deel van patiëntnaam	Voorbeeld: voor patiënt met naam "de Groot" wordt hier de waarde "Groot" gegeven.
Naam Voorvoegsel_1	Het voorvoegsel van eerste deel van patiëntnaam	Uitgaande van bovenstaand voorbeeld dient hier de waarde "de" te worden weergegeven.
Naamcode_1	De code die aangeeft of het eerste deel de eigen naam of de aangetrouwde naam is	Als naamcode_1 = 1 dan bevat naam_1 de aangetrouwde naam Als naamcode_1 = 2 dan bevat naam_1 de eigen naam.
Naam_2	Het tweede deel van patiëntnaam.	Als naamcode_2 = 1 dan bevat naam_2 de aangetrouwde naam Als naamcode_2 = 2 dan bevat naam_2 de eigen naam. Naam-2 kan alleen maar leeg zijn als naamcode_2 niet is gevuld.

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Naam Voorvoegsel_2	Het voorvoegsel van tweede deel van patiëntnaam	
Naamcode_2	De code die aangeeft of het tweede deel de eigen naam of de aangetrouwde naam is	Als naamcode_2 = 1 dan bevat naam_2 de aangetrouwde naam Als naamcode_2 = 2 dan bevat naam_2 de eigen naam.
Voorletters	De voorletters van de patiënt	De voorletters worden zonder tekens of spaties aan elkaar geplakt.
Postcode	De postcode van de patiënt	De Nederlandse postcodes zijn verplicht (landcode = NL) en hebben formaat NNNNAA. Van de buitenlandse postcodes wordt geen formaat voorgeschreven, deze zijn derhalve optioneel.
Huisnummer	Het huisnummer van de patiënt	
Huisnummer toevoeging	De huisnummer toevoeging van de patiënt	
Landcode	De landcode van de Verzekerde	Volgens COD032-NEN van Vektis (ISO landcode 3166-1) NL, DE, BE etc De landcode is verplicht omdat anders buitenlandse codes in een Nederlands gebied terecht kunnen komen omdat slechts 4 posities worden opgeslagen.
Geslacht	Geslacht van de patiënt	Conform Vektis Codelijst COD046_VEKT. Bijvoorbeeld: 0 = Onbekend, 1 = Mannelijk, 2 = Vrouwelijk, 9 = Niet gespecificeerd
Geboortedatum	Eejjmmdd	
Burger service nummer (BSN)	Unieke identificatie van een persoon onafhankelijk van zorginstellingen, verzekeraars en tijd	Moet voldoen aan 11 Proef Bij aanlevering aan het DIS betreft het een verplicht veld. Indien het Burger Service Nummer niet bekend is moet deze voorzien worden van de waarde 99999999

Zorgtraject

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Declarerende instelling	Relatie attribuut	Relatie naar instellingsnummer van patiënt
Instellings volgnr DIS	Relatie attribuut	Zie beschrijving bij entiteit Instelling
Zorgtraject identificatienummer	Uniek nummer	Door leverancier vrij in te vullen
Startdatum	Eejjmmdd	Startdatum zorgtraject. Datum waarop de patiënt zich voor het eerst meldt bij de zorgaanbieder.
Einddatum	Eejjmmdd	
Soort Verwijzer	Refereert naar de Soort Zorgverlener. Dit is een formele verwijzer	Conform COD016-VEKT (Zorgverlener-soorten van Vektis). Eerste 2 posities zijn: 01 (Huisarts), 03 (Medisch Specialist), 14 (Bedrijfsarts) Moet gevuld zijn als attribuut 5 "Verwijzende instelling" ingevuld is.
Verwijzende instelling	Refereert naar de verwijzende instelling	Conform AGB-code. Moet gevuld zijn als attribuut 4 "Soort verwijzer" ingevuld is.
Primaire diagnosecode	Primaire diagnosecode van de dbc	Primaire diagnose kan alleen gescoord worden op As 1 of As 2. In combinatie met reden van afsluiten alleen pré-intake, intake, diagnostiek en crisiopvang mag deze leeg zijn. De primaire diagnose mag niet 799.9 en/of V71.09 zijn
DSM-5 diagnosecode	DSM-5 diagnose van de dbc	Verwijzing naar codelijst CL_D5_Diagnose De diagnose code moet geldig zijn op de begindatum van de initiële dbc.
Primaire diagnose datum	Eejjmmdd	Datum waarop de diagnose is gesteld of datum waarop de primaire diagnose voor het laatst is gewijzigd. In combinatie met reden van afsluiten alleen pré-intake, intake, diagnostiek en crisiopvang mag deze leeg zijn.
Primaire diagnose betreft "Trekken van"	J/N	Indien de (primaire) diagnose op As 2 is gesteld en er is sprake van een persoonlijkheidsstoornis dan moet de optie "Trekken van" worden geregistreerd. In die situatie dient in dit veld de waarde "J" te worden ingevuld. Deze diagnose incl. "Trekken van" kan als primaire diagnose worden gesteld

