

# Handleiding dbc- systematiek

Ingangsdatum 1 januari 2023



## **Disclaimer**

Hoewel de inhoud van dit document met de grootste zorgvuldigheid is samengesteld, kunnen er fouten of andere onvolkomenheden in dit document staan.

In geval van tegenstrijdigheid tussen de inhoud van dit verantwoordingsdocument en onderstaande regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) prevaleren de NZa-regels:

- Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg (BR)
- Regeling medisch-specialistische zorg (NR)
- Prestatie- en Tariefbeschikking medisch-specialistische zorg (TB)

Een volledig overzicht van de NZa-regels vindt u op het documentenplatform op onze website [www.nza.nl](http://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 (ICC). Voor meer informatie over de bereikbaarheid van het ICC verwijzen wij u naar de contactpagina van de NZa.

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1	Inhoud en leeswijzer	6
<b>2</b>	<b>Introductie op de dbc-systematiek</b>	<b>8</b>
2.1	Doel en gebruik van de dbc-systematiek	9
2.2	Kenmerken dbc-systematiek	9
2.3	Het model: Van registreren tot declareren	13
2.4	Tabellen dbc-systeem en samenhang	14
<b>3</b>	<b>Registreren</b>	<b>17</b>
3.1	Vooraf	18
3.2	Zorgtraject en subtraject	18
3.3	Registratieregels voor openen en sluiten van subtrajecten	22
3.4	Diagnose- en zorgvraagtyperingen	23
3.5	Parallelliteit	24
3.6	Zorgactiviteiten	24
3.7	Overloopsituaties	25
3.8	Aanspraak en machtigingen bij registratie	26
3.9	Geneesmiddelen en indicaties	26
3.10	Het ZIS en te registreren gegevens	27
<b>4</b>	<b>Samenvatten</b>	<b>31</b>
4.1	Algemeen	32
4.2	Afsluitregels en afsluitredenen	32
4.3	Registratieaddendum	33
4.4	Koppelen van zorgactiviteiten aan een sub-/zorgtraject	34
4.5	Overloopsituaties	34
<b>5</b>	<b>Afleiden</b>	<b>35</b>
5.1	Algemeen	36
5.2	Grouper	36

5.3	Zorgproducten afleiden	39
<b>6</b>	<b>Declareren</b>	<b>45</b>
6.1	Algemeen	46
6.2	Declaratiecode uit een grouper	46
6.3	Koppelen aan tarief	47
6.4	EI-standaard en factuurinformatie	48
6.5	EI-standaard	48
6.6	Onderhandenwerk-grouper	48
<b>7</b>	<b>Informereren</b>	<b>49</b>
7.1	Registratieverplichting	50
7.2	Informatieverplichting en minimale dataset	50
7.3	DIS	50
<b>8</b>	<b>Bijlagen</b>	<b>52</b>
	Bijlage 1: RSAD-datamodel	53
	Bijlage 2: Beschrijving relaties RSAD-datamodel	54
	Bijlage 3: Toelichting aanspraakbeperkingen en machtigingen	58
	Bijlage 4: Toelichting op het koppelalgoritme	67
	Bijlage 5: Overzicht overige zorgproducten	70
	Bijlage 6: Overzicht weegfactoren	75

# 1 Inleiding

In dit hoofdstuk leest u welke informatie in deze handleiding staat en hoe het document is opgebouwd.

## 1.1 Inhoud en leeswijzer

Zorgaanbieders van medisch-specialistische zorg (msz) moeten goed registreren welke zorg aan een patiënt gegeven is. Dat doen ze aan de hand van diagnose-behandelcombinaties (dbc's). Zo ontvangen patiënten een zorgnota die juist is 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 RSAD-stappen die in het proces plaatsvinden:

- 1 Registratie
- 2 Samenvatting
- 3 Afleiding
- 4 Declaratie

Een dbc is het resultaat van wat een zorgaanbieder in het registratieproces heeft vastgelegd. U leest in deze handleiding onder andere 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 vastleggen (*samenvatting*), hoe een grouper uiteindelijk een dbc-zp bepaalt (*afleiding*) en wat een zorgaanbieder vervolgens met de dbc doet bij het in rekening brengen (*declaratie*) en aanleveren.

Daarnaast krijgt u met dit document inzicht in de samenhang tussen het Ziekenhuis Informatiesysteem (ZIS), een grouper en de plaats van de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tabellen van de dbc-systematiek in het RSAD-model.

Voor beleidsmatige en technische details verwijzen wij u naar specifieke documenten en bijlagen die de NZa uitlevert.

### 1.1.1 Leeswijzer

- Hoofdstuk 2 geeft een korte introductie op de dbc-systematiek. U leest over het doel, gebruik en kenmerken van de dbc-systematiek. Daarnaast vindt u hoe de systematiek van dbc's op hoofdlijnen is ingericht.
- In hoofdstuk 3 tot en met 6 zijn de vier stappen van het RSAD-model toegelicht.
- Hoofdstuk 7 gaat nader in op de informatieverplichting.
- Vanaf hoofdstuk 8 vindt u een aantal bijlagen waarin extra informatie is opgenomen over aanspraakbeperkingen en machtigingen, het RSAD-datamodel en hoe za's aan een zorg-/subtraject kunnen worden gekoppeld.

#### 1.1.1.1 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 releasetabellen, releasedocumentatie en regels vindt u op de [NZa-website](#).

Voor de dbc-systematiek zijn er raakvlakken met andere organisaties. In dat geval vindt u een verwijzing naar de website van de genoemde organisatie.

### 1.1.1.2 Overzicht afkortingen releasebestanden

Hieronder treft u een overzicht aan van de belangrijkste afkortingen van termen en releasebestanden.

Afkorting	Volledige naam
ACT	Aanspraak Code tabel
ARDT	Afsluitreden Tabel
ARGT	Afsluitregels Tabel
BR	Beleidsregel prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg
Dbc-zp	Dbc-zorgproduct
DCT	Diagnose Combinatie Tabel
ETL	Elektronische Typeringslijst
HOR	Hulptabel Overloopregistratie
Ic	Intensive care
Icc	Intercollegiaal consult
LLM	Limitatieve lijst machtigingen
NR	Regeling medisch-specialistische zorg
Ozp	Overig zorgproduct
RA	Registratieaddendum
RDZT	Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel
TB	Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg
TT	Tarieven Tabel
VT	Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper
WBMV	WBMV Code Tabel
Za	Zorgactiviteit
ZAT	Zorgactiviteiten Tabel
ZP	Zorgproducten Tabel
Zpa	Zorgproductviewer
Zpg	Zorgproductgroep
ZPT	Zorgproductgroepen Tabel
Zt	Zorgtype

# 2 Introductie op de dbc-systematiek

In dit hoofdstuk maakt u kennis met de dbc-systematiek en leert u over de belangrijkste kenmerken, de vier stappen van het RSAD-model en de tabellen die u kunt gebruiken.



## 2.1 Doel en gebruik van de dbc-systematiek

### 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 gemiddelde landelijke prestaties van zorgaanbieders. Door dit inzicht kunnen zorgverzekeraars steeds beter zorg inkopen en de rechtmatigheid van de geleverde zorg controleren.

### Wat is een dbc?

De dbc-systematiek bevat een groot aantal dbc's. Een dbc bevat alle handelingen die gemiddeld nodig zijn om bij een patiënt een bepaalde diagnose vast 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 msz wordt een dbc ook wel een dbc-zorgproduct (dbc-zp) genoemd.

## 2.2 Kenmerken dbc-systematiek

De dbc-systematiek heeft drie hoofdkenmerken:

- 1 Productstructuur
  - is het geheel van diagnoses en behandelingen geordend en gegroepeerd tot een overzichtelijke verzameling dbc-zp's.
- 2 Registratieregels
  - bepalen het begin en het einde van de periode waarover de geleverde zorg kan worden gedeclareerd (dbc-subtrajecten, kortweg subtrajecten);
  - schrijven voor welke gegevens nodig zijn voor registratie zodat een grouper zorgprestaties kan afleiden;
  - bevatten definities over het registreren van za's.
- 3 Grouper
  - webapplicatie waarmee op basis van gegevens die zorgaanbieders aanleveren de afleiding naar dbc-zp's plaatsvindt. De landelijke grouper wordt beheerd door de Stichting Grouper.

De drie kenmerken zijn hierna toegelicht.

### Productstructuur

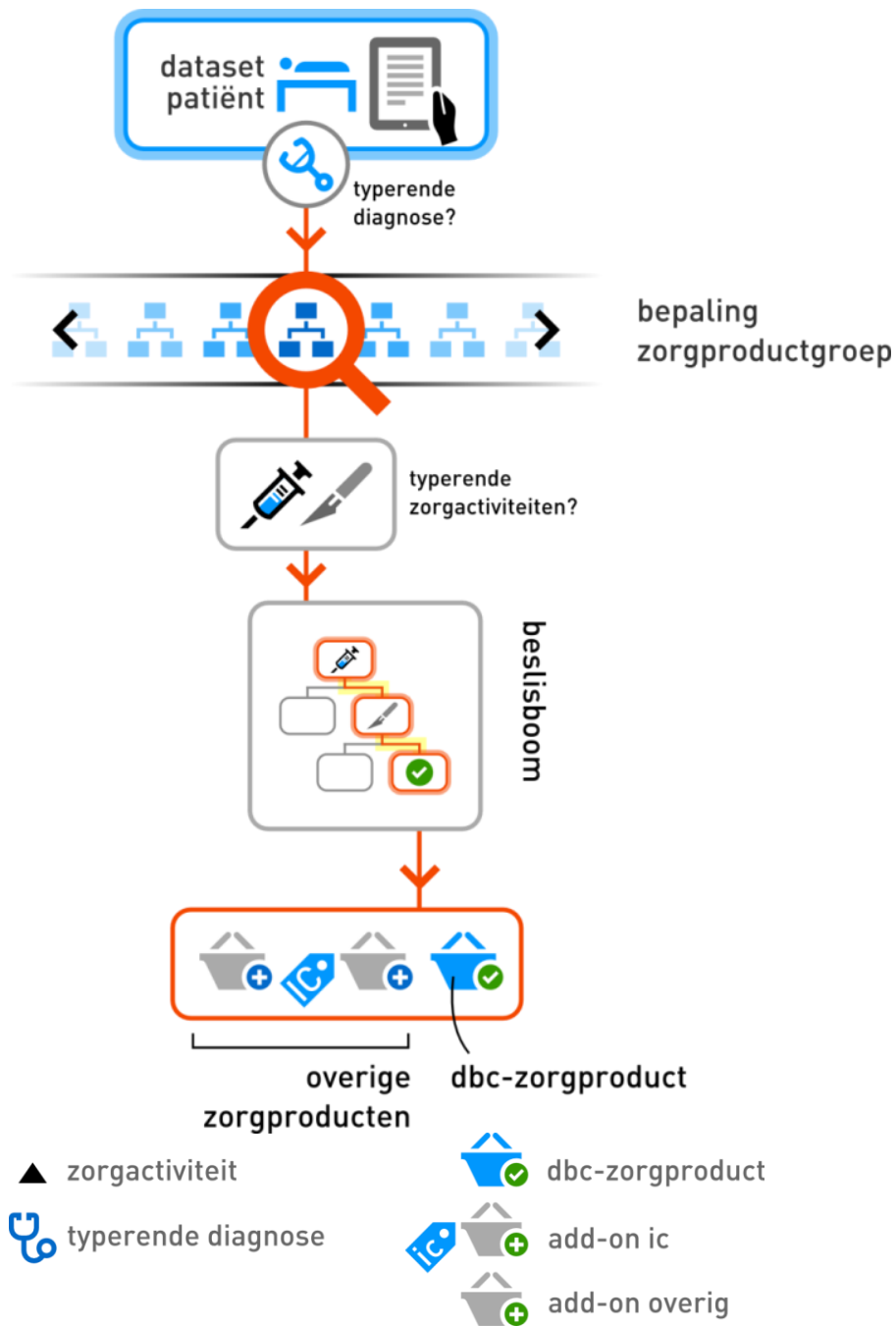
Eén van de belangrijkste kenmerken van de dbc-systematiek is de productstructuur, ofwel de manier waarop diagnoses en behandelingen (vastgelegd middels za's) worden vertaald in dbc-zp's.

De productstructuur is ingedeeld op basis van International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). ICD-10 is een internationaal gestandaardiseerd classificatiesysteem van diagnoses. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) draagt zorg voor de uitgifte van de ICD-10 in Nederland. Zie hiervoor de [website van het RIVM](#).

Een ander belangrijk kenmerk is dat de productstructuur specialisme overstijgend is. Dat houdt in dat specialismen die dezelfde zorg leveren ook dezelfde dbc-zp's declareren. Dit geldt niet voor Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) (zie paragraaf [5.3](#)).

Voor het gemak wordt bij het uitleggen van de productstructuur gebruik gemaakt van diagnoses en zorgactiviteiten. Een zp kan in de praktijk ook op basis van andere gegevens worden bepaald, zoals bijvoorbeeld leeftijd en/of specialisme.

**Figuur 1: productstructuur**



Het dbc-zp wordt bepaald op basis van de door een zorginstelling aangeleverde declaratiedataset die onder andere bestaat uit de typerende diagnose conform de Elektronische Typeringslijst (ETL). Aanvullend wordt bij het doorlopen van de productstructuur de afleiding naar dbc-zp's (mede) bepaald door het specialisme en/of de typerende za(s) conform de Zorgactiviteiten Tabel (ZAT).

Bij het bepalen van dbc-zp's onderscheiden we binnen elke zorgproductgroep (zpg) de volgende typen dbc-zp's:

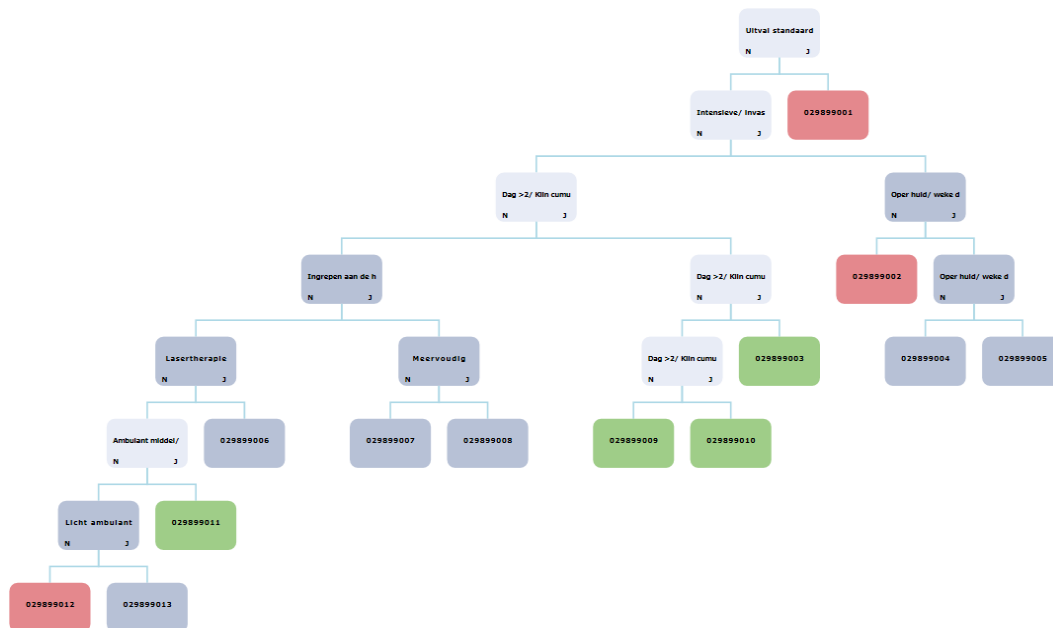
- niet invasieve dbc-zp's: poliklinisch (inclusief dagbehandeling);
- niet invasieve dbc-zp's: klinisch;

- invasieve dbc-zp's: poliklinisch (inclusief dagbehandeling);
- invasieve dbc-zp's: klinisch.

