

Handleiding dbc-systematiek

Ingangsdatum 1 januari 2022

Disclaimer

Hoewel we de inhoud van dit document met de grootste zorgvuldigheid hebben samengesteld, kunnen er fouten of andere onvolkomenheden in dit document staan. In geval van tegenstrijdigheid tussen de inhoud van dit verantwoordingsdocument en de NZa-regels (Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR), Regeling medisch-specialistische zorg (NR) en Prestatie- en Tariefbeschikking medisch-specialistische zorg (TB)) prevaleren de NZa-regels.

Een volledig overzicht van de NZa-regels vindt u op het documentenplatform op onze website www.nza.nl. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die ontstaat door het gebruik van de informatie uit dit document.

Verveelvoudiging en verspreiding is toegestaan, mits u de NZa als bron vermeldt of als bron herkenbaar houdt.

Voor vragen over de dbc-systematiek kunt u terecht bij ons Informatie- en contactcentrum.

E-mail	: info@nza.nl
Telefoon	: 088 - 770 87 70
Openingstijden	: tussen 9.00 en 17.00 uur

Inhoud

1. Inhoud en leeswijzer	5
1.1 Leeswijzer	5
1.1.1 Verwijzingen naar tabellen, documenten en websites	5
2. Introductie op de dbc-systematiek	6
2.1 Kenmerken dbc-systematiek	6
2.2 Het model: Van registreren tot declareren	9
2.3 Tabellen dbc-systeem en samenhang	10
3. Registreren	12
3.1 Zorgtraject en subtraject	12
3.1.1 Subtrajecten en zorgtypen	12
3.2 Registratieregels voor openen en sluiten van subtrajecten	16
3.3 Diagnose- en zorgvraagtyperingen	17
3.3.1 Diagnosetypering	17
3.3.2 Zorgvraagtypering	17
3.3.3 ICD-10	17
3.4 Parallelliteit	18
3.5 Zorgactiviteiten	18
3.5.1 Overige zorgproducten (ozp's)	18
3.6 Overloopsituaties	19
3.7 Aanspraak en machtigingen bij registratie	20
3.8 Geneesmiddelen en indicaties	20
3.9 Het ZIS en te registreren gegevens	20
3.9.1 Te registreren gegevens bij een zorgtraject	21
3.9.2 Te registreren gegevens bij een subtraject	21
3.9.3 Te registreren gegevens bij zorgactiviteiten	22
3.9.4 Te registreren gegevens bij geneesmiddelen	23
4. Samenvatten	25
4.1 Afsluitregels en afsluitredenen	25
4.2 Registratieaddendum	26
4.3 Koppelen van zorgactiviteiten aan sub-/ zorgtraject	27
4.4 Overloopsituaties	27
5. Afleiden	28
5.1 Grouper	28
5.1.1 Berichten aan een grouper sturen	28
5.1.2 Kenmerken en functionaliteiten	28
5.1.3 Informatievastlegging	30
5.1.4 Retourberichten van een grouper	31
5.1.5 Zorgactiviteiten op de nota	32
5.2 Zorgproducten afleiden	32
5.2.1 Productstructuur en topboom	32
5.2.2 Zorgproductgroepen en dbc-zorgproducten	33
5.2.3 Overige zorgproducten	33
5.2.4 Aanspraak	33
5.2.5 Wbmv	35
5.2.6 Weegfactoren	35
5.2.7 Uitval	36
5.2.8 Zorgproductapplicatie	36
6. Declareren	37
6.1 Declaratiecode uit een grouper	37
6.2 Koppelen aan tarief	38

6.3	EI-standaard en factuurinformatie	39
6.3.1	EI-standaard	39
6.3.2	Factuurinformatie	39
6.4	Onderhandenwerk-grouper	39
7.	Informereren	40
7.1	Registratieverplichting	40
7.2	Informatieverplichting en minimale dataset	40
7.3	DIS	40
7.3.1	Open DIS-Data	41
	Bijlage 1: RSAD-datamodel	42
	Bijlage 2: Beschrijving relaties RSAD-datamodel	43
	Bijlage 3: Toelichting aanspraakbeperkingen en machtigingen	47
	Bijlage 4: Toelichting op het koppelalgoritme	55
	Bijlage 5: Overzicht overige zorgproducten	58
	Bijlage 6: Overzicht weegfactoren	63

1. Inhoud en leeswijzer

Zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg moeten goed registreren welke zorg aan een patiënt gegeven is. Dat doen ze aan de hand van dbc's (diagnose-behandelcombinaties). Zo krijgen patiënten een zorgnota die klopt, en kunnen we met elkaar bijhouden wat we uitgeven aan zorg. In dit document leest u meer over hoe u het vastleggen van zorg met dbc's moet inrichten.

De zorgregistratie kunt u inrichten op basis van het RSAD-model. Het model beschrijft de verschillende stappen die in het proces plaatsvinden: **R**egistratie, **S**amenvatting, **A**fleiding en **D**eclaratie (RSAD). Een dbc is het resultaat van wat een zorgaanbieder in het registratieproces heeft vastgelegd. U leest in deze handleiding bijvoorbeeld welke gegevens u moet vastleggen, hoe u een diagnose typeert en welk doel de dbc-tabellen in de registratie hebben (registratie). U leest wat er gebeurt na de vastlegging (samenvatting), hoe een grouper uiteindelijk een dbc-zorgproduct bepaalt (afleiding). En wat een zorgaanbieder vervolgens met de dbc doet bij het in rekening brengen (declaratie) en aanleveren.

Met het lezen van dit document krijgt u daarnaast inzicht in de samenhang tussen de ziekenhuisinformatiesystemen (ZIS), een grouper, en de plaats van de door de NZa vastgestelde tabellen van de dbc-systematiek in het RSAD-model.

Dit document geeft een overzicht. Voor beleidsmatige en technische details verwijzen wij u naar specifieke documenten en bijlagen die de NZa uitlevert.

1.1 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een korte inleiding in de dbc-systematiek. U leest wat over de historie, de kenmerken en hoe het registreren van dbc's globaal is ingericht. In hoofdstuk 3 tot en met 6 leggen we de vier stappen van het RSAD-model uit. Hoofdstuk 7 gaat in op de informatieverplichting. Dit document heeft ook bijlagen waarin u extra informatie vindt over aanspraakbeperkingen en machtigingen, het RSAD-datamodel. Daarnaast vindt u in een bijlage (4) extra informatie over hoe zorgactiviteiten aan een zorgtraject of een subtraject kunnen worden gekoppeld.

1.1.1 Verwijzingen naar tabellen, documenten en websites

In dit document vindt u verwijzingen naar tabellen en documenten die de NZa vaststelt en publiceert. De meest actuele release van de tabellen, documentatie en regelgeving vindt u op de website van de NZa (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 genoemde organisatie.

2. Introductie op de dbc-systematiek

Aanbieders van medisch-specialistische zorg registreren geleverde zorg op basis van de dbc-systematiek. Zo krijgen patiënten een zorgnota die klopt, en kunnen we met elkaar bijhouden wat we uitgeven aan zorg.

Waarom een dbc-systematiek?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars 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. Uiteindelijk profiteert de burger ervan als zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over goede en betaalbare zorg.

De voordelen op een rij

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

- de patiënt inzicht in de kosten van de zorg. De patiënt wil steeds vaker weten hoeveel de zorg kost, zeker wanneer het eigen risico wordt geraakt.
- zorgaanbieders inzicht in de eigen prestaties ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Hiermee kunnen ze met elkaar concurreren op basis van prijs en kwaliteit
- zorgverzekeraars inzicht in de landelijke gemiddelde prestaties van zorgaanbieders. Door dit inzicht kunnen ze steeds beter zorg inkopen en controleren op de rechtmatigheid van de geleverde zorg.

Wat is een dbc?

De dbc-systematiek bevat een groot aantal dbc's. Dbc staat voor Diagnose-behandelcombinatie. Een dbc bevat alle handelingen die gemiddeld nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose te stellen en de behandeling uit te voeren. Ook bevat een dbc informatie over de vergoeding voor de behandelaar en de kosten van de zorginstelling. In de medisch-specialistische zorg wordt een dbc ook wel een dbc-zorgproduct genoemd.

2.1 Kenmerken dbc-systematiek

De dbc-systematiek heeft drie hoofdkenmerken.

Productstructuur:

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

Registratieregels:

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

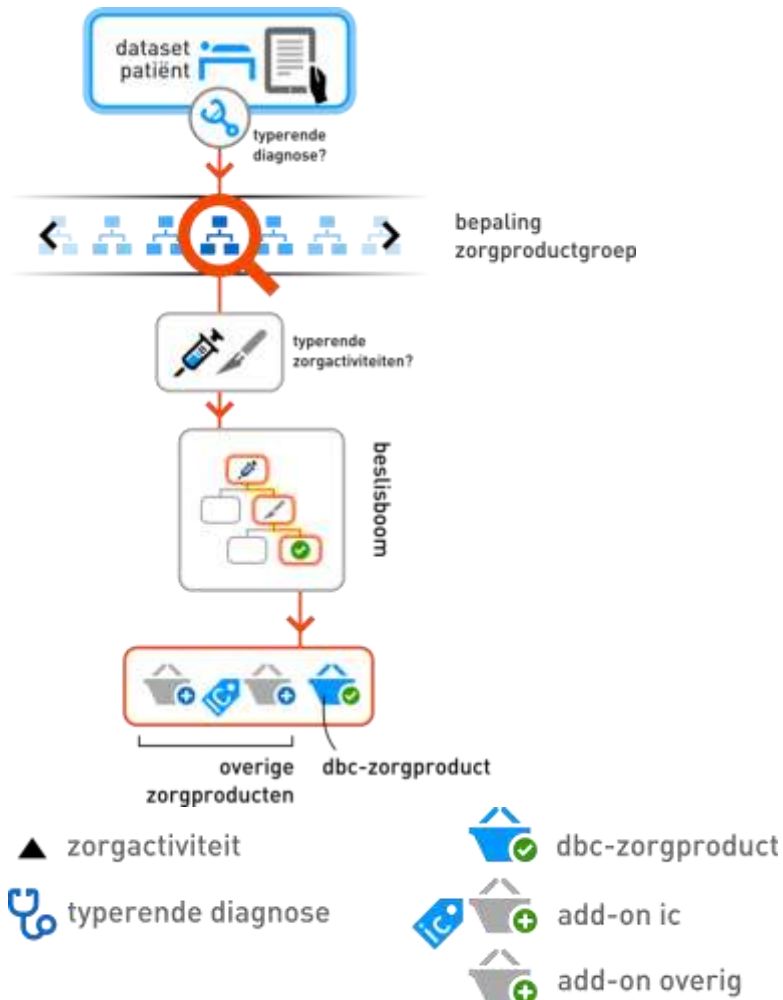
Grouper:

- een webapplicatie waarmee op basis van de gegevens die zorgaanbieders aanleveren de afleiding naar dbc-zorgproducten plaatsvindt. De landelijke grouper wordt beheerd door de 'stichting Grouper'.

Hierna worden deze drie kenmerken toegelicht.

Productstructuur

Eén van de belangrijkste kenmerken van de dbc-systematiek is de productstructuur, ofwel de manier waarop diagnoses en behandelingen (vastgelegd middels zorgactiviteiten)¹ worden vertaald in dbc-zorgproducten. De productstructuur is ingedeeld op basis van ICD-10.² Een ander belangrijk kenmerk is dat de productstructuur specialisme overstijgend is. Dat houdt in dat specialismen die dezelfde zorg leveren ook dezelfde dbc-zorgproducten declareren.³



Figuur 1 De productstructuur

Het dbc-zorgproduct wordt bepaald op basis van de door een zorginstelling aangeleverde declaratiedataset die onder andere bestaat uit 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 van de dbc-zorgproducten onderscheiden we binnen elke zorgproductgroep de volgende typen dbc-zorgproducten:

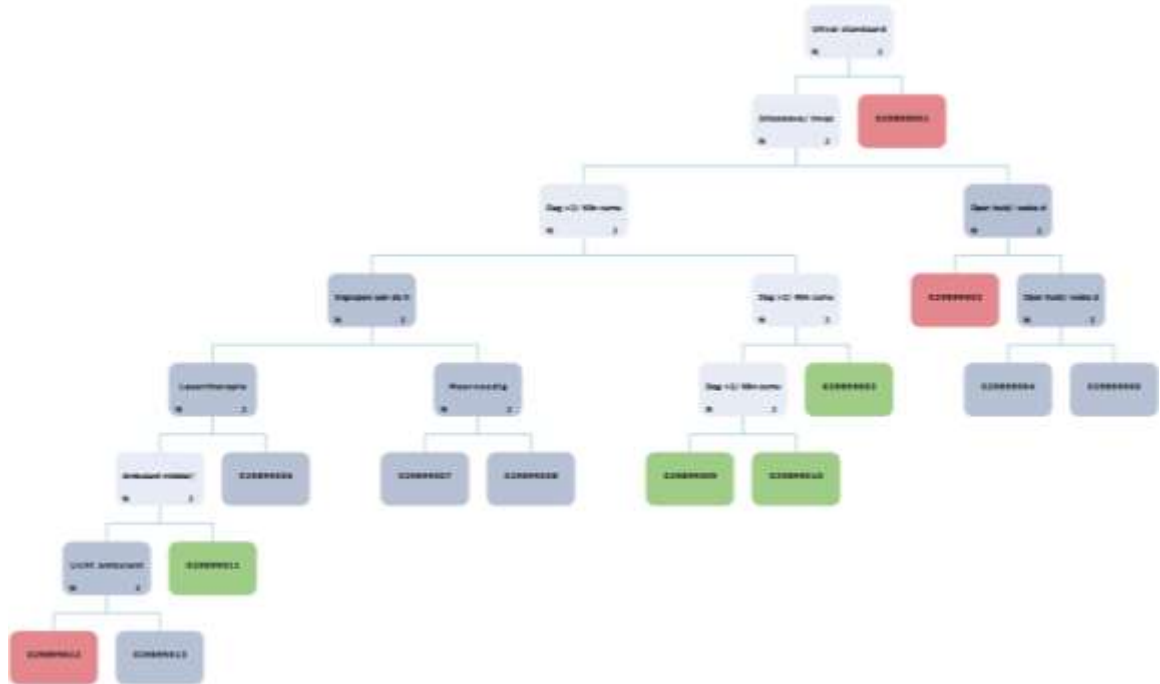
- niet invasieve zorgproducten: poliklinisch (inclusief dagbehandeling);
- niet invasieve zorgproducten: klinisch;
- invasieve zorgproducten: poliklinisch (inclusief dagbehandeling);
- invasieve zorgproducten: klinisch.