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Patiëntnummer	Relatie naar patiënt	Relatie met patiënt behorende bij het zorgtraject

Dbc

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Dbc-identificatienummer	Uniek nummer per dbc per patiënt	Door leverancier vrij in te vullen.
Dbc openingsdatum	Eejmdd	Openingsdatum dbc. Dit valt samen met het eerst patiëntgebonden contact door een behandelaar met een beroep dat voorkomt op de beroepentabel.
Dbc sluitdatum	Eejmdd	Zie definitie in de nadere regel Gespecialiseerde ggz voor juiste registratie sluiten dbc.
Zorgverzekeraarcode	Refereert naar Zorgverzekeraar. Het betreft de verzekeraar op de openingsdatum van de dbc	Conform COD061-VEKT (UZOVI register van Vektis).
Dbc-productgroepcode verzekerde zorg	Productgroep waartoe de dbc behoort	De dbc-productgroep moet worden afgeleid tijdens de dbc-afleiding. Bij aanlevering aan het DIS betreft het hier een verplicht veld indien de dbc-ingangsdatum groter is dan 1 januari 2008
Dbc-declaratiecode verzekerde zorg		Dit attribuut kan worden bepaald als de dbc is afgesloten en gevalideerd. Het dient niet als zodanig te worden geregistreerd maar is hier ter informatie toegevoegd omdat hier specifiek naar wordt gevraagd in de MDS.
Dbc-prestatiecode verzekerde zorg		Dit attribuut kan worden bepaald als de dbc is afgesloten en gevalideerd. Het dient niet als zodanig te worden geregistreerd maar is hier ter informatie toegevoegd omdat hier specifiek naar wordt gevraagd in de MDS.
Dbc-tarief verzekerde zorg	Tarief conform CL_Tarief_ggz	Logisch formaat is 11.2. LET OP: Dit attribuut kan worden afgeleid als de dbc is afgesloten en gevalideerd. Het dient niet als zodanig te worden geregistreerd maar is hier ter informatie toegevoegd omdat hier specifiek naar wordt gevraagd in de MDS. Per 1-1-2008 wordt, volgens planning, dbc facturatie ingevoerd en dient dit item afgeleid te kunnen worden. Tot die tijd kan de waarde "0" worden toegepast voor de MDS.