Afleiding naar dbc-zp's gebeurt door middel van een productstructuur die is geladen in een grouper (zie paragraaf 5.2). Aan de hand van onder andere de (typerende) diagnose bepaalt een grouper eerst de zpg en vervolgens het dbc-zp. In figuur 2 vindt u een voorbeeld van een deel van de productstructuur. De lichtgrijze vierkanten zijn beslispunten waar de aangeleverde data wordt gecontroleerd op aanwezigheid van bepaalde kenmerken, zoals za's. De combinatie van diagnose en za's leidt via meerdere beslispunten naar een declarabel dbc-zp.

Als de combinatie van diagnose en behandeling niet tot een declarabel dbc-zp leidt, dan is sprake van uitval. In figuur 2 zijn de uitvalproducten rood weergegeven.

**Figuur 2: voorbeeld van een deel van een zpg met dbc-zp's**



In de Zorgproductapplicatie (zpa) ([zorgproducten.nza.nl](http://zorgproducten.nza.nl)) kunt u ook de productstructuur inzien. De zpa geeft inzicht in de productstructuur inclusief alle beslisknooppunten en zp's (zie paragraaf 5.3.8).

### Registratieregels

Het registreren van zorg 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 (NR).

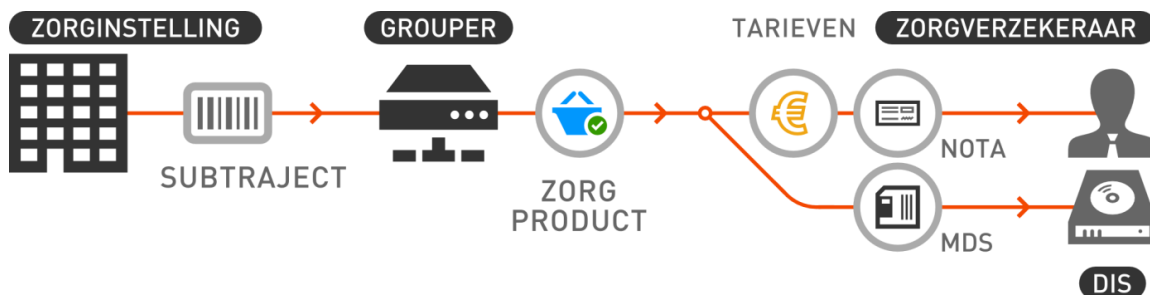
In de dbc-systematiek kunnen subtrajecten aan de hand van afsluitregels in het ZIS van zorgaanbieders in de meeste gevallen automatisch worden afgesloten (zie hoofdstuk 3 en 4).

### Grouper

Als het moment van declareren volgens de registratieregels daar is, stuurt de zorgaanbieder het subtraject met bijbehorende za's 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 dbc-zp's die teruggegeven worden aan het ZIS van de zorgaanbieder. Deze informatie wordt gebruikt voor de declaratie bij de zorgverzekeraar (zie hoofdstuk 5, 6 en 7).

**Figuur 3: samenhang tussen de drie kenmerken van de dbc-systematiek**



## 2.3 Het model: Van registreren tot declareren

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

### 2.3.1 Registreren

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/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.

### 2.3.2 Samenvatten

De geregistreerde informatie (diagnosen en za's) wordt per subtraject samengevat in één gestructureerde dataset (de declaratiedataset) die naar een grouper kan. Het samenvatten is een zoveel mogelijk geautomatiseerd proces.

### 2.3.3 Afleiden

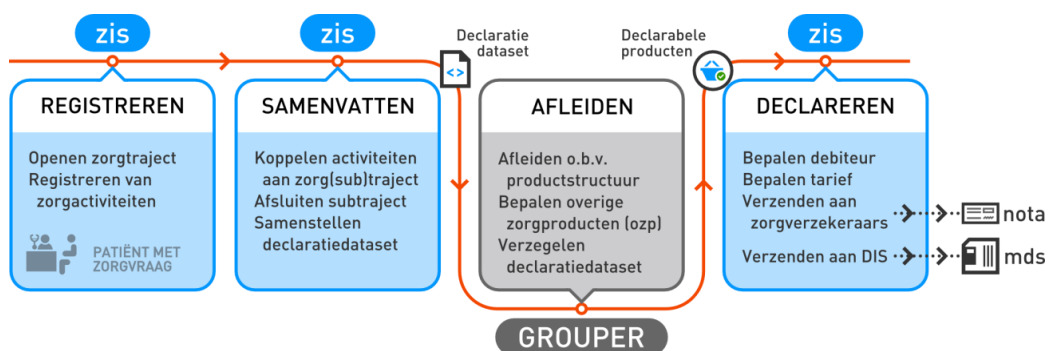
Nadat het subtraject is afgesloten, stuurt de zorgaanbieder gegevens over de geleverde zorg naar een grouper. Op basis van de aangeleverde data (de declaratiedataset) leidt een grouper het dbc-zp af.

### 2.3.4 Declareren

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

Voorgaande stappen zijn 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 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 (zie hoofdstuk 7).

## **2.4 Tabellen dbc-systeem en samenhang**

Om medisch-specialistische zorg te registreren en declareren maken zorgaanbieders onder andere gebruik van landelijke dbc-tabellen en dbc-bestanden die door de NZa zijn vastgesteld.

Sommige tabellen zijn ter informatie en andere moeten worden ingelezen in software. In deze paragraaf lichten we toe welke tabellen u nodig heeft om het registreren van dbc's goed in te richten en lichten we toe wat de samenhang is tussen deze tabellen binnen het RSAD-model.

Figuur 5 toont de (kern)tabellen van de dbc-systematiek inclusief een korte beschrijving ervan. Daarnaast ziet u ook in welke fase van het RSAD-model u een tabel kunt gebruiken. Ook leest u of de betreffende tabel moet worden 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.

**Figuur 5: (kern)tabellen van de dbc-systematiek**

Tabellen	Registreren	Samenvatten	Afleiden	Declareren
Aanspraak Code Tabel <i>Bevat de codes van de aanspraakbeperking; voor zorg die niet of onder voorwaarde onder de basiszorg valt.</i>	x		x	
Afsluitreden Tabel <i>Bevat redenen voor het afsluiten van een subtraject.</i>	x	x		

Tabellen	Registeren	Samenvatten	Afleiden	Declareren
Afsluitregels Tabel <i>Bevat afsluitregels waardoor het automatisch afsluiten van subtrajecten mogelijk wordt.</i>	x	x		
Diagnose Combinatie Tabel <i>Biedt inzicht in de zorgtrajecten die niet parallel mogen lopen.</i>	x			
Elektronische Typeringslijst <i>Bevat alle dbc-typeringen (diagnosen en zorgvraag) met o.a. omschrijving, groepen, codes, geldigheidsperiode.</i>	x			
Groupertabellen <i>Op basis van deze tabellen leidt een grouper zp's en bijbehorende declaratiecodes af.</i>			x	
Hulptabel Overloopregistratie <i>Ondersteunt in een correcte afhandeling van overloopsituaties waarbij niet geautomatiseerd vertaald kan worden in een grouper.</i>	x	x		
Limitatieve Lijst Machtigingen <i>Bevat alle diagnose- en za-combinaties waarvoor de medisch specialist vóór de uitvoering van de behandeling een machtiging moet aanvragen bij de zorgverzekeraar.</i>	x		x	
Relatie Diagnosen Zorgproductgroepen tabel <i>Geeft inzicht in de afleiding van diagnosen naar zpg's.</i>			x	
Tarieven Tabel <i>Bevat declaratiecodes en bijbehorende tarieven.</i>			x	x
Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper <i>Geeft inzicht in de vertaling van za's die niet geldig zijn op de ingangsdatum van het subtraject (maar wel op de uitvoerdatum) naar een za die geldig is bij een voorgaande productstructuur.</i>			x	
WBMV Code Tabel <i>Geeft de bestaande codes m.b.t. Wet Bijzondere Medische Verrichtingen weer.</i>	x		x	
Zorgactiviteiten Tabel <i>Geeft per za de bijbehorende code en kenmerken weer.</i>	x	x		

Tabellen	Registeren	Samenvatten	Afleiden	Declareren
Zorgproducten Tabel <i>Bevat omschrijvingen en eigenschappen van alle dbc-zp's.</i>			x	
Zorgproductgroepen Tabel <i>Bevat codes en omschrijvingen van alle zpg's.</i>			x	

### Tabellen dbc-systematiek

Voor het registreren en declareren 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, bestellen, afleveren, declareren en vergoeden ondersteunt van producten die in en rond de apotheek worden gebruikt. De G-standaard bevat tabellen die faciliteren in zowel de registratie als declaratie van deze geneesmiddelen (bijvoorbeeld maximumtarief) (zie paragraaf [3.9](#) en [3.10.4](#)).

Meer informatie over de G-standaard vindt u op de [website van de Z-index](#).



# 3 Registreren

Dit hoofdstuk geeft uitleg over belangrijke concepten in de registratiestap van het RSAD model voor dbc's en een beschrijving van de gegevens die moeten worden vastgelegd.

## 3.1 Vooraf

Belangrijk naast de informatie in dit hoofdstuk is ook de NR waarin precies is beschreven in welke gevallen en onder welke voorwaarden u een zorgtraject mag openen. In een zorgtraject legt u alle za's vast die gedurende het gehele zorgtraject zijn uitgevoerd. Op basis van deze registratie vindt uiteindelijk declaratie plaats.

**Figuur 6: RSAD-model - Stap registreren**



## 3.2 Zorgtraject en subtraject

De beroepsbeoefenaar (of medewerker die door de medisch specialist gemachtigd is tot het administratief openen van een zorgtraject) die de poortfunctie uitvoert, opent een zorgtraject en registreert door wie de patiënt is doorverwezen. Een zorgtraject loopt gedurende het gehele behandel- en/of controletraject van een bepaalde zorgvraag.

Door een zorgtraject te openen, wordt automatisch direct 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 NR. Een zorgtraject bevat één of meer subtrajecten.

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is er verantwoordelijk voor om vast te stellen of 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 za's en voor het juist registreren van het zorgtype (zt), de zorgvraag en de diagnose.

### 3.2.1 Subtrajecten en zorgtypen

Bij de openingsregels van zorgtrajecten maken we onderscheid in zorgtrajecten met subtraject(en):

- zt 11 (initiële behandeling) of zt 21 (vervolgbehandeling);
- zt 13 intercollegiaal consult (icc);
- zt 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);
- zt 51 en 52 (voor opname op de ic-afdeling of een ic-icc buiten de ic);
- zt 51 (voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar).

### Zorgtrajecten met subtrajecten met zt 11 of 21

Een zorgtraject met subtraject zt 11 wordt geopend als een patiënt bij een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (ook op de Spoedeisende Eerste Hulp) 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 een zt 21 (vervolgbehandeling). In de NR is beschreven op welk moment een subtraject met zt 11 of 21 wordt afgesloten. Het zorgtraject wordt pas gesloten als er een periode van drie keer 120 dagen na afsluiten van een subtraject geen za's meer zijn geregistreerd of gepland zijn in de toekomst, of direct na het overlijden van de patiënt. Een zorgtraject behorend bij een zt 11 of 21 subtraject kan hierdoor meerdere subtrajecten bevatten.

**Figuur 7: een zorgtraject met meerdere subtrajecten zt 11 / 21**



### Zorgtrajecten met een subtraject met zt 13

Een zorgtraject met subtraject zt 13 icc wordt door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, geopend bij een icc voor een patiënt waarbij minimaal één van de volgende zorgactiviteiten wordt geregistreerd: verpleegdag, klinische zorgdag in de thuisituatie, ic-dag (ook NICU of PICU), verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK, intensieve niet-electieve en langdurige kindergeneeskundige zorg met thuisovernachting, langdurige observatie zonder overnachting of dagverpleging die klinisch is opgenomen. Voor zt 13 geldt dat de zorg die geleverd wordt voor een icc zich beperkt tot de periode van verblijf van een patiënt. Het zorg-/ subtraject met zt 13 wordt afgesloten wanneer de periode van verblijf van het zorgtraject van de aanvrager wordt beëindigd, of uiterlijk op de 120<sup>e</sup> dag. Binnen deze zorgtrajecten is dus geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject (zie figuur 8).

### Zorgtrajecten met een subtraject met zt 41

Een zorgtraject met subtraject zt 41 wordt geopend door de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, wanneer deze - op verzoek van de eerstelijns of een specialisme waarvoor de dbc-systematiek niet geldt (bijvoorbeeld mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie) - een ozp levert. Hierin wordt alle zorg geregistreerd die in het kader van het ozp is uitgevoerd.

Binnen deze zorgtrajecten is geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject (zie figuur 8).

### Zorgtrajecten met een subtraject met zt 51 of 52 ten behoeve van ic-zorg

Voor een opname op de afdeling Intensive Care (ic), voor een ic-icc buiten de ic, of het vervoer van een patiënt met een interklinisch transport of MICU-transport, wordt per periode een apart zorg-/subtraject zt 51 of 52 geopend. Hierin wordt alle zorg uitgevoerd op de ic geregistreerd. In het geval van een ic-icc 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-za's (add-ons ic), maar ook andere za's zoals laboratoriumverrichtingen. Op deze wijze is het mogelijk een volledig beeld te krijgen van de geleverde zorg tijdens een ic-behandeling.

Een zt 51 kan alleen afgesloten worden in combinatie met een subtraject van de hoofdbehandelaar (zt 11 of 21) en wordt dus geopend wanneer de ic-zorg deel uitmaakt van een zorgtraject van een hoofdbehandelaar. Alle za's die aan het ic-zorg-/subtraject zt 51 zijn gekoppeld, worden onderdeel van het profiel van het subtraject van de hoofdbehandelaar, maar zijn wel apart te onderscheiden. Het ic-zorg-/subtraject zt 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 NR. Een grouper controleert bij zt 51 op de aanwezigheid van een subtraject zt 11 of 21. De relevante ic-za's worden er door een grouper uitgefilterd en mogen afzonderlijk gedeclareerd worden als ic-add-on zp's.

Zt 52 wordt geopend wanneer een patiënt rechtstreeks op de ic-afdeling wordt opgenomen en er geen zorgtraject van een hoofdbehandelaar is geopend.

Wanneer een cliënt zorg ontvangt in het kader van een zwangerschap en wordt opgenomen op de intensive care (ic), maar de zorg in beginsel plaatsvindt op grond van Beleidsregel Integrale Geboortezorg, dan mag deze zorg op de ic geregistreerd worden als een zt 51 of 52 traject.

Een subtraject met zt 52 mag zelfstandig aan een grouper worden aangeboden. Een grouper controleert bij zt 52 niet op de aanwezigheid van een subtraject met zt 11 of 21. Alleen de add-ons zijn hier declarabel. De overige zorg op de ic - die niet als add-ons gedeclareerd mag worden - is niet declareerbaar.

Ic add-ons mogen tussentijds gedeclareerd worden, maar dienen wel binnen een subtraject zt 51 of 52 aan een grouper te worden aangeboden.

Een zorgtraject met een subtraject zt 51 of 52 met betrekking tot een opname op de ic-afdeling en een ic-icc 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-icc. Binnen deze zorgtrajecten is dus geen sprake van een vervolgbehandeling. Dit zorgtraject bevat slechts één subtraject (zie figuur 8).

N.B. Een subtraject bestaat altijd in combinatie met het eigen zorgtraject. Voor het registreren en koppelen tussen zorg-/subtrajecten is gekozen voor een technisch, eenduidige oplossing voor alle zt 11, 13, 21, 41, 51 en 52, waardoor gebruik gemaakt kan worden van dezelfde koppelalgoritmen.

De openings- en sluitdatum van subtrajecten met zt 13, 41, 51 en 52 zijn gelijk aan de openings- en sluitdatum van het zorgtraject. In de NR is beschreven op welke momenten zorgtrajecten met subtraject met zt 13, 41, 51 of 52 worden afgesloten.