¹ Voor het uitleggen van de productstructuur wordt gebruik gemaakt van diagnose en zorgactiviteiten. Een zorgproduct kan alleen 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 een internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses. Het RIVM draagt zorg voor de uitgifte van de ICD-10 in Nederland. Zie ook www.rivm.nl.

³ Dit geldt niet voor "Wbmv" zorgproductgroepen. Zie paragraaf 5.2.

Afleiding naar dbc-zorgproducten gebeurt door middel van een productstructuur die is geladen in een grouper (zie hoofdstuk 5). Aan de hand van o.a. de (typerende) diagnose bepaalt een grouper eerst de zorgproductgroep en vervolgens het dbc-zorgproduct. In onderstaande afbeelding vindt u een voorbeeld van een deel van de productstructuur. De lichtgrijze 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 rood weergegeven.



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

In de Zorgproductapplicatie (zpa) (zorgproducten.nza.nl) kunt u ook de productstructuur inzien. De zpa geeft inzicht in de productstructuur met alle beslisnooppunten en zorgproducten (zie ook paragraaf 5.2.8 Zorgproductapplicatie).

Registratieregels

De zorgregistratie moet op een goede en eenduidige manier gebeuren. Zo moeten subtrajecten volgens vastgestelde regels worden geopend en gesloten. Deze regels noemen we registratieregels. De registratieregels vindt u in de Regeling medisch-specialistische zorg (Nadere Regel).

In de dbc-systematiek kunnen subtrajecten aan de hand van de afsluitregels in het ZIS van zorgaanbieders in de meeste gevallen automatisch worden afgesloten. Hierover leest u meer in hoofdstuk 3 en 4.

Grouper

Als het moment van declaratie (volgens de registratieregels) daar is, stuurt de zorgaanbieder het subtraject met bijbehorende zorgactiviteiten naar een zogenaamde grouper. Een grouper bevat de productstructuur die door de NZa is uitgeleverd. Op basis van de productstructuur en bijbehorende beslisregels, vertaalt een grouper de aangeleverde dataset tot zorgproducten die teruggegeven worden aan het ZIS van de zorgaanbieder. Deze informatie wordt gebruikt voor de declaratie bij de zorgverzekeraar. Hierover leest u meer in hoofdstuk 5, 6 en 7.

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



Figuur 3 Kenmerken van de dbc-systematiek

2.2 Het model: Van registreren tot declareren

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

Registeren:

- Op het moment dat een patiënt zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag, opent de zorgaanbieder een zorgtraject in het ZIS. 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) die naar een grouper kan. Het samenvatten is een zoveel mogelijk geautomatiseerd proces.

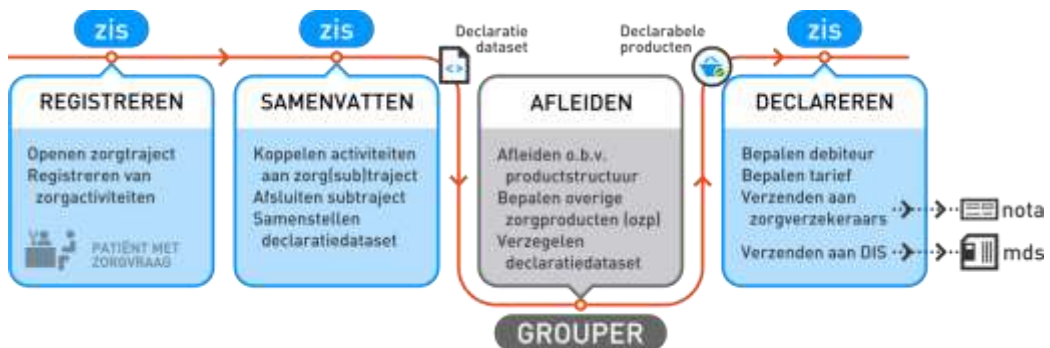
Afleiden:

- Nadat het subtraject is afgesloten, stuurt de zorgaanbieder gegevens over de geleverde zorg naar een grouper. Op basis van de aangeleverde data (de declaratiedataset) leidt een grouper het dbc-zorgproduct af.

Declareren:

- Het dbc-zorgproduct dat uit de grouper komt, krijgt een declaratiecode mee. Op basis van deze declaratiecode kunnen zorgaanbieders de zorg in rekening brengen.

Deze stappen worden weergegeven in Figuur 4.



Figuur 4 RSAD-datamodel

In hoofdstuk 3 tot en met 6 vindt u meer informatie over het RSAD-model:

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

Dbc-gegevens aanleveren

Naast het registreren van zorg moeten zorgaanbieders ook de dbc-gegevens aan de NZa aanleveren via het dbc-informatiesysteem (DIS). De NZa verzamelt deze informatie om inzicht te krijgen in de zorg die in Nederland geleverd wordt en om het dbc-systeem aan te passen zodat deze blijft aansluiten bij de zorgpraktijk. Hierover leest u meer in hoofdstuk 7.

2.3 Tabellen dbc-systeem en samenhang

Om medisch-specialistische zorg te registreren en declareren maken zorgaanbieders onder andere gebruik van landelijke dbc-tabellen en bestanden die door ons zijn vastgesteld. Sommige bestanden zijn ter informatie en anderen moeten worden ingelezen in software. In deze paragraaf lichten we toe welke bestanden u nodig heeft om de dbc-registratie goed in te richten en wat de samenhang tussen deze tabellen is binnen het RSAD-model.

Onderstaande schema toont de (kern)tabellen van de dbc-systematiek, met een korte beschrijving. U ziet daarnaast ook bij welke fase in het RSAD-model u een bestand kunt gebruiken. Ook leest u of het de betreffende tabel wordt ingelezen in het ZIS. In het document "ICT-eisen dbc-release" leest u meer over de functie en specificaties van deze tabellen. De groepertabellen staan beschreven in het document "Groupertabellen specificaties".

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		
Hulptabel overloopregistratie <i>Ondersteunt in een correcte afhandeling van overloopsituaties waarbij niet geautomatiseerd vertaald kan worden in een grouper.</i>	x	x		
Afsluitregels Tabel <i>Bevat de afsluitregels waardoor het automatisch afsluiten van subtrajecten mogelijk wordt.</i>	x	x		
Afsluitreden Tabel <i>Bevat de redenen voor het afsluiten van een subtraject.</i>	x	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	

Tabellen	Registreren	Samenvatten	Afleiden	Declareren
Relatie Diagnosen Zorgproductgroepen tabel <i>Geeft inzicht in de afleiding van diagnoses naar zorgproductgroepen.</i>			x	
Limitatieve Lijst Machtigingen <i>Bevat alle diagnose- en zorgactiviteitscombinaties waarvoor de medisch specialist vóór de uitvoering van de behandeling een machtiging moet aanvragen 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 <i>Op basis van deze tabellen leidt een grouper zorgproducten en bijbehorende declaratiecodes af.</i>			x	

Tabellen dbc-systematiek

Voor de registratie en declaratie van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren, kunnen 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 als declaratie van deze geneesmiddelen (bijvoorbeeld maximumtarief).

Meer informatie hierover leest u in paragraaf 3.8 Geneesmiddelen en indicaties en paragraaf 3.9.4 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

In de Nadere Regel staat omschreven in welke gevallen u een zorgtraject mag openen en welke voorwaarden hiervoor zijn. In het zorgtraject legt u alle zorgactiviteiten⁴ vast die gedurende het gehele zorgtraject zijn uitgevoerd. Op basis van deze registratie vindt declaratie plaats. In dit hoofdstuk vindt u een nadere uitleg van het registratieproces.

3.1 Zorgtraject en subtraject

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert⁵, opent een zorgtraject en registreert wie de patiënt heeft verwezen. Een zorgtraject loopt gedurende het gehele behandel- en/of controletraject van een bepaalde zorgvraag.

Door een zorgtraject te openen, wordt automatisch meteen een subtraject geopend. Het zorgtraject volgt het zorgproces en de declaratie gebeurt vervolgens per subtraject. 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. Een zorgtraject bevat een of meer subtrajecten.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is er verantwoordelijk voor om vast te stellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast is deze er ook verantwoordelijk voor 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);
- zorgtrajecten met subtraject met zorgtype 41 (bij levering van een overig zorgproduct (ozp), door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert op verzoek van de eerste lijn, of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de dbc-systematiek niet geldt);

⁴ Bronregistratie kan ook plaatsvinden op basis van andere codestelsels zoals bijvoorbeeld de verrichtingenthesaurus van Dutch Hospital Data (DHD). De verrichtingen kunnen daarna automatisch vertaald worden in de juiste zorgactiviteitcode.

⁵ 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 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

Een zorgtraject met subtraject zorgtype 11 wordt geopend als een patiënt bij een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of als voor de zorgvraag bij deze beroepsgroep nog geen zorgtraject geopend is. De patiënt kan zowel afkomstig zijn van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) worden doorverwezen.

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 zorgtype 13 ICC (intercollegiaal consult) wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, 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 zorgtype 13 wordt gesloten bij ontslag, of uiterlijk op de 120^e 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 zorgtype 41 wordt geopend door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, indien deze op verzoek van de eerstelijns of een specialisme waarvoor de dbc-systematiek niet geldt (bijvoorbeeld mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie) 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, voor een ic-intercollegiaal consult buiten de ic, of het vervoer van een patiënt met een interklinisch transport of MICU transport, wordt per periode een apart zorg-/subtraject zorgtype 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 en het interklinisch transport of MICU transport wordt dit in het zorg-/subtraject van 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 zorgtype 51 zijn gekoppeld, worden onderdeel van het profiel van het subtraject van de hoofdbehandelaar, maar zijn wel apart te onderscheiden. Het ic-zorg-/subtraject

zorgtype 51 moet tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd worden. Dit kan pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels die staan 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 er door een grouper uitgefilterd en mogen afzonderlijk gedeclareerd worden als ic-add-on zorgproducten.

Zorgtype 52 wordt geopend indien een patiënt rechtstreeks op de ic-afdeling wordt opgenomen en er geen zorgtraject van een hoofdbehandelaar is geopend.⁶ Een subtraject met zorgtype 52 mag 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 mag 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 zorgtype 51 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 bestaat altijd in combinatie met het eigen zorgtraject.⁷ De openings- en sluitdatum van subtrajecten met zorgtype 13, 41, 51 en 52 zijn 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-/subtraject⁸ 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 in twee situaties worden ingezet:

- 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 (bijvoorbeeld anesthesist) of door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert in de rol van ondersteuner (bijvoorbeeld MDL-arts bij het uitvoeren van een scopie). Het ondersteunend zorg-/subtraject zorgtype 51 is geen los-declarabel traject, maar wordt

⁶ Wanneer 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.

⁷ 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.

⁸ 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).

gekoppeld aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar. De registratie 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. 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.