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Dbc-verrekenbedrag		Logisch formaat is 11.2. LET OP: Dit attribuut kan worden bepaald als de dbc is afgesloten en gevalideerd. Het dient niet als zodanig te worden geregistreerd maar is hier ter informatie toegevoegd omdat hier specifiek naar wordt gevraagd in de MDS. Het dbc-verrekenbedrag bestaat uit: het dbc-tarief vermenigvuldigd met een (instellingsspecifieke) verrekenpercentage. Bij aanlevering aan het DIS betreft het hier een verplicht veld.
Dbc Reden sluiten code	De reden sluiten van de dbc	Geldige code volgens CL_Redensluiten ggz.
Zorgtypecode	Het zorgtype behorende bij de dbc	Geldige code volgens CL_Zorgtype ggz
Zorgtraject identificatienummer	Relatie naar zorgtraject behorende bij de dbc	
1 ^e Regiebehandelaar	Relatie naar Behandelaar	AGB code van de 1 ^e regiebehandelaar tijdens de diagnostiekfase
Beroepcode 1 ^e regiebehandelaar	Beroepcode van de regiebehandelaar tijdens de diagnosefase. Dit beroep moet voorkomen in codelijst CL_Hoofdberoepen.	Relatie met codelijst CL_Hoofdberoepen en CL_Beroep Uitzondering: als de kolom 'indicatie experimenteerruimte' de waarde 'J' bevat mag elk beroep uit codelijst CL_Beroep worden gekozen.
2 ^e Regiebehandelaar	Relatie naar behandelaar	AGB code van de 2 ^e regiebehandelaar tijdens de behandelfase
Beroepcode 2 ^e regiebehandelaar	Beroepcode van de regiebehandelaar tijdens de behandelfase. Dit beroep moet voorkomen in codelijst CL_Hoofdberoepen.	Relatie met codelijst CL_Hoofdberoepen en CL_Beroep Uitzondering: als de kolom 'indicatie experimenteerruimte' de waarde 'J' bevat mag elk beroep uit codelijst CL_Beroep worden gekozen.
Indicatie experimenteerruimte	Indicatie die aangeeft of de kolommen 'beroepcode 1 ^e regiebehandelaar' 'beroepcode 2 ^e regiebehandelaar' af mogen wijken van de beroepen zoals deze voorkomen in codelijst CL_Hoofdberoepen Leeg of 'N'= niet afwijken	

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
	'J'= wel afwijken	
Circuitcode	Circuit code	Geldige code volgens CL_Circuit ggz

Overige diagnoses As1 – As5

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Diagnosecode	DSM-IV-code	Code volgens DSM IV-TR zoals opgenomen in de codelijsten dbc ggz. In combinatie met reden van afsluiten alleen pré-intake, intake, diagnostiek en crisisopvang mag deze leeg zijn.
DSM-5 diagnosecode	DSM-5 diagnosecode	Code volgens DSM-5 zoals opgenomen in de codelijst CL_D5_Diagnose De diagnose code moet geldig zijn op de begindatum van de initiële dbc.
Trekken van	Geeft aan of bij geregistreerde diagnose de optie "Trekken van" van toepassing is	Trekken van. Let op: is alleen bedoeld en verplicht voor een diagnose score op As 2 behorend tot de groep Persoonlijkheidsstoornissen indien de score J = Ja van toepassing is. Bij geen score kan het veld worden leeg gelaten (NULL score).
Datum diagnose	Eejmdd	Datum waarop de diagnose wordt gesteld of de meest recente wijzigingsdatum van de diagnose. In combinatie met reden van afsluiten alleen pré-intake, intake, diagnostiek en crisisopvang mag deze leeg zijn..
Dbc-identificatienummer	Relatie attribuut naar dbc	

Tijdschrijven

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Activiteit identificatienummer	Uniek nummer per instelling	Uniek nummer, zelf te definiëren.
Activiteitencode		Code uit CL_Activiteit ggz
Direct patiëntgebonden tijd	Direct bestede tijd in minuten	Bij de activiteiten uit de categorieën "Pre-intake" en "Algemeen indirecte tijd" kan geen directe tijd