### **Zorgtrajecten met een subtraject met zt 51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar**

Het registratiemodel biedt de mogelijkheid om in een apart zorg-/subtraject zorg te registreren die geleverd wordt als ondersteuning aan de hoofdbehandelaar (elk subtraject heeft een 'eigen' zorgtraject. In het geval dat een zorgtraject maar één subtraject heeft spreken we van een zorg-/ subtraject. Dit betreft zorg-/subtrajecten met zt 13, 41, 52 en 52) Deze zorg is geen medebehandeling, maar maakt wel deel uit van de behandeling van de hoofdbehandelaar.

Het zorgtraject met een zt 51 kan hierbij in twee situaties worden ingezet:

- 1 registreren van za's uitgevoerd voor het ondersteunen van de hoofdbehandelaar;
- 2 het creëren van integrale zp's voor transplantatiezorg.

### *Registreren van za's uitgevoerd voor het ondersteunen van de hoofdbehandelaar*

Het gaat hierbij om ondersteunen 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 zt 51 is geen los-declarabel traject, maar wordt gekoppeld aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar. De registratie van za's 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 zt 51 is niet verplicht. Het is ook mogelijk om de za's van de ondersteuners binnen het zorgtraject van de hoofdbehandelaar te registreren.

### *Integrale zp's voor transplantatiezorg*

Vanaf 1 januari 2016 is voor de transplantatiezorg niet langer sprake van specifieke zp's per specialisme, maar van een set van integrale zp's die beter aansluit bij de zorgbehoefte van de patiënt. Met de invoering van integrale zp's worden de trajecten van de chirurg en beschouwende specialist(en) gezamenlijk afgeleid binnen een grouper middels een zt 11/21 met een zt 51 subtraject.

Uitgaande van dezelfde zorgvraag en de ontwikkelde integrale zp's 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 (zt 11), de ondersteuner van het traject opent in deze situatie een bijbehorend zt 51 traject.

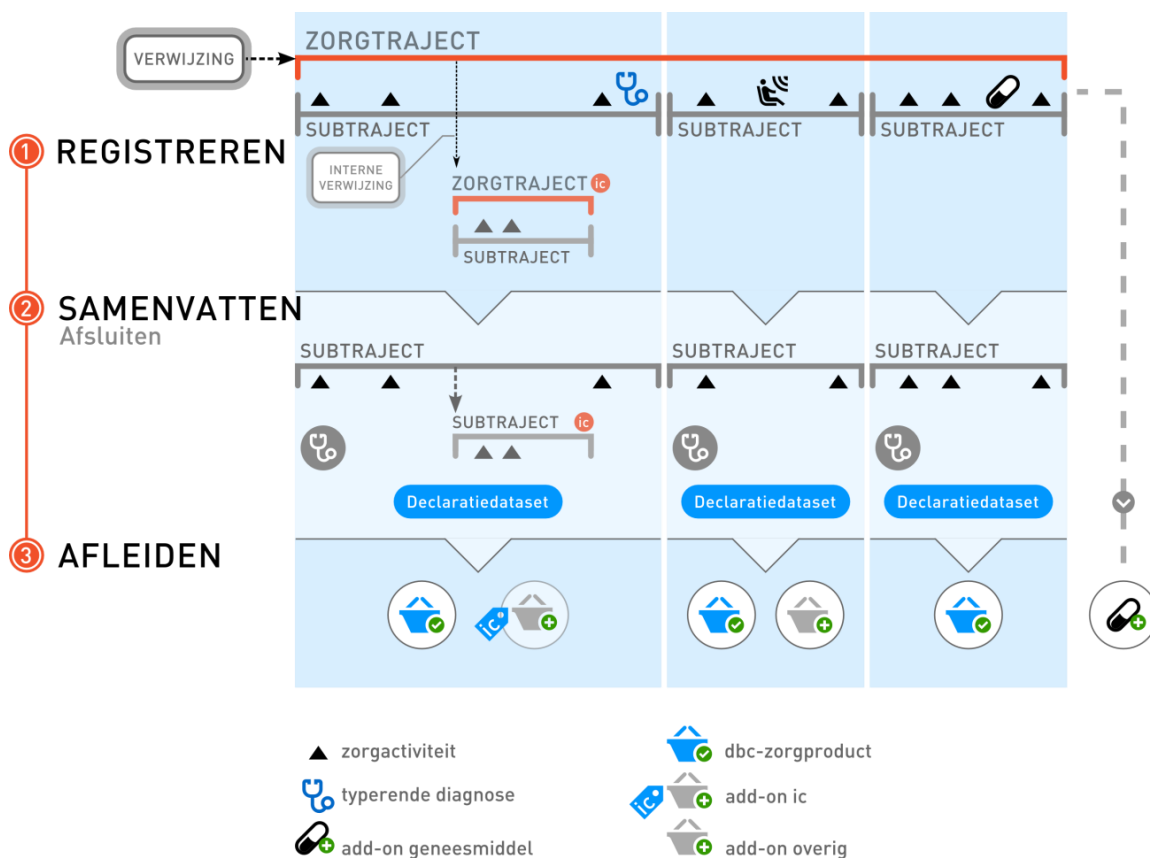
In algemene zin geldt voor een zt 51 subtraject dat de za's van dit zorg- subtraject deel uitmaken van het zorgtraject van de hoofdbehandelaar. Dit subtraject wordt daarom ook tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar afgesloten en gezamenlijk met het bovenliggend subtraject van de hoofdbehandelaar aangeboden aan een grouper. Dit kan pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in de NR. Een zorgtraject voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar bevat slechts één subtraject (zie figuur 8).

**Figuur 8: een zorgtraject met subtraject met zt 13, 41, 51 of 52 bevat slechts één subtraject**



Figuur 9 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 za's die op de ic-afdeling zijn uitgevoerd (waaronder ic-dagen) worden geregistreerd bij het zorg-/subtraject zt 51 ten behoeve van de ic. De interne verwijzing naar het zorgtraject van waaruit de patiënt is doorverwezen, wordt (geautomatiseerd) vastgelegd met een verwijzend zorgtrajectnummer. Dit is nodig om de add-on uit het ic-traject te relateren aan het dbc-zp (zie paragraaf 3.10.1).

**Figuur 9: samenhang tussen de eerste drie fasen van RSAD en openen en sluiten van een zorg-/ subtraject (inclusief legenda).**



In figuur 9 vindt u een voorbeeld van een add-on overig. Uit de declaratiedataset worden za's in een grouper als add-on afgeleid (zie paragraaf 3.6 en 5.3.3).

Add-ongeneesmiddelen worden vastgelegd als onderdeel van een zorgtraject, maar de afleiding hiervan vindt niet via een grouper plaats (zie paragraaf 3.9 en 3.10.4).

### 3.3 Registratieregels voor openen en sluiten van subtrajecten

Het registreren van geleverde zorg moet aan bepaalde voorwaarden voldoen. Van groot belang daarbij zijn de in de NR beschreven registratieregels. Registratieregels:

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

In paragraaf 3.2.1 is aangegeven dat een zorgtraject (automatisch) sluit als gedurende een periode van driemaal 120 dagen na afsluiten van een subtraject zt 11 of 21 geen za's 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.

Voor het sluiten van subtrajecten en zorgtrajecten gelden zowel algemene afsluitregels per zt als uitzonderingen op die algemene afsluitregels. De algemene regels en uitzonderingsregels voor het openen en sluiten van subtrajecten zijn opgenomen in de NR.

N.B. 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.

## 3.4 Diagnose- en zorgvraagtyperingen

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

### 3.4.1 Diagnosetypering

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor het juist registreren 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 einddiagnose of definitieve diagnose binnen het subtraject. Indien bij het sluiten van het subtraject de einddiagnose of definitieve diagnose nog niet bekend is, wordt de meest passende werkdiagnose getypeerd. Een 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 paragraaf [3.5](#)).

### 3.4.2 Zorgvraagtypering

In het dbc-systeem heeft 'zorgvraag' twee betekenissen. Doorgaans wordt hiermee het probleem bedoeld waarvoor een patiënt zich meldt bij de specialist. Zorgvraag is echter ook een component opgenomen in de ETL.

Bij de volgende specialismen wordt de component zorgvraag geregistreerd en kan deze een rol spelen bij het afleiden van een subtraject:

- consultatieve psychiatrie;
- kindergeneeskunde/neonatologie;
- neurologie;
- radiotherapie (verplicht vanaf 1 januari 2019);
- revalidatiegeneeskunde.

Bij deze specialismen maakt de zorgvraag deel uit van de dbc-typering (zt, zorgvraag, diagnose). De typerende zorgvraag speelt een rol bij de afleiding van dbc-zp in een grouper en kan daarnaast een voorspellende waarde hebben voor de inzet van de medisch specialist en de kosten van de zorginstelling. Zorgvraagtyperingen zijn samen met diagnoses opgenomen in de ETL.

### 3.4.3 ICD-10

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is ook verantwoordelijk voor de juiste registratie van de ICD-10-code. De ICD-10-code wordt geregistreerd per subtraject.

De ICD-10-code moet op het diepste niveau worden geregistreerd. Alleen van de hoofddiagnose moet de ICD-10-code worden geregistreerd.

Om de ICD-10-registratie aan de bron (en niet achteraf) te bevorderen, zijn zorgaanbieders vanaf 1 juli 2015 verplicht om de ICD-10-diagnose aan te leveren aan het DIS. De NZa ziet toe op deze verplichting.

### 3.5 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 NR voor de geldende regels voor parallelliteit.

#### Diagnose Combinatie Tabel

In de Diagnose Combinatie Tabel (DCT) staan de diagnosecombinaties van typerende diagnoses die **niet** parallel mogen voorkomen. Het doel hiervan is voorkomen dat zorgtrajecten onterecht parallel worden geopend. De tabel bevat combinaties van verschillende of identieke diagnoses.

Voor het initieel samenstellen van de DCT - zijn als uitgangspunt de 1150 meest voorkomende parallele 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 sprake moet zijn van een andere, nieuwe zorgvraag dan waar de patiënt al bekend mee is. Logischerwijs is daarom het openen van parallele zorgtrajecten met twee identieke diagnoses niet toegestaan.

Er zijn twee uitzonderingen:

- 1 bepaalde dubbelzijdige aandoeningen die aan beide zijden operatief worden behandeld;
- 2 aandoeningen waarbij op basis van een uitzondering in de NR, 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 DCT, wordt **geen** parallel zorgtraject geopend.

In de NR vindt u aanvullende registratiebepalingen (bij parallele trajecten).

### 3.6 Zorgactiviteiten

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



Bronregistratie kan overigens ook plaatsvinden op basis van andere codestelsels zoals bijvoorbeeld de verrichtingthesaurus van Dutch Hospital Data (DHD). Op basis van deze thesaurus kunnen ook veelal automatisch vertaald worden in de juiste za's.

### 3.6.1 Overige zorgproducten

Za's zijn er ook om ozp's te kunnen registreren en declareren. Dit zijn prestaties binnen de msz, niet zijnde dbc-zp's uitgedrukt in za's.

Ozp's zijn onderverdeeld in vier hoofdcategorieën:

- 1 Supplementaire producten
- 2 Eerstelijnsdiagnostiek
- 3 Paramedische behandeling en onderzoek
- 4 Overige verrichtingen
- 5 Facultatieve prestaties medisch-specialistische zorg

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**

Er bestaan twee soorten facultatieve prestaties (zie ook bijlage 5):

- 1 Losse facultatieve prestatie: deze wordt apart geregistreerd en gedeclareerd.
- 2 Add-on facultatieve prestatie: deze wordt als onderdeel van een dbc-subtraject geregistreerd en gedeclareerd.

Het registreren van losse facultatieve prestaties 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 za's/ozp's.

Er bestaat op dit moment geen verplichting om een facultatieve prestatie als zorg-/subtraject te registreren. Het registreren van za's 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.

## 3.7 Overloopsituaties

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

Om toch een juist zp te krijgen, worden nieuwe of gewijzigde za's waar mogelijk vertaald naar een vergelijkbare voorganger. De Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper biedt hiervoor een gedeeltelijke oplossing. In bepaalde gevallen kunnen nieuwe za's namelijk niet eenduidig worden terugvertaald.

Als een vertaling niet mogelijk is, worden de za's met ingang van 1 januari 2019 opgenomen in de Hulptabel Overloopregistratie (HOR).

Naast deze hulptabel, worden te beëindigen za's voortaan niet met ingang van een nieuwe release beëindigd, maar vier maanden 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 za's geregistreerd worden, in subtrajecten met een begindatum in het nieuwe jaar alleen de nieuwe za's. Op basis van de HOR kan zowel handmatig als geautomatiseerd een keuze gemaakt worden in het registeren van de juiste za('s).

Meer informatie over de Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper zie paragraaf [5.2.2](#). Meer informatie over de HOR zie document ICT-eisen dbc-release.

## 3.8 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 za's (zie bijlage 3).

## 3.9 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 worden bekendgemaakt in een tariefbeschikking, waarna Z-Index deze opneemt in de G-standaard.

### Indicaties

Bij het declareren van een add-ongeneesmiddel of ozp-stollingsfactor, moet ook geregistreerd worden voor welke indicatie het geneesmiddel is verstrekt. Farmatec, onderdeel van uitvoeringsorganisatie Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), stelt hiervoor een publiek toegankelijke database beschikbaar, de zogenaamde add-on databank. Deze databank bevat indicaties voor add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren. Het gaat om zowel 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 het Zorginstituut Nederland (ZIN) 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.

Meer informatie over de add-on databank op de [website van Farmatec](#).

### G-standaard

De vastgestelde add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren worden opgenomen in de G-standaard. Dit betreft zowel informatie over de prestaties (onder andere 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 terug of volgens zorgverzekeraars recht bestaat op aanspraak uit de basisverzekering. Daarnaast is vanaf 1 januari 2018 een bestand met verkorte indicatieteksten opgenomen, ter ondersteuning van het registeren 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 zie de [website van Z-index](#).

## 3.10 Het ZIS en te registreren gegevens

Een ZIS is een elektronisch informatiesysteem. De functionaliteit/inhoud van een ZIS verschilt per softwareleverancier. Binnen een zorgaanbieder zijn ondersteunende deelsystemen mogelijk, zoals het RIS (Radiologie Informatiesysteem) of het LIS (Laboratorium Informatiesysteem). Ook zijn er systemen met als doel **alle** processen in het ziekenhuis (administratief en/of zorginhoudelijk) te ondersteunen. Zorgverleners leggen alle activiteiten rondom 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);
- het ondersteunen van het registreren van het zorgproces (opname-/bezoekgegevens: met wie is de patiënt in contact gekomen, op welke locatie, hoe lang, welke zorgverlener was verantwoordelijk);
- het ondersteunen van het facturatieproces aan zorgverzekeraars en patiënten.

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

- de registraties vastlegt en/of verzamelt (eventueel uit andere deelsystemen);
- de declaratiedataset samenstelt voor aanleveren aan een grouper;
- de resulterende zp's declareert bij de zorgverzekeraar en ook verstuurt aan het DIS.

In deze paragraaf lichten we toe welke gegevens vastgelegd moeten worden in het ZIS.

### 3.10.1 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 opent): 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.
- 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 za's naderhand te koppelen aan een zorgtraject, is het belangrijk erop te letten dat de begindatum van het zorgtraject dezelfde is als de datum waarop de eerste za 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 uit wordt verwezen voor zorgtrajecten met een subtraject van het zt 51).

### 3.10.2 Te registreren gegevens bij een subtraject

Een subtraject is het resultaat van een geautomatiseerd samenvattingsproces binnen het ziekenhuis (zie hoofdstuk 4).