Integrale zorgproducten voor transplantatiezorg

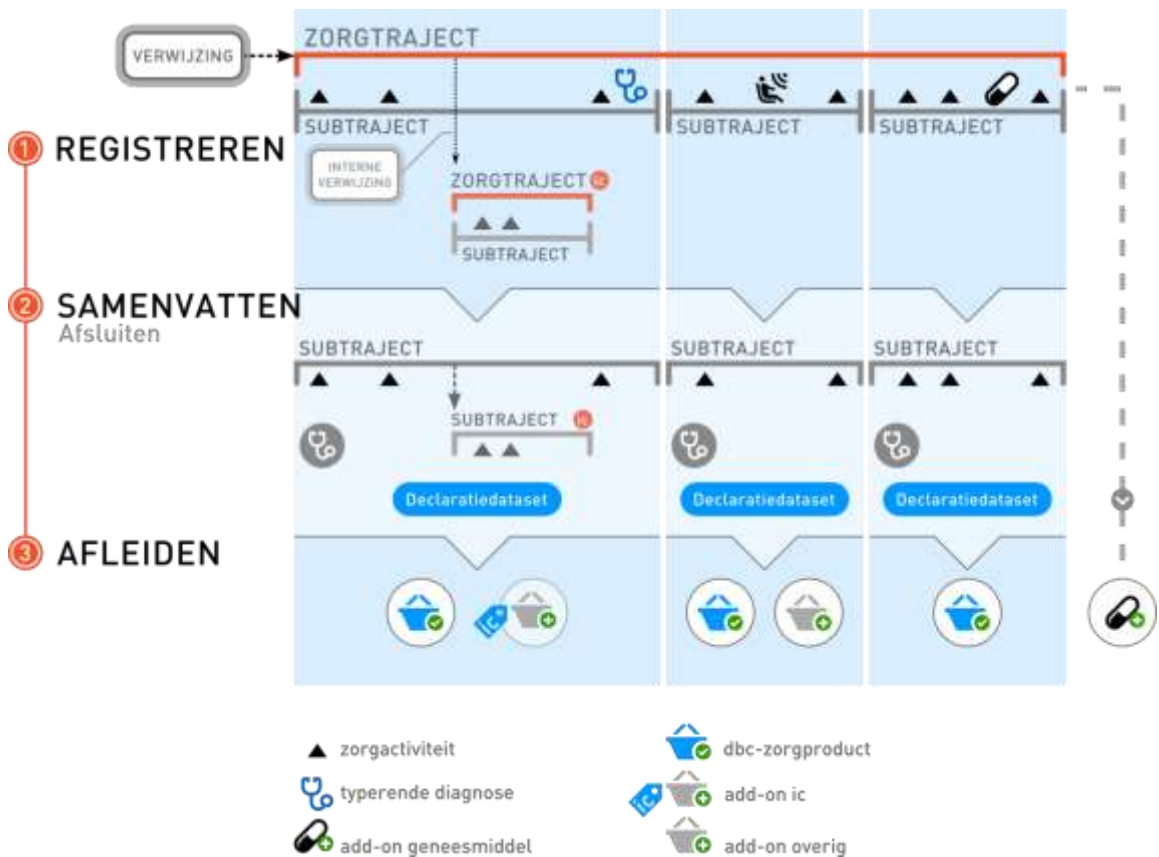
Vanaf 1 januari 2016 is voor de transplantatiezorg niet langer sprake van specifieke zorgproducten per specialisme, maar van een set van integrale zorgproducten die beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt.

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 kan pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels 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-/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 waarvan de patiënt is verwezen, wordt (geautomatiseerd) vastgelegd met een verwijzend zorgtrajectnummer. Dit is nodig om de add-on uit het ic-traject te relateren aan het dbc-zorgproduct. Zie ook paragraaf 3.9.1.



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

In Figuur 8 vindt u een voorbeeld van een add-on overig. Uit de declaratiedataset worden deze zorgactiviteiten in een grouper als add-on afgeleid. Hierover leest u meer in paragraaf 3.5 Zorgactiviteiten en 5.2.3 Overige zorgproducten. Add-ongeneesmiddelen worden vastgelegd als onderdeel van een zorgtraject, maar de afleiding hiervan vindt niet via een grouper plaats. Zie ook paragraaf 3.8 Geneesmiddelen en indicaties en 3.9.4 Te registreren gegevens bij geneesmiddelen.

3.2 Registratieregels voor openen en sluiten van subtrajecten

De registratie van geleverde zorg moet aan bepaalde voorwaarden voldoen. Van groot belang daarbij zijn 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, gepland staan of direct na overlijden van de patiënt. Een zorgtraject bevat altijd een of meerdere subtrajecten. Een subtraject kent een maximale looptijd van 120 dagen.⁹

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 opgenomen in de Nadere Regel.

⁹ Tot en met 2014 gold een maximale looptijd van 365 dagen per subtraject. Zie document Wijzigingen dbc-release RZ15a voor meer informatie (de [website van de NZa](#)).

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 typerende diagnose. De typerende diagnose is de diagnose die de zorgvraag over de te declareren periode (het subtraject) het beste typeert bij het sluiten van het subtraject. 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 tijdens de looptijd van een subtraject veranderen. Indien de diagnose op basis van nieuw inzicht tijdens de behandeling wijzigt, kan dit leiden tot een andere typerende diagnose. De diagnose kan per subtraject verschillen.

Zie ook paragraaf 3.4 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 wordt de component zorgvraag geregistreerd en kan deze een rol spelen bij het afleiden van een subtraject:

- plastische chirurgie
- kindergeneeskunde/neonatalogie
- neurologie
- revalidatiegeneeskunde
- consultatieve psychiatrie
- radiotherapie¹⁰

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 de zorginstelling hebben.

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

3.3.3 ICD-10

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, 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.¹¹ 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.

¹⁰ Verplicht vanaf 1 januari 2019.

¹¹ De ICD-10 code is alfanumeriek en opgebouwd uit drie tot vijf posities, exclusief leestekens zoals punt, slash, asterisk en plusteken (dagger).

3.4 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 voor de geldende regels voor parallelliteit.

Diagnose Combinatie Tabel

In de Diagnose Combinatie Tabel staan de diagnosecombinaties van typerende diagnoses 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 beoordeeld. De wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben bij deze combinaties van diagnosetyperingen 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 twee uitzonderingen:

- bepaalde dubbelzijdige aandoeningen die aan beide zijden operatief worden behandeld;
- aandoeningen waarbij op basis van een uitzondering in de Nadere Regel, parallelliteit 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 Diagnose Combinatie Tabel, wordt **geen** parallel zorgtraject geopend.

In de Nadere Regel vindt u aanvullende registratiebepalingen (bij parallelle trajecten).

3.5 Zorgactiviteiten

De uitgevoerde zorgactiviteiten zoals consulten, onderzoeken, verpleegdagen en ok-activiteiten worden binnen het zorgtraject van de patiënt geregistreerd.¹² De verleende zorg wordt vastgelegd via vastgestelde zorgactiviteiten (zie de Zorgactiviteiten Tabel op de [website van de NZa](#)). In het zorgtraject worden alle zorgactiviteiten vastgelegd die zijn geleverd en gerelateerd aan de zorgvraag van de patiënt.

3.5.1 Overige zorgproducten (ozp's)

De zorgactiviteiten zijn er ook om ozp's te kunnen registreren en declareren. Dit zijn prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde dbc-zorgproducten en deze worden uitgedrukt in zorgactiviteiten. Ozp's zijn onderverdeeld in vier hoofdcategorieën:

1. Supplementaire producten
2. Eerstelijnsdiagnostiek
3. Paramedische behandeling en onderzoek
4. Overige verrichtingen

¹² Bronregistratie kan ook plaatsvinden op basis van andere codestelsels zoals de verrichtingenthesaurus van DHD, waarna de verrichtingen automatisch vertaald kunnen worden in de juist zorgactiviteitcode.

De hoofdcategorieën kennen een verdere onderverdeling naar subcategorieën. Een uitgebreid overzicht van deze subcategorieën vindt u in bijlage 5. Hier vindt u ook achtergrondinformatie over registratie, afleiding en declaratie van ozp's.

Facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg

De facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg is een categorie overige zorgproducten, die op zichzelf staat en niet tot de vier hoofdcategorieën van overige zorgproducten behoort. Meer informatie hierover en de aanvraagprocedure staan in de Nadere en Beleidsregel.

Er bestaan twee soorten facultatieve prestaties:

- een losse facultatieve prestatie;
- een add-on facultatieve prestatie.

Een losse facultatieve prestatie wordt apart geregistreerd en gedeclareerd, een add-on facultatieve prestatie als onderdeel van een dbc-subtraject. Zie ook bijlage 5 – overzicht overige zorgproducten.

De registratie van facultatieve overige zorgproducten kan verschillen van de overige ozp's in het RSAD-model. Het kan zijn dat een facultatieve prestatie msz soms meer dagen beslaat en/of dat deze bestaat uit een bundeling van zorgactiviteiten / ozp's. Er bestaat op dit moment geen verplichting om de facultatieve prestatie als zorg-/subtraject te registreren. Het registreren van de zorgactiviteiten als onderdeel van de facultatieve prestatie, is ook niet verplicht. Wel kan dit wenselijk zijn voor de interne administratie en controle in het administratieve proces. De NZa onderzoekt nog de mogelijkheid voor facultatieve dbc's en het registreren van onderliggende zorgactiviteiten in zorg- en subtrajecten.

3.6 Overloopsituaties

Overloopsituaties kunnen ontstaan bij introductie van nieuwe zorgactiviteiten of wanneer zorgactiviteiten wijzigen. Wanneer een subtraject over de jaargrens loopt en er in het nieuwe jaar nieuwe zorgactiviteiten worden geregistreerd, dan tellen deze niet mee bij de bepaling van het zorgproduct. Hierdoor komt het voor dat dit soort subtrajecten naar een te laag zorgproduct afleiden of zelfs uitvallen.

Om toch een juist zorgproduct te krijgen, worden nieuwe of gewijzigde zorgactiviteiten waar mogelijk vertaald naar een vergelijkbare voorganger. De vertaaltabel zorgactiviteiten in de grouper biedt hiervoor een gedeeltelijke oplossing. In bepaalde gevallen kunnen nieuwe zorgactiviteiten namelijk niet eenduidig worden terugvertaald.

Als een vertaling niet mogelijk is, worden de zorgactiviteiten met ingang van 1 januari 2019 opgenomen in de Hulptabel Overloopregistratie. Naast deze hulptabel, worden te beëindigen zorgactiviteiten voortaan niet met ingang van een nieuwe release beëindigd, maar vier maanden later: dus per 30 april van het volgende jaar. Zo krijg je een periode waarin zowel voorgangers als opvolgers geldig zijn.

Afhankelijk van de begindatum van het subtraject mogen slechts óf voorgangers óf opvolgers geregistreerd worden. In subtrajecten met een begindatum in het oude jaar mogen alleen de oude verlengde zorgactiviteiten geregistreerd worden, in subtrajecten met een begindatum in het nieuwe jaar alleen de nieuwe zorgactiviteiten. Op basis van de *Hulptabel Overloopregistratie* kan handmatig of geautomatiseerd een keuze gemaakt worden in de registratie van de juiste zorgactiviteit(en).

Meer informatie over de Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper vindt u in paragraaf 5.1.2 Kenmerken en functionaliteiten . Meer informatie over de Hulptabel Overloopregistratie vindt u in het document "ICT-eisen dbc-release".

3.7 Aanspraak en machtigingen bij registratie

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

3.8 Geneesmiddelen en indicaties

We stellen maandelijks vast voor welke geneesmiddelen een add-onprestatie geldt. Het gaat dan om geneesmiddelen die los van een subtraject tussentijds in rekening gebracht mogen worden. De vastgestelde prestaties maken we bekend in een tariefbeschikking, waarna Z-Index deze opneemt in de G-standaard.

Indicaties

Bij de declaratie van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor, moet ook geregistreerd worden voor welke indicatie het geneesmiddel is verstrekt. Farmatec, onderdeel van een uitvoeringsorganisatie (CIBG) van het ministerie van VWS, stelt hiervoor een publiek toegankelijke database beschikbaar, de zogenaamde add-on databank. Deze databank bevat de indicaties voor 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 is opgenomen indien deze beschikbaar is.

Er mag tussen patiënt en zorgaanbieder een privacyverklaring worden overeengekomen. In deze gevallen, hoeft de indicatie niet aangeleverd te worden.

G-standaard

De vastgestelde add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren worden opgenomen in 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 die in de add-on databank van Farmatec is opgenomen. In de G-standaard vindt u ook of er volgens zorgverzekeraars recht is op aanspraak onder de basisverzekering. Vanaf 1 januari 2018 is daarnaast een bestand met verkorte indicatieteksten opgenomen, ter ondersteuning van de registratie van de indicatie.

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.

Meer informatie over de G-standaard vindt u via de website van de Z-index (www.z-index.nl). Meer informatie over de add-on databank vindt u via de website van Farmatec (www.farmatec.nl).

3.9 Het ZIS en te registreren gegevens

Een ZIS is een elektronisch informatiesysteem. De functionaliteit/inhoud van een ZIS verschilt 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 bijvoorbeeld: 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 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.

3.9.1 Te registreren gegevens bij een zorgtraject

Bij een zorgtraject worden de volgende gegevens 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 opent¹³).
- 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).
- Verwijzend zorgtrajectnummer (wordt automatisch ingevuld door het ZIS en verwijst naar het zorgtraject waarvan wordt verwezen voor zorgtrajecten met een subtraject van het zorgtype 51).

3.9.2 Te registreren gegevens bij een subtraject

Het subtraject is het resultaat van een geautomatiseerd samenvattingsproces binnen het ziekenhuis.¹⁴ Dit proces levert de volgende gegevens op:

¹³ Wanneer een beroepsbeoefenaar, niet zijnde een medisch specialist, geheel zelfstandig een zorgtraject uitvoert, wordt de agb-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.

¹⁴ Zie hoofdstuk 4 Samenvatten.

- 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 uitvoert¹⁵.
- (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 wordt getypeerd:
 - bij zorgtype 11 of 21: vul hier de typerende 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 Tabel¹⁶.