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
		worden geregistreerd. Indien geen directe tijd wordt geregistreerd dient de waarde 0 te worden ingevuld.
Indirect patiëntgebonden tijd (algemeen)	Indirecte bestede tijd in minuten	Indien geen indirecte tijd wordt geregistreerd dient de waarde 0 te worden ingevuld.
Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Indirect patiëntgebonden tijd (reistijd)	Indirecte bestede tijd in minuten	Bij de activiteiten uit de categorieën "Pre-intake" en "Algemeen indirecte tijd" kan geen reistijd worden geregistreerd. Indien geen indirecte tijd wordt geregistreerd dient de waarde 0 te worden ingevuld.
Activiteitendatum	Datum (Eejjmmdd) waarop activiteit plaatsvindt	
Behandelaar identificatienummer	Relatie naar behandelaar	
Dbc-identificatienummer	Relatie naar bijbehorende dbc	

Dagbesteding

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Activiteit identificatienummer	Uniek nummer per instelling	
Activiteitencode		Code uit CL_Activiteit ggz
Aantal uren	Aantal eenheden van deze code	
Activiteitendatum	Datum (Eejjmmdd) waarop activiteit plaatsvindt	
Dbc- identificatienummer	Relatie attribuut	

Verblijfsdag

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Activiteit identificatienummer	Uniek nummer per instelling	

Activiteitencode		Code uit CL_Activiteit ggz
Aantal dagen	Aantal eenheden van deze code	Indien meer dan 1 dag wordt geregistreerd wordt er vanuit gegaan dat de hoeveelheid dagen een aaneengesloten periode betreft
Activiteitsdatum	Datum (Eejjmdd) waarop activiteit plaatsvindt	De datum waarop de verblijfsdag plaatsvindt. Indien het aantal dagen >1 is dient hier de eerste dag van de verblijfsperiode te worden vastgelegd.
Dbc-identificatienummer	Relatie attribuut	

Verrichtingen

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Activiteit identificatienummer	Uniek nummer per instelling	
Activiteitencode		Code uit CL_Activiteit ggz
Aantal behandelingen	Aantal eenheden	
Activiteitsdatum	Datum (Eejjmdd) waarop activiteit plaatsvindt	
Dbc- identificatienummer	Relatie attribuut	

Behandelaar

Attribuut	Omschrijving	Bijzonderheden
Behandelaar identificatienummer	Uniek nummer per instelling	
Beroepcode		Code uit Beroepentabel dbc ggz (codelijst CL_beroep).

Tarief- en kostprijlijsten

Per instelling/zorgaanbieder dienen de onderstaande kostprijsgegevens bekend te zijn. De kostprijzen worden toegerekend naar uurtarieven beroepsgroep, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen. Bij iedere kostprijs wordt onderscheid gemaakt in directe kosten, indirecte kosten 1 en 2. Meer informatie over het kostprijsmodel vindt u op werkenmetdbcs.nza.nl.

Uurtarief

	Attribuut	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden
1	Declarerende instelling	Unieke identificatie zorgaanbieder	Numeriek	8	Verplicht	Conform AGB-code
2	Beroepcode		Alfanumeriek	20	Verplicht	Code uit Beroepentabel dbc ggz (codelijst CL_beroep).
3	Uurtarief_direct_per_uur	Bedrag per uur in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevens- leverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In datawarehouse delen door 100 voor verwerking.
4	Uurtarief_indirect1_per_uur	Bedrag per uur in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In datawarehouse delen door 100 voor verwerking.
5	Uurtarief_indirect2_per_uur	Bedrag per uur in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In datawarehouse delen door 100 voor verwerking.
6	Openingsdatum	EEJJMMDD	Datum	8	Verplicht	Openingsdatum waarop de aangeleverde kostprijzen geldig zijn.
7	Einddatum	EEJJMMDD	Datum	8	Optioneel	Einddatum tot en met wanneer de kostprijzen geldig zijn.

Verblijfsdag, Dagbesteding en Verrichting

Voor al deze entiteiten geldt onderstaande indeling.

	Attribuut	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden
1	Declarerende instelling	Unieke identificatie zorgaanbieder	Numeriek	8	Verplicht	Conform AGB-code
2	Activiteitencode		Alfanumeriek	20	Verplicht	Code uit activiteitenlijst volgens CL_Activiteit ggz
3	Verblijf_directe_kosten	Bedrag per dag in	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2.