Dit samenvattingsproces levert de volgende gegevens op:

- Subtrajectnummer: een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
- Begindatum: De begindatum van een subtraject is:
  - de datum waarop de eerste activiteit plaatsvindt na het openen van het zorgtraject;
    - > bij een subtraject met zt 11 of 13 kan dit de datum van het eerste onderzoek zijn, maar ook de datum van het (eerste) polikliniekbezoek of;
    - > bij een subtraject zt 21 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 zt (11, 13, 21, 41, 51, 52).
- Specialismecode: Agb-code van het specialisme dat deze behandeling uitvoert. 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.
- (Typerende) Zorgvraag: alleen te registreren voor specialismen waarvoor de component 'Zorgvraag' is opgenomen in de ETL.
- (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 zt 11 of 21: vul hier de typerende diagnosecode uit de typeringslijst in;
  - bij zt 13: vul hier de icc-diagnosecode of de typerende diagnose uit de typeringslijst in;
  - bij zt 51, 52 of 41: hier hoeft niets te worden ingevuld.
- Afsluitreden subtraject: de afsluitreden wordt gecodeerd volgens de Afsluitreden Tabel (ARDT).

### 3.10.3 Te registreren gegevens bij zorgactiviteiten

In deze paragraaf is beschreven welke gegevens u bij za's moet vastgeleggen. Za's (inclusief add-ons) dienen gekoppeld te worden aan een zorgtraject (zie hoofdstuk 4).

- Za-nummer: een uniek nummer waarmee de za binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer wordt automatisch gegenereerd door het ZIS.
- Za-code: de code van de za uit de ZAT. 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 za's naar een grouper, het DIS of voor facturatie dienen deze codes te worden omgezet naar codes uit de ZAT.

- Datum: datum van uitvoering za.
- Uitvoerend specialisme: kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Deze verplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren. Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten.
- Aanvragend specialisme: agb-code van het specialisme dat de za heeft aangevraagd.
- Aantal: het aantal uitgevoerde za's. In het algemeen wordt hier het aantal '1' gebruikt. Een specifieke situatie hierin is revalidatie. Hierbij is het mogelijk om bij gebruik van za's, die een aantal minuten vertegenwoordigen, een waarde tussen 1 en 9999 op te geven. Directe en indirecte patiënt gerelateerde tijd representeren per za 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 za met aantal = 6 geregistreerd binnen het systeem.

### **3.10.4 Te registreren gegevens bij add-geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren**

De informatie in deze paragraaf geldt alleen voor de registratie van add-on geneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren, en niet voor geneesmiddelen in algemene zin. Alle informatie legt u vast als onderdeel van een zorgtraject. In het geval van ozp-stollingsfactoren kan het zijn dat er geen lopend zorgtraject bestaat. In dat geval moet een relatie bestaan naar de betreffende patiënt aan wie het betreffende geneesmiddel wordt toegediend en/of verstrekt.

De volgende informatie moet minimaal worden vastgelegd:

- 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 tabletten een ander zi-nummer heeft dan een verpakking van 30 stuks tabletten.
  - 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.
  - 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.
- 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 eenheden: het aantal eenheden (bijvoorbeeld infusieflacons, tabletten) of fracties van eenheden (bijvoorbeeld een halve infusieflacon) dat nodig is om de voorgeschreven hoeveelheid te verstrekken aan de patiënt bij gebruikmaking van de minst verspillende (combinatie van) verpakkingsgrootte(s). Het aantal wordt in duizendvoud geadmistreerd.

N.B. 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.

### **Voorbeeld**

Een verstrekking van één infusieflacon wordt als aantal = 1000 opgenomen in het bestand. Een halve infusieflacon wordt als aantal = 500 opgenomen. Een verstrekking van één tablet uit een verpakking van 8 stuks wordt geregistreerd als aantal = 1000.

Meer informatie hierover is ook opgenomen in de Vektis EI-standaard - EI-declaratie dure geneesmiddelen op de [website van Vektis](#).

# 4 Samenvatten

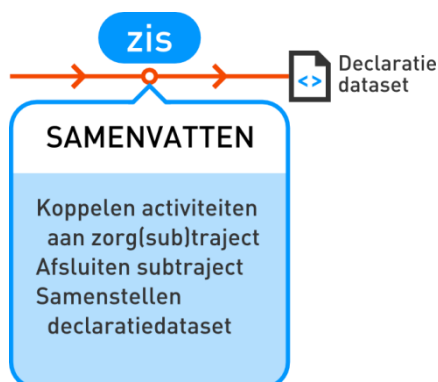
In de stap samenvatten wordt de informatie die is geregistreerd, bij elkaar gebracht, welke samen de basis vormt het bepalen van een zorgproduct en uiteindelijk de declaratie.

## 4.1 Algemeen

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 een declarabel zp afleiden. Het samenvatten is een zoveel mogelijk geautomatiseerd proces.

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

**Figuur 10: RSAD-model - Stap Samenvatten**



## 4.2 Afsluitregels en afsluitredenen

Het afsluiten van zorg-/subtrajecten gebeurt op basis van: de NR, de Afsluitregels Tabel (ARGT) en de ARDT. De ARGT is primair bedoeld om alle groeperingen van za's, zorgvragen en/of diagnoses, geautomatiseerd toe te passen.

De ARGT is afgeleid van het Registratieaddendum (RA). Het RA bevat functionele beschrijvingen van algemene afsluitregels en te automatiseren uitzonderingsregels van subtrajecten met zt 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 RA (zie paragraaf 4.3).

Afsluitregels geven een signaal aan 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 registreren en ook het koppelen van za's kan al vanaf dag één plaatsvinden. Het afsluitmoment van het subtraject is feitelijk het moment van declareren.

De ARDT bevat alle mogelijke redenen voor het afsluiten van een subtraject. Een afsluitreden geeft inzicht in de reden waarom een subtraject is afgesloten. Afsluitredenen corresponderen met de regels voor het afsluiten van subtrajecten in de NR. Het RA geeft per afsluitregel aan welke afsluitreden van toepassing is.



Op het afsluitmoment worden alle gegevens die relevant zijn voor de betreffende declaratie samengevat in een declaratiedataset. Deze gegevens betreffen het subtraject zt 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 za's verzameld die binnen dit zorgtraject in deze periode zijn uitgevoerd. Daarbij kunnen maximaal zeven nevendagnosen worden vastgelegd.

Bij het samenvatten wordt deze set gegevens eventueel aangevuld met één of meer subtrajecten met zt 51 die een verwijzing hebben naar het bij het subtraject (zt 11 of 21) behorende zorgtraject. Deze worden gebundeld tot één declaratiedataset en aan een grouper aangeboden. Per subtraject wordt één declaratiedataset samengesteld. Een uitzondering hierop is zt 51, die alleen in combinatie met zt 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.

### 4.3 Registratieaddendum

Met behulp van het RA kunnen ICT-leveranciers de regels voor openen en sluiten van zorg-/subtrajecten inbouwen in hun ZIS. In het RA zijn de afsluitregels voor subtrajecten met zt 11 of 21 uit de NR technisch uitgewerkt met de daarvoor vereiste groepen van medisch inhoudelijke referentietabellen. De afsluitregels voor subtrajecten met zt 13, 41, 51 en 52 zijn beschreven in de NR en worden in het RA niet nader gespecificeerd.

Het RA is een technische uitwerking van de NR. De beschreven regels in de NR zijn altijd leidend. Het RA is een hulpmiddel voor ICT-leveranciers om de regels 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 za's, diagnosen 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.

#### **Voorbeeld: technische uitwerking in het RA**

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

Specifieke referentiegroepen (groepen waarvan de codes zijn vermeld in het RA) zijn opgenomen in de ARG. De begindatum van het subtraject bepaalt welke codes in de ARG geldig zijn voor de referentiegroep.

Bij de referentiegroep van een zorgprofielklasse moet de ZAT gebruikt worden en is de uitvoerdatum van de za bepalend voor het toepassen van de zorgprofielklasse. Een volledig overzicht van de zorgprofielklassen vindt u in het document [ICT-eisen dbc release](#). De ICT-eisen dbc-release en het RZ vindt u op [de website van de NZa](#).

## 4.4 Koppelen van zorgactiviteiten aan een sub-/zorgtraject

De koppeling van za's aan het zorgtraject vindt direct plaats bij registratie van de za (als onderdeel van de registratie) of achteraf via het koppelmechanisme in het ZIS.

Voor het samenvatten wordt gebruikgemaakt van een koppelalgoritme, zoals voorhanden in het ZIS-systeem van de zorginstelling. ZIS-leveranciers kunnen dit model zodanig hebben geïmplementeerd dat het toekennen van uitgevoerde za's aan subtrajecten een permanent proces is. Het samenstellen van een declaratiedataset is dan het moment van samenvatten.

Conform dit algoritme worden de za's van een patiënt gekoppeld aan het specifieke subtraject. Dit koppelen gebeurt op basis van:

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

Voor meer informatie over het koppelalgoritme zie Bijlage 4: Toelichting op het koppelalgoritme van dit document.

## 4.5 Overloopsituaties

Op basis van de HOR kan een juiste za geregistreerd worden in overloopsituaties, maar de HOR kan ook gebruikt worden tijdens of voorafgaand aan de samenvattingsstap. De za's die geregistreerd zijn en in de HOR voorkomen, kunnen handmatig of geautomatiseerd omgezet worden naar de juiste za('s) die geldig zijn op de ingangsdatum van het subtraject (zie paragraaf [3.7](#) en het [document ICT-eisen dbc-release](#)).

# 5 Afleiden

U leest hier hoe de afleiding van een dbc-zorgproduct plaatsvindt en welke eigenschappen en functionaliteiten een grouper verder nog heeft.

## 5.1 Algemeen

Op basis van de aangeleverde data (de declaratiedataset) leidt een grouper een dbc-zp af. Ook kan een add-on worden afgeleid. Add-ons kunnen in combinatie met een dbc-zp worden afgeleid, maar ook zonder een dbc-zp. Afleiden van dbc-zp's gebeurt op basis van:

- de diagnose en de za's 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. Deze paragraaf is daarom ook niet van toepassing voor deze geneesmiddelen.

Eerst leggen we uit wat een grouper is en welke functionaliteiten deze bevat. Daarna vindt u meer informatie is over productstructuur (die in een grouper is geladen) en hoe de afleiding van zp's werkt.

## 5.2 Grouper

### 5.2.1 Berichten aan een grouper sturen

Het ZIS van de zorginstelling, met daarin de geregistreerde diagnoses en za's, 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 zp's en retourneert deze vervolgens als een declaratieresultset. De zorgverlener zorgt ervoor dat de declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden, uitsluitend za's 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 afleiden, staan in Bijlage 4 bij de NR: Toelichting regels afleiding.

### 5.2.2 Kenmerken en functionaliteiten

Om te kunnen afleiden, 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 za's in de declaratiedataset.

#### **Vertaling za's**

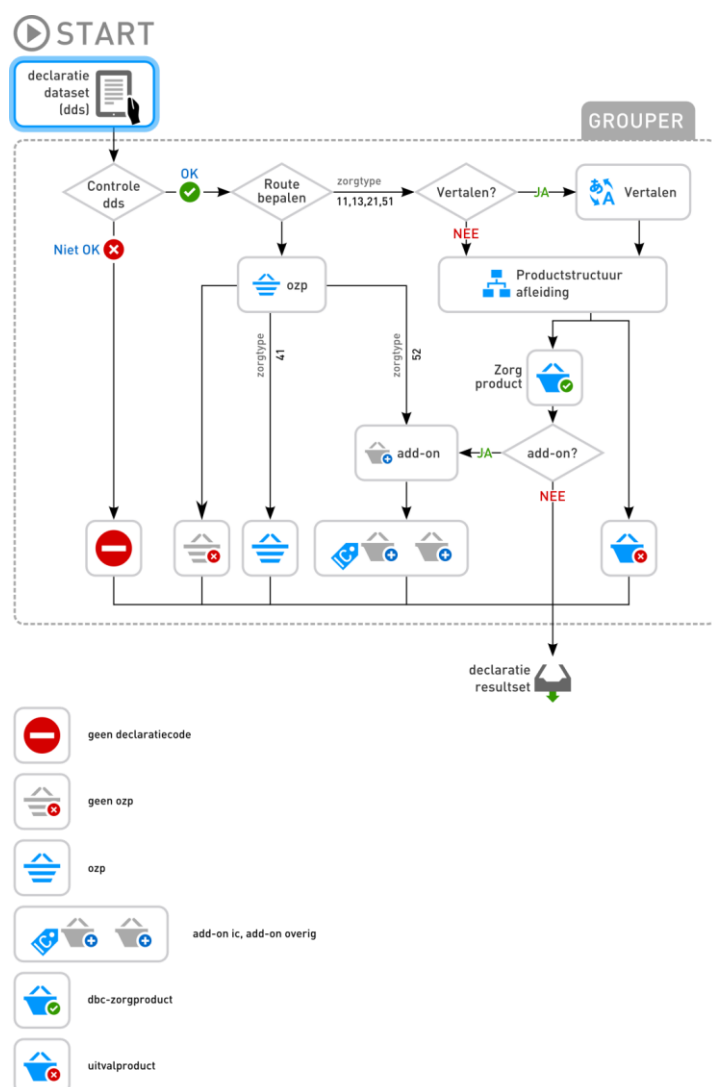
Het komt voor dat een za **wel** geldig is op de uitvoerdatum, maar **niet** op openingsdatum van het subtraject. De juiste productstructuurversie voor afleiding wordt bepaald op basis van de begindatum van het subtraject.

In die productstructuurversie zijn alleen za's opgenomen die op dat moment geldig waren. Voor subtrajecten die za's bevatten die niet geldig zijn op de openingsdatum van een subtraject, maar wel op de uitvoerdatum, en die vertaald kunnen worden is een zogenaamde Vertaaltabel Zorgactiviteiten Grouper beschikbaar. Daarin zijn nieuwe za's opgenomen die vertaald worden naar een vergelijkbare andere za die wél geldig was op openingsdatum van het subtraject. Deze tabel wordt vastgesteld door de NZa.

Niet alle za's kunnen worden vertaald. Za's 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-zp bij dat subtraject.

Figuur 11 toont het afleidingsmechanisme en de functionaliteiten van een grouper zoals hiervoor beschreven.

**Figuur 11: functionaliteiten van een grouper (inclusief legenda)**



## 5.2.3 Informatievastlegging

Een grouper leidt zp's af, maar slaat niets op: geen informatie of 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.

## 5.2.4 Retourberichten van een grouper

Na afleiden 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 declaratieresultsetnummer. Bij iedere aanlevering aan een grouper komt er een nieuw uniek declaratieresultsetnummer uit als output. Bij één declaratiedatasetnummer kunnen dus een of meer declaratieresultsetnummers horen, afhankelijk van het aantal keren dat de declaratiedataset is aangeleverd.

Daarnaast bevat een declaratieresultset:

- informatie over het te declareren product: een zp- en declaratiecode;  
Optioneel (vanaf 1 juni 2014) een of meer za-nummers: die geven aan welke za's op de nota opgenomen moeten worden. De za-registratie wordt door de zorginstelling uniek aangeduid middels een za-nummer (zie paragraaf [3.10.3](#)). Op basis van dit retour gestuurde nummer kan een koppeling gemaakt worden met de aangeleverde gegevens vanuit het ZIS;
- een hashcode (zie paragraaf [5.2.5](#));
- indicatie aanspraak Zvw:
  - om aan te geven of de medische indicatie van de behandeling nodig en toegepast is;
  - een indicatie of er een za is aangeleverd waarvoor een machtiging nodig is;
  - een indicatie of er een oranje za is aangeleverd en uitgevraagd bij de afleiding;
- een indicatie of er bij de afleiding gebruik is gemaakt van een vertaalde za.

De minimale gegevens van een declaratieresultset staan beschreven in Bijlage 4 bij de NR: Toelichting regels afleiding.