3.9.3 Te registreren gegevens bij zorgactiviteiten

In deze paragraaf staat beschreven welke gegevens u bij de zorgactiviteiten moet 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.

- Zorgactiviteitnummer: een uniek nummer waarmee de zorgactiviteit binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer wordt automatisch 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 of Verrichtingen Thesaurus). 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.

¹⁵ Wanneer een beroepsbeoefenaar, niet zijnde een medisch specialist, geheel zelfstandig een zorgtraject uitvoert, wordt de agb-code van het uitvoerend specialisme vermeld op basis van de typeringslijst waarvan deze beroepsbeoefenaar gebruik maakt.

¹⁶ 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 de [website van de NZa](#).

Een specifieke situatie hierin is revalidatie. Hierbij 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 representeren per zorgactiviteit een tijdseenheid van 5 minuten behandelinzet. Indirecte patiëntgerichte tijd binnen de medisch- specialistische revalidatiezorg wordt 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 geregistreerd binnen het systeem.

3.9.4 Te registreren gegevens bij geneesmiddelen

De gegevens die we in deze paragraaf benoemen, moeten alleen vastgelegd worden bij add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren, en niet voor geneesmiddelen in algemene zin. De informatie legt u vast als onderdeel van het zorgtraject. In het geval van ozp-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 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 (bijvoorbeeld tabletten) een ander zi-nummer heeft dan een verpakking van 30 stuks (bijvoorbeeld tabletten).^{17, 18}
- Verstrekt geneesmiddelnummer: een uniek nummer waarmee het geneesmiddel binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer wordt automatisch gegenereerd door het ZIS.
- Code Soort geneesmiddel: een code die aangeeft of het geneesmiddel is toegepast als add-on of ozp-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 waarop dit is verstrekt aan de patiënt of 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 eenheden¹⁹: het aantal eenheden (bijvoorbeeld infusieflacons, tabletten) of fracties van eenheden (bijvoorbeeld een halve infusieflacon) dat nodig is om

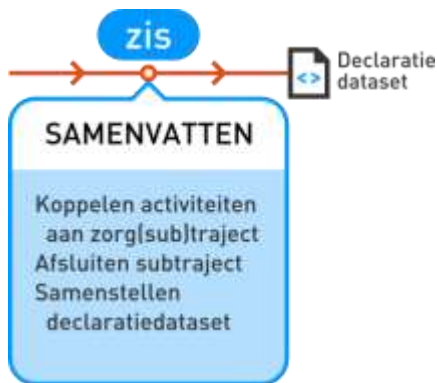
¹⁷ Voor situaties waarbij een in Nederland geregistreerd geneesmiddel niet voorradig is en wordt vervangen door een geneesmiddel waarvoor een handelsvergunning is afgegeven buiten Nederland, mag het vervangende geneesmiddel met een buitenlandse registratie met het zi-nummer van het Nederlandse product worden gedeclareerd. Het moet in dat geval gaan om een geneesmiddel dat dezelfde werkzame stof, toedieningsvorm en sterkte bevat.

¹⁸ 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 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.

¹⁹ 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 moet worden. Het is aan de zorgaanbieder (de apotheker) om de meest optimale combinatie van verpakkingen te selecteren zodat spillage zo veel mogelijk vermeden wordt.

de voorgeschreven hoeveelheid te 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 wordt bijvoorbeeld 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.

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 gaat een grouper dan vervolgens het declarabele zorgproduct afleiden. Het samenvatten is een zoveel mogelijk geautomatiseerd proces.

Add-ongeneesmiddelen geregistreerd als zi-nummer mogen zonder tussenkomst van een grouper direct worden gedeclareerd. Deze paragraaf is daarom niet van toepassing voor deze geneesmiddelen.

4.1 Afsluitregels en afsluitredenen

Het afsluiten van zorg-/subtrajecten gebeurt op basis van regels die staan in de Nadere Regel, Afsluitregels Tabel en Afsluitredenen Tabel. De Afsluitregels Tabel is primair bedoeld om alle groeperingen van zorgactiviteiten, zorgvragen en/of diagnoses, geautomatiseerd toe te passen.

De Afsluitregels Tabel is een afgeleide van het Registratieaddendum. Het Registratieaddendum bevat de functionele beschrijvingen van de algemene afsluitregels en de te automatiseren uitzonderingsregels van subtrajecten met zorgtype 11 en 21. In het ZIS is voor de meeste afsluitregels een geautomatiseerde afsluitregel ingebouwd. Zo wordt op het juiste moment een subtraject afgesloten. Deze afsluitregels worden door de ICT-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 het samenstellen van een samenvatting van de dataset uit het lopende zorgtraject, 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 Afsluitredenen Tabel bevat alle mogelijke redenen voor het afsluiten van een subtraject. De afsluitredenen 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 afsluitredenen 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), de typerende diagnose en de afsluitreden vastgelegd.

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

Bij het samenvatten wordt deze set gegevens eventueel aangevuld met een of meer subtrajecten met zorgtype 51 die een verwijzing hebben naar het bij het subtraject (zorgtype 11 of 21) behorende zorgtraject. Deze worden gebundeld tot één declaratiedataset en aan een grouper aangeboden. Per subtraject wordt één declaratiedataset samengesteld.²⁰

4.2 Registratieaddendum

In de vorige paragraaf is benoemd dat ICT-leveranciers met behulp van het Registratieaddendum²¹ 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 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 altijd 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 wordt 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 zorgactiviteit uit groep 2
en een 2e (dezelfde of een andere) zorgactiviteit uit groep 2 met latere uitvoerdatum
Dan sluit het lopende subtraject 1 dag voor de uitvoerdatum van de 2e zorgactiviteit met afsluitreden xx
en wordt een volgend subtraject geopend op de dag van de uitvoerdatum van de 2e zorgactiviteit
Eind-als

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. Een volledig overzicht van de zorgprofielklassen kunt u vinden in het document "ICT-eisen dbc release".

²⁰ 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, add-on facultatieve prestatie, ondersteunende en de ic-behandeling, samengevoegd.

²¹ U vindt het Registratieaddendum op de [website van de NZa](#).

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 zorginstelling²². 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 Toelichting op het koppelalgoritme van dit document.

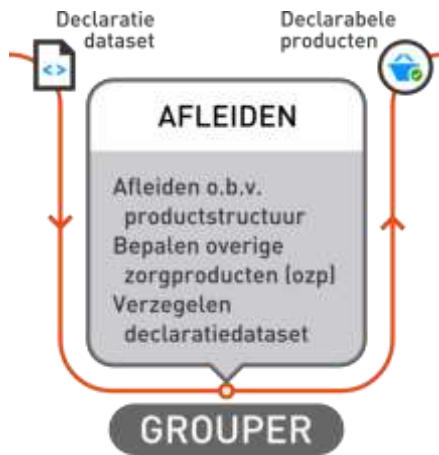
4.4 Overloopsituaties

Op basis van de Hulptabel Overloopregistratie kan een juiste zorgactiviteit geregistreerd worden in overloopsituaties, maar de tabel kan ook gebruikt worden tijdens of voorafgaand aan de samenvattingsstap. De zorgactiviteiten die geregistreerd zijn en in deze tabel voorkomen, kunnen op dit moment handmatig of geautomatiseerd omgezet worden naar de juiste zorgactiviteit(en) die geldig zijn op de ingangsdatum van het subtraject.

Meer informatie over dit onderwerp vindt u in paragraaf 3.6 Overloopsituaties en in het document "ICT-eisen dbc-release".

²² 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.

5. Afleiden



Figuur 10 Afleiden

Op basis van de aangeleverde data (de declaratiedataset) leidt een grouper een dbc-zorgproduct af. Ook kan een add-on worden afgeleid. Add-ons kunnen in combinatie met een dbc-zorgproduct worden afgeleid, maar ook zonder. Dit 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 ozp-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.

In paragraaf 5.1 gaan we nader in op wat een grouper is en welke functionaliteiten deze bevat. Paragraaf 5.2 gaat in op de productstructuur die in een grouper is geladen en hoe de afleiding van zorgproducten werkt.

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 de gegevens in een aangeleverde declaratiedataset om in 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 uitgevoerd om de zorgvraag gekoppeld aan een subtraject ter beantwoording van een zorgvraag van de patiënt te behandelen.

De minimale gegevens die nodig zijn voor de afleiding, staan in de bijlage "Toelichting regels afleiding" van de Nadere Regel.

5.1.2 Kenmerken en functionaliteiten

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

Sorteren

Een grouper kun je zien als een sorteermachine, waarbinnen alles direct wordt verwerkt en uitstroomt naar de juiste bakjes.

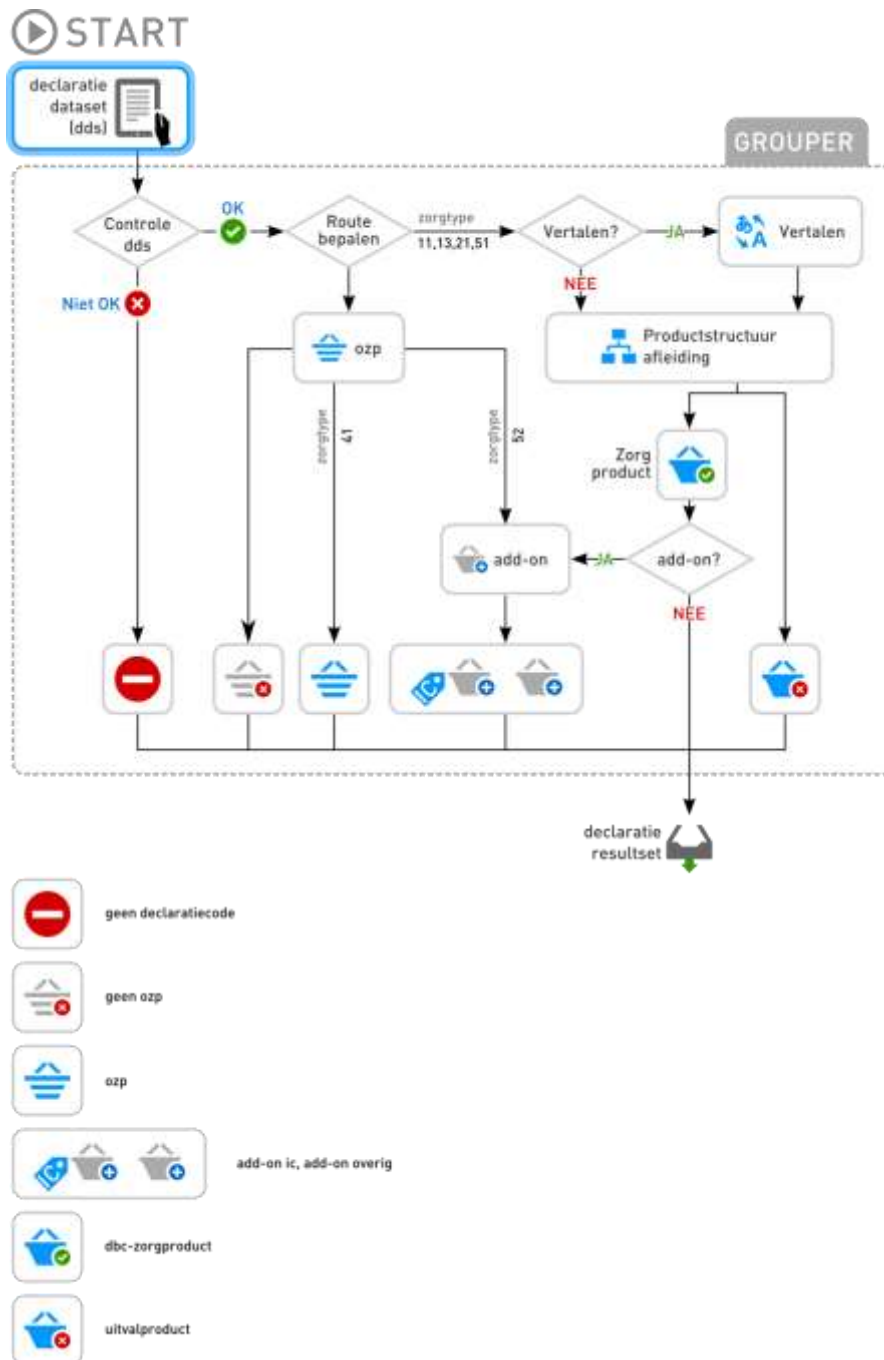
Controles

Een grouper voert een aantal controles uit. Deze zijn zowel technisch als inhoudelijk van aard. 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 komt voor 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 zogenaamde Vertaal Tabel Zorgactiviteiten Grouper beschikbaar. Daarin zijn nieuwe zorgactiviteiten opgenomen die vertaald worden naar een vergelijkbare andere zorgactiviteit die wél geldig was op openingsdatum van het subtraject. Deze tabel wordt vastgesteld door de NZa. Niet alle zorgactiviteiten kunnen worden vertaald. Zorgactiviteiten die nog niet geldig waren op de openingsdatum van het subtraject en waar 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.

De volgende figuur toont het afleidingsmechanisme en de functionaliteiten van een grouper zoals hiervoor beschreven.