		Eurocenten				Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In datawarehouse delen door 100 voor verwerking.
4	Verblijf_indirecte_kosten1	Bedrag per dag in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In datawarehouse delen door 100 voor verwerking.
5	Verblijf_indirecte_kosten2	Bedrag per dag in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In datawarehouse delen door 100 voor verwerking.
6	<u>Openingsdatum</u>	EEJJMMDD	Datum	8	Verplicht	Openingsdatum waarop de aangeleverde kostprijzen geldig zijn.
7	Einddatum	EEJJMMDD	Datum	8	Optioneel	Einddatum tot en met wanneer de kostprijzen geldig zijn.

Bijlage 3: Afleiding behandelgroepen

Tabel definities kenmerkende factoren

	Kolom	Omschrijving	Bijzonderheden
1.	Begindatum	Datum waarop de kenmerkende factor van kracht wordt.	De begindatum waarop de kenmerkende factor van kracht wordt. Uitgangspunt hierbij is dat de openingsdatum van de dbc bepalend is voor kenmerkende factoren die toegepast dienen te worden. Als er tussen de open- en sluitdatum van een dbc een wijziging optreedt in de definitie van de kenmerkende factoren dan geldt de definitie van de kenmerkende factoren op de openingsdatum van de dbc.
2.	Einddatum	Einddatum tot en met wanneer de kenmerkende factor geldig is.	
3.	Code	Code van de kenmerkende factor.	
4.	Korte omschrijving	Korte omschrijving van de kenmerkende factor.	
5.	Lange omschrijving	Lange omschrijving van de kenmerkende factor.	
6.	Definitie	Definitie van de kenmerkende factor.	
7.	Toelichting	Toelichting ten aanzien van de definitie	In deze kolom worden elementen uit de definitie van de kenmerkende factor nader toegelicht.
8.	Soort kenmerk	Soort kenmerk van de kenmerkende factor	In deze kolom wordt aangegeven of de kenmerkende factor boolean of numeriek wordt weergegeven.
9.	Branche indicatie	Bepaalt voor welke zorgsector kenmerkende factor van toepassing is	0 = voor ggz en fz 1 = voor ggz 2 = voor fz

Specificaties beslisboom

De specificaties voor het implementeren van de beslisboom in een systeem zijn hier weergegeven. Het is de bedoeling dat u de dbc-beslisboommethodiek gebruikt om de productgroep van de dbc te bepalen.

	Kolom	Type	Lengte	Omschrijving	Bijzonderheden
1	Knoop_nummer	Numeriek	10	Nummer van de knoop van de beslisboom.	
2	Test_kenmerk	varchar(20)	20	De kenmerkende factor die getoetst wordt bij deze knoop.	
3	Kenmerk_parameter_1	varchar(20)	20	Eerste optionele parameter die meegegeven kan worden aan de kenmerkende factor.	Bijvoorbeeld een beroep uit de Beroepentabel dbc ggz (codelijst CL_beroep)..
4	Kenmerk_parameter_2	varchar(20)	20	Tweede optionele parameter die meegegeven kan worden aan de kenmerkende factor.	Bijvoorbeeld een maximum aantal directe minuten.
5	Operator	varchar(5)	5	De operator die gebruikt wordt bij de toets in de conditie bij deze knoop.	Zie bijlage 4.3
6	Waarde_1	Numeriek	12,2	De eerste optionele waarde waarmee de kenmerkende factor vergeleken wordt door middel van de operator.	Komma als decimaal scheidingsteken lengte=12 met 2 decimalen
7	Waarde_2	Numeriek	12,2	De tweede optionele waarde waarmee de kenmerkende factor vergeleken wordt door middel van de operator.	Komma als decimaal scheidingsteken lengte=12 met 2 decimalen
8	Knoop_doel_TRUE	Numeriek	10	Het knoopnummer waar naartoe gegaan wordt als de toets positief is, oftewel indien WEL aan conditie wordt voldaan.	Zodra de laatste knoop bereikt is, is dit veld leeg.
9	Getal TRUE (0 of productgroepcode)	Numeriek	10	Een getal dat of 0 is of de productgroepcode, indien WEL aan conditie wordt voldaan.	Zodra de laatste knoop bereikt is staat in dit veld de productgroepcode
10	Knoop_doel_FALSE	Numeriek	10	De knoopnummer waar naartoe gegaan wordt als de toets negatief is, oftewel indien NIET aan conditie wordt voldaan.	Zodra de laatste knoop bereikt is, is dit veld leeg.
11	Getal FALSE (0 of productgroepcode)	Numeriek	10	Een getal dat of 0 is of de productgroepcode, indien NIET aan conditie wordt voldaan	Zodra de laatste knoop bereikt is staat in dit veld de productgroepcode