### Hashcode

Een zp krijgt een zogenaamde hashcode (verzegeling) van de grouper mee. De hashcode garandeert de zorgverzekeraar dat afleiden door een bepaalde grouper heeft plaatsgevonden 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 een hashcode is om te garanderen dat:

- voor de zorgverzekeraar dat de gegevens, die bij de declaratie van de declarabele zp's worden aangeboden, daadwerkelijk door een grouper zijn verwerkt. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen de hashcode voor een zp, en een hashcode van de ozp's.
- de NZa kan bepalen dat de dbc- en zorgprofielgegevens ongewijzigd bij het DIS zijn aangekomen. Het door de zorgaanbieder gedefinieerde declaratiedatasetnummer zorgt bij aanleveren 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.

## 5.2.5 Zorgactiviteiten op de nota

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

De code, de omschrijving en de uitvoerdatum van de za moeten op de nota komen als dit door de NZa is vastgesteld. Of dit geldt voor een ZA kunt u terugvinden de ZAT. 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 za's en de indicatie 'Op nota' in de tabel zorgactiviteiten van de groepertabellen.

Omdat de omschrijvingen van de meeste za's voor patiënten moeilijk te begrijpen zijn, zijn consumentenomschrijvingen opgesteld voor za's die op de nota worden getoond.

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

## 5.3 Zorgproducten afleiden

Om een dbc-zp met eventuele add-ons af te leiden, maakt een grouper gebruik van de productstructuur. De productstructuur bestaat uit 140 zpg's, met in totaal ongeveer 5.000 dbc-zp's die kunnen worden afgeleid. Deze productstructuur wordt in de vorm van beslisregels door een grouper gebruikt om vanuit de declaratiedataset een dbc-zp af te leiden. Vanuit een declaratiedataset kunnen naast dbc-zp ook ozp's worden afgeleid (zie paragraaf [5.3.3](#)).

### 5.3.1 Productstructuur en topboom

De productstructuur bevat verschillende beslisbomen die bestaan uit beslisregels. Met behulp van beslisregels wordt allereerst de zogenoemde 'topboom' doorlopen. Op basis van bepaalde kenmerken binnen het aangeleverde subtraject wordt het subtraject naar de daarbij behorende zpg (ook wel beslisboom genoemd) geleid. Voor een groot deel van de (indeling in) zpg is de ICD-10 structuur als basis gehanteerd. Let wel, de ICD-10structuur is alleen gebruikt als basis voor de indeling in zpg's (en het categoriseren van de verschillende specialisme-specifieke dbc-diagnosetypingen). De ICD-10-diagnosecode zelf wordt in de afleiding niet gebruikt.

Het afleiden naar een zpg vindt vooral plaats op basis van de aangeleverde diagnosetypering. In een aantal gevallen wordt het subtraject op basis van de aanwezigheid van een specifieke za naar een bepaalde zpg geleid. Bijvoorbeeld voor zorg die valt onder de Wbmv.

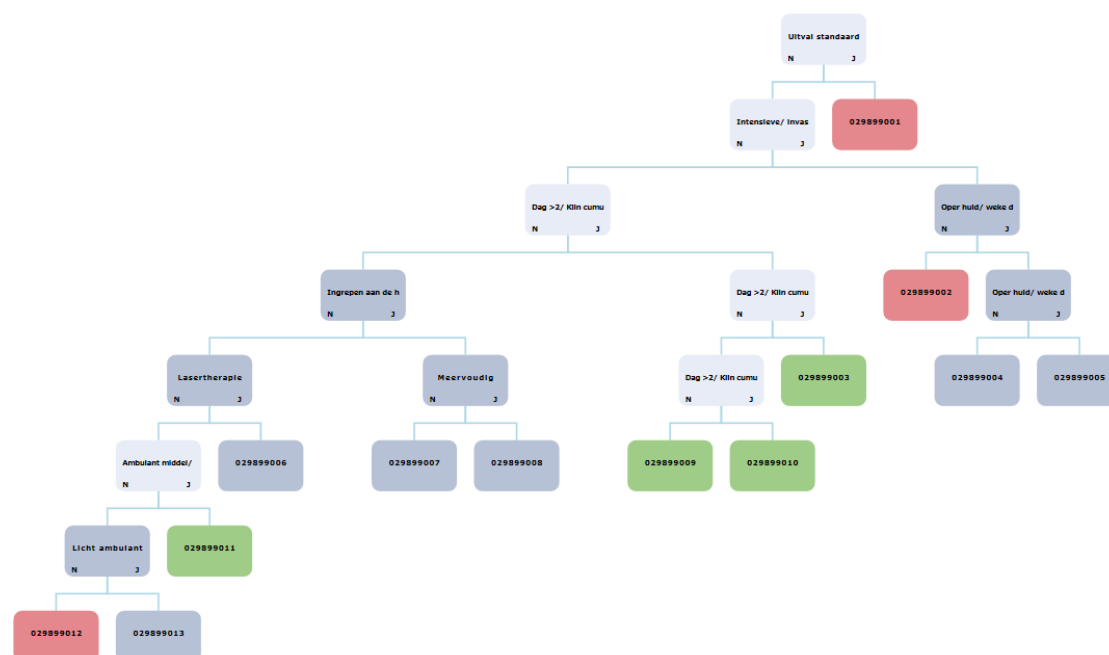
Ook zijn er een aantal specialismen die een eigen beslisboom hebben en dus niet zijn ingedeeld op basis van de ICD-structuur die specialisme overstijgend is.

Voor meer informatie over de relatie tussen diagnoses en zpg en de uitzonderingen daarop, verwijzen wij u naar de RDZT en het document aiRDZT (zie de [website van de NZa](#)).

### 5.3.2 Zorgproductgroepen en dbc-zorgproducten

Het subtraject wordt verder door de zpg (de beslisboom) geleid op basis van de aanwezige za's en diagnosetypering in het subtraject. De navolgende figuur toont een deel van een zpg.

**Figuur 12: voorbeeld van een deel van zpg 029899**



Door de beslisboom leidt een grouper de declarabele dbc-zp's af. Deze worden naar de zorgaanbieder teruggestuurd voorzien van een uniek declaratieresultsetnummer per declaratiedataset.

### 5.3.3 Overige zorgproducten

Eerder is al benoemd dat declaratiedatasets aangeboden aan een grouper afleiden tot dbc-zp's en ozp's. Bijvoorbeeld ic-zorg of add-ongeneesmiddelen worden via een zogenaamd ozp bekostigd. Deze zorg wordt los naast een dbc-zp gedeclareerd.

Regels over het technisch en administratief afhandelen van ozp's kunnen verschillen. Zo verschilt het bijvoorbeeld per soort/categorie ozp:



- welke ozp's rechtstreeks gedeclareerd mogen worden. Reden hiervoor is dat hier hoge kosten aan verbonden zijn en de zorginstelling zodoende ruim op tijd over financiële middelen kan beschikken.
- welke ozp's wel/niet door een grouper worden afgeleid. Alleen ozp's die door een grouper worden afgeleid, krijgen een hashcode.

Een volledig overzicht hiervan vindt u in Bijlage 5: Overzicht overige zorgproducten.

### 5.3.4 Aanspraak

Zorginstituut Nederland kan uitspraken doen waaruit blijkt dat bepaalde zorg niet of enkel onder voorwaarden, vergoed mag worden vanuit de basisverzekering. In dat geval krijgt een za een aanspraakcode en moet de medische indicatie (ja/nee) geregistreerd worden. Deze medische indicatie bepaalt of er bij het bijbehorende zp wel/geen aanspraak op vergoeding vanuit het basispakket gemaakt wordt.

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](http://www.zorginstituutnederland.nl)).

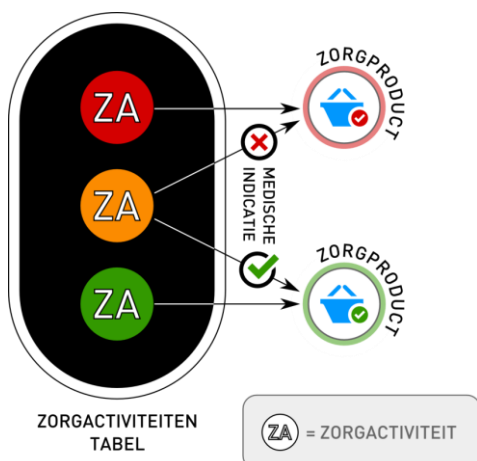
#### Indeling

Za's zijn als volgt ingedeeld:

- Groene za's : Leiden altijd af naar een declaratiecode 14xxxx of 15xxxx (groen)
- Rode za's : Leiden altijd af naar een declaratiecode 16xxxx of 17xxxx (rood)
- Oranje za's : Wel medische indicatie → een declaratiecode 14xxxx of 15xxxx (groen)  
Geen medische indicatie → een declaratiecode 16xxxx of 17xxxx (rood)

De aan een grouper aangeleverde declaratiedataset bevat onder andere: een diagnosecode, een verzameling van za's die zijn uitgevoerd, en (indien van toepassing) een medische indicatie. Binnen een grouper bestaat een mechanisme dat de uiteindelijke kleur van het zp bepaalt (groen of rood) aan de hand van de kleur van de typerende za's en de medische indicatie. Medische indicatie is nodig wanneer na afleiden de kleuring op basis van za's oranje is. Bij medische indicatie wordt het zp groen.

**Figuur 13: aanspraakbepaling in een grouper**



Voor zp's waarvoor wél aanspraak op de Zvw wordt gemaakt voor vergoeding vanuit het basispakket zorgverzekering geldt de declaratiecode voor verzekerde zorg (groen). Maar een groene declaratiecode kan ook betekenen dat het door het Zorginstituut nooit een uitspraak over deze zorg is gedaan. Groene declaratiecodes garanderen dus niet dat bijbehorende zorg altijd uit het basispakket vergoed wordt.

Voor zp's waarvoor sowieso géén aanspraak op de Zvw wordt gemaakt, geldt de declaratiecode voor onverzekerde zorg (rood).

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](#).

Voor meer informatie over aanspraak en de werking ervan in de afleiding van dbc-zp's en bepaling van declaratiecodes zie Bijlage 3: Toelichting aanspraakbeperkingen en machtigingen.

### **Machtigingen**

Voor een deel van de zorg hebben zorgverzekeraars aangegeven dat aan hen toestemming moet worden gevraagd, voordat een behandeling (za) wordt gestart. Of een machtiging nodig is voor een bepaalde behandeling, hangt af van de diagnose van de patiënt. Voor ICT-leveranciers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is daarom de LLM opgesteld. In de LLM zijn diagnose-za combinaties opgenomen waarvoor een machtiging is vereist.

Deze lijst wordt op twee manieren toegepast:

- 1 Binnen het ZIS: ter ondersteuning van de gebruiker tijdens het registreren. Bij het registreren van een diagnose waarbij behandelingen mogelijk zijn die een machtiging vereisen, wordt hiervan een melding gegeven (mits de ICT-leverancier dit in het ZIS heeft ingebouwd).
- 2 Binnen een grouper: nodig voor het juist afleiden (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 zie document [ICT-eisen dbc-release](#).

## **5.3.5 Wbmv**

Sinds 2012 is op za-niveau 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-zpg's zijn voor deze categorie zorg aparte dbc-zp's ontwikkeld. Deze dbc-zp's hebben een Wbmv-label gekregen in de ZPT.

In de Wbmv Code Tabel worden de verschillende Wbmv-codes vermeld die door het ministerie van VWS zijn vastgesteld. Wbmv-vergunningen worden toegekend aan za's. Aanvullend geldt dat, voor het afleiden van zp's, per za in de ZAT een verwijzing naar de Wbmv Code Tabel is opgenomen. In de Wbmv Code Tabel vindt u een omschrijving van de betekenis van de betreffende Wbmv-code evenals aanvullende informatie over de aan deze Wbmv-code gekoppelde regeling. Naast de code en omschrijving is ook verwezen naar onderliggende wettekst en aanvullende informatie. In die tekst wordt nadere informatie gevonden over de condities waaronder de betreffende za mag worden toegepast.

De Wbmv-labels bieden zorgverzekeraars ondersteuning bij het controleren van verleende vergunningen bij declaraties door zorgaanbieders. Meer informatie over deze labels is te vinden in het [document ICT-eisen dbc-release](#) en in de ZPT. Bij Wbmv-labeling wordt gestreefd naar een goede vertaling van de wettelijke teksten naar de dbc-systematiek. Mochten er onverhoopt discrepanties bestaan tussen geleverde zorg, 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).

### 5.3.6 Weegfactoren

Bij het afleiden naar een dbc-zp 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 za. Dit bepaalt mede naar welk dbc-zp wordt afgeleid.

Bij revalidatiegeneeskunde, geriatrische revalidatiezorg en audiologie wordt bij het afleiden naar een dbc-zp 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 wegingsfactor per behandeldiscipline die is gerelateerd aan de gemiddelde uurprijs per behandelaar. Door het toepassen van weegfactoren wegen de duurdere behandeldisciplines zwaarder mee in het aantal uren. Als referentiepunt geldt hierbij de gemiddelde uurprijs van de fysiotherapeut, waarvoor de wegingsfactor op 1 is gesteld (zie Bijlage 6: Overzicht weegfactoren).

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 het afleiden van het zp. De grouper past deze op basis van de za-code automatisch toe bij het afleiden van een subtraject naar het bijbehorende zp.

#### **Geriatrische revalidatiezorg**

Registratie vindt plaats op basis van tijdseenheden van 5 minuten. Dat wil zeggen dat één za met aantal één gelijk staat aan 5 minuten registratietijd. Dit wordt ook zo aangeleverd aan een grouper. Bij het afleiden wordt een zwaarte van 5 minuten aan de za toegekend.

#### **Audiologie**

De normtijd per za is bepalend voor de zwaarte van de za. Een za met een grotere normtijd weegt daardoor zwaarder in de afleiding voor de producten waarbij tijd een relevante factor is. Bij het afleiden wordt de registratie-eenheid uit de ZAT afgerond naar een heel getal. Een za met bijvoorbeeld een registratie-eenheid van 26,1 telt daardoor 26 minuten mee in de afleiding.

### 5.3.7 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: uitvalproducten kunt u niet declareren. In figuur 13 ziet u dat uitvalproducten in de zpa zijn aangegeven met rood. De declarabele dbc-zp's 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 za's 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-zp, maar kan *niet* gedeclareerd worden.

Anders is het wanneer er een fout zit in de door de zorginstelling aangeboden declaratiedataset. In dat geval wordt de betreffende declaratiedataset door een grouper afgekeurd en teruggestuurd. Er wordt dan niet afgeleid. De desbetreffende declaratiedataset moet worden geanalyseerd en gecorrigeerd door de aanleverende zorginstelling. De zorginstelling is verantwoordelijk voor het corrigeren van de declaratiedataset (voor het analyseren kan gebruik gemaakt worden van de zpa).

### 5.3.8 Zorgproductapplicatie

De zpa is een interactieve webapplicatie waarmee afleiding in de productstructuur wordt gesimuleerd. De zpa 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-zp zelf zoals het segment, het tarief (alleen a-segment) of sprake is van aanspraakbeperkingen, enzovoorts (zie [zorgproducten.nza.nl](http://zorgproducten.nza.nl)).

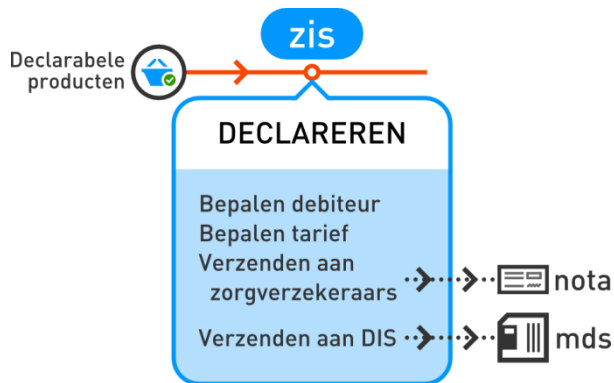
# 6 Declareren

Na afleiding kunnen zorgproducten worden gedeclareerd en/of gefactureerd. U leest hier over deze stap, de soorten tarieven die er zijn en over de minimale informatie die een factuur moet bevatten.

## 6.1 Algemeen

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

**Figuur 14: RSAD-model - Stap Declareren**



Nadat succesvol is afgeleid door een grouper ontvangt de zorginstelling de gegevens in de vorm van een declaratieresultset. Met deze informatie kan de zorginstelling de declaratie verder afhandelen.

De declaratieresultset bevat onder andere:

- een unieke declaratiecode voor elk dbc-zp;
- een unieke declaratiecode voor de los declarabele ozp's.

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

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

- bij dbc-zp's de openingsdatum van het subtraject;
- bij ozp's 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 (za's met de indicatie add-on) mogen tussentijds, dat wil zeggen na uitvoering en los van het dbc-zp, worden gedeclareerd.

## 6.2 Declaratiecode uit een grouper

In paragraaf 5.2.4 is benoemd dat een grouper een declaratieresultset teruggeeft aan het ZIS van de zorginstelling. De declaratieresultset bestaat uit diverse onderdelen (zie Bijlage 1: RSAD-datamodel en Bijlage 2: Beschrijving relaties RSAD-datamodel). Om het zp te declareren, is de declaratiecode nodig.

De declaratiecode die een grouper geeft, is terug te vinden in de ZPT en de TT (zie de [website van de NZa](#))

Declaratiecodes zijn zo ingedeeld dat aan de hand van de eerste twee cijfers twee kenmerken van het zp te onderscheiden zijn:

- of het een zp in het a-segment of b-segment is;
- of het verzekerde of onverzekerde zorg is voor de Zvw (basispakket) (zie Bijlage 3: Toelichting aanspraakbeperkingen en machtigingen).

De figuur hieronder toont de betekenis van de eerste twee cijfers van een declaratiecode. U kunt deze kenmerken ook herkennen aan het tarieftype van het betreffende dbc-zp in de Tarieven Tabel. Daarbij geldt: tarieftype 5 = declaratiecode beginnend met 14, 6 = 15, 7 = 16, 8 = 17).

**Figuur 16: Soorten declaratiecodes dbc-zp's**

	A-segment	B-segment
(Mogelijk) Verzekerde zorg	14	15
Onverzekerde zorg	16	17

Een dbc-zp in de ZPT kent één of twee declaratiecodes. Er is altijd sprake van een declaratiecode (mogelijk) verzekerde zorg (beginnend met 14 of 15) en - wanneer er een aanspraakbeperking geldt - kent een dbc-zp in de ZPT ook een declaratiecode voor onverzekerde zorg (beginnend met 16 of 17). Ook worden declaratiecodes bepaald voor relevante add-on's of andere ozp's. Door middel van de declaratiecode kan de zorgaanbieder het zp (en eventuele add-ons of andere ozp's) voorzien van een tarief.

## 6.3 Koppelen aan tarief

Zoals hiervoor benoemd, wordt de ontvangen declaratiecode uit de declaratieresultset door de zorgaanbieder gekoppeld aan het (afgesproken) tarief voor dat zp. Aan ozp's die niet afgeleid worden door een grouper, kan direct een tarief gekoppeld worden. Voor het te koppelen tarief zijn drie mogelijkheden:

- 1 Er is sprake van een zp uit het b-segment: over het tarief kan vrij onderhandeld worden met de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder koppelt het afgesproken tarief aan het zp voor declaratie.
- 2 Er is sprake van een zp 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).
- 3 Er is sprake van een zp uit het a-segment, waarbij sprake is van een max-max tarief: in principe geldt voor dit zp 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 zp's dit zijn, vindt u terug in de Tarieven Tabel van de NZa. Meer informatie over de Tarieven Tabel en hoe u zp's met een max-max tarief kunt herkennen, vindt u in het document [ICT-eisen dbc-release](#).

In de Tarieven Tabel zijn alle landelijk geldende tarieven voor dbc-zp's in het gereguleerde segment (a-segment) opgenomen. Daarnaast zijn ook de tarieven voor ozp's opgenomen (met uitzondering van add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren).

Voor dbc-zp's en ozp's in het b-segment is in de Tarieven Tabel het tarief op 0 gezet. Dit geldt ook voor zp's van 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 terug te vinden in de Tarieven Tabel. In het declaratieproces wordt de Tarieven Tabel gebruikt om te bepalen welk tarief bij een declaratiecode hoort. Prestatieomschrijvingen behorende bij declaratiecodes van dbc-zp's zijn opgenomen in de ZPT inclusief omschrijving van het dbc-zp zelf. De maximumtarieven voor de add-ongeneesmiddelen en ozp-stollingsfactoren zijn opgenomen in de G-standaard.

## 6.4 EI-standaard en factuurinformatie

### 6.5 EI-standaard

De EI-standaard (EI = Externe Integratie) beschrijft de technische specificaties (zoals bestandsstructuur, recordtypen, enzovoorts) voor de elektronische uitwisseling van declaratiegegevens tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars. De EI-standaard is opgesteld in afstemming met vertegenwoordigers van ZN, Actiz, zorgaanbieders, softwareleveranciers van zorgaanbieders, AWBZ-verzekeraars en Vektis C.V. De EI-standaard wordt beheerd en onderhouden door Vektis C.V.

Er bestaat een aparte EI-standaard voor de msz, namelijk: EI Declaratie dbc/ziekenhuiszorg. Ook is er een aparte EI-standaard voor de declaratie van geneesmiddelen: EI Declaratie dure geneesmiddelen.

EI-standaarden zijn te raadplegen/downloaden via Webapplicatie Standaardisatie Producten van Vektis (zie [ei.vektis.nl](http://ei.vektis.nl)).

#### 6.5.1 Factuurinformatie

Het opstellen van een factuur (zorgnota aan de patiënt) en het omschrijven van de verleende zorg is aan specificaties gebonden. In de NR is beschreven welke informatie de factuur moet bevatten.

### 6.6 Onderhandenwerk-grouper

Voor het in beeld brengen van productiewaarde van het onderhanden (nog niet gedeclareerde) werk van zorgaanbieders bestaat een OnderhandenWerkGrouper (OHW-grouper). Zie hiervoor de [website van Vecozo](#). U kunt gebruikmaken van deze OHW-grouper voor bevoorschottingsdoeleinden.



# 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 ook verplicht een dataset aan het DIS aan te leveren. Deze dataset is mede gebaseerd op output van een grouper.

Het creëren, exporteren en aanleveren van deze dataset is de verantwoordelijkheid van de instelling. Om ervoor te zorgen dat zorginstellingen hun verplichtingen nakomen en 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 zorgaanbieders is nauwkeurig voorgeschreven welke gegevens zorgaanbieders 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. Zie ook 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.

Het is voor zorgaanbieders wettelijk verplicht om aangeleverde data volledig, tijdig en juist te registreren. De NZa bewaakt de aanlevering van dbc-gegevens aan het DIS en heeft de bevoegdheid om sancties op te leggen als een zorgaanbieder weigert te voldoen aan de verplichting tot aanleveren.

## 7.3 DIS

In het 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 mds aan drie publieke organisaties die daar voor de uitoefening van hun wettelijke taken recht op hebben (Wet Marktordening Gezondheidszorg): het ministerie van VWS, het ZIN en het Centraal Bureau voor de Statistiek.

Deze organisaties gebruiken de data voor het uitvoeren van hun wettelijke taken. De NZa gebruikt deze data onder andere voor jaarlijkse doorontwikkeling en onderhoud van de dbc-systematiek.

Alle dbc-gegevens die zorgaanbieders leveren aan het DIS worden – voordat ze worden ingelezen in de database van DIS - na ontvangst gecontroleerd op fouten. 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 van opendisdata](#) **Fout! De hyperlinkverwijzing is ongeldig.** biedt zorg- en behandeldata zoals door Nederlandse ziekenhuizen aangeleverd bij het DIS. Op de website ziet u onder andere bij hoeveel patiënten bepaalde diagnoses zijn vastgesteld, de bijbehorende zp's en za's en de landelijk gemiddelde verkoopprijs van alle zp's. Daarnaast is het mogelijk informatie op te zoeken per medisch specialisme, za of zp.

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

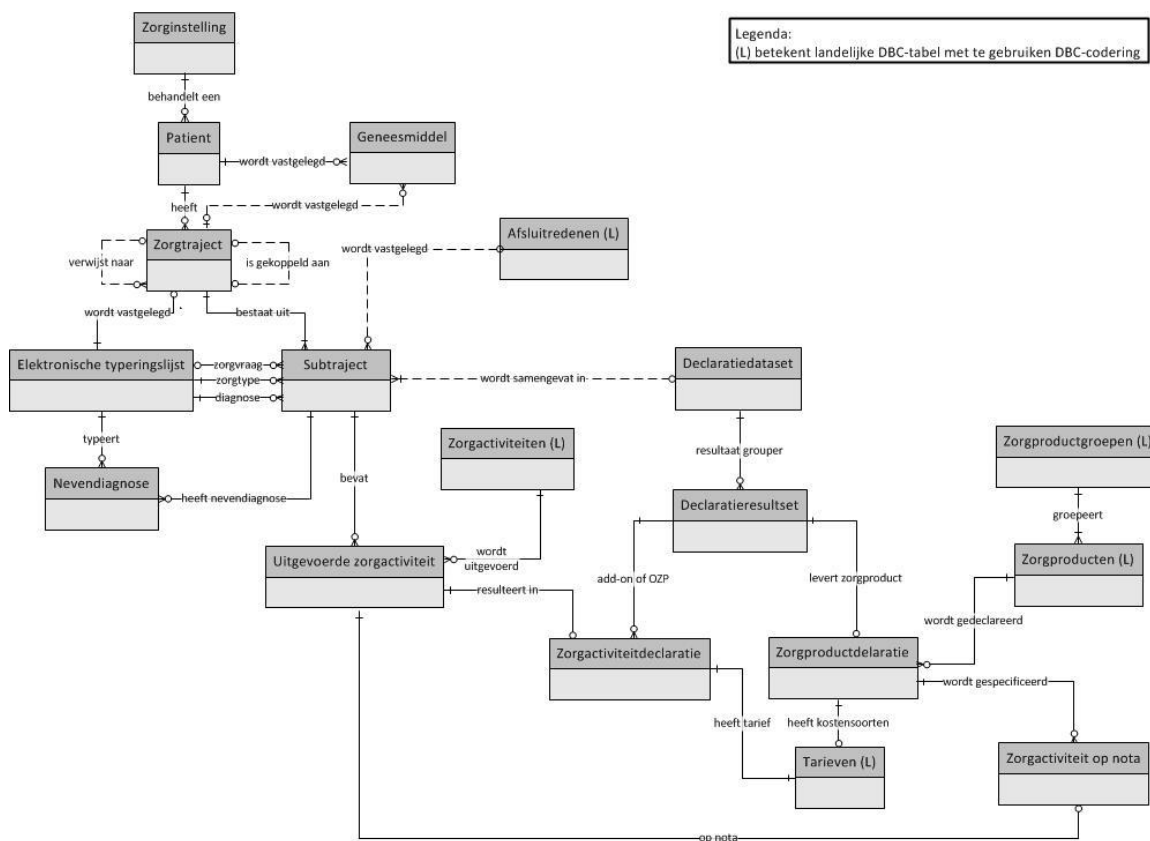
Met de website geeft de NZa inzicht in de zorg die in Nederland wordt geleverd. De NZa staat voor objectieve en transparante informatie over de zorg die binnen Nederlandse ziekenhuizen geleverd wordt en welke prijs daarvoor gemiddeld betaald wordt. Zo dragen wij bij aan betere, betaalbare en toetsbare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

# 8 Bijlagen



## 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. Voor een beschrijving van de relaties van het RSAD-model zie Bijlage 2: Beschrijving relaties RSAD-datamodel.



## Bijlage 2: Beschrijving relaties 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 <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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 DCT.
Zorgtraject	Patiënt	Een zorgtraject hoort altijd bij één patiënt en moet uniek geregistreerd worden binnen de zorginstelling.
Zorgtraject	Zorgtraject	De relatie ' <i>is gekoppeld aan</i> ' wordt als volgt omschreven: Een zorgtraject moet gekoppeld worden aan een zorgtraject als het bijbehorende subtraject getypeerd is als zt 51. Een subtraject met zt 51 hoort altijd bij een zorgtraject van een hoofdbehandelaar. Het subtraject van de hoofdbehandelaar moet getypeerd zijn als zt 11 of 21. De looptijd van het subtraject met zt 51 moet geheel binnen één subtraject van de hoofdbehandelaar vallen. Een zorgtraject met subtraject met zt 11 of 21 kan gekoppeld zijn aan een of meerdere zorgtrajecten met subtraject met zt 51.
Zorgtraject	Geneesmiddel <sup>1</sup>	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 <sup>1</sup>	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.
Zorgtraject	Zorgtraject	De relatie ' <i>verwijst naar</i> ' wordt als volgt omschreven: Een Zorgtraject kan naar één ander zorgtraject verwijzen als er binnen de eigen instelling een verwijzing is door: <ul style="list-style-type: none"> <li>– een andere zorgvraag voor hetzelfde specialisme (mogelijkheid voor paralleliteit);</li> <li>– een andere specialisme nodig is voor dezelfde zorgvraag.</li> </ul>

Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
		Dit is alleen mogelijk als het verwijzende specialisme een eigen zorgtraject heeft. Een zorgtraject kan door meerdere zorgtrajecten opgenomen zijn als verwijzend zorgtraject.
Zorgtraject	Elektronische typeringslijst	Een zorgtraject wordt geopend waarbij één dbc-specialisme wordt vastgelegd. Het dbc-specialisme is opgenomen in de ETL.
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 zt 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 ETL.
Subtraject	Elektronische typeringslijst	<p>Een subtraject wordt volgens de ETL getypeerd met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– verplicht één zt;</li> <li>– één (typerende) diagnose, verplicht bij zt 11, 13 en 21 en wordt door het ZIS met nullen gevuld bij de overige zt;</li> <li>– één (typerende) zorgvraag, alleen verplicht voor de specialismen die ook een zorgvraag hebben in de ETL.</li> </ul> <p>De te gebruiken codering moet geldig zijn op begindatum van het subtraject.</p>
Elektronische typeringslijst	Subtraject	De ETL heeft drie assen voor verschillende typeringen. De assen 1 – zt, 2 – zorgvraag en 3 – diagnose kunnen als typering zijn opgenomen in het subtraject. Per as kan maximaal één waarde worden toegepast in het subtraject. De typering voor de zorgvraag is optioneel en hangt af van het dbc-specialisme van het zorgtraject. Elke codering kan optioneel in een of meerdere subtrajecten als typering toegepast worden.
Subtraject	Uitgevoerde zorgactiviteit	Elk subtraject met zt ongelijk aan 21 heeft minstens één uitgevoerde za. Bij een subtraject met zt 21 zijn er optioneel een of meer uitgevoerde za's gekoppeld.
Uitgevoerde zorgactiviteit	Subtraject	Een uitgevoerde za wordt uniek geïdentificeerd binnen de zorginstelling en is onderdeel van één subtraject. De uitvoerdatum van de za moet vallen binnen de looptijd van een subtraject.
Subtraject	Afsluitreden	Een subtraject heeft op de einddatum altijd één afsluitreden volgens de codering van de ARDT. 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 za heeft altijd betrekking op één za-code van de ZAT. De te gebruiken code moet geldig zijn op de uitvoerdatum van de za.
Zorgactiviteiten	Uitgevoerde zorgactiviteit	Een za-code van de ZAT kan in meerdere uitgevoerde za's voorkomen. Dit kan binnen hetzelfde subtraject en zelfs op dezelfde datum als ook bij andere subtrajecten.

Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
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 zt 11 of 21. De overige subtrajecten moeten getypeerd zijn met zt 51 en daarvan moet het bijbehorende zorgtraject gekoppeld zijn aan het zorgtraject met subtraject dat is aangeduid als hoofdtraject (zt 11 of zt 21).
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	Zorgproduct-declaratie	Een declaratieresultset kan optioneel één declarabel dbc-zp zp-declaratie bevatten. Als het dbc-zp een uitvalproduct is, wordt geen declaratiecode opgeleverd en kan het zp niet gedeclareerd worden.
Zorgproduct-declaratie	Declaratieresultset	Een zp-declaratie is altijd een onderdeel van één declaratieresultset.
Zorgproduct-declaratie	Zorgproducten	Een zp-declaratie verwijst altijd naar een codering in de ZPT. In geval het een declarabel dbc-zp betreft (geen uitvalproduct), bevat de zp-declaratie de te gebruiken declaratiecode (verzekerde of onverzekerde zorg).
Zorgproducten	Zorgproduct-declaratie	Een zp komt optioneel voor in een of meerdere zp-declaraties.
Zorgproduct-declaratie	Zorgactiviteit op nota	Een declarabel dbc-zp in zp-declaratie kan vanaf 1 juni 2014 voorzien zijn van een of meer uitgevoerde za's die op nota vermeld moeten worden.
Zorgactiviteit op nota	Zorgproduct-declaratie	Een za op nota behoort altijd bij één zp-declaratie als het een declarabel dbc-zp betreft.
Zorgactiviteit op nota	Uitgevoerde zorgactiviteit	Een za op nota refereert altijd naar één uitgevoerde za.
Uitgevoerde zorgactiviteit	Zorgactiviteit op nota	Een uitgevoerde za kan optioneel gebruikt zijn in za op nota.
Zorgproduct-declaratie	Tarieven	Een declarabel dbc-zp in zp-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 hoofdsbtraject van de declaratiedataset. Vanaf 1 januari 2015 geldt er nog één (integraal) kostensoort per declaratie.
Tarieven	Zorgproduct-declaratie	Een tarief per kostensoort en declaratiecode verwijst altijd naar één declaratiecode die opgeleverd is door een grouper in zp-declaratie. Vanaf 1 januari geldt er nog één (integraal) kostensoort per declaratie.
Declaratieresultset	Zorgactiviteitdeclaratie	Een declaratieresultset kan optioneel een of meerdere declarabele ozp's/add-ons als za-declaratie bevatten.
Zorgactiviteit declaratie	Declaratieresultset	Een za-declaratie is altijd onderdeel van één declaratieresultset.



Van (object)	Naar (object)	Beschrijving
Zorgactiviteit-declaratie	Uitgevoerde zorgactiviteit	Een za-declaratie refereert altijd naar één uitgevoerde za.
Uitgevoerde zorgactiviteit	Zorgactiviteitdeclaratie	Een uitgevoerde za kan optioneel resulteren in een za-declaratie.
Zorgactiviteit-declaratie	Tarieven	Een declarabel ozp in za-declaratie heeft één kostensoort per declaratiecode met bijbehorend tarief. Het te gebruiken tarief moet geldig zijn op de uitvoerdatum van de za.
Tarieven	Zorgactiviteitdeclaratie	Op de uitvoerdatum van de za is één tarief geldig per declaratiecode die opgeleverd is door een grouper in za-declaratie.
Zorgproducten	Zorgproductgroepen	Een zp is altijd onderdeel van één zpg.
Zorgproductgroepen	Zorgproducten	Een zpg bestaat uit één of meer zp's.

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 de [website van Z-index](#).

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 ZIN 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 msz](https://nzaextern.studytube.nl/library/online-learning/) (zie [nzaextern.studytube.nl/library/online-learning/](https://nzaextern.studytube.nl/library/online-learning/)) 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 regels (zie [www.overheid.nl](http://www.overheid.nl)): Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering). Het ZIN heeft de taak om uitleg te geven aan en voorlichting te geven over het in de regels gevatte basispakket. Za's die volgens het ZIN niet of onder voorwaarden onder de basisverzekering vallen, krijgen van de NZa een code voor aanspraakbeperking. Deze code neemt de NZa op in de ZAT. Daarnaast is er een ACT, waarin de mogelijke codes van de aanspraakbeperkingen zijn opgenomen. Een nadere toelichting hierop vindt u op de [website van het ZIN](#).

*NB: Voordat zorg vergoed mag worden vanuit de basisverzekering, moet minimaal voldaan worden aan het criterium Stand van de wetenschap en praktijk. In principe moeten zorgverzekeraars bepalen of aan dit criterium voldaan wordt. Het Zorginstituut Nederland doet daarom niet over alle zorg uitspraken. Een zorgactiviteit zonder aanspraakcode betekent dat zorg uit het basispakket vergoed mag worden, óf dat er nog geen uitspraak gedaan is door het Zorginstituut. Een groene declaratiecode (14xxxx of 15xxxx) betekent dus niet automatisch dat altijd sprake is van vergoeding vanuit het basispakket. Mocht er op enig moment een discrepantie bestaan tussen de wetteksten of de standpunten van het Zorginstituut aan de ene kant en de aanspraaklabelling 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 wordt uit het basispakket.*

Naast deze aanspraakbeperkingen geldt dat voor bepaalde zorg toestemming moet worden gevraagd aan de zorgverzekeraar vóór de behandeling (i.e. za) wordt uitgevoerd (verzoek om machtiging). Voor deze za's 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 ZAT en in de ACT. Daarnaast geeft ZN bij de NZa aan voor welke za-diagnosecombinaties een machtiging gevraagd moet worden. Op basis hiervan en de informatie uit de dbc-systematiek wordt een LLM opgesteld en uitgeleverd door de NZa.

#### • Kleuring zorgactiviteiten

In de ZAT leidt het toekennen van aanspraakcodes tot een onderscheid in drie soorten za's:

##### 1 Oranje za's

Deze hebben een aanspraakcode met een code in de 26xx- of 27xx-range, wat betekent dat deze zorg alleen onder bepaalde voorwaarden in het basispakket valt. Voor deze zorg moet de zorgaanbieder aangeven of aan de medische indicatie vereisten wordt voldaan. Voor de za's

met een aanspraakcode in de 27xx-range, geldt dat er een machtiging aangevraagd moet worden indien de combinatie van za en diagnose voorkomt op de LLM.

2 Rode za's

Deze hebben een aanspraakcode met een code in de 16xx-range, wat betekent dat deze zorg uitgesloten is van vergoeding uit het basispakket.

3 Groene za's

Dit zijn za's 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 zorg die onder de basisverzekering valt, maar dit is niet altijd het geval (zie eerdere toelichting in deze paragraaf).

Meestal gaat het om verzekerde basiszorg, maar dit is niet altijd het geval. Het ZIN heeft namelijk niet bij alle medisch-specialistische zorg die in de praktijk wordt verricht en die met dbc's/za's 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 msz 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 ZIN.

- **Medische indicatie**

Bij oranje za's 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 ZIN geeft een overzichtsdokument uit waarin het beschrijft onder welke voorwaarden aanspraak gemaakt kan worden op vergoeding uit het basispakket, met een verwijzing naar wetteksten en uitgebreide toelichtingen (Overzicht zorgactiviteiten met aanspraakbeperking Zvw). Deze informatie is te vinden op de [website van het ZIN](#). 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 LLM opgesteld. Deze lijst bestaat uit diagnose- en za-combinaties. De za's die hierin voorkomen hebben een oranje aanspraakcode in de 27xx-range in de ZAT van de NZa. De LLM is gebaseerd op informatie van ZN en wordt door de NZa uitgeleverd.

De LLM biedt op twee punten ondersteuning. In de eerste plaats kan er op basis van de LLM een signaalfunctie worden ingebouwd in het ziekenhuisregistratiesysteem, die de zorgaanbieder erop wijst dat er voor een bepaalde behandeling vooraf een machtiging aangevraagd 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 LLM) verloopt via het VECOZO-machtigingenportaal. Na goedkeuring door de zorgverzekeraar wordt een machtigingsnummer afgegeven (één per subtraject). Meer informatie hierover vindt u op de [website van VECOZO](#).

- **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-zp's (in paarse knopen)**

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

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

Mocht het voorkomen dat er meerdere kleuren typerende verrichtingen in de declaratiedataset zitten, dan hanteert een grouper tijdens de afleiding de volgende regels:

- > rood gaat boven oranje/groen;
- > oranje gaat boven groen.

Dus als de declaratiedataset zowel een groene als een rode typerende verrichting bevat, dan is de rode za bepalend voor de kleuring van het zp (want rood gaat boven groen)

In de dbc-systematiek leveren zorginstellingen declaratiedatasets aan een grouper, die hieruit een declarabel dbc-zp afleidt. Afhankelijk van de afleiding en gestelde voorwaarden krijgt het declarabele dbc-zp een groene of een rode declaratiecode. Groen staat voor declaratiecode verzekerde basiszorg of mogelijk verzekerde basiszorg.

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 za's omvat die het ZIN (nog) niet heeft beoordeeld (zie de toelichting bij groene za's in paragraaf [5.3.4](#)). Het ligt in de rede dat als er bij een zorgverzekeraar gereede twijfel ontstaat, deze probeert – in overleg met zorgaanbieder(s) en/of het ZIN – duidelijkheid te krijgen over de vraag of het zp met groene declaratiecode daadwerkelijk verzekerde zorg betreft.

De groene 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 zp 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 zp een rode declaratiecode meegeven. Een andere declaratiedataset, met enkel groene verrichtingen, kan voor hetzelfde zp een groene declaratiecode krijgen.

De kleuring van een dbc-zp is alleen voorbehouden aan oranje of rode za's die ook typerend zijn voor het desbetreffende product. Om dit te garanderen zijn zogenoemde paarse knopen geïntroduceerd in de productstructuur (de beslisbomen). In de zpa is te zien waar de paarse knopen zitten en welke za's hier product specifiek worden uitgevraagd. Bij de rode/oranje za's staat hierbij ook de aanspraakcode vermeld.

Alleen in paarse knopen staat een 'aanspraakbeperkingssensor' aan. Buiten deze paarse knopen hebben de aanspraakcodes van de zorgactiviteiten in de aangeleverde declaratiedatasets geen effect op de kleur van de declaratiecode.

In de zpa kunt u inzien welke paarse knopen er zijn, en welke zorgactiviteiten hierin uitgevraagd worden.

- **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-zp) 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 za 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 za (in dit geval de operatie). Een grouper bepaalt op basis van die datum of het zp een declaratiecode voor (mogelijk) verzekerde zorg of onverzekerde zorg krijgt (Het ZIN bevestigt deze lijn en verwijst hiervoor naar artikel 23 lid 1 van de Zvw).

- **Signaal in het informatiebericht aan de instelling**

Een grouper geeft voor het afgeleide zp 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 za's 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 vlaggetje. (Het vlaggetje geeft aan dat zich in het profiel een diagnose- en za-combinatie bevindt waarvoor een machtiging wordt vereist volgens de LLM) De aanwezigheid van groene en rode typerende verrichtingen in de declaratiedataset wordt niet apart vermeld.

Soortgelijke informatie wordt ook meegeleverd in het EI-bericht (zie [ei.vektis.nl](http://ei.vektis.nl)). Aan deze informatie kan de zorgverzekeraar zien of er voor het gedeclareerde zp 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 za en zp. In eerste instantie op za-niveau (middels rode en oranje

aanspraakcodes), omdat het systeem van de Zvw het meest aansluit bij verrichtingen en omdat za's een centrale rol spelen bij de afleiding van zp's. Tijdens het afleidingsproces vindt de uiteindelijke labeling plaats op het niveau van zp's (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-zp een rode declaratiecode meekrijgt:

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

Dit alles wordt verder schematisch weergegeven in het vervolg van deze bijlage.

De (zpa) laat overigens 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

Deze paragraaf 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 ZAT

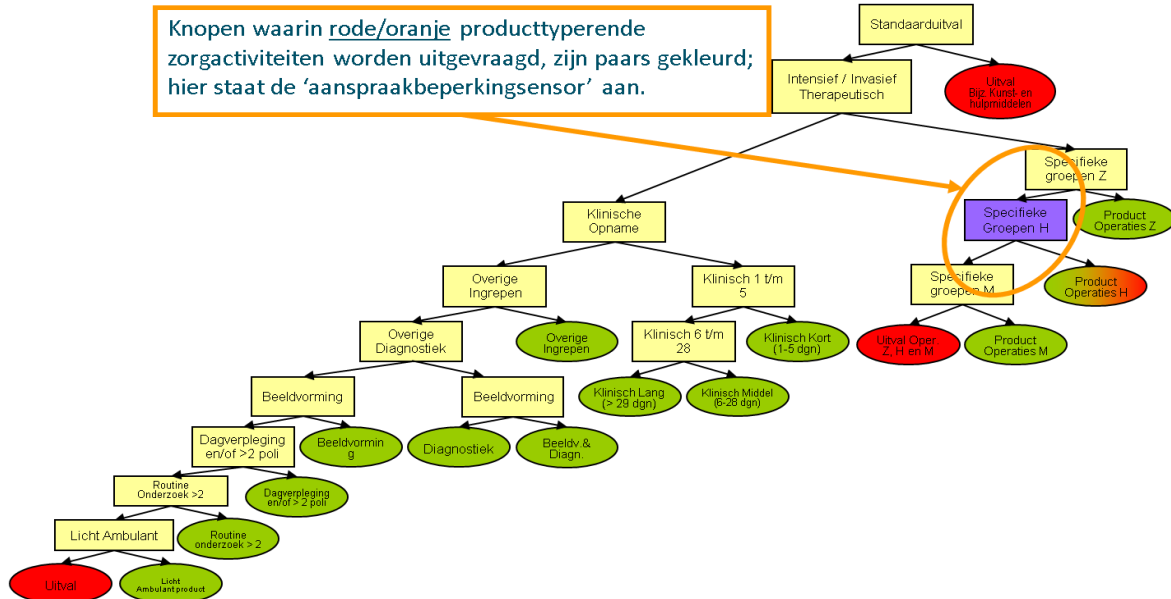
In de ZAT is een kolom 'Aanspraakcode' opgenomen. Zie voorbeeld hieronder.

Za-code	Za-omschrijving	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	-

De betekenis van de aanspraakcodes is als volgt:

- za 030146 is een **groene** za, want deze heeft geen aanspraakcode;
- za 030171 is een **oranje** za, want de aanspraakcode begint met 26;
- za 031280 is een **oranje** za 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 za, voorkomt op de LLM, dan is dit het geval);
- za 036763 is een **rode** za, want de aanspraakcode begint met 16.

Een nadere toelichting van de aanspraakcodes vindt u op de [website van het ZIN](#).



### Kleuring dbc-zp's (in paarse knopen)

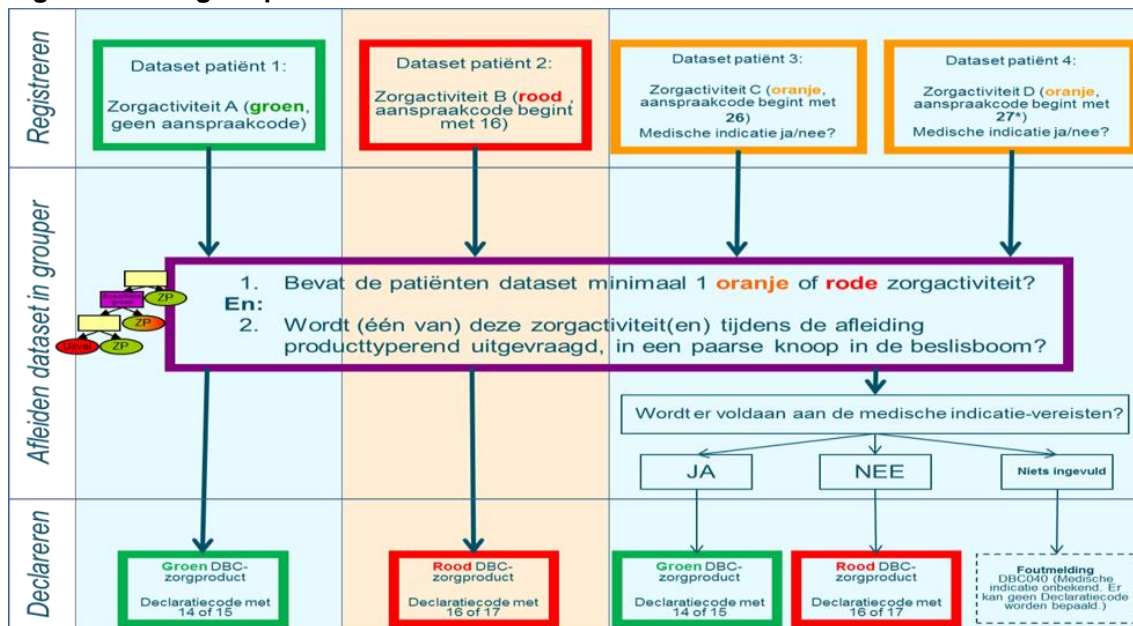
In de beslisbomen van de productstructuur wordt in knooppunten waar een rode of oranje za producttyperend wordt uitgevraagd de 'aanspraakbeperkingsensor' aangezet.

Grafisch (bijvoorbeeld in de zpa) wordt het knooppunt paars gekleurd (zie figuur hierna).

**Figuur: paarse knopen in de beslisboom**

De kleuring van zp's op basis van aanspraakbeperking op zorg in de dbc-is schematisch als volgt worden weergegeven.

**Figuur: kleuringen zp's in beslisboom**



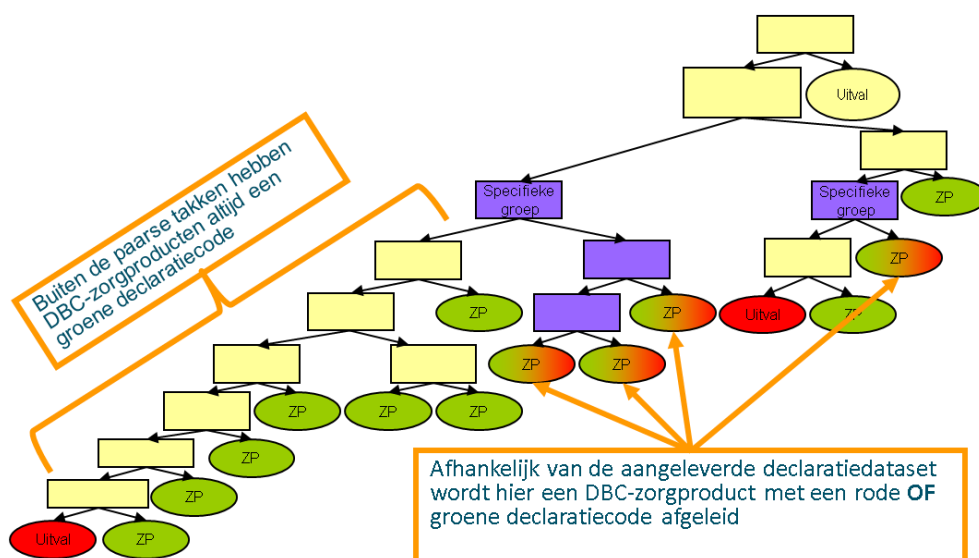
Wanneer de aangeleverde declaratiedataset enkel groene za's bevat, dan leidt een grouper ook een zp af met een groene declaratiecode. Bevat de declaratiedataset een typerende rode za (die specifiek wordt uitgevraagd), dan leidt een grouper een zp met een rode declaratiecode af. Als een oranje za is geregistreerd en deze za is producttyperend, dan wordt het resulterende zp ook gekleurd. Deze kleuring is, naast de geregistreerde za, 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 zp groen en krijgt het een declaratiecode die begint met 14 of 15.

Is een dergelijke medische indicatie NIET aanwezig, dan wordt het afgeleide zp 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 za ook een diagnose bevat die voorkomt op de LLM, 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 zp staat niet voor alle zp's vooraf al vast. Deze is afhankelijk van de aangeleverde declaratiedataset en wordt tijdens de afleiding bepaald (zie figuur hierna).

**Figuur: de kleur van de declaratiecode van een dbc-zp wordt tijdens de afleiding bepaald.**



### Praktijkvoorbeeld

In deze paragraaf volgt 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 (zt 11) geregistreerd. De typerende diagnose is F21 *Gespecialiseerde technieken*.



Er zijn vijf uitgevoerde za's:

- 1x 039987 ivf-fase 1;
- 1x 190060 Eerste polikliniekbezoek;
- 3x 190013 Herhaal-polikliniekbezoek.

N.B. Deze combinatie van za's is uitsluitend bedoeld om de werking van de aanspraakindicatie bij oranje za's te verduidelijken.

Met deze casus wordt een zp afgeleid in zpg 972804 *Infertiliteit (incl. Wbmv)*.

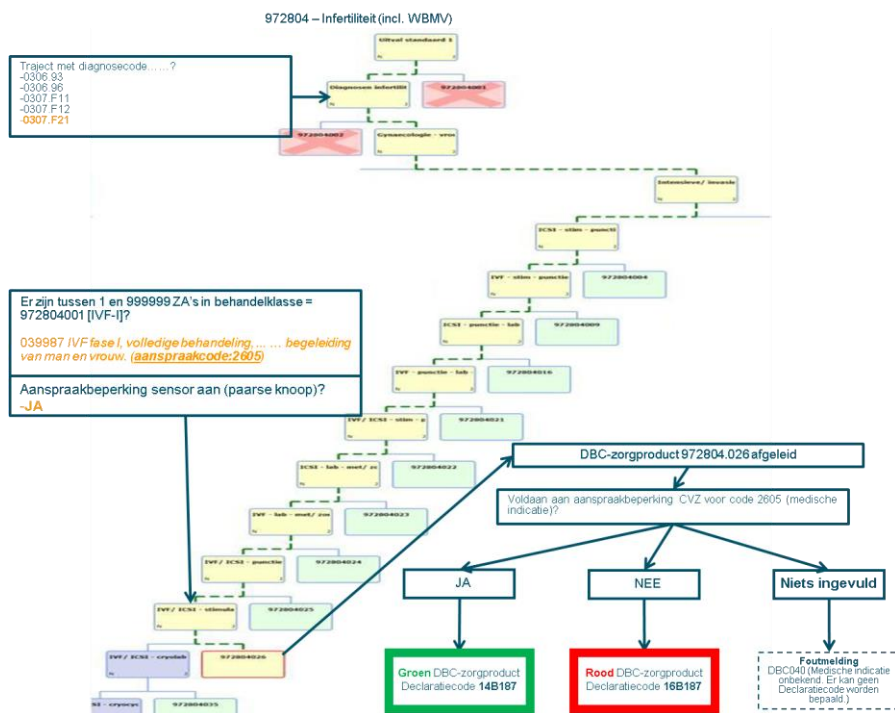
Za 039987 heeft in de ZAT aanspraakcode 2605. Via de website van het ZIN is na te gaan dat deze code de volgende beperking(en) kent:

*Art. 2.4 Bzv >> uitgesloten indien: de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.*

*Ook uitgesloten indien: de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, meer dan één embryo wordt teruggeplaatst. Ook uitgesloten in situaties van vruchtbaarheidsgerelateerde 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-zp voor deze casus verloopt dan als volgt (zie figuur hierna):

**Figuur: 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-zp.

Om een declarabel dbc-zp te bepalen, is het dus noodzakelijk om verschillende geregistreerde gegevens, waaronder za's aan een zorgtraject en daarmee aan het te declareren subtraject te koppelen.

Een subtraject moet overigens voldoen aan de regels zoals beschreven in de Registratieregels en het RA. Het RA is een technische uitwerking van de regels. Ook het RSAD-document geeft nuttige aanwijzingen.

In het ideale geval worden za's direct middels bijvoorbeeld een EPD (Elektronisch Patiëntendossier) en/of Order Communicatiesysteem aan het bijbehorende zorgtraject gekoppeld. Wanneer het koppelen van za's 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 za gekoppeld moet worden. Het ZIS moet daarom faciliteiten kennen die het handmatig omhangen van za's tussen zorgtrajecten mogelijk maakt.

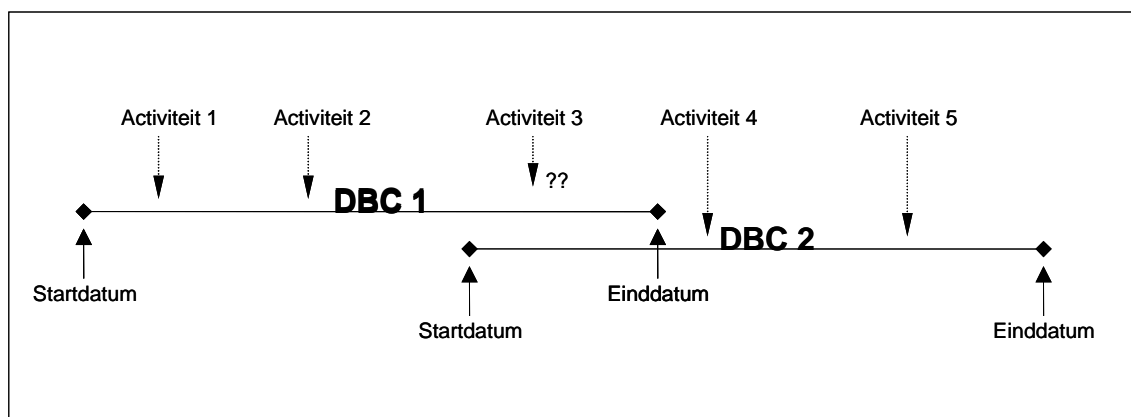
Op basis van de regels zoals benoemd binnen dit document kunnen za's aan zorgtrajecten worden gekoppeld. In de dbc-systematiek worden uitsluitend za's gebruikt die door of voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren zijn aangevraagd of uitgevoerd.

Dbc-specialismen kennen overigens 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.

### **Koppelen van za's aan aanvragend of uitvoerend specialisme**

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

Bij het koppelen van de uitgevoerde za's kunnen een aantal regels worden gehanteerd. Deze regels worden hierna beschreven aan de hand van het bijgevoegde voorbeeld (zie figuur hierna)



**Figuur: voorbeeld koppelen van uitgevoerde za's**

- 1 Wanneer bij een za de uitvoerder een beroepsbeoefenaar is die de poortfunctie uitvoert en voor dit specialisme er op de datum van uitvoering van de za een openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, dan moet de za 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 za aan het zorgtraject van de aanvrager gekoppeld.
- 3 Wanneer in situatie 1 of 2 meerdere zorgtrajecten worden gevonden dan wordt de za default aan het laatst geopende zorgtraject toegekend. Als een patiënt bij eenzelfde specialisme meer dan één zorgtraject open heeft staan, en de uitvoeringsdatum van de za binnen begin- en einddatum van beide zorgtrajecten valt, dan moet een keuze gemaakt worden aan welke van de zorgtrajecten de za moet worden toegekend.

Voor deze parallelle zorgtrajecten kan het koppelen van za's als volgt afgehandeld worden:

- Zorgtraject 1 en zorgtraject 2 zijn gedeeltelijk parallel. Het is mogelijk om de za's 1, 2, 4 en 5 automatisch te koppelen aan het betreffende zorgtraject. Deze vallen namelijk buiten de parallelle periode.
  - Voor za3 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 za's gesignaleerd worden op een uitvallijst en vraagt dit om handmatige bewerking.
  - 5 Wanneer bij een za de uitvoerder een beroepsbeoefenaar is die de poortfunctie uitvoert en er voor dit specialisme geen openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, omdat de za 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 zt 41 te openen waaraan deze ondersteunende za's gekoppeld kunnen worden.

- 6 Wanneer bij een za de uitvoerder een beroepsbeoefenaar is die de poortfunctie uitvoert en er voor dit specialisme geen openstaand zorgtraject is bij deze patiënt, omdat de za is uitgevoerd op aanvraag van een andere beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, dan kan de uitvoerder een ondersteunend zorg-/subtraject zt 51 openen waaraan deze ondersteunende za's gekoppeld worden<sup>1</sup>.
- 7 Za's 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-code<sup>2</sup>. Voor de ic kunnen zo op basis van de intensivist (aanvrager en/of uitvoerder) alle za's in het kader van ic (zoals de ic-toeslagcodes, de ic-behandeldagen, diagnostisch en aanvullend onderzoek) automatisch worden gekoppeld aan een ic-zorg-/ subtraject zt 51 of 52. In geval van een zt 51 wordt een verwijzing gemaakt naar het bovenliggende zorgtraject van de hoofdbehandelaar.
- 8 Wanneer de za behoort tot de (sub)categorie 'supplementaire producten – overig traject', 'overige verrichtingen' of 'facultatieve prestaties msz – losse facultatieve prestatie', wordt deze niet aan een zorgtraject gekoppeld. Dit geldt ook voor een regulier facultatief ozp.<sup>3,4</sup> Deze za's worden rechtstreeks gedeclareerd zonder aan de grouper aangeboden te worden, maar worden wel aan de DIS aangeleverd.
- 9 Wanneer de aanvrager van de za een externe instantie betreft en het gaat niet om een patiënt die eigen patiënt is/wordt, behoort de za 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.<sup>5</sup>

1 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.

2 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.

3 Deze subcategorieën zijn in de Tarieven Tabel te herkennen aan specifieke tarief types.

4 Bestaande prestaties / zorgactiviteiten kunnen onderdeel vormen van een facultatieve prestatie msz. 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.

5 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 ozp's voor de msz. 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 za-code van het ozp;
- in welke situaties het ozp als za 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/zip;
- of afleiding van het ozp via een grouper plaatsvindt.

Hoofdcategorie	Subcategorie	Segment	Tarief-type	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	Tarief-type	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	Tarief-type	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	Tarief-type	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 oogheekunde	Gereguleerd						
	Bijzondere tandheekunde	Vrij						
	Cryopreservatie van geslachtscellen en embryo's	Gereguleerd						
	Hyperbare zuurstofbehandeling	Gereguleerd						
	Keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen	Gereguleerd						
	Klinisch genetisch onderzoek ten behoeve van erfelijkheidsadviesing	Gereguleerd						
	Medisch specialistische beademingszorg	Gereguleerd						
	Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie	Gereguleerd						
	Onderlinge dienstverlening	Gereguleerd						
	Pathologie	Gereguleerd						
	Planningsvergelijking protonen- en fotonetherapie	Gereguleerd						
	Prenatale screening	Gereguleerd						
	Regiefunctie complexe wondzorg	Gereguleerd						
	Reiskosten	Gereguleerd						
	SCEN-consultatie	Gereguleerd						
Trombosezorg	Gereguleerd							
Zorg in de thuissituatie	Gereguleerd							

Hoofdcategorie	Subcategorie	Segment	Tarief-type	Aanvrager	Uitvoerder	Registratie in subtraject	Rechtstreeks declareren toegestaan	Via grouper
Facultatieve prestaties msz	Losse facultatieve prestatie	Vrij	13	Eerste lijn, specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt of beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert of w/z behandelaar.	Specialist waarvoor de dbc-systematiek niet geldt, beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, paramedisch zorgverlener of verloskundig zorgverlener.	Nee	Ja	Nee
	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 msz en is dus niet van toepassing op ggz-ozp's die met tarieftype 12 in de tarieventabel zijn opgenomen.

\*\* Deze prestaties worden niet als za 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 NR in de omschrijving of definitie van het ozp expliciet opgenomen dat de reikwijdte van de za beperkt is tot een specifieke beroepsgroep.

## Bijlage 6: Overzicht weegfactoren

In deze bijlage vindt u de weegfactoren per za voor de revalidatiegeneeskunde. In de kolom weegfactor staat de omrekenfactor waarmee de zwaarte van een za kan worden bepaald van een za in de afleiding (zie paragraaf 5.3.6).

Za-code	Za-omschrijving	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

Za-code	Za-omschrijving	Weegfactor
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