Figuur 11 Functionaliteiten van een grouper (inclusief legenda)

5.1.3 Informatievastlegging

Een grouper leidt zorgproducten af, maar slaat geen informatie op. Ook geen historie van afleidingen die gedaan zijn. Een grouper weet dus niet dat eenzelfde diagnose/zorgprofiel voor eenzelfde patiënt al eerder is aangeboden.

Zorgverzekeraars kunnen wél controleren of eenzelfde dataset al eerder is aangeleverd. Dit doen ze aan de hand van de 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 een grouper een retourbericht aan de verzender van de declaratiedataset. Dit is een declaratieresultset. Soms kan een grouper ook foutmeldingen geven. Deze foutmeldingen kunnen het gevolg zijn van technische en/of inhoudelijke controles.

Declaratieresultset

Elke doorvoer van een declaratiedataset leidt tot een eigen declaratieresultset met een door een grouper uniek toegekend declaratieresultsetnummer²³. Bij één declaratiedatasetnummer kunnen dus een of meer declaratieresultsetnummers horen, afhankelijk van het aantal keren dat de declaratiedataset is aangeleverd.

Verder bevat een declaratieresultset:

- informatie over het te declareren product: een zorgproduct- en declaratiecode;
- optioneel (vanaf 1 juni 2014) een of meer zorgactiviteitnummers: die geven aan welke zorgactiviteiten op de nota opgenomen moeten worden. De zorgactiviteitsregistratie wordt door de zorginstelling uniek aangeduid middels een zorgactiviteitsnummer²⁴. Op basis van dit retour gestuurde nummer kan een koppeling gemaakt worden met de aangeleverde gegevens vanuit het ZIS;
- een hashcode (zie volgende paragraaf);
- indicatie aanspraak Zvw:
 - 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 er 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 Nadere Regel.

Hashcode

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

Het doel van de verzegeling (hashcode) 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 overige zorgproducten.
- de NZa 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.

²³ Bij iedere aanlevering aan een grouper komt er een nieuw uniek declaratieresultsetnummer als output (ook bij aanlevering van eenzelfde declaratiedataset).

²⁴ Zie paragraaf 3.9.3.

5.1.5 Zorgactiviteiten op de nota

Voor sommige zorgactiviteiten geldt dat ze verplicht op de zorgnota moeten komen. Zo kunnen een patiënt en de zorgverzekeraar de zorgnota nog beter controleren. De zorgactiviteiten die op de zorgnota moeten komen worden bepaald door een grouper.

De code, de omschrijving en de uitvoerdatum van de zorgactiviteit moeten op de nota komen als deze voorkomt op de door de NZa vastgestelde lijst²⁵. De criteria voor het vermelden van een zorgactiviteit op de nota staan vermeld in de Beleidsregel Toetsingskader Dbc-systeem. De verplichting 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 Zorgactiviteiten Tabel.

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

In sommige gevallen is een privacyverklaring overeengekomen tussen patiënt en zorgaanbieder. De patiënt wil niet dat de uitgevoerde zorgactiviteiten op de nota verschijnen. Als er een privacyverklaring is, selecteert de grouper geen zorgactiviteiten voor op de zorgnota.

5.2 Zorgproducten afleiden

Om 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 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 gehanteerd²⁶.

De afleiding naar een zorgproductgroep vindt vooral plaats op basis van de aangeleverde diagnosetypering. In enkele gevallen wordt het subtraject op basis van de aanwezigheid van een specifieke zorgactiviteit naar een bepaalde zorgproductgroep geleid. Dit geldt bijvoorbeeld voor de zorg die valt onder de Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen (Wbmv). Ook zijn er enkele specialismen die een eigen beslisboom hebben en dus niet zijn ingedeeld op basis van de ICD-structuur die specialisme overstijgend is.

Voor meer informatie over de relatie tussen diagnoses en zorgproductgroepen en de uitzonderingen daarop, verwijzen wij u naar de Relatie Diagnosen Zorgproductgroepen Tabel en het document "Aanvullende informatie bij RDZT" (beide te vinden op de [website van de NZa](#)).

²⁵ Deze lijst is als bijlage opgenomen bij de Regeling-medisch specialistische zorg en te downloaden via www.nza.nl.

²⁶ 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-diagnosetyperingen). De ICD10-diagnosecode zelf wordt in de afleiding niet gebruikt.

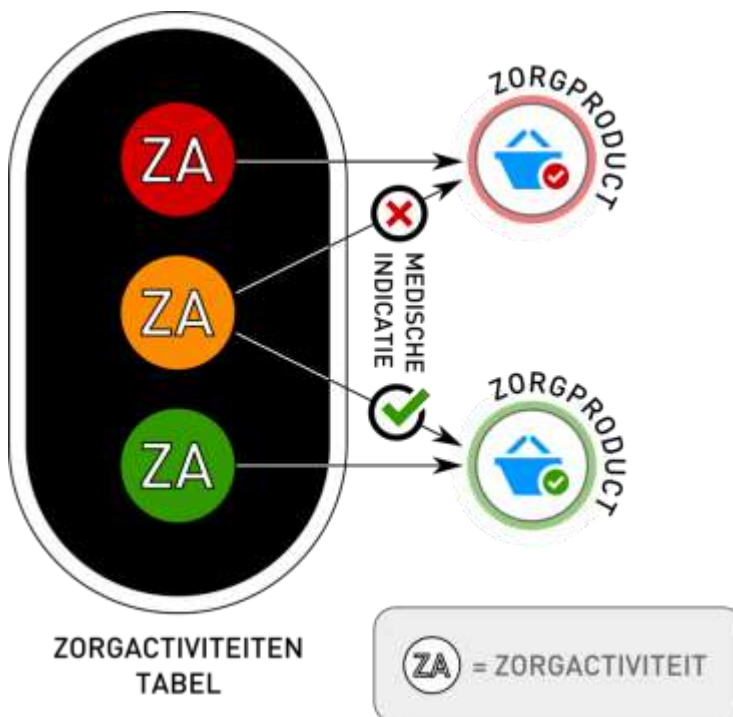
Voor zorgproducten waarvoor wél aanspraak op de Zvw wordt gemaakt voor vergoeding vanuit het basispakket zorgverzekering²⁷, geldt de declaratiecode voor verzekerde zorg (groen). Voor zorgproducten waarvoor géén aanspraak op de Zvw wordt gemaakt, geldt de declaratiecode voor onverzekerde zorg (rood).

Indeling

Zorgactiviteiten zijn als volgt ingedeeld:

- 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

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 wanneer 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 aan hen toestemming moet 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 daarom de Limitatieve Lijst Machtigingen opgesteld met daarin vermeld de combinaties diagnose-zorgactiviteiten waarvoor een machtiging is vereist.

²⁷ Het Zorginstituut geeft een document uit waarin wordt beschreven onder welke condities er wel/geen aanspraak gemaakt mag worden op vergoeding uit het basispakket, met verwijzing naar wettekst. Dit document, getiteld 'Overzicht zorgactiviteiten met een aanspraakcode Zvw' is te vinden op de website van het Zorginstituut (www.zorginstituutnederland.nl).

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 gegeven²⁸.
- 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-release". Deze vindt u op de [website van de NZa](#).

5.2.5 Wbmv

Sinds 2012 is op zorgactiviteitsniveau 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-codetabel 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 wbmvcodes gekoppelde regeling. Naast de code en de omschrijving wordt ook een verwijzing geleverd naar de onderliggende wettekst en aanvullende informatie. In die tekst wordt nadere informatie gevonden over de condities waaronder de betreffende zorgactiviteit mag 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-release" en in de Zorgproducten Tabel. 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

Bij de afleiding naar een dbc-zorgproduct kan een weegfactor van toepassing zijn. Een weegfactor is een factor om ongewogen behandeltime om te zetten naar gewogen behandeltime. Door een weegfactor wordt in de afleiding een zwaarte toegekend aan een zorgactiviteit. Dit bepaalt mede naar welk dbc-zorgproduct wordt afgeleid.

Bij revalidatiegeneeskunde, geriatrische revalidatiezorg en audiologie wordt bij de afleiding naar een dbc-zorgproduct gebruik gemaakt van weegfactoren. 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 weegfactor 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

²⁸ Wanneer de ICT-leverancier dit in het ZIS heeft ingebouwd.

referentiepunt geldt hierbij de gemiddelde uurprijs van de fysiotherapeut, waarvoor de wegingsfactor op 1 is gesteld. Een overzicht van de weegfactoren staat in bijlage 6.

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 gelijk staat 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 weegt daardoor zwaarder in de afleiding voor de producten waarbij tijd een relevante factor is.

In de afleiding wordt de registratie-eenheid uit de zorgactiviteitentabel afgerond naar een geheel getal. Een zorgactiviteit met bijvoorbeeld een registratie-eenheid van 26,1 telt daardoor 26 minuten mee in de afleiding.

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 kunt u niet declareren. In Figuur 12 ziet u dat uitvalproducten in de Zorgproductapplicatie zijn aangegeven met rood. De declarabele dbc-zorgproducten zijn groen of paars.

Een declaratiedataset resulteert in een uitvalproduct als:

- sprake is van registratiefouten (zoals het aanwezig zijn van een heupprothese bij een oogoperatie);
- sprake is van een onvoldoende gevuld of geheel leeg profiel;
- 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 declaratiedataset²⁹.

5.2.8 Zorgproductapplicatie

De zorgproductapplicatie is een interactieve webapplicatie waarmee de afleiding in de productstructuur wordt gesimuleerd. De zorgproductapplicatie bevat 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

²⁹ Voor de analyse kan gebruik worden gemaakt van de Zorgproductapplicatie.

tarief (alleen a-segment), of sprake is van aanspraakbeperkingen, enzovoorts. U kunt de zorgproductapplicatie raadplegen via zorgproducten.nza.nl.

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:

- een unieke declaratiecode voor elk dbc-zorgproduct;
- een unieke declaratiecode 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 van uitgegaan wordt dat:

- bij dbc-zorgproducten de openingsdatumdatum geldt van het betreffende subtraject;
- bij overige zorgproducten de datum geldt waarop de prestatie is geleverd (de verrichting werkelijk is uitgevoerd).

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 wijst de zorgverzekeraar deze af. Eventuele correctie achteraf moet dan binnen het ZIS plaatsvinden.

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 teruggeeft aan het ZIS van de zorginstelling. De declaratieresultset bestaat uit diverse onderdelen (zie bijlage 1 en 2). Om het zorgproduct te declareren, is de declaratiecode nodig.

De declaratiecode die een grouper geeft, is terug te vinden in de Zorgproducten Tabel en de Tarieven Tabel (te vinden op de [website van de NZa](http://website.van.de.NZa)). 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 Zvw, basispakket.³⁰

Onderstaande tabel toont de betekenis van de eerste twee cijfers van een declaratiecode:

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

Tabel 1 Soorten declaratiecodes dbc-zorgproducten³¹

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 -wanneer er een aanspraakbeperking geldt- kent een dbc-zorgproduct in de Zorgproducten Tabel ook een declaratiecode voor onverzekerde zorg (beginnend met 16 of 17).

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

Door middel van de declaratiecode kan de zorgaanbieder het zorgproduct (en eventuele add-ons of andere overige zorgproducten) 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. Aan ozp's die niet afgeleid worden door een grouper, kan direct een tarief gekoppeld worden.

Voor het te koppelen tarief zijn drie mogelijkheden:

- Er is sprake van een zorgproduct uit het b-segment: over het tarief kan 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: met de zorgverzekeraar kan een lagere prijs worden onderhandeld, maar nooit een hoger tarief dan het vaststelde maximumtarief (Tarieven Tabel).
- 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. Maar, als er een contract is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar dan kan 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 NZa³².

In de Tarieven Tabel 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 ozp-stollingsfactoren). Voor dbc-zorgproducten en overige zorgproducten in het b-segment is in de tarieventabel wel een regel opgenomen met de declaratiecode, maar is het tarief op 0 gezet. Dit geldt ook voor de zorgproducten van de protonentherapie. Hiervoor zijn individuele tariefbeschikkingen afgegeven met individuele maximumtarieven per product per zorgaanbieder. Daarom is er geen landelijk maximumtarief opgenomen in de Tarieven Tabel. Zie ook het document "ICT-eisen dbc-release".

Alle declaratiecodes zijn dus terug te vinden in de Tarieven Tabel. In het declaratieproces wordt de Tarieven Tabel gebruikt om te bepalen welk tarief bij een declaratiecode hoort. De

³⁰ Zie ook bijlage 3.

³¹ 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.

³² 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-release".

prestatieomschrijvingen horende bij de declaratiecodes van dbc-zorgproducten zijn opgenomen in de Zorgproducten Tabel met de omschrijving van het dbc-zorgproduct zelf.

De maximumtarieven voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-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, et cetera) voor de elektronische uitwisseling van declaratiegegevens tussen de zorginstellingen en de zorgverzekeraars. 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-specialistische 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 (zorgnota aan de patiënt) en het omschrijven van de verleende zorg is aan specificaties gebonden. In de Nadere Regel 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). U kunt gebruikmaken 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 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 zorginstellingen hun verplichtingen nakomen en dus de gegevens tijdig en correct aanleveren, heeft de NZa een aantal bevoegdheden 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 DIS. Dit gebeurt via de minimale dataset (mds). Hierin staan de gegevens vermeld 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). In de Standaard voor DIS Gegevensaanlevering SZ beschrijft NZa in welk formaat en op welke wijze gegevens moeten worden aangeleverd. De standaard vindt u op de [website van de NZa](#).

Zorgaanbieders mogen hun gegevens uitsluitend gepseudonimiseerd naar het 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 het 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 DIS wordt informatie over dbc's ontvangen en beheerd. Het bevat gegevens van zorgaanbieders uit de basisregistratie over wat zij aan zorg geleverd en gedeclareerd hebben. Het 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): het ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) en het Centraal Bureau voor de Statistiek (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 het DIS worden na ontvangst gecontroleerd op fouten voordat ze worden ingelezen in de database van het DIS. Gesignaleerde fouten worden in validatierapporten gerapporteerd op de portal voor zorgaanbieders. Ook ontvangt de zorgaanbieder een e-mail met de melding dat fouten zijn gesignaleerd. Op basis van het validatierapport kan de zorgaanbieder de juiste informatie aanleveren aan het DIS, maar ook de eigen basisadministratie en bedrijfsvoering verbeteren.

7.3.1 Open DIS-Data

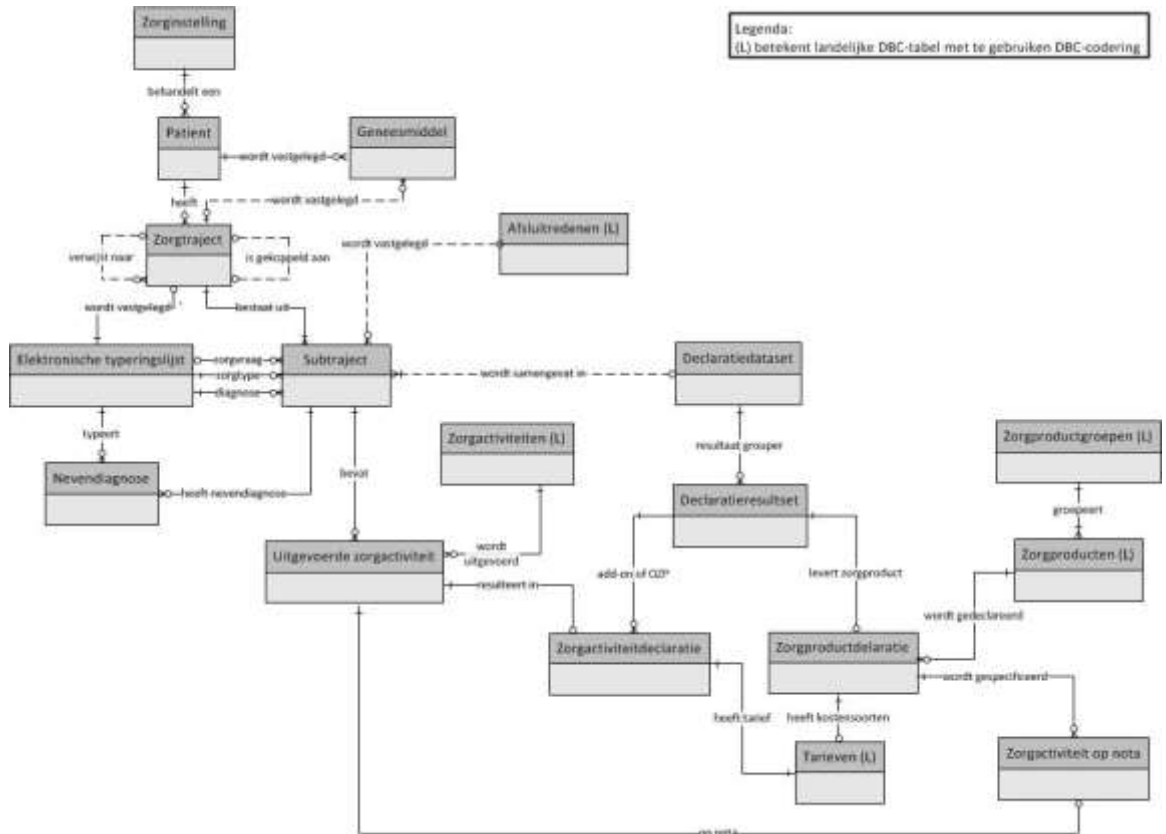
De website www.opendisdata.nl biedt zorg- en behandeldata die door Nederlandse ziekenhuizen zijn aangeleverd bij het DIS. Op de website ziet u bij hoeveel patiënten bepaalde diagnoses zijn gesteld, de bijbehorende zorgproducten en zorgactiviteiten en de landelijk gemiddelde verkoopprijs van alle zorgproducten. 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 een 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. Wanneer vastgelegd, behoort een geneesmiddel altijd toe aan één patiënt. Een zi-nummer kan voor meerdere patiënten vastgelegd worden.
Patiënt	Zorgtraject	Een patiënt heeft optioneel een of meerdere zorgtrajecten met een bepaalde zorgvraag. Een patiënt kan meerdere zorgtrajecten parallel (overlappende periodes) of achter elkaar volgend hebben wanneer dit is toegestaan door de <i>Diagnose Combinatie Tabel</i> .
Zorgtraject	Patiënt	Een zorgtraject hoort altijd bij één patiënt en moet uniek geregistreerd worden binnen de zorginstelling.
Zorgtraject	Zorgtraject	De relatie 'is gekoppeld aan' wordt als volgt omschreven: Een zorgtraject moet gekoppeld worden aan een zorgtraject als 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 een of meerdere zorgtrajecten met subtraject met zorgtype 51.
Zorgtraject	Geneesmiddel ¹	Een zorgtraject bevat optioneel een of meerdere geneesmiddelen. De relatie is het gevolg van de verplichting tot het registreren van een zorgtrajectnummer voor Add-ongeneesmiddelen.
Geneesmiddel ¹	Zorgtraject	Een geneesmiddel is conditioneel onderdeel van een zorgtraject. De relatie is verplicht voor add-ongeneesmiddelen en optioneel voor stollingsfactoren. Wanneer vastgelegd, behoort een geneesmiddel altijd toe aan één zorgtraject. Een zi-nummer kan voor meerdere zorgtrajecten vastgelegd worden.

Toelichting op relaties in het RSAD-datamodel		
Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
Zorgtraject	Zorgtraject	<p>De relatie 'verwijst naar' wordt als volgt omschreven:</p> <p>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 de Elektronische 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	<p>De <i>Elektronische Typeringslijst</i> 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.</p> <p>Elke codering kan optioneel in een of meerdere subtrajecten als typering toegepast worden.</p>
Subtraject	Uitgevoerde zorgactiviteit	Elk subtraject met zorgtype ongelijk aan 21 heeft minstens één uitgevoerde zorgactiviteit. Bij een subtraject met zorgtype 21 zijn er optioneel een 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.

Toelichting op relaties in het RSAD-datamodel		
Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
Zorgactiviteiten	Uitgevoerde zorgactiviteit	Een zorgactiviteitscode 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 een 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. Als het dbc-zorgproduct een uitvalproduct is, wordt geen declaratiecode opgeleverd en kan het zorgproduct niet gedeclareerd worden.
Zorgproductdeclaratie	Declaratieresultset	Een zorgproductdeclaratie is altijd een onderdeel van één declaratieresultset.
Zorgproductdeclaratie	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 een of meerdere zorgproductdeclaraties.
Zorgproductdeclaratie	Zorgactiviteit op nota	Een declarabel dbc-zorgproduct in zorgproductdeclaratie kan vanaf 1 juni 2014 voorzien zijn van een of meer uitgevoerde zorgactiviteiten die op nota vermeld moeten worden.
Zorgactiviteit op nota	Zorgproductdeclaratie	Een zorgactiviteit op nota behoort altijd bij één zorgproductdeclaratie als het een declarabel dbc-zorgproduct 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.
Zorgproductdeclaratie	Tarieven	Een declarabel dbc-zorgproduct in zorgproduct declaratie heeft tot 1 januari 2015 een 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 2015 geldt er nog één (integraal) kostensoort per declaratie.
Tarieven	Zorgproductdeclaratie	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 een of meerdere declarabele overige zorgproducten (ozp/add-on) als zorgactiviteit declaratie bevatten.
Zorgactiviteitdeclaratie	Declaratieresultset	Een zorgactiviteitdeclaratie is altijd onderdeel van één declaratieresultset.
Zorgactiviteitdeclaratie	Uitgevoerde zorgactiviteit	Een zorgactiviteitdeclaratie refereert altijd naar één uitgevoerde zorgactiviteit.
Uitgevoerde zorgactiviteit	Zorgactiviteitdeclaratie	Een uitgevoerde zorgactiviteit kan optioneel resulteren in een zorgactiviteitdeclaratie.

Toelichting op relaties in het RSAD-datamodel		
Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
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 een 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, maximumtarief) worden beschikbaar gesteld door Z-index. Voor meer informatie, zie www.z-index.nl.

In figuur 15 in bijlage 1 is een relatie beschreven tussen een geneesmiddel en het zorgtraject/de 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 (Zvw) en de door zorgverzekeraars vereiste machtigingen zijn verwerkt in de dbc-systematiek. Deze bijlage is in samenspraak met het Zorginstituut en ZN tot stand gekomen.

Om dit document goed te begrijpen is voorkennis van de productstructuur en de werking van de beslisbomen vereist. Wanneer u deze kennis nog niet hebt, raden wij u aan eerst de [dbc-e-learning medisch specialistische zorg](#) van de NZa 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 een voor iedereen gelijk pakket van aanspraken of vergoedingen. De inhoud en omvang van dit basispakket zijn vastgelegd in de Zvw en daarop steunende overige regelgeving (Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering).³³ Het Zorginstituut heeft de taak om uitleg te geven aan en voorlichting te geven over het in de 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 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 bij 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 aan de ene kant en de aanspraaklabeling in de dbc-systematiek aan de andere kant, 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:

- 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

³³ www.overheid.nl

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

Medische indicatie

Bij oranje zorgactiviteiten moet de medisch specialist aangeven 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 Zvw in aanmerking komt voor vergoeding.

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 wettekst 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, wanneer deze een patiënt specifieke vraag heeft, contact opnemen met de zorgverzekeraar van de patiënt.

Machtigingen

Voor een deel van de zorg waarvoor een aanspraakbeperking geldt, moet de medisch specialist vóór de uitvoering van de behandeling een machtiging aanvragen 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* 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 *Limitatieve Lijst Machtigingen* biedt op twee punten ondersteuning. In de eerste plaats kan er op basis van de *Limitatieve Lijst Machtigingen* een signaalfunctie worden ingebouwd in het ziekenhuisregistratiesysteem, die de zorgaanbieder erop wijst dat er voor een bepaalde behandeling vooraf een machtiging aangevraagd moet 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 *Limitatieve Lijst Machtigingen*) 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, dat wil zeggen 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 zorgactiviteiten³⁴;
- de typerende diagnose van het subtraject waarbij de activiteit is uitgevoerd;
- of (bij een oranje zorgactiviteit) 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.³⁵ 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 garanderen zijn zogenoemde paarse knopen geïntroduceerd in de productstructuur (de beslisbomen)³⁶. 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.

³⁴ 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).

³⁵ 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 ook voordoen dat dit eigenlijk niet duidelijk is, omdat het zorgtraject zorgactiviteiten omvat die het Zorginstituut (nog) niet heeft beoordeeld (zie de toelichting bij groene zorgactiviteiten in paragraaf 5.2.4). Het ligt in de rede dat als er bij een zorgverzekeraar gerede twijfel ontstaat, deze probeert – in overleg met zorgaanbieder(s) en/of Zorginstituut – duidelijkheid te krijgen over de vraag of het zorgproduct met groene declaratiecode daadwerkelijk verzekerde zorg betreft.

³⁶ In de zorgproductapplicatie (zpa) 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 overloopsituaties

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 een operatie wordt 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 (in dit geval de operatie). Een grouper bepaalt op basis van die datum of het zorgproduct een declaratiecode voor verzekerde zorg of onverzekerde zorg krijgt.³⁷

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 vlaggetje³⁸. 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 niveau van zorgactiviteit en zorgproduct. In eerste instantie op zorgactiviteit niveau (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).³⁹

Dit wordt schematisch weergegeven in het volgende hoofdstuk.

³⁷ Het Zorginstituut bevestigt deze lijn en verwijst hiervoor naar artikel 23, lid 1 van de Zvw.

³⁸ 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*.

³⁹ De Zorgproductapplicatie (zpa) laat zien voor welke dbc-zorgproducten een aanspraakbeperking kan gelden. Deze zijn te vinden in de paars gekleurde takken van de beslisbomen. De zpa toont ook welke zorgactiviteiten productspecifiek worden uitgevraagd. 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:

Zorgactiviteitcode	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 2 Voorbeeld van aanspraakcodes in de Zorgactiviteiten Tabel

De betekenis van de aanspraakcodes is als volgt:

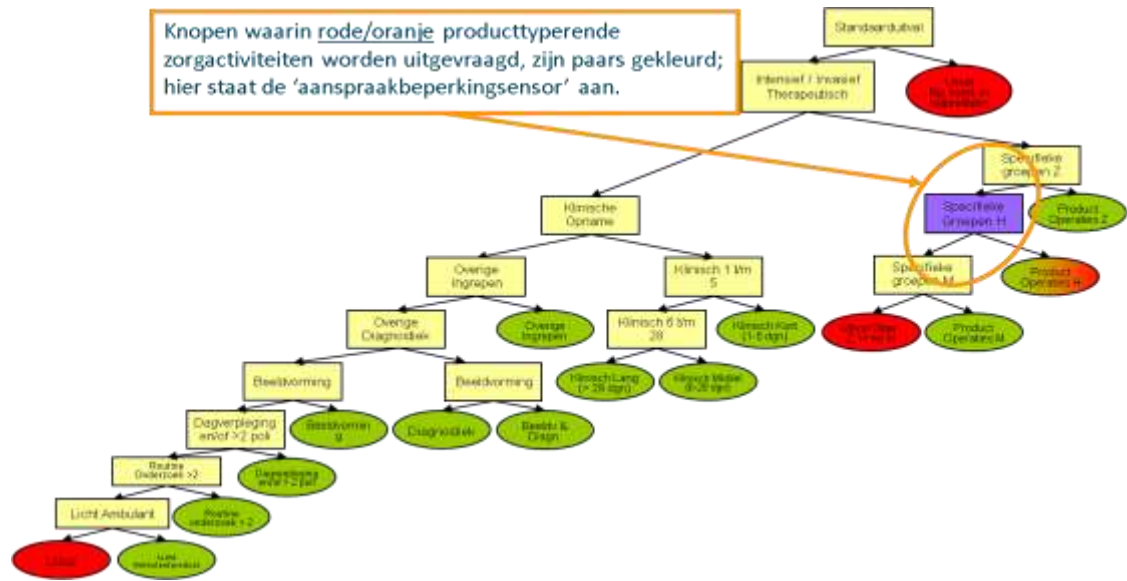
- zorgactiviteit 030146 is een **groene** zorgactiviteit, want deze heeft geen aanspraakcode;
- zorgactiviteit 030171 is een **oranje** zorgactiviteit, want de aanspraakcode begint met 26;
- zorgactiviteit 031280 is een **oranje** zorgactiviteit waarvoor vooraf een **machtiging** kan worden vereist, 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).

Kleuring dbc-zorgproducten (in paarse knopen)

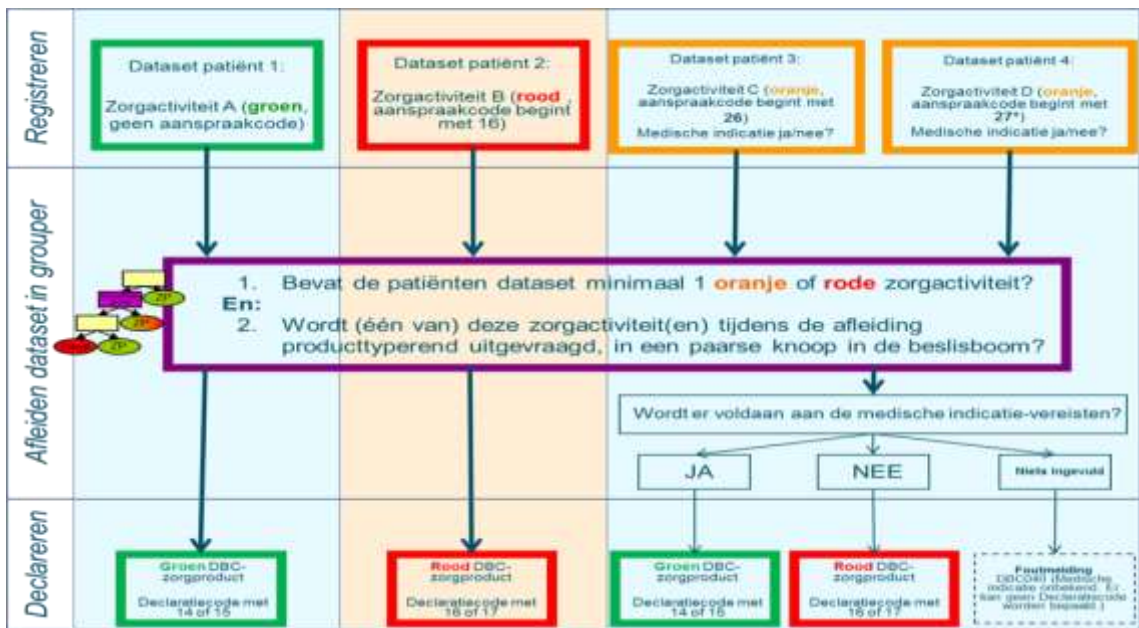
In de beslisbomen van de productstructuur wordt in knooppunten waar een rode of oranje zorgactiviteit producttyperend wordt uitgevraagd de 'aanspraakbeperkingsensor' aangezet.

Grafisch (bijvoorbeeld in de zorgproductapplicatie) wordt het knooppunt paars gekleurd, zie Figuur 16.



Figuur 16 Paarse knopen in de beslisboom

De kleuring van zorgproducten op basis van aanspraakbeperking op zorg in de dbc-systematiek kan schematisch als volgt worden weergegeven.

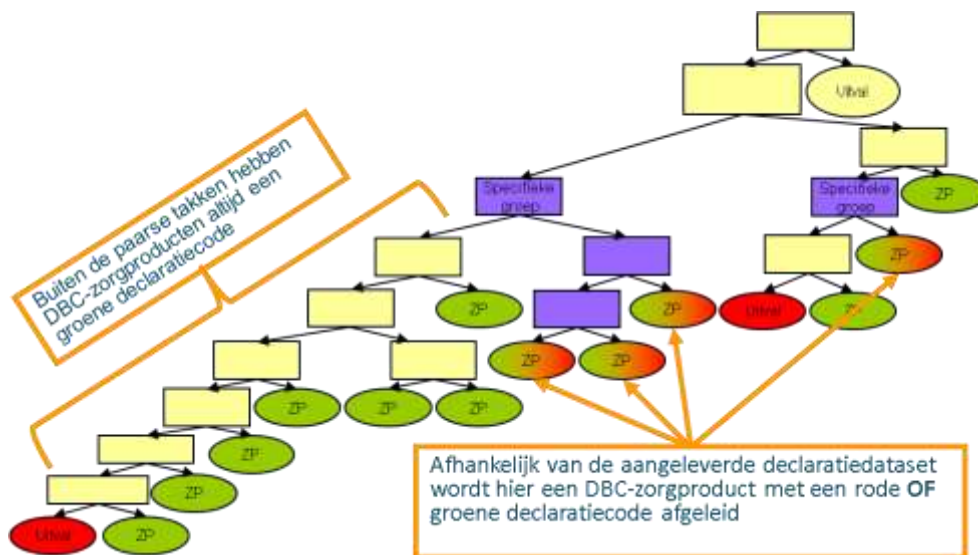


Figuur 17 Kleuring zorgproducten in beslisboom

Wanneer de aangeleverde declaratiedataset enkel groene zorgactiviteiten bevat, dan leidt een grouper ook een zorgproduct af met een groene declaratiecode. Bevat de declaratiedataset een typerende rode zorgactiviteit (die specifiek wordt uitgevraagd), dan leidt een grouper een zorgproduct met een rode declaratiecode af. Als een oranje zorgactiviteit is geregistreerd en deze zorgactiviteit is producttyperend, dan wordt het resulterende zorgproduct ook 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 over de medische indicatievereisten. Hiervoor moet het veld 'medische indicatie' ingevuld 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 In Vitro Fertilisatie (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.

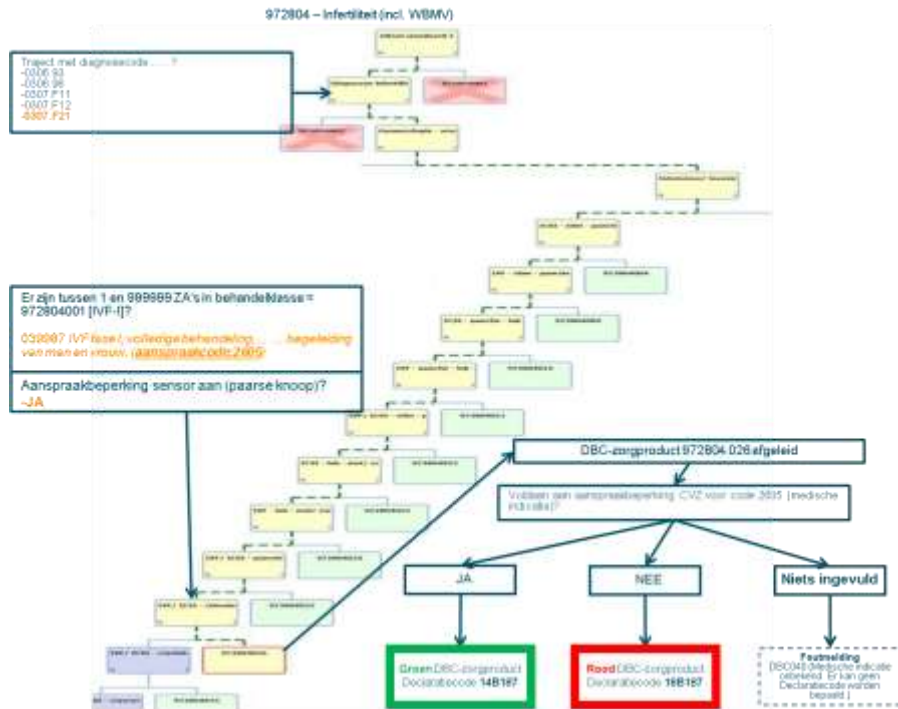
Met deze casus wordt een zorgproduct afgeleid in zorgproductgroep 972804 *Infertiliteit (incl. Wbmv)*.

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 follicelpunctie 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

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 dbc-zorgproduct.

Om een declarabel dbc-zorgproduct te bepalen, is het dus noodzakelijk om verschillende geregistreerde gegevens, waaronder zorgactiviteiten aan een zorgtraject en daarmee aan het te declareren subtraject te koppelen⁴⁰.

In het ideale geval worden zorgactiviteiten direct middels bijvoorbeeld een EPD (Elektronisch Patiëntendossier) en/of Order Communicatiesysteem aan het bijbehorende zorgtraject gekoppeld. Wanneer het koppelen van zorgactiviteiten niet direct bij de registratie plaatsvindt, moet dit achteraf 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 moet daarom faciliteiten 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 beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren zijn aangevraagd of uitgevoerd⁴¹.

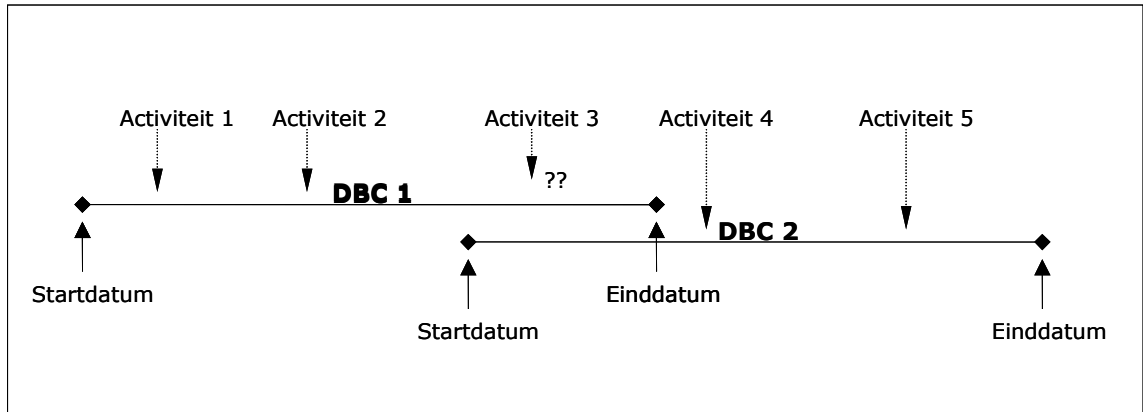
Koppelen van zorgactiviteiten aan aanvragend of uitvoerend specialisme

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 worden gehanteerd. Deze regels worden hieronder beschreven aan de hand van het bijgevoegde voorbeeld.

⁴⁰ Een subtraject moet 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 [website van de NZa](#).

⁴¹ Dbc-specialismen kennen soms deelgebieden zoals Verloskunde, Fertiliteit bij Gynaecologie of Nefrologie, Hematologie bij Interne Geneeskunde. In het ZIS van de zorginstelling mag 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.



Figuur 20 Voorbeeld koppelen van uitgevoerde zorgactiviteiten

1) Wanneer bij een zorgactiviteit de uitvoerder een beroepsbeoefenaar is die de poortfunctie uitvoert en voor dit specialisme er op de datum van uitvoering van de zorgactiviteit een openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, dan moet de zorgactiviteit aan het zorgtraject van de uitvoerder worden toegekend.

2) Wanneer er geen uitvoerder is geregistreerd of er is door de uitvoerder op de uitvoerdatum geen zorgtraject geopend en er is wel een aanvrager (beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert) 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 toegekend⁴². 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 moet een keuze gemaakt worden aan welke van de zorgtrajecten de zorgactiviteit moet 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 het betreffende zorgtraject. Deze vallen namelijk buiten de parallelle periode.
- Voor zorgactiviteit 3 is het niet duidelijk aan welke zorgtraject deze gekoppeld moet 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 moeten de zorgactiviteiten gesignaleerd worden op een uitvallijst en vraagt dit om handmatige bewerking.

5) Wanneer bij een zorgactiviteit de uitvoerder een beroepsbeoefenaar is die de poortfunctie uitvoert en er voor dit specialisme geen openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, omdat de zorgactiviteit is uitgevoerd op aanvraag of na verwijzing vanuit de eerste lijn, 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 zorgtype 41 te openen waaraan deze ondersteunende zorgactiviteiten gekoppeld kunnen worden.

6) Wanneer bij een zorgactiviteit de uitvoerder een beroepsbeoefenaar is die de poortfunctie uitvoert en er voor dit specialisme geen openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, omdat de zorgactiviteit is uitgevoerd op aanvraag van een andere beroepsbeoefenaar die de

⁴² Dit is handig om te automatiseren, maar de koppeling van zorgactiviteiten moet in voorkomende gevallen handmatig gecorrigeerd worden.

poortfunctie uitvoert, dan kan de uitvoerder een ondersteunend zorg-/subtraject zorgtype 51 openen waaraan deze ondersteunende zorgactiviteiten gekoppeld worden⁴³.

7) Zorgactiviteiten bij ic-opname dienen te worden aangevraagd of uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een intensivist, maar er bestaat geen landelijk vastgestelde agb-code voor de Intensivisten. Daarom is een interne code nodig voor het behandelende specialisme (de Intensivisten) op de ic. Iedere instelling kan hiervoor een eigen code specificeren, zolang deze maar niet overeenkomt met een bestaande agb-specialisme-code⁴⁴. 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 zorgtype 51 of 52. In geval van een zorgtype 51 wordt een verwijzing gemaakt naar het bovenliggende zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

8) Wanneer de zorgactiviteit behoort tot de (sub)categorie 'supplementaire producten – overig traject' of 'overige verrichtingen' wordt deze niet aan een zorgtraject gekoppeld. Dit geldt ook voor een regulier facultatief overig zorgproduct.^{45,46} Deze zorgactiviteiten worden 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/wordt, behoort de zorgactiviteit tot de categorie Onderlinge Dienstverlening of externe aanvragen en zal deze niet aan een zorgtraject worden toegekend.

10) Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de klinische opname. Alle verpleegdagen die horen bij de klinische opname worden binnen hetzelfde zorgtraject aan een subtraject gekoppeld.⁴⁷

⁴³ Het zorg-/subtraject zorgtype 51 heeft een interne verwijzing naar het aanvragende zorgtraject (zorgtraject hoofdbehandelaar) en wordt samen met het aanvragende zorgtraject in dezelfde declaratiedataset aan de grouper aangeboden.

⁴⁴ Voor de declaratie van de ic-prestaties en de aanlevering aan de DIS moet de interne code vervangen worden door een reguliere agb-code. Iedere instelling mag daarvoor zelf een code kiezen.

⁴⁵ Deze subcategorieën zijn in de Tarieven Tabel te herkennen aan specifieke tarieftypes.

⁴⁶ Bestaande prestaties / zorgactiviteiten kunnen onderdeel vormen van een facultatieve prestatie. Registratie van deze zorgactiviteiten is niet verplicht, maar kan wel wenselijk zijn voor de interne administratie en controle in het administratieve proces. Informatie hierover wordt in deze gevallen in de beschikking en daarna in de Regeling medisch-specialistische zorg (Nadere Regel) opgenomen. Let wel, dit gebeurt alleen als bestaande prestaties onderdeel uitmaken van de facultatieve prestatie.

⁴⁷ Hierop zijn twee uitzonderingen. 1) Overdracht van het klinisch hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme. Wanneer hier vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake van is, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject van de overnemend hoofdbehandelaar. 2) Kinderen met een SKION-stratificatie die een allogene stamceltransplantatie ondergaan en voorafgaand aan de transplantatiefase al klinisch opgenomen zijn. De verpleegdagen worden dan vanaf de start van de conditionering aan het zorgtraject voor de stamceltransplantatie gekoppeld.

Bijlage 5: Overzicht overige zorgproducten

In dit overzicht vindt u informatie ter ondersteuning in de registratie en declaratie van overige zorgproducten (ozp's) voor de medisch-specialistische zorg. Dit overzicht geeft uitvoeringstechnische aspecten weer van de ozp's. Zo vindt u hier informatie over:

- of het ozp binnen het gereguleerde segment (a-segment) of vrije segment (b-segment) valt;
- het tarieftype van het ozp;
- de mogelijke invulling van registratie van de specialismecode als aanvrager en/of uitvoerders van de zorgactiviteitcode van het ozp;
- in welke situaties het ozp als zorgactiviteit in een subtraject wordt geregistreerd, of separaat mag worden geregistreerd en gedeclareerd;
- of de ozp's direct als ozp gedeclareerd mogen worden of onderdeel zijn van een dbc-subtraject/zorgproduct;
- of afleiding van het ozp via een grouper plaatsvindt.

Hoofdcategorie	Subcategorie	Segment	Tarieftype	Aanvrager	Uitvoerder	Registratie in subtraject	Rechtstreeks declareren toegestaan	Via grouper
Supplementaire producten	Overig traject	Gereguleerd / Vrij	12*	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.	Nee	Ja	Nee
	Add-on overig	Gereguleerd / Vrij	14	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.	Zorgtype 11/21/51/52	Ja (direct na uitvoering)	Ja
	Add-on ic	Gereguleerd	15	Medisch specialist die de poortfunctie uitvoert.	Medisch specialist die de poortfunctie uitvoert.	Zorgtype 51/52	Ja (direct na uitvoering)	Ja
	Add-on geneesmiddelen	Gereguleerd	N.v.t.**	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.	Niet verplicht, maar voor zorgtrajectnummer geldt wel een informatieverplichting.	Ja (direct na uitvoering)	Nee
	Ozp-stollingsfactoren	Gereguleerd				Nee	Ja	

Hoofdcategorie	Subcategorie	Segment	Tarieftype	Aanvrager	Uitvoerder	Registratie in subtraject	Rechtstreeks declareren toegestaan	Via grouper
Eerstelijns-diagnostiek	Beeldvormende diagnostiek	Vrij	20	Eerste lijn, specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt werkzaam binnen dezelfde instelling, een beroepsbeoefenaar met poortfunctie of een wlz behandelaar.	Ondersteunend specialist die geen poortfunctie uitvoert.	Niet als aanvraag komt van eerste lijn, of specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt. In zorgtype 11/21, als aanvrager beroepsbeoefenaar met poortfunctie is.	Ja (alleen als aanvraag komt van eerste lijn of specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt).	Nee
	Klinische chemie en hematologie	Vrij						
	Microbiologisch onderzoek en Parasitologie	Vrij						
	Overige laboratorium verrichtingen	Vrij						
	Nucleair geneeskundige behandeling en onderzoek	Vrij						
	Pathologie	Vrij						
	Medisch-specialistische behandeling en diagnostiek	Vrij	11	Eerste lijn, specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt werkzaam binnen dezelfde instelling, een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert of een wlz behandelaar.	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.	In zorgtype 11/21 als de aanvraag komt van een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. In zorgtype 41 als de aanvraag komt van de eerste lijn of specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt. Echter, als op dezelfde dag een nieuw subtraject wordt geopend met dezelfde zorgvraag dan wordt de zorgactiviteit onderdeel van subtraject zorgtype 11.	Nee	Ja

Hoofdcategorie	Subcategorie	Segment	Tarieftype	Aanvrager	Uitvoerder	Registratie in subtraject	Rechtstreeks declareren toegestaan	Via grouper
Paramedische behandeling en onderzoek	Diëtetiek	Vrij	25	Directe toegang, eerste lijn, specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt werkzaam binnen dezelfde instelling, een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert of een wlz behandelaar.	Paramedisch zorgverlener	Niet als sprake is van directe toegang of aanvraag komt vanuit eerste lijn of specialist waarvoor dbc-systematiek niet geldt. In zorgtype 11/21, als aanvrager beroepsbeoefenaar met poortfunctie is.	Ja (alleen bij directe toegang, of als aanvraag komt van eerste lijn of specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt).	Nee
	Ergotherapie	Vrij						
	Fysiotherapie	Vrij						
	Logopedie	Vrij						
	Oefentherapie	Vrij						
	Optometrie	Gereguleerd						
	Orthoptie	Gereguleerd						
	Verloskunde	Gereguleerd			Verloskundig zorgverlener			

Hoofdcategorie	Subcategorie	Segment	Tarieftype	Aanvrager	Uitvoerder	Registratie in subtraject	Rechtstreeks declareren toegestaan	Via grouper
Overige verrichtingen	Bijbetaling aandeel onverzekerde zorg	Vrij	13	Eerste lijn, specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt of beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.***	Specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt of beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.***	Nee	Ja	Nee
	Bijzondere oogheelkunde	Gereguleerd						
	Bijzondere tandheelkunde	Vrij						
	Cryopreservatie van geslachtscellen en embryo's	Gereguleerd						
	Hyperbare zuurstofbehandeling	Gereguleerd						
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen	Gereguleerd						
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadvisering	Gereguleerd						
	Medisch specialistische beademingszorg	Gereguleerd						
	Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie	Gereguleerd						
	Onderlinge dienstverlening	Gereguleerd						
	Pathologie	Gereguleerd						
	Planningsvergelijking protonen- en fotontherapie	Gereguleerd						
	Prenatale screening	Gereguleerd						
	Regiefunctie complexe wondzorg	Gereguleerd						
	Reiskosten	Gereguleerd						
SCEN-consultatie	Gereguleerd							
Trombosezorg	Gereguleerd							
Zorg in de thuisituatie	Gereguleerd							
Facultatieve prestaties msz	Losse facultatieve prestatie	Vrij	13	Eerste lijn, specialist waarvoor de dbc-	Specialist waarvoor de dbc-systematiek niet	Nee	Ja	Nee

				systematiek niet geldt of beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert of wlz behandelaar.	geldt, beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, paramedisch zorgverlener of verloskundig zorgverlener.			
	Add-on facultatieve prestatie	Vrij	14	Beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert.	Specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt, beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, paramedisch zorgverlener of verloskundig zorgverlener.	Ja	Ja	Ja

**Dit overzicht gaat over de medisch-specialistische zorg en is dus niet van toepassing op ggz-ozp's die met tarieftype 12 in de tarieventabel zijn opgenomen.*

***Deze prestaties worden niet als zorgactiviteit geregistreerd.*

**** Voor de ozp's geldt dat deze in beginsel functioneel zijn omschreven en dat de handeling wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. De mogelijke uitvoerders (en aanvragers) zijn daarom op een algemene manier opgenomen. Als hier uitzonderingen voor gelden dan is in de Nadere Regel in de omschrijving of definitie van het ozp expliciet opgenomen dat de reikwijdte van de zorgactiviteit beperkt is tot een specifieke beroepsgroep.*

Bijlage 6: Overzicht weegfactoren

In deze bijlage vindt u de weegfactoren per zorgactiviteit voor de revalidatiegeneeskunde. In de kolom weegfactor staat de omrekenfactor waarmee de zwaarte van een zorgactiviteit kan worden bepaald van een zorgactiviteit in de afleiding. Voor meer informatie zie 5.2.6 Weegfactoren.

Zorgactiviteitcode	Zorgactiviteitsomschrijving	Weegfactor
190877	Klinische verpleging - decubitus wondverzorging - revalidatie.	0,8
190878	Klinische verpleging - mictie en defaecatie regulering - revalidatie.	0,8
190879	Klinische verpleging - ademhaling ondersteuning (zuurstof geven, airstacken (longvolume op peil houden), longen uitzuigen) niet chronisch - revalidatie.	0,6
190880	Klinische verpleging - infusies verzorgen (waaronder perifeerinfuus, CVC en TPV) - revalidatie.	1,0
190940	Fysiotherapie - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190941	Ergotherapie - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190942	Logopedie - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190943	Maatschappelijk werk - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,2
190944	Psychologie - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,4
190945	Orthopedagogie - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,2
190946	Activiteiten begeleiding - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190947	Bewegingsagoog/sportbegeleiding - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190948	Therapeutische peuterleiders - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	0,8
190949	Hydrotherapie - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190950	Diëtetiek - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,2
190951	Muziektherapie - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190952	Psychologisch medewerker - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190953	Cognitief trainer - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190954	Niet klinische verpleging - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	0,8
190955	Therapie assistenten - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190956	Geestelijke verzorging - indirect patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,4
190960	Arts, verpleegkundig specialist of physician assistant - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	3,0
190961	Fysiotherapie - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190962	Ergotherapie - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190963	Logopedie - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190964	Maatschappelijk werk - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,2
190965	Psychologie - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,4
190966	Orthopedagogie - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,2
190967	Activiteiten begeleiding - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190968	Bewegingsagoog/sportbegeleiding - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190969	Therapeutische peuterleiders - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	0,8
190970	Hydrotherapie - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190971	Diëtetiek - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,2
190972	Muziektherapie - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190973	Psychologisch medewerker - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190974	Cognitief trainer - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0

190975	Niet klinische verpleging - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	0,8
190976	Therapie assistenten - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,0
190977	Geestelijke verzorging - direct patiëntgebonden handelen - revalidatie.	1,4