Operatoren binnen beslissboom

Dit is een tabel met de mogelijke waarden die de operator kan aannemen.

	Operator	Type kenmerk	Beschrijving
1.	=	numeriek	als de waarde van het Test_kenmerk gelijk is aan Waarde_1 dan TRUE anders FALSE
2.	>	numeriek	als de waarde van het Test_kenmerk groter is dan Waarde_1 dan TRUE anders FALSE
3.	<	numeriek	als de waarde van het Test_kenmerk kleiner is dan Waarde_1 dan TRUE anders FALSE
4.	>=	numeriek	als de waarde van het Test_kenmerk groter of gelijk is aan Waarde_1 dan TRUE anders FALSE
5.	<=	numeriek	als de waarde van het Test_kenmerk kleiner of gelijk is aan Waarde_1 dan TRUE anders FALSE
6.	<>	numeriek	als de waarde van het Test_kenmerk ongelijk is aan Waarde_1 dan TRUE anders FALSE

Bijlage 4: Diagnosehoofdgroepen en Restgroepdiagnoses

DSM-IV-TR	DSM-5	ggz
Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	Aandachtstekort- en gedragsstoornissen
	Disruptieve impulsbeheersings en andere gedragsstoornissen	
	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	Pervasieve stoornissen
	Angststoornissen	Overige stoornissen in de kindertijd
	Trauma en stressorgerelateerde stoornissen	
	Voedings- en eetstoornissen	
	Stoornissen in zindelijkheid	
Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen	Neurocognitieve stoornissen	Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen
Aan een middel gebonden stoornissen	Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen	Aan een middel gebonden stoornissen
		Aan alcohol gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Depressieve stemmingsstoornissen	Depressieve stoornissen
	Bipolaire stemmingsstoornissen	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Angststoornissen	Angststoornissen	Angststoornissen
	Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	
	Trauma en stressorgerelateerde stoornissen	
Somatoforme stoornissen	Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	Somatoforme stoornissen
	Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen	
Eetstoornissen	Voedings- en eetstoornissen	Eetstoornissen
Aanpassingsstoornissen	Trauma en stressorgerelateerde stoornissen	Aanpassingsstoornissen
Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen	Disruptieve impulsbeheersings en	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen

DSM-IV-TR	DSM-5	ggz
	andere gedragsstoornissen	
Persoonlijkheidsstoornissen	Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen	Persoonlijkheidsstoornissen
	Persoonlijkheidsstoornissen	
Bijkomende redenen die een reden voor zorg kunnen zijn	Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn.
	Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie	Restgroep diagnoses
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Overige psychische stoornissen	
Nagebootste stoornissen	Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen	
Dissociatieve stoornissen	Dissociatieve stoornissen	
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Seksuele disfuncties	
	Parafiele stoornissen	
	Genderdysforie	
Slaapstoornissen	Slaap-waakstoornissen	
Stoornissen in de impulsbeheersing	Disruptieve impulsbeheersings en andere gedragsstoornissen	
Bijkomende codes	Overige psychische stoornissen	
	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	
	Persoonlijkheidsstoornissen	
	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	
	Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen	
	Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	
	Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen	