

Archief
Frequently Asked Questions
DBC-systematiek ziekenhuiszorg
(ARCHIEF FAQ ZZ)

Versie 1.0

Laatste update 06-09-2011

VOORWOORD

In dit document staan de veelgestelde vragen (FAQ) die door uiteenlopende redenen niet meer zelfstandig op de website van DBC-Onderhoud worden gepubliceerd.

Sommige vragen en antwoorden zijn simpelweg niet meer van toepassing door doorontwikkelingen in de systematiek of omdat ze tijdsgebonden waren, bijvoorbeeld over een specifieke tabel in een specifieke uitlevering. De meeste van de op dit moment (september 2011) opgenomen vragen gaan over de DBC-systematiek tot 2012.

Er is voor gekozen om ondanks de beperkte toepasbaarheid van de opgenomen FAQs, dit document wel te publiceren. In sommige gevallen kan de afhandeling van een gedeclareerde DBC namelijk tot enige jaren na registratie doorgaan. Ook voor onderzoeksdoeleinden kan het nuttig zijn om vragen en antwoorden uit het verleden te kunnen achterhalen om bepaalde onderzoeksresultaten te verklaren. Tot slot kan het in bepaalde situaties interessant zijn een oude situatie uit dit document te gebruiken om een bepaalde manier van werken in de geldende systematiek toe te lichten.

Aan de in dit bestand opgenomen antwoorden kunnen geen rechten worden ontleend omtrent de registratie van DBC's.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	2
INHOUDSOPGAVE	3
1 VEELGESTELDE VRAGEN (FAQS)	5
1.1 ALGEMEEN.....	5
1.1.1 <i>Onderhandeling honorarium B-segment</i>	5
1.1.2 <i>Normtijden voor ondersteuners</i>	5
1.1.3 <i>Tijdsafhankelijkheid in tabellen</i>	6
1.1.4 <i>Soort honorarium in tarieventabel</i>	7
1.1.5 <i>Twee lijsten voor het B-segment 2009</i>	8
1.1.6 <i>Preoperatieve screening en consult-DBC</i>	10
1.1.7 <i>Consult-DBC's in B-segment</i>	10
1.1.8 <i>Honorarium berekenen met Ronde 16 zorgprofielen</i>	11
1.1.9 <i>Honoraria specialisten per DBC vinden</i>	11
1.1.10 <i>Aanspraakcodes in eindklassetabel</i>	14
1.1.11 <i>Consult-DBC</i>	15
1.2 REGISTRATIE	17
1.2.1 <i>Dubbelzijdigheid bij Oogheelkunde</i>	17
1.2.2 <i>ZT51 – registratie en verwijzingsgegevens</i>	17
1.2.3 <i>Spoedeisende hulp in 2008</i>	19
1.2.4 <i>Zorgvraag na behandeling in tertiair centrum</i>	20
1.2.5 <i>Onderzoek adoptiekind</i>	21
1.2.6 <i>Exacerbatie in 2007 in DBC van 2006</i>	21
1.2.7 <i>Zorgtype bij chronische DBC's</i>	22
1.2.8 <i>Medebehandeling in 2007</i>	23
1.2.9 <i>ICC vanaf 2007</i>	24
1.2.10 <i>Exacerbatie in 2007</i>	25
1.2.11 <i>Klinisch zonder dagen in 2007</i>	26
1.2.12 <i>Overloopregeling Revalidatiegeneeskunde</i>	27
1.2.13 <i>Meerdere SEH-DBC's</i>	28
1.3 AFLEIDEN /VALIDEREN	29
1.3.1 <i>Zorgprofielklasse en validatieklasse</i>	29
1.3.2 <i>Essentiële verrichting</i>	30
1.3.3 <i>Gynaecologie: Validatie van V51, V60 en V61</i>	31
1.3.4 <i>Basiszorg-DBC Neonatologie</i>	32
1.3.5 <i>Oorzaken uitval bepalen</i>	33
1.4 DECLAREREN (VOOR ZORGAANBIEDERS)	34

1.4.1	<i>Eerstelijnsverrichtingen fysiotherapie in het B-segment</i>	35
1.4.2	<i>Wijziging kortingspercentages honoraria 2010/2011</i>	35
1.4.3	<i>DBC 800 bij MDL</i>	36
1.4.4	<i>Honorariumtarief bij natte maculadegeneratie</i>	37
1.4.5	<i>Declaratie (on-)verzekerde zorg</i>	37
1.4.6	<i>Berekening honoraria B-segment</i>	39
1.4.7	<i>Limitatieve lijst en oranje DBC's</i>	40
1.5	DECLAREREN (VOOR VERZEKERAARS)	42
1.6	ISSUES (KORTLOPENDE PROBLEMATIEKEN).....	43
1.6.1	<i>Wijzigingen RS07</i>	43
1.6.2	<i>B-segment in 2008</i>	43

1 VEELGESTELDE VRAGEN (FAQS)

1.1 Algemeen

1.1.1 Onderhandeling honorarium B-segment

Vraag

Over welke honorariumcomponenten dient voor het B-segment 2008 onderhandeld te worden?

Antwoord

In het B-segment geldt dat de volumecomponent van het honorariumtarief per ondersteuner vrij onderhandelbaar is. Per 1 januari 2008 geldt dit ook voor het specialisme Anesthesie. Over het honorarium van de poortspecialist wordt niet onderhandeld, hier betreft het landelijk vaste bedragen. Deze bedragen zijn opgenomen in de DBC Tarieven Tabel.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.2 Normtijden voor ondersteuners

Vraag

Waar kan ik de normtijd voor ondersteuners vinden?

Antwoord

De DBC-normtijden zijn voor de poortspecialist van de desbetreffende DBC. In het overzicht van de normtijden zijn dan ook slechts deze normtijden opgenomen. De ondersteunernormtijden zijn de tijden voor de ondersteuner wanneer deze een verrichting één keer uitvoert. Deze is door middel van de van profielinformatie van de DBC omgerekend tot een ondersteunerhonorarium. Het ondersteunerhonorarium is opgenomen in de DBC Tarieventabel.

Bijvoorbeeld:

Verrichting x heeft een OP-normtijd van 10 minuten.

Deze verrichting komt in DBC A in 10% van de gevallen voor en als deze voorkomt dan komt deze verrichting altijd 2 keer voor. Dit komt neer op een OP-honorarium x in DBC A van $10 \times 0,1 \times 2 = 2$ minuten. Elke keer als deze DBC gedeclareerd wordt krijgt de uitvoerder van verrichting x dus $2 \times 133,50/60 = € 4,45$.

In de tabel v 20071001 is nog uitgegaan van een uurtarief van € 133,50. VWS heeft echter aangegeven dat zij het indexeringspercentage van 1,4% niet juist heeft vastgesteld. Het percentage dient 3% te zijn. Per 1 december 2007 zal de DBC Tarieventabel daarom voor enkele correcties opnieuw opgeleverd worden. Dit kan gevolgen hebben voor het honorarium van de ondersteuner.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.3 Tijdsafhankelijkheid in tabellen

Vraag

Per 1 januari 2007 is in alle DBC-tabellen "tijdsafhankelijkheid" ingevoerd. Wat wordt hier precies mee bedoeld?

Antwoord

Iedere record in de tabellen van DBC-Onderhoud kent nu datumvelden die de begindatum en soms ook een einddatum weergeven. Deze data geven de geldigheidsduur (de tijdsafhankelijkheid) aan. Een record is alleen van toepassing op een DBC als de openingsdatum van de DBC binnen deze geldigheidsduur valt. Alle relevante tabellen worden met deze openingsdatum van de DBC doorlopen.

Dankzij deze tijdsafhankelijkheid is precies duidelijk welke voorwaarden op een bepaald moment voor een bepaalde DBC gelden. Doordat records eerder geen geldigheidsduur kenden, waren alle correcties in tabellen per definitie terugwerkend van kracht. Hierdoor kon onduidelijkheid ontstaan over bijvoorbeeld de aanspraak.

Het werkt het in de praktijk? Een aantal voorbeelden:

Een DBC met zorgtype 25 exacerbatie wordt geopend op 20 december 2006 en gesloten op 13 januari 2007. Zorgtype 25 kent in de eindklassetabel en typeringslijst een einddatum van 1 januari 2007. De DBC in dit voorbeeld kan dus nog wél worden geopend en gevalideerd, omdat de openingsdatum ligt vóór de einddatum van zorgtype 25.

Een DBC met de inhoud van een consult-DBC is geopend vóór 1 februari 2006 (de datum waarop consult-DBC's geldig werden). Deze DBC kan niet worden getypeerd als consult-DBC en in de validatietabellen wordt een normale conservatieve DBC afgeleid. Een consult-DBC die wordt geopend op 10 januari 2007 wordt wél afgeleid in de validatietabel en omdat de validatietabel tijdsafhankelijk is, krijgt deze DBC direct de juiste behandelas mee.

Ook verrichtingen in de zorgactiviteitentabel (voorheen DBC-verrichtingentabel) kennen nu tijdsafhankelijkheid. Bij het valideren van DBC's dienen dus niet alleen de geregistreerde zorgactiviteiten en de ingangsdatum van de DBC, maar ook de registratiedatum van de zorgactiviteiten gecontroleerd te worden.

Zie voor meer uitleg en voorbeelden over het onderwerp tijdsafhankelijkheid de Handleiding validatie op de site van DBC-Onderhoud.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.4 Soort honorarium in tarieventabel

Vraag

Wat betekent de kolom 'Soort honorarium' in de DBC-tarieventabel?

Antwoord

Met ingang van 1 januari 2007 is aan de DBC-tarieventabel per DBC-declaratiecode een totaalregel toegevoegd met daarin een sommatie van alle honorariumtarieven (poortspecialisme, ondersteuner en anesthesie). Deze toevoeging wordt op de elektronische factuur voor de zorgverzekeraar opgenomen, terwijl de individuele honorariumtarieven per specialisme voor de opbrengst van het ziekenhuis en voor medisch specialisten van belang zijn. Daarom blijven ook de individuele honorariumtarieven in deze tabel beschikbaar.

Niet in alle gevallen is deze totaalregel opgenomen. Bij bijvoorbeeld overige, ondersteunde producten of trajecten blijven individuele honorariumtarieven apart op de factuur staan. In de kolom Soort honorarium is te zien of het een gesommeerd tarief van een DBC-declaratiecode betreft, een individueel honorariumtarief of helemaal geen honorariumtarief. De invulling van deze kolom is als volgt:

0 - Niet van toepassing. Dit betreft geen honorariumcomponent, maar een ziekenhuiskostencomponent.

1 - Honorariumcomponent per AGB-specialisme. Tariefregel met het individuele tarief per AGB-specialisme. De gesommeerde tariefregel (3) is een optelsom van al deze individuele honorariumcomponenten per DBC-declaratiecode zoals deze op de factuur wordt opgenomen.

2 - Honorariumcomponent specialisme die separaat op de factuur wordt vermeld. Tariefregels van individuele honorariumcomponenten bij overige ondersteunde producten of trajecten die los op de

factuur komen. Deze zijn daarom niet gesommeerd opgenomen in totaalregels in de DBC-tarieventabel.

3 - Samenvoeging van de honorariumcomponenten. Dit bedrag wordt op de factuur vermeld. Dit is de totaalregel van alle individuele honorariumcomponenten van DBC-declaratiecodes.

In een selectie uit de DBC-tarieventabel ziet de invulling er als volgt uit:

AGB Specialisme	AGB Uitvoerder	Declaratie Code	Productgroep code	Tarief	Kosten soort	Ingangsdatum	Tarief type	Soort Tarief	Soort Honorarium
0303	0000	140080	0362403	1189100	02	20070101	1	3	0
0303	0303	140080	0362403	104600	04	20070101	1	3	1
0303	0303	140080	0362403	188540	04	20070101	1	3	3
0303	0318	140080	0362403	490	04	20070101	1	3	1
0303	0320	140080	0362403	320	04	20070101	1	3	1
0303	0330	140080	0362403	1630	04	20070101	1	3	1
0303	0362	140080	0362403	10200	04	20070101	1	3	1
0303	0387	140080	0362403	19950	04	20070101	1	3	1
0303	0388	140080	0362403	50	04	20070101	1	3	1
0303	0389	140080	0362403	51300	08	20070101	1	3	1
0303	0000	34693		5280	02	20060201	11	3	0
0303	0303	34693		3340	04	20070101	11	3	2

Op regel 1 staat een 0 in de kolom 'soort honorarium', het betreft een ziekenhuiskostencomponent.

Alle '1'en bij declaratiecode 140080 bij elkaar opgeteld geeft het gesommeerde tarief (te zien op regel 3). De laatste twee regels betreffen een overig product zonder gesommeerde tarieven met soort honorarium '2'.

Aanvullende informatie over de rest van de kolommen in de tarieventabel kunt u vinden in het document "toelichting DBC-tarieventabel v20061001".

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.5 Twee lijsten voor het B-segment 2009

Vraag

Er zijn twee lijsten voor het B-segment 2009. Wat is het verschil, hoe kan dat en welke moet worden gebruikt?

Antwoord

DBC-Onderhoud heeft in 2008 inderdaad twee lijsten van het B-segment 2009 gepubliceerd. De eerste werd in juli 2008 op de site geplaatst onder de naam *Conceptlijst invulling voorgestelde uitbreiding B-segment v20080711*. De tweede lijst is de uiteindelijke lijst met een overzicht van alle DBC's in het B-segment per 2009 onder de naam *Overzicht B-segment (v20081001)*.

In de conceptlijst staan 353 regels meer dan in het uiteindelijke overzicht (gesorteerd op DBC's die ingaan per 1-1-2009). Buiten enkele DBC's die uiteindelijk niet zijn opgenomen om verschillende redenen, wordt het grote verschil veroorzaakt door de consult-DBC's die uit het A-segment komen.

Technisch

In het B-segment worden consult-DBC's (enkelvoudig poliklinisch) niet in een aparte productgroep ingedeeld. Dit is een beleidsmatig besluit. Theoretisch komt de consult-DBC nog wel voor; het is immers nog steeds mogelijk dat een patiënt slechts één keer op de poli wordt gezien, waarbij alleen enkele goedkope diagnostische en/of therapeutische activiteiten plaatsvinden. In de validatie zal daarbij een behandelas eindigend op een 4 worden afgeleid. Deze behandelas wordt echter via de DBC Eindklassetabel omgecodeerd naar een prestatiecode eindigend op een 1. Op dat moment wordt de DBC als een 'normale' poliklinische DBC gezien.

De lijsten

De conceptlijst van het B-segment bevat alle DBC's die uit het A-segment worden overgezet naar het B-segment. Het definitieve overzicht in de uitlevering bevat alleen alle DBC's die werkelijk in het B-segment zitten. Omdat de oude A-segment consult-DBC's opgaan in de 'normale' poliklinische DBC's in het B-segment ontstaat dit verschil.

Onderhandelingen

Voor de onderhandelingen tussen verzekeraar en ziekenhuis geldt dat alleen over de normale poliklinische DBC over een prijs hoeft te worden onderhandeld. Daarbij kan uiteraard wel rekening worden gehouden met het feit dat deze DBC bestaat uit een bepaald deel oude consult-DBC's en een deel oude normale poliklinische DBC's. Over deze verdeling en daarmee de uiteindelijke kostprijs kan vrij onderhandeld worden.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.6 Preoperatieve screening en consult-DBC

Vraag

Mag preoperatieve beoordeling/screening plaatsvinden binnen een consult-DBC?

Antwoord

Een DBC geopend in het kader van preoperatieve beoordeling/screening leidt vaak af naar een consult-DBC. In de nieuwe instructies is echter op basis van NZa-beleidsregel CI-884 de bepaling opgenomen dat de consult-DBC niet kan voorkomen bij preoperatieve screening.

De NZa maakt onderscheid tussen preoperatieve screening en preoperatieve beoordeling. Het verwarrende daarbij is dat de term screening in de dagelijkse praktijk ook dikwijls gebruikt wordt voor preoperatief onderzoek, consult of beoordeling. Daardoor lijkt het alsof geen enkel specialisme hiervoor een consult-DBC mag declareren.

In beleidsregel CI-949 (de opvolger van CI-884) wordt met preoperatieve screening expliciet het standaard onderzoek door de anesthesist voorafgaand aan een operatie bedoeld. Het is logisch dat dit routineonderzoek deel uitmaakt van de DBC die geopend is voor de desbetreffende operatie. Als er een indicatie is om een patiënt voor de operatie extra te onderzoeken, is sprake van preoperatieve beoordeling en kan door de desbetreffende specialist wél een (consult-)DBC worden geopend.

Bij preoperatieve screening mag dus alleen het specialisme anesthesiologie geen consult-DBC declareren.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.7 Consult-DBC's in B-segment

Vraag

In de DBC-declaratiebepalingen van de NZa staat dat in het B-segment geen consult-DBC's mogen voorkomen. In de DBC-eindklassetabel komen echter wel B-segment DBC's voor met ***4 behandelas, dus consult-DBC's. Hoe kan dit?

Antwoord

Als in de validatiemodule aan de criteria van de consult-DBC wordt voldaan, wordt er per definitie afgeleid naar een ***4 behandelas. Als dit een B-segment DBC betreft, is deze afleiding onrechtmatig. Dit wordt in de DBC-eindklassetabel rechtgezet: de DBC-prestatiecode en de declaratiecode worden hierin gekoppeld aan die van de conservatieve poliklinische behandeling. Deze DBC's krijgen in de

DBC-eindklassetabel dus geen prestatiecode eindigend op ***4, maar op ***1 met bijbehorende declaratiecode. Op deze manier komen in het B-segment geen consult-DBC's voor.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.8 Honorarium berekenen met Ronde 16 zorgprofielen

Vraag

Is het mogelijk om met de nieuwe uitgeleverde Ronde16 Zorgprofielen het ondersteunerhonorarium van een DBC te berekenen?

Antwoord

In de Ronde 16 zorgprofielen is bij de uitgevoerde zorgactiviteiten binnen een DBC ook de uitvoerder (hoofdbehandelaar of ondersteunend specialisme) van die activiteit opgenomen. Daarmee is in theorie te berekenen wat de normtijd van het ondersteunende specialisme in die DBC is. Het gebruik van het veld "uitvoerder" voor dergelijke berekeningen wordt echter afgeraden omdat:

de Ronde 16 profielen landelijk gemiddelde profielen zijn die significant kunnen verschillen met de lokale profielen;

zorgactiviteiten met een percentage voorkomen van minder dan 2% niet worden getoond in de Ronde 16 profielen, hetgeen tot onderschatting kan leiden bij het bepalen van het honorarium voor ondersteuners;

ondanks dat het veld uitvoerder in de Ronde16 dataset (afgesloten DBC's in 2007) veel beter is gevuld dan in de Ronde12 dataset (afgesloten DBC's in 2005), dit gegeven nog van onvoldoende kwaliteit is om ondersteunerhonoraria op DBC niveau te berekenen. Dit blijkt wel uit het feit dat in DIS-aanleveringen van een aantal ziekenhuizen de uitvoerder niet was ingevuld en door DBC-Onderhoud is gevuld met de AGB-code van de aanvrager.

Er wordt aan alle instellingen geadviseerd om voor dit soort berekeningen gebruik te maken van lokale (ZIS-)profielen.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.9 Honoraria specialisten per DBC vinden

Vraag

Waar zijn de honoraria voor de hoofdbehandelaar en de ondersteunende specialisten per DBC terug te vinden?

Antwoord

Sinds 1 februari 2006 worden de honoraria van de hoofdbehandelaar en de ondersteunende specialismen op de factuur samengevoegd. Daarom zijn op de website van het CTG-ZAio de tarieven ook samengevoegd.

De opgesplitste honoraria kunt u halen uit de DBC-tarieventabel (v20060315), te vinden op www.dbconderhoud.nl onder het kopje "documenten". Het bestand is opgeslagen als CSV-bestand.

Bij opening in Excel moet u de tekst mogelijk eerst in kolommen indelen. Dit doet u als volgt:

- Ga naar 'data' / 'tekst naar kolommen'
- Selecteer tab en puntkomma
- Kies 'geavanceerd'. Decimaalteken moet een komma zijn. Scheidingstekens voor duizendtallen moet een punt zijn.

U kunt uit deze tarieventabel honoraria per DBC opvragen. Daarvoor moet eerst duidelijk zijn wat iedere kolom betekent.

Kolom A: AGB(Algemeen gegevensbeheer Zorgverleners)_DBC

In deze kolom staat de AGB-code van de hoofdbehandelaar. 303 is bijvoorbeeld heelkunde, 322 betekent longgeneeskunde (zie tabel 1).

Kolom B: AGB_Uitvoerder

Deze kolom bevat wederom een AGB-code van de hoofdbehandelaar óf van een ondersteunend specialisme.

Is kolom A gelijk aan B, dan is deze regel het tarief van de hoofdbehandelaar.

Is kolom B niet gelijk aan kolom A, dan is het een ondersteunend specialisme voor die betreffende DBC.

Is kolom B leeg, dan is het geen honorariumcomponent, maar een ziekenhuiskostencomponent.

Kolom C en D: Declaratiecode en productgroepcode

In deze kolommen kunt u zoeken op declaratiecode of productgroep. In de tarieventabel kunt u niet zoeken op DBC-prestatiecode of typering!

Kolom F: Tarief

In deze kolom staat het tarief geldend voor de betreffende regel. Afhankelijk van de regel zijn het honoraria of ziekenhuiskosten. Let op! Dit moet u lezen als twee cijfers achter de komma. 5350 betekent 53 euro en 50 cent.

Kolom H en I: Datum

Er zit tijdsafhankelijkheid in de tarieventabel. Deze kolommen geven aan wanneer de betreffende regel geldt.

U kunt met de 'filterfunctie' van Excel filteren op hoofdbehandelaar, ondersteuner of declaratiecode. Deze filterfunctie activeert u door de eerste regel van het document te selecteren / 'data' / 'filter' / 'autofilter'.

Mochten er nog vragen zijn, neemt u dan contact op met de helpdesk van DBC-Onderhoud:

info@dbconderhoud.nl, tel 030 - 27 39 685.

AGB_DBC	AGB_Uitvoe	Declaratiecode	Productgroep	Productgroep oms	Tarief	Soort_prest	Datum_van	Datum_tot
303		140052	352101	11/25 Operatief	32600	2	20040101	20060131
303		140052	352101	11/25 Operatief	33200	2	20060201	
303	303	140052	352101	11/25 Operatief	6920	4	20040101	20060131
303	303	140052	352101	11/25 Operatief	7340	4	20060201	
303	313	140052	352101	11/25 Operatief	5	4	20040101	20060131
303	313	140052	352101	11/25 Operatief	5	4	20060201	
303	318	140052	352101	11/25 Operatief	5	4	20040101	20060131
303	318	140052	352101	11/25 Operatief	5	4	20060201	
303	330	140052	352101	11/25 Operatief	10	4	20040101	20060131
303	330	140052	352101	11/25 Operatief	10	4	20060201	
303	362	140052	352101	11/25 Operatief	115	4	20040101	20060131
303	362	140052	352101	11/25 Operatief	120	4	20060201	
303	387	140052	352101	11/25 Operatief	60	4	20040101	20060131
303	387	140052	352101	11/25 Operatief	65	4	20060201	
303	388	140052	352101	11/25 Operatief	1680	4	20040101	20060131
303	388	140052	352101	11/25 Operatief	1780	4	20060201	
303	389	140052	352101	11/25 Operatief	2720	8	20040101	20060131
303	389	140052	352101	11/25 Operatief	2880	8	20060201	

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.10 Aanspraakcodes in eindklassetabel

Vraag

In de DBC-Eindklasse tabel is een kolom opgenomen met aanspraakcodes. Waar is deze kolom voor bedoeld?

Antwoord

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) bepaalt welke zorg als verzekerde prestatie onder de Zorgverzekeringswet (ZVW) valt. Deze bepaling leidt vervolgens tot een kleuring van de DBC: groen (verzekerde zorg), rood of oranje. Wanneer een DBC rood is, betekent dit dat deze DBC geen verzekerde zorg is. Deze DBC moet de patiënt zelf betalen of de zorgverzekeraar eventueel via een aanvullende verzekering vergoeden. Als een DBC oranje is, betekent dit dat deze DBC "onder voorwaarden" verzekerde zorg is.

De DBC-Eindklasse tabel maakt onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg door middel van een aparte kolom met declaratiecodes voor verzekerde zorg en een voor onverzekerde zorg. Daarnaast is er een kolom toegevoegd met aanspraakcodes, waarin u kunt aflezen welke regelgeving ten grondslag ligt aan een eventuele beperkte aanspraak. Omdat de DBC-Eindklasse tabel deze informatie bevat, levert DBC-onderhoud de rode en oranje DBC's niet meer in aparte lijsten op. Groene DBC's hebben geen aanspraakcode. Rode DBC's kennen een indeling in twee aanspraakcodes, te weten: 1000 "Uitgesloten zorg" en 1500 "Geen gebruikelijke zorg". De Oranje DBC's zijn ingedeeld in de volgende subgroepen met bijbehorende aanspraakcodes:

Aanspraak_code	Aanspraak_omschrijving
2020	Diverse Beperkingen
2110	Besluit niet-klinische hemodialyse
2140	Orgaan Transplantatie
2141	Stamcel Transplantatie
2150	Plastische chirurgie
2160	Contactlenzen
2171	IVF
2180	Behandeling snurken d.m.v. uvuloplastiek. Zie art 5 regeling medisch-

Aanspraak_code	Aanspraak_omschrijving
	specialistische zorg ziekenfondswet (boven, groen gekleurd)
2200	Ongedaan maken sterilisatie bij de vrouw
2201	Ongedaan maken sterilisatie bij de man
2210	Circumcisie
2240	Dure geneesmiddelen
2250	Revalidatie Zorg
2280	Taalspraakstoornissen

DBC-Onderhoud levert met de uitlevering van 1 juni 2006 een aanspraaktabel op. In deze tabel zal uitgebreidere informatie staan over de regelgeving achter de aanspraak omschrijving. Tot die tijd kunt u met vragen over aanspraakcodes terecht bij info@dbcloket.nl of op www.dbcloket.nl. U kunt hier ook terecht met vragen over de "kleuring" van een DBC.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.1.11 Consult-DBC

Vraag

Per 1 februari 2006 wordt de enkelvoudige poliklinische DBC geïntroduceerd, beter bekend als consult-DBC.

- Welke gevolgen heeft dit voor de wijze waarop artsen een behandeling typeren?
- Hoe weet een arts of een verrichting binnen een consult-DBC valt?
- Hoe gaat de validatie van de consult-DBC in zijn werk?

Antwoord

Antwoord A

Consult-DBC's hebben een nieuwe behandelcode, die eindigt op een 4. Bij voorbeeld bij Urologie, waar behandelcode 111 staat voor "conservatief poliklinisch", is behandeling 114 geïntroduceerd: "enkelvoudig poliklinisch conservatief". Dit geldt voor alle specialismen met uitzondering van klinische geriatrie, consultatieve ziekenhuis psychiatrie, radiologie, klinische genetica en kaakchirurgie. De consult-DBC (bijvoorbeeld code 114) wordt automatisch gegenereerd in de validatiemodule als er sprake is van slechts één polibezoek; ook al geeft de specialist aan dat het een andere poliklinische behandeling (bijvoorbeeld code 111) betreft. Andersom werkt het niet zo. Met andere woorden: een

als consult-DBC getypeerde DBC kan niet worden gevalideerd als meerdere polibezoeken plaatsvinden.

❖ *Antwoord B*

De consult-DBC is van kracht wanneer er slechts één polibezoek plaatsvindt. Hierbij kunnen verrichtingen plaatsvinden; daarvoor gelden de volgende afspraken:

Er mag óf slechts één operatieve verrichting plaatsvinden met een maximumtarief (landelijke kostprijs) van € 100,00, óf er mogen één of meer diagnostische verrichtingen plaatsvinden, die afzonderlijk niet meer kosten dan € 100,00 (landelijke kostprijs). Opgeteld kunnen de diagnostische verrichtingen dus meer dan € 100,00 bedragen.

Een specialist hoeft niet (uit zijn/ haar hoofd) te weten of een verrichting meer of minder dan € 100,00 kost. Dit wordt namelijk automatisch bepaald in het DBC-systeem.

DBC-Onderhoud heeft een document opgesteld dat als hulpmiddel kan worden gebruikt om te zien welke verrichtingen per specialisme relevant zijn bij het al dan niet gebruiken van een consult-DBC. Dit document vindt u op <http://www.dbconderhoud.nl>.

❖ *Antwoord C*

Bij de validatie van consult-DBC's maken we onderscheid tussen dure en goedkope (minder dan € 100,00) operatieve verrichtingen en dure en goedkope diagnostische / therapeutische verrichtingen. Bij de meeste specialismen resulteert dit in één extra zorgprofielklasse (ZPK) voor de goedkope operatieve verrichtingen, vaak ZPK 14, soms ZPK 10, 12 of 13. Bij de diagnostische/ therapeutische verrichtingen zijn alle verrichtingen duurder dan € 100,00 in ZPK 7 geplaatst; die mogen dus niet voorkomen bij de consult-DBC. In de validatiemodule worden goedkope operatieve verrichtingen uitgevraagd, versus dure diagnostische/therapeutische verrichtingen. De goedkope operatieve verrichtingen mogen wel voorkomen bij de consult-DBC, de dure diagnostische / therapeutische juist niet.

[Terug naar Inhoudsopgave > Algemeen](#)

1.2 Registratie

1.2.1 Dubbelzijdigheid bij Oogheelkunde

Vraag

Wanneer kunnen 2 DBC's geregistreerd worden voor dubbelzijdigheid bij het specialisme Oogheelkunde?

Antwoord

De instructie Oogheelkunde geeft niet in alle gevallen uitsluitend over het aantal te registreren DBC's bij dubbelzijdige aandoeningen. Daarnaast is gebleken dat er verschillende registratieadviezen in omloop zijn over de wijze van registratie bij dubbelzijdigheid. Om deze redenen willen wij dit onderwerp onder uw aandacht brengen.

Het gaat niet om een nieuwe regel maar om een verduidelijking van de regel zoals die altijd bedoeld was.

Met deze tekst vervallen alle eerder gegeven adviezen.

Bij oogheelkunde is er in principe sprake van twee DBC's bij één en dezelfde patiënt indien een therapeutische behandeling aan beide ogen plaatsvindt.

Uitzonderingen hierop zijn;

Dubbelzijdige strabismus operaties die in dezelfde operatiezitting worden behandeld

Dubbelzijdige blepharoplastieken die in dezelfde operatiezitting worden behandeld

DBC's gecodeerd met behandelas 'conservatief' (behandelcodes 14, 11, 12 of 13)

DBC's gecodeerd met 'contactlenzen door oogarts zelf uitgevoerd poliklinisch' (behandelcode 71 of 74)

Bij diagnostiek en conservatieve behandeling van een zelfde aandoening aan beide ogen wordt dus 1 DBC geopend, dit geldt voor zowel het initiële traject als voor het vervolg traject.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.2 ZT51 – registratie en verwijsgegevens

Vraag

Welke verplichtingen gelden er per 1 april 2008 op het gebied van de registratie van zorgtype 51 (ZT51) en verwijsgegevens?

Antwoord

ZT51 geeft de mogelijkheid om alle uitgevoerde verrichtingen, met uitzondering van WDS en eerstelijnsverrichtingen, te koppelen aan de juiste DBC. Daarbij speelt mee dat alle DBC's met bijbehorend verrichtingenprofiel aangeleverd dienen te worden aan het DIS. Met ingang van 1 april 2008 is het zorgtype ingevoerd in de DBC-systematiek. Uit vragen vanuit het veld blijkt dat nog niet altijd helder is welke verplichtingen met deze invoering gepaard gaan.

In het onderstaande overzicht zijn de verplichtingen schematisch weergegeven:

gebruik van:	IC	poorter voor poorter	anesthesie (POS)
ZT 51	verplicht	Of ZT 51 of uitgebreid koppelalgoritme	Of ZT 51 of uitgebreid koppelalgoritme

gebruik van:	ZT 11, 13	ZT 41	ZT51
Interne verwijzing	Optioneel	N.v.t.	Verplicht
Externe verwijzing	Per 1 april 2008 optioneel. Verplicht per 1 januari 2009.	Per 1 april 2008 optioneel. Verplicht per 1 januari 2009.	Per 1 april 2008 optioneel. Verplicht per 1 januari 2009.

Per 1 april 2008 geldt dat voor zorg op de IC een ZT51 geopend dient te worden. Slechts de interne verwijsgegevens zijn daarbij verplicht. Naast het zorgtrajectnummer van het eigen zorgtraject moet ook het zorgtrajectnummer van het verwijzende zorgtraject vastgelegd worden. De AGB-specialismecode van de verwijzer en van de verwijzende instelling kunnen worden vastgelegd. Met andere woorden, bij het gebruik van ZT 51 is per 1 april 2008 de interne verwijzing middels het zorgtrajectnummer verplicht. Voor zorgtypen 11 en 13 is het vastleggen van de interne verwijsgegevens facultatief. Dit geldt ook voor het vastleggen van de externe verwijsgegevens bij zorgtype 11, 41 en 51. Er hoeft geen AGB-code vastgelegd te worden.

Voor de overige ondersteunende zorg, zoals anesthesie en poorter voor poorter, geldt per 1 april 2008 de verplichting dat de verrichtingen aan de juiste DBC gekoppeld moeten worden. Hiervoor kan de registratie van ZT51, het aangepaste koppelalgoritme of een eigen algoritme worden gebruikt.

Voorbeeld

Een patiënt heeft een zorgvraag voor de chirurg. Deze chirurg vraagt bij de MDL-arts een scopie aan. De MDL-arts vraagt op zijn buurt een bloedonderzoek aan bij het lab en een foto bij de radioloog. Met andere woorden:

verrichting	aanvrager	uitvoerder
scopie	Chirurg	MDL
bloedonderzoek	MDL	Lab
foto	MDL	Lab

Met behulp van het reeds bestaande koppelalgoritme worden de verrichtingen gekoppeld aan de DBC van de uitvoerder of van de aanvrager. Dit heeft tot gevolg dat het bloedonderzoek en de foto niet gekoppeld kunnen worden. Door toepassing van ZT51 worden deze verrichtingen via het bestaande algoritme gekoppeld/verwezen naar de DBC van de aanvrager van de scopie.

Voorwaarde voor een goede werking van ZT51 is uiteraard dat er sprake is van een correcte registratie van de aanvrager en uitvoerder van OP-verrichtingen.

(Bron: Wijzigingen DBC-pakket april 2008 Deel 3: ICT-eisen versie 1.0)

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.3 Spoedeisende hulp in 2008**Vraag**

Hoe dient de spoedeisende zorg per 1 januari 2008 geregistreerd te worden?

Antwoord

Per 1 januari 2008 komt zorgtype 12 (spoedeisende hulp) te vervallen. Vanaf deze datum is het niet meer mogelijk een DBC met dit zorgtype vast te leggen. Dit betekent dat alle DBC-combinaties die mogelijk waren met zorgtype 12 per 1 januari 2008 niet meer mogelijk zijn. Deze combinaties hebben in de DBC Eindklassetabel 31 december 2007 als einddatum gekregen.

Registratie van spoedeisende zorg vindt per 1 januari 2008 plaats binnen een reguliere DBC (zorgtype 11) of een vervolg DBC (zorgtype 21) door het vastleggen van één van de twee onderstaande zorgactiviteitencodes naast het 'normale' consult en naast eventuele andere zorgactiviteiten die worden uitgevoerd:

- zorgactiviteitcode 190015: spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling.
- zorgactiviteitcode 190016: spoedeisende hulp contact, niet op de SEH afdeling/ elders in het ziekenhuis.

Het doel van het vastleggen van de code 190015 is het herkenbaar houden van de omvang van de 24-uurs beschikbaarheid in instellingen met een spoedeisende hulp. De code 190016 betreft spoedeisende contacten die niet op de SEH-afdeling, maar elders in het ziekenhuis plaatsvinden, denk bijvoorbeeld aan de spoedpoli bij oogheelkunde. Ook de gynaecologen vallen onder deze code (SEH buiten kantooruren).

Beide codes zijn telcodes naast de reguliere consultatieregistratie; het betreft niet-essentiële verrichtingen. Met andere woorden, de codes 190015 en 190016 spelen in de validatie van de DBC geen rol. Op de SEH-afdeling wordt de code aanvullend vastgelegd naast een te openen DBC met zorgtype 11 of 21 (met bijbehorende diagnose- en behandelcode), óf de zorgactiviteit valt onder een reeds openstaande DBC met zorgtype 11 of 21. Op deze manier wordt het spoedeisende contact een onderdeel binnen het profiel van de hele behandeling.

De zorgactiviteiten kunnen bij alle specialismen (dus ook de specialismen die voorheen geen zorgtype 12 kenden) en bij alle diagnoses indien er sprake is van spoedeisende zorg geregistreerd worden.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.4 Zorgvraag na behandeling in tertiair centrum

Vraag

Hoe wordt de zorgvraag geregistreerd bij kindergeneeskunde (neonatologie) wanneer de neonaat wordt teruggeplaatst op de neonatologie afdeling na behandeling in een tertiair centrum?

Antwoord

Binnen de DBC-component zorgvraag bij kindergeneeskunde (neonatologie) wordt onderscheid gemaakt tussen een geboorte zonder of met sectio en tussen prematuriteit en á terme.

Zorgvragen neonatologie
510 prematuriteit onder 32 weken zonder sectio
520 prematuriteit onder 32 weken met sectio
530 prematuriteit 32 tot 34 weken zonder sectio

Zorgvragen neonatologie
540 prematuriteit 32 tot 34 weken met sectio
550 prematuriteit 34 tot 37 weken zonder sectio
560 prematuriteit 34 tot 37 weken met sectio
570 a terme ouder dan 37 weken zonder sectio
580 a terme ouder dan 37 weken met sectio

Als een neonaat na overplaatsing en behandeling in een tertiair centrum, NICU of academisch ziekenhuis wordt teruggeplaatst op de afdeling, wordt de zorgvraag bij de DBC die dan geopend wordt in het (algemene) ziekenhuis als volgt getypeerd: de zorgvraag wordt bij terugplaatsen aangepast aan de situatie die op dat moment van toepassing is; de tijd die nodig is om het kind á terme te brengen, zonder sectio. Alleen de initiële DBC die geopend wordt bij de geboorte kan (indien van toepassing) getypeerd worden met zorgvraag *** met sectio.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.5 Onderzoek adoptiekind

Vraag

Welke DBC wordt geregistreerd bij onderzoek van een adoptiekind en valt deze onder de basisverzekering?

Antwoord

Als een adoptiekind wordt onderzocht door de kinderarts, kan deze de DBC-prestatiecode 16.11.61.8901.0721 typeren. Dit is een rode DBC met per 1 februari 2006 declaratiecode 160337. Zowel voor als na die datum is de kleur van deze DBC rood, dus uitgesloten van de basisverzekering.

Als dit onderzoek leidt tot een nieuwe zorgvraag waarvoor behandeling noodzakelijk is, kan een nieuwe DBC geopend worden met de specifieke diagnose. De DBC met diagnose 8901 "adoptiekind (onderzoek)" wordt dan afgesloten en gedeclareerd. Het tarief hiervan is immers gebaseerd op het onderzoek en niet op een eventuele navolgende behandeling van een specifieke diagnose. Hiervoor wordt een nieuwe DBC geopend. Het is dus niet de bedoeling de diagnosecomponent van de 8901-DBC om te zetten naar een andere diagnosecode.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.6 Exacerbatie in 2007 in DBC van 2006

Vraag

Hoe moet een exacerbatie of recidief geregistreerd worden in 2007 als de lopende vervolg-DBC in 2006 geopend is?

Antwoord

Per 1 januari 2007 is het zorgtype 25 exacerbatie/recidief komen te vervallen en wordt een exacerbatie ondergebracht onder het zorgtype 21 vervolg, waardoor de registratie verandert en de behandelas wordt aangepast binnen de lopende vervolg-DBC (zie de instructies per specialisme voor de precieze declaratieregels).

Bij de inwerkingtreding van deze wijziging is een probleem geconstateerd op het moment dat er zich een exacerbatie voordoet in 2007 en de lopende vervolg-DBC geopend is in 2006. De nieuwe registratiewijze zou zijn om de behandelas van de lopende vervolg-DBC aan te passen. Bij deze vervolg-DBC's uit 2006 is het ophogen van de behandelas echter niet mogelijk.

DBC-Onderhoud adviseert om deze lopende vervolg-DBC's die zijn geopend in 2006 op het moment van exacerbatie af te sluiten. Op dat moment kan een nieuwe vervolg-DBC geopend worden met opgehoogde behandelas. Zodra de patiënt weer overgaat naar de reguliere vervolgfase kan deze lopende vervolg-DBC gesloten worden en een nieuwe vervolg-DBC geopend worden (een dag na de einddatum van de voorafgaande DBC).

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.7 Zorgtype bij chronische DBC's

Vraag

Welk zorgtype moet er getypeerd worden bij chronische DBC's?

Antwoord

Er zijn twee soorten chronische DBC's te onderscheiden:

- Thuisbeademing bij Longgeneeskunde *
- Hemodialyse/CAPD bij Interne Geneeskunde **

Een Chronische Thuisbeademing DBC's bij longgeneeskunde wordt na telkens 30 dagen afgesloten, waarna direct een nieuwe DBC met dezelfde kenmerken wordt geopend. In het eerste jaar hebben deze DBC's zorgtype 11. In het tweede jaar betreft het vervolg-DBC's, dus met zorgtype 21.

Voorafgaand aan de Hemodialyse/CAPD DBC bij interne Geneeskunde loopt een reguliere DBC met een niet-chronische diagnose. Vanaf het moment van de chronische hemodialyse wordt overgegaan op opeenvolgende chronische Hemodialyse/CAPD-DBC's. Deze vervolg-DBC's (zorgtype 21) worden na telkens 7 dagen afgesloten, waarna direct een nieuwe DBC met dezelfde kenmerken wordt geopend.

* Deze DBC's zijn vastgesteld door de NZa en opgenomen in de limitatieve lijst Chronische DBC's, bijlage 1 CI-914 www.ctg-zaio.nl (binnenkort www.nza.nl).

** Deze DBC's zijn vastgesteld door de NZa en opgenomen in de limitatieve lijst Dialyse DBC's, bijlage 2 CI-914 www.ctg-zaio.nl (binnenkort www.nza.nl).

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.8 Medebehandeling in 2007

Vraag

In het wijzigingspakket voor 1 januari 2007 komt zorgtype 16 medebehandeling niet meer terug. Hoe moet ik vanaf die datum mijn medebehandeling registreren?

Antwoord

Op dit moment kennen vier specialismen zorgtype medebehandeling (16): Kindergeneeskunde, Longgeneeskunde, Consultatieve psychiatrie en Klinische geriatrie. Om de DBC-systematiek eenvoudiger te maken, is besloten dit zorgtype te doen vervallen. Het openen van een DBC met zorgtype 16 is dus per 1 januari 2007 niet meer mogelijk; de medebehandeling wordt vanaf die datum ondergebracht binnen zorgtype reguliere zorg (11). Deze werkwijze gold al voor specialismen die geen zorgtype medebehandeling kennen.

Hieronder worden twee situaties verder uitgelicht.

Als een intercollegiaal consult overgaat in medebehandeling en de medebehandelende specialist voor de zorgvraag al een DBC heeft openstaan, mag hij wel eenmalig een ICC-DBC registreren, maar de eventuele medebehandeling valt onder de reeds lopende DBC.

Voorbeeld 1: een patiënt bij Cardiologie heeft een longontsteking. De longarts wordt in consult geroepen en besluit te gaan behandelen. De longarts had voor deze longontsteking van de patiënt al een DBC lopen. Dan mag de longarts één intercollegiaal consult als aparte DBC declareren. Als sprake is van een nieuwe zorgvraag, zet de medebehandelende specialist de ICC-DBC om (deze wordt dus niet afgesloten) in een reguliere DBC met zorgtype 11 waaraan hij de medebehandeling toekent, of hij opent direct deze reguliere DBC zonder tussenkomst van een ICC-DBC.

Voorbeeld 2: Een kinderarts wordt in consult geroepen voor een luchtweginfectie bij een patiënt die opgenomen is voor Heelkunde. De kinderarts heeft geen lopende DBC voor deze patiënt en besluit zelfstandig te behandelen. De ICC-DBC wordt omgezet in een reguliere DBC.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.9 ICC vanaf 2007

Vraag

Wanneer registreer ik een intercollegiaal consult (ICC) DBC en wat wijzigt er bij de komende uitlevering ten opzichte van de huidige situatie?

Antwoord

Een ICC DBC registreert u bij een kortdurend diagnostisch of screenend patiëntencontact dat plaatsvindt op verzoek van een ander specialisme tijdens een klinische opname. Tijdens een klinische periode van een ander specialisme kan slechts één ICC DBC per specialisme worden geopend. Wanneer de specialist die in consult wordt geroepen de patiënt zelfstandig gaat behandelen, wordt de ICC DBC omgezet naar een reguliere DBC (zorgtype 11).

Per 1 januari 2007 is er nog maar één ICC DBC per specialisme mogelijk (uitzonderingen zijn de specialismen neurologie en klinische geriatrie). Eventuele andere combinaties komen dan te vervallen. Het doel hiervan is de registratie van het intercollegiaal consult te vereenvoudigen. Per specialisme wordt een vaste diagnose en behandeling gekozen. Bij veel specialismen is het op dit moment al zo dat er slechts één behandelas te registreren is bij een ICC DBC, namelijk een conservatieve poliklinische behandelas. Dit blijft ongewijzigd, de enige verandering is dat dan nog slechts één diagnosecode kan worden geregistreerd.

❖ *Een voorbeeld*

Bij het specialisme KNO kan een ICC DBC op dit moment met een groot aantal diagnosecodes worden geregistreerd. Wel dient altijd de behandeling 111 conservatief poliklinisch getypeerd te worden om een declarabele DBC te krijgen. Bij de komende uitlevering wordt er een nieuwe diagnosecode geïntroduceerd die specifiek is voor de ICC DBC: diagnose 05 ICC. Vanaf dan zal de enige declarabele ICC DBC voor KNO de DBC 13.05.111 zijn.

❖ *Een ander voorbeeld*

Bij het specialisme urologie zijn momenteel vier behandelingen mogelijk in combinatie met zorgtype 13 (ICC): 111, 112, 221 en 222. Bij de komende uitlevering zal alleen nog behandeling 111 mogelijk zijn.

De diagnosecode 98 zal vanaf dan als enige code gebruikt kunnen worden voor de ICC DBC. De enige ICC combinatie die dan zal kunnen worden geregistreerd, is 13.98.98.111.

Eventuele verrichtingen uitgevoerd in het kader van het intercollegiaal consult, worden gekoppeld aan bovenstaande ICC combinatie.

Zoals al eerder genoemd, zullen alleen de specialismen neurologie en klinische geriatrie meer dan één ICC DBC behouden. Neurologie maakt onderscheid tussen gespecialiseerde kinderneurologie en algemene neurologie. Klinische geriatrie heeft twee ICC's, namelijk een kortdurende en een langdurende ICC. Dat onderscheid blijft in stand, omdat dit specialisme bij uitstek een consultair vak is.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.10 Exacerbatie in 2007

Vraag

Het zorgtype exacerbatie kan vanaf 1 september 2006 niet meer worden geregistreerd. Hoe wordt deze verandering opgevangen in de DBC-systematiek?

Antwoord

Om de registratie van DBC's te vereenvoudigen, komt het zorgtype 25 "exacerbatie" te vervallen. De behandelingen die specialisten nu onder de noemer "exacerbatie" registreren, moeten zij vanaf 1 september 2006 binnen het zorgtype 21 "vervolg" typeren.

Wanneer een exacerbatie zich voordoet binnen een vervolgtraject, wordt de behandelas opgehoogd binnen dezelfde DBC. Deze vervolg DBC wordt afgesloten nadat volgens het oordeel van de specialist de behandeling van de exacerbatie is afgerond of na maximaal 365 dagen. Validatie vindt plaats op basis van de uitgevoerde verrichtingen en de zwaarste setting binnen de DBC. Indien het

controletraject wordt voortgezet, wordt automatisch een nieuwe vervolg DBC geopend.

Een voorbeeld

Oude situatie:

- Patiënt in een vervolgtraject met DBC 21.XXX.111. In het geval van een exacerbatie wordt deze DBC gesloten en een DBC 25.XXX.yyy geopend.
- Nadat de exacerbatie is uitbehandeld, wordt een nieuwe 21.XXX.111 geopend.

Nieuwe situatie:

- De DBC 21.XXX.111 wordt omgecodeerd naar een zwaardere behandeling binnen dezelfde DBC (bijvoorbeeld 21.XXX.213).
- Na behandeling van de exacerbatie wordt de DBC gesloten en een nieuwe 21.xxx.111 geopend. In de nieuwe situatie worden minder DBC's geregistreerd. De tarieven zijn echter zo aangepast dat dezelfde omzet wordt behouden.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.11 Klinisch zonder dagen in 2007

Vraag

Voor DBC's geopend vanaf 1 september 2006 is het mogelijk een klinische behandeling te registreren zonder dat er sprake is van een eigen opname. Hoe gaat dit in zijn werk?

Antwoord

In de praktijk komt het regelmatig voor dat het ene specialisme een patiënt opereert, terwijl de patiënt is opgenomen bij een ander specialisme. Tevens komt het veel voor dat gedurende één opname twee verschillende operaties (lees DBC's!) worden gedaan. Omdat de setting van de behandeling klinisch is, wil de specialist dit doorgaans als zodanig registreren. Echter, bij het ontbreken van ligdagen leidt de validatie van deze DBC tot uitval. Op dit moment biedt slechts in een aantal gevallen het typeren van één DBC als klinisch en één als poliklinisch een oplossing.

De introductie van "Klinisch Zonder Dagen" biedt een structurele oplossing voor de meeste snijdende specialismen en anesthesiologie. Voor de beschouwende specialismen wordt deze oplossing (nog) niet geboden door het ontbreken van onderscheidende verrichtingen.

Op de typeringslijsten van oogheelkunde, KNO, heekunde, plastische chirurgie, orthopedie, urologie,

gynaecologie, neurochirurgie en anesthesiologie wordt het aantal klinische behandelingen uitgebreid met een of meerdere "Klinisch Zonder Dagen"-varianten, waarbij de behandelcode eindigt op een 6. Tijdens het validatieproces is de verpleegdag niet meer nodig om deze behandelcode af te leiden.

Het honorarium van deze DBC's voor de medisch specialist blijft gelijk aan de klinische DBC mét ligdagen. Er zal geen effect zijn op het B-segment, omdat is besloten dat "Klinisch Zonder Dagen", in ieder geval tot 1 januari 2007, niet zal voorkomen in het B-segment. Informatie over de tariefsbepaling van de "Klinisch Zonder Dagen DBC" kunt u vinden in de ICT-specificaties (versie 1.4.3.1) op de website van DBC-Onderhoud.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.12 Overlooptregeling Revalidatiegeneeskunde

Vraag

Het specialisme Revalidatiegeneeskunde gaat per 1-1-2009 over op declaratie van DBC's. Hoe moet worden omgegaan met de overlooptsituatie van patiënten waarvoor in 2008 een DBC is geopend en waarbij de behandeling in 2009 wordt voortgezet?

Antwoord

Op donderdag 4 december jongstleden hebben ZN, RN, NVZ, DBC-Onderhoud en de NZa overeenstemming bereikt over hoe om te gaan met deze situatie. Het besluit is als volgt. Het in 2008 uitgevoerde deel wordt met de jaarwisseling afgesloten en gefactureerd in RBU's, 1e bezoeken en verpleegdagen. Het deel van de behandeling in 2009 wordt gedeclareerd in DBC's. Alle tijdens de jaarwisseling nog lopende revalidatie-DBC's worden daartoe afgesloten op 31-12-2008. Tevens wordt alle zorg uitgedrukt in RBU's, verpleegdagen en 1e consulten afgesloten per 31-12-2008. Per 1-1-2009 worden voor al deze 'afgebroken' behandelingen vervolgd-DBC's (zorgtype 21) geopend. Dit is mogelijk doordat de revalidatieproducten zijn opgebouwd uit zwaarteklassen en de resterende behandeling gewoon afleidt naar een DBC. Er ontstaat hierdoor wel een oververtegenwoordiging van 'korte' DBC's in het landelijke DBC Informatie systeem (DIS). De productie wordt hiervoor op simpele wijze geschoond door af te spreken dat DBC's voor nieuwe patiënten pas per 2-1-2009 geopend mogen worden (zorgtype 11). Hierdoor zijn de afgebroken behandelingen herkenbaar aan de startdatum 1-1-2009. Het is natuurlijk ook mogelijk dat een DBC geheel volgens geldende sluitingsregels wordt afgesloten op 31-12-2008. Een eventuele vervolgbehandeling start dan op 2-1-2009. M.a.w. alle nieuwe en gewone (conform regels openen en sluiten) vervolgd-DBC's worden niet op 1 januari maar op 2 januari geopend, ook al start de behandeling op 1 januari 2009.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.2.13 Meerdere SEH-DBC's

Vraag

Mogen er meerdere SEH DBC's geopend worden op de spoedeisende hulp?

Antwoord

De SEH DBC is bedoeld om na te gaan in hoeverre er gebruik wordt gemaakt van de spoedfunctie van het ziekenhuis. Bij voorkeur wordt er bij een spoedeisende hulpvraag van een patiënt per specialisme maar één SEH DBC geregistreerd.

In principe mogen artsen voor alle spoedeisende zorg die ze doen een spoedeisende hulp (SEH) DBC openen. Het is echter niet de bedoeling dat de arts bij een en dezelfde patiënt diverse DBC's opent bij een geval van spoedeisende hulp.

Bij het specialisme heelkunde meldt een patiënt zich vaak met meerdere zorgvragen tegelijk op de spoedeisende hulp. Voor dergelijke situaties is de DBC met diagnose multi-trauma in het leven geroepen. Deze diagnose 295 multi trauma mag worden geopend als de patiënt twee of meer letsels heeft die elk afzonderlijk een klinische behandeling noodzakelijk maken (zie ook de instructies bij het specialisme heelkunde op de website van DBC-Onderhoud). Naast een 295 multi-trauma DBC worden géén andere SEH DBC's geopend. Het complexe karakter van een multi-trauma is verwerkt in de honorariumbedragen voor deze DBC.

Voorbeeld: Bij een patiënt die zich meldt met meerdere botbreuken, een luxatie en een distorsie wordt bij heelkunde een operatief poliklinische SEH DBC 295 multi-trauma geregistreerd.

Andere specialismen kennen geen diagnose multi-trauma, omdat dit weinig voorkomt. Deze specialismen openen alleen meerdere SEH-DBC's indien er sprake is van meerdere zorgvragen die elk een substantiële extra inzet van middelen en tijd vergen. Wanneer meerdere specialismen tegelijkertijd betrokken zijn bij de behandeling van een patiënt op de spoedeisende hulp, mogen deze specialismen ieder een eigen SEH-DBC openen, mits de situatie van de patiënt per specialisme tot een aparte zorgvraag leidt.

[Terug naar Inhoudsopgave > Registratie](#)

1.3 Afleiden /Valideren

1.3.1 Zorgprofielklasse en validatieklasse

Vraag

Wat is het verschil tussen Zorgprofielklasse en Validatieklasse?

Antwoord

Bij het opstellen van zorgprofielen van DBC's is gebruik gemaakt van een indeling in zorgprofielklassen. Binnen een zorgprofielklasse (ZPK) komen zorgactiviteiten in verschillende zwaarteklassen voor. Dit is specialisme-overstijgend: met ZPK 4 worden bijvoorbeeld alle diagnostische activiteiten bedoeld, in ZPK 5 zitten operatieve zorgactiviteiten en bij ZPK 6 gaat het om overige therapeutische activiteiten. De indeling van zorgactiviteiten in ZPK's zorgt voor een beter inzicht in de zorgprofielen.

Tot 1 januari 2007 werd het begrip ZPK echter ook nog specialismespecifiek bij de validatie gebruikt. Dat leidde tot verwarring en daarom is per 1 januari 2007 voor de klasse-indeling van zorgactiviteiten per specialisme voor de naam Validatieklasse (VK) gekozen. Het begrip ZPK wordt nu dus alleen nog gebruikt voor de indeling van zorgactiviteiten ten behoeve van het inzicht in zorgprofielen.

In de DBC-Zorgactiviteitentabel staan alle mogelijke zorgactiviteiten. Elke zorgactiviteit is ingedeeld in een bepaalde zorgprofielklasse. In het kader van de validatie van DBC's is voor alle specialismen bepaald welke zorgactiviteiten essentieel zijn voor een bepaalde DBC. Deze essentiële zorgactiviteiten zijn voorzien van een VK. Zie ook onderstaande selectie uit de DBC zorgactiviteitentabel:

Zorgactiviteit(ZA)	Zorgprofielklasse(ZPK)	Validatieklassen (VK)			
		spme03	spme04	spme05	spme06
035501	4				
035502	6	7			
035505	5	14	14		15
035571	5	15	15		
035584	5	16	15	15	19

In de kolom Zorgprofielklasse staat de code van de klasse waarin de zorgactiviteit valt. Deze is zoals gezegd voor alle specialismen gelijk. Zo valt zorgactiviteit 035501 altijd in zorgprofielklasse 4 (diagnostische activiteiten) en 035584 in zorgprofielklasse 5 (operatieve ingrepen).

Als achter een zorgactiviteit een waarde staat in de kolom van een bepaald specialisme, dan is deze zorgactiviteit essentieel voor dat specialisme. Zorgactiviteit 035501 is dus niet-essentieel voor de specialismen 03, 04, 05 en 06, terwijl zorgactiviteit 035502 wel essentieel is voor specialisme 03 en zorgactiviteit 035584 voor de specialismen 03, 04, 05 en 06. Het cijfer in de cel geeft aan welke VK deze zorgactiviteit heeft voor dat specialisme. Zo is zorgactiviteit 035584 ingedeeld in VK 16 voor specialisme 03, in VK 15 voor specialisme 04 en 05 en in VK 19 voor specialisme 06. De zorgactiviteit heeft dus niet voor alle specialismen dezelfde VK.

Duidelijk is dat zorgactiviteiten binnen één ZPK in meerdere VK's terecht kunnen komen en de VK's voor één zorgactiviteit verschillend kunnen zijn per specialisme.

[Terug naar Inhoudsopgave > Afleiden / valideren](#)

1.3.2 Essentiële verrichting

Vraag

Wat is een essentiële verrichting?

Antwoord

Een essentiële verrichting is een verrichting die voor een bepaald specialisme naar een specifieke behandeling afleidt. Hieronder een voorbeeld om dit te verduidelijken:

CTG-code	CTG-omschrijving	Klasse code	Klasse omschrijving	Spme01	Spme02	Spme03
030100	OK-BEH. ACUUT TRAUMA CAPITIS	5	Operatieve verrichtingen			15
030102	SUBTEMPORALE DECOMPRESSIE	5	Operatieve verrichtingen			
030103	TREPANATIE EXTRACERE. EPIDU.	5	Operatieve verrichtingen			

CTG-code	CTG-omschrijving	Klasse code	Klasse omschrijving	Spme01	Spme02	Spme03
	HAEMATOMEN					
030104	TUMOR ORBITA + DECOMPRESSIE ORBITADAK	5	Operatieve verrichtingen	15		15

In bovenstaande tabel is een klein deel van de DBC-Verrichtingentabel weergegeven. In de eerste kolom van de tabel staan de CTG-verrichtingencodes. De omschrijving van de verrichting staat in de tweede kolom. In de kolom klassecode en de kolom klasse-omschrijving (de 3e en 4e kolom) staan de klasse of groep en de omschrijving waaronder de verrichting valt.

Verrichting 030100 zit in klasse 5, operatieve verrichtingen. Ook de andere verrichtingen uit bovenstaande tabel (030102, 030103 en 030104) zitten in dezelfde klasse 5.

Vervolgens wilt u bekijken of de verrichting 030100 essentieel is voor bijvoorbeeld het specialisme heekunde. U kijkt dan in de kolom van dit betreffende specialisme (spme03). In deze kolom staat 15 weergegeven. Dit betekent dat deze verrichting essentieel is voor heekunde en in zorgprofielklasse 15 zit. U kunt vervolgens in de Afleiding behandelas opzoeken naar welke behandeling verrichtingen uit zorgprofielklasse 15 precies afleiden.

De verrichting 030100 is niet voor alle specialismen essentieel. De kolommen voor de specialismen 01 (oogheelkunde) en 02 (KNO) zijn leeg. Dit betekent dat verrichting 030100 niet essentieel is voor oogheelkunde en KNO. Dit betekent echter niet dat een oogarts of KNO-arts deze verrichting niet kan registreren. Deze verrichting leidt alleen niet naar een specifieke behandeling af.

[Terug naar Inhoudsopgave > Afleiden / valideren](#)

1.3.3 Gynaecologie: Validatie van V51, V60 en V61

Bij de Helpdesk van DBC-Onderhoud komen geregeld vragen binnen over problemen met de validatie bij de uitvoering van zorgactiviteiten na een bevalling. Deze Vraag & Antwoord gaat in op deze specifieke situatie bij het specialisme Gynaecologie en biedt een uiteindelijke oplossing voor dit moment.

Het antwoord is onder één voorbehoud, de definitieve goedkeuring door de NZa, waarbij de verwachting is dat dit geen problemen oplevert.

Vraag

Als na een bevalling (in eerste of tweede lijn) een placentarest moet worden verwijderd, kan daar geen DBC voor worden geregistreerd. Hoe kan dat en hoe kan dat worden opgelost?

Antwoord

Met ingang van 1-1-2008 wordt bij DBC's met diagnose V51 (begeleiding partus met nazorg en nacontrole), V60 (complicaties na partus uit eerste lijn met nazorg en nacontrole) en V61 (complicaties na partus uit 2e lijn met nazorg en nacontrole) een aantal zorgactiviteiten specifiek uitgevraagd. Dat betekent dat zonder die specifieke zorgactiviteiten bij deze diagnose geen geldige DBC kan worden geregistreerd.

Zorgactiviteit 37191 *Curretage* wordt daarbij niet genoemd waardoor een probleem optreedt indien een patiënte na een (thuis)bevalling door de gynaecoloog gecuretteerd moet worden i.v.m. een placentarest. Hiervoor wordt terecht zorgactiviteit 037191 geregistreerd.

Eenzelfde situatie treedt op bij de registratie van zorgactiviteit 37900 *Manuele Placentaverwijdering* bij diagnose V61. Een probleem treedt daarbij op indien een patiënte na een bevalling elders (bijvoorbeeld thuis) een manuele placentaverwijdering moet ondergaan i.v.m. een achtergebleven placenta(rest). Hiervoor wordt terecht zorgactiviteit 037900 geregistreerd.

In beide gevallen treedt uitval op tijdens de validatieprocedure. Dit is een fout geweest bij het overhevelen van deze DBC's naar het B-segment. Om deze reden is dit met **terugwerkende kracht** tot 1-1-2008 in de DBC-tabellen gecorrigeerd.

Wij adviseren u de DBC's die op dit moment uitvallen en voldoen aan de bovenstaande beschrijving aan te houden tot na 1 januari 2009. Wanneer u na 1 januari 2009 de DBC's opnieuw aan de validatie module aanbeidt kunt u deze DBC's alsnog declareren.

[Terug naar Inhoudsopgave > Afliden / valideren](#)

1.3.4 Basiszorg-DBC Neonatologie**Vraag**

Wat is veranderd bij de basiszorg-DBC 9902 van neonatologie per 1 januari 2007 en wanneer kan deze vastgelegd worden?

Antwoord

Vanaf 1 januari 2007 is het niet (meer) mogelijk een basiszorg-DBC bij neonatologie leeg te valideren. Deze aanpassing in de validatie is doorgevoerd omdat in de oude situatie onterecht lege basiszorg-

DBC's met diagnose 9902 door de validatie gingen. Bij de registratie van de basiszorg-DBC gaat men ervan uit dat minimaal een polibezoek is geregistreerd.

De DBC 11-570-9902-711 kan alleen vastgelegd worden als om medische redenen een neonaat gescreend wordt op de gynaecologieafdeling, bijvoorbeeld ingeval van een zieke moeder. Een medische reden kan bijvoorbeeld zijn op verzoek van de gynaecoloog of maternale anamnese waarbij na onderzoek blijkt dat het om een gezonde zuigeling gaat. In die gevallen kan een polibezoek worden vastgelegd conform de daarvoor geldende regels.

Op het moment dat een pasgeborene standaard door een kinderarts wordt onderzocht kan deze DBC niet worden vastgelegd. Kortom, als het onderzoek op initiatief van de kinderarts plaatsvindt geldt deze screening als service van het ziekenhuis en kan er geen DBC voor in rekening worden gebracht.

[Terug naar Inhoudsopgave > Afleiden / valideren](#)

1.3.5 Oorzaken uitval bepalen

Vraag

Hoe kan ik zelf met de tabellen van DBC-Onderhoud een deel van de uitval van DBC's verklaren?

Antwoord

DBC-Onderhoud levert periodiek meerdere tabellen uit. Met name onderstaande vier tabellen kunt u gebruiken bij de analyse van de uitval van DBC's:

- De (elektronische) typeringslijst bevat per specialisme alle omschrijvingen van zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling.
- De productgroeptabel (per 1 januari 2006 de DBC-eindklassetabel) koppelt alle mogelijke combinaties per specialisme aan een productgroep en declaratiecode.
- De verrichtingentabel geeft aan welke specifieke CTG-codes in een bepaalde groep zitten (zorgprofielklasse) voor een specifiek specialisme en welke bepalend zijn voor de validatie.
- De afleiding behandelas tabel per specialisme geeft de wijze waarop per specialisme de behandelas/behandeling wordt afgeleid op basis van de essentiële verrichtingen (verrichtingen typerend voor het specialisme) ingedeeld in zorgprofielklassen.

Met de zeven onderstaande stappen kunt u inzicht krijgen in de oorzaak van uitval:

Zorg dat alle aanwezige verrichtingen en de DBC-typering bij u bekend zijn.

- Zoek in de DBC-verrichtingentabel op of de verrichtingen essentieel zijn voor het specialisme waarvoor de DBC is geregistreerd. Zo ja, in welke Zorgprofielklasse (ZPK) zijn de verrichtingen ingedeeld?

- Ga na in de tabel afleiding behandelas of er op basis van deze verrichtingen (ingedeeld in specifieke ZPK's) een regel "matcht". U leest de tabel van boven naar beneden.
- Controleer -indien van toepassing- in de tabel afleiding behandelas of de ingevoerde behandelas "matcht". Bij sommige specialismen wordt namelijk de door de arts ingevoerde behandelas ook uitgevraagd in deze tabel.
- Controleer -indien van toepassing- of het zorgtype (ZT) en de diagnose kloppen.
- Leidt af naar het regelnummer en de behandelas en controleer of de door de specialist getypeerde behandelas overeenkomt met de afgeleide behandelas.
- Controleer of er sprake is van een zinnige combinatie met de DBC-eindklassetabel. Gebruik hiervoor een filter onder data/filter/autofilter.

Mogelijke oorzaken van uitval:

- De verrichtingen zijn onjuist gekoppeld.
- Nog niet alle (essentiële) verrichtingen zijn gekoppeld (let hierbij ook op openings- en sluitingsdatum van de DBC).
- De validatiemodule vindt geen enkele match. U krijgt Code 9999: het programma kan geen behandelas afleiden óf de afgeleide DBC code levert geen declarabele combinatie in de DBC-eindklassetabel. De DBC valt uit.
- De validatiemodule vindt een match die niet mogelijk is (B-segment DBC's worden vaak op deze manier uitgevraagd). Het programma geeft code 9999 en de DBC valt uit.
- De validatiemodule verwerkt een DBC-typering die niet in de productgroepentabel voorkomt als declarabele DBC. De DBC valt uit. Meestal verschijnt een foutcode.
- De validatiemodule vindt een afgeleide behandelas die anders is dan de ingevoerde behandelas: De DBC komt meestal op een aparte uitvallijst waarbij staat dat ingevoerde en afgeleide behandelas niet overeenkomen.

Bovenstaande uitleg is beknopt. Mocht u nog vragen hebben, belt u dan gerust met de helpdesk van DBC-Onderhoud: 030-2739685 of kijk op onze website www.dbconderhoud.nl onder "Documenten" naar het document "De validatietabellen lezen".

[Terug naar Inhoudsopgave > Afeiden / valideren](#)

1.4 Declareren (voor zorgaanbieders)

1.4.1 Eerstelijnsverrichtingen fysiotherapie in het B-segment

Vraag

Wordt eerstelijns fysiotherapie per 1 januari 2009 overgeheveld naar het B-segment?

Antwoord

Het A- en het B-segment zijn omschreven in DBC's. De eerstelijns fysiotherapie is niet gedefinieerd in DBC's, maar in zorgactiviteiten. Fysiotherapie valt daarmee niet in één van de segmenten die in DBC's zijn omschreven, maar wordt door de NZa betiteld als de markt van vrije beroepen.

De verwarring wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat de eerstelijns fysiotherapie per 1 januari 2009 wordt overgeheveld naar de **vrije markt**. De term B-segment wordt hiervoor echter niet gebruikt. Concreet betekent dit dat ziekenhuizen prijsafspraken kunnen maken met de zorgverzekeraar. Dit geldt ook voor ergotherapie, logopedie en diëtiëk. Om die reden hebben deze eerstelijns-fysiotherapiecodes in de DBC Tarieven Tabel per 1 januari 2009 een tarief van € 0,- en is aangegeven dat dit een individueel tarief betreft, waarbij geen landelijk tarief is vastgesteld (Soort Tarief = 5)

[Terug naar Inhoudsopgave > Declareren \(voor zorgaanbieders\)](#)

1.4.2 Wijziging kortingspercentages honoraria 2010/2011

Vraag

De honoraria zijn per 1 september 2010 gewijzigd. In het Gebruikersdocument uitlevering deel 2 v20100812 (de verantwoording) worden de percentages van de wijzigingen per specialisme genoemd. Echter, in de tarieventabel zijn de wijzigingen niet gelijk aan die percentages. Soms stijgt het honorarium zelfs, terwijl bij het specialisme een daling wordt aangegeven. Hoe kan dit?

Antwoord

Dit komt doordat de percentages in het gebruikersdocument nieuwe percentages zijn, die zijn vastgesteld per specialisme. Deze percentages vervangen de generieke, voor alle specialismen gelijke korting (12,69%) die per 1 januari 2010 is toegepast op de tarieven. De nieuwe percentages zijn daarom toegepast op de ongecorrigeerde tarieven per 1 januari 2010. U kunt de berekening bij benadering zelf doen met de volgende rekensom:

[Nieuw honorarium] =

[Honorarium tot 31-8-2010],

gedeeld door [1 - 0,1269]
vermenigvuldigd met [1 +/- de nieuwe factor].

Bijvoorbeeld voor Plastische Chirurgie (percentage -4,92%):

[Honorarium per 1-9-2010] = (Honorarium tot 31-8-2010) / 0,8731 x 0,9508

[Terug naar Inhoudsopgave > Declareren \(voor zorgaanbieders\)](#)

1.4.3 DBC 800 bij MDL

Vraag

Kan ik de DBC 800 gebruiken om een MDL-scopie te declareren?

Antwoord

Scopie verrichtingen door MDL-artsen in DBC's van poortspecialismen leveren vanaf 2008 minder of - voor interne geneeskunde - geen ondersteunerhonorarium op. De BBC van MDL en DBC-Onderhoud werken gezamenlijk aan een oplossing.

De Beroeps Belangen Commissie van MDL is ongelukkig met het feit dat scopie verrichtingen voor een ander poortspecialisme minder inkomsten en voor interne geneeskunde zelfs geen inkomsten oplevert. Ook vanuit ziekenhuizen komen hierover veel vragen binnen bij de helpdesk van DBC-Onderhoud. Met de BBC is nu afgesproken dat oorzaken en resulterende inkomenseffecten nader worden onderzocht. De resultaten hiervan zijn half maart bekend. Op basis daarvan wordt het mogelijk oplossingen te formuleren voor zowel de korte als de langere termijn. In een brief die op 8 februari door de BBC aan alle ziekenhuizen is verzonden, staat overigens ook dat de MDL-scopieën uit het profiel van alle poortspecialismen verdwenen zouden zijn. Dit blijkt niet zo te zijn.

MDL-artsen zien dikwijls een voorlopige oplossing in het declareren van een zo goed mogelijk gelijkende DBC voor scopieën. Deze optie staat echter op gespannen voet met de declaratierichtlijn van de NZa. In paragraaf 3.6 van de regeling van de NZa CI/NR-100.072 staat dat het niet mogelijk is eigen DBC's te declareren voor verrichtingen die als ondersteunende activiteit bij een DBC van een ander poortspecialisme plaats vinden. DBC-Onderhoud streeft ernaar om met de BBC van de MDL-artsen te komen tot een snelle oplossing die wél kan en mag. In dit traject zal ook de NZa betrokken worden. In de tussentijd adviseert DBC-Onderhoud u te registreren volgens de NZa-regeling CI/NR-100.072. Van de voortgang stellen wij u via onze website en elektronische nieuwsbrief op de hoogte.

[Terug naar Inhoudsopgave > Declareren \(voor zorgaanbieders\)](#)

1.4.4 Honorariumtarief bij natte maculadegeneratie

Vraag

Waarom wordt bij de oogheelkunde het honorariumtarief voor de fotodynamische therapie bij natte maculadegeneratie (diagnose 704 behandeling 6x) voor 2008 aangepast?

Antwoord

Bij deze vorm van therapie wordt het dure geneesmiddel verteporfin (Visudyne) gebruikt. Er is een grote variatie in behandel frequentie. Bij sommige patiënten wordt slechts één keer het middel gebruikt, bij andere patiënten mogelijk wel 5 keer. Er was in het verleden sprake van een mismatch tussen het honorariumtarief en het kostentarieff. Het kostentarieff was afgestemd op één keer behandelen, terwijl het honorariumtarief het gemiddelde was voor een aantal keren behandelen.

Gezien de variatie in behandel frequentie en de zeer hoge prijs van het geneesmiddel zullen, bij het middelen van het tarief over een gemiddeld aantal behandelingen, patiënten die slechts één keer behandeld worden toch een veel hogere factuur krijgen.

Om het tarief zo goed mogelijk recht te laten doen aan de daadwerkelijke behandeling is daarom in samenspraak met belanghebbenden een andere oplossing gekozen. De DBC wordt afgesloten na een behandelcyclus (inclusief controlebezoek, controlediagnostiek, etc.) waarbij één maal verteporfin is toegediend. Als er een indicatie is voor herhaalde toediening wordt hiertoe een nieuwe (vervolg-)DBC geopend die wederom wordt afgesloten na de laatste controles, etc. Hiertoe is het honorariumtarief nu afgestemd op de activiteitscyclus rond één maal injecteren van verteporfin.

[Terug naar Inhoudsopgave > Declareren \(voor zorgaanbieders\)](#)

1.4.5 Declaratie (on-)verzekerde zorg

Vraag

Op welke manier wordt er tijdens het declaratieproces van DBC's vanaf 1 februari 2006 onderscheid gemaakt tussen verzekerde en onverzekerde zorg?

Antwoord

Het CVZ brengt in kaart welke DBC's niet tot het verzekerde pakket behoren - rode DBC's - en welke wel tot het verzekerde pakket behoren, de groene DBC's. Bij een derde groep - oranje DBC's - is sprake van 'aanspraak onder voorwaarde'. Hiervoor is binnen het ziekenhuis aanvullende informatie nodig om vast te stellen of er sprake is van aanspraak op de basisverzekering. Een van de

belangrijkste voorwaarden is de "medische indicatie".

Per 1 februari 2006 maken we bij de declaratiecode onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg. Dit betekent dat een groene DBC alleen een declaratiecode krijgt voor verzekerde zorg en een rode DBC's alleen een code voor onverzekerde zorg. Oranje DBC's krijgen per 1 februari twee declaratiecodes: één voor verzekerde en één voor onverzekerde zorg.

Voor de declaratie van de DBC's die t/m 31 januari 2006 geopend zijn, zal bij de groene DBC's de declaratie code zijn opgenomen in de kolom "DBC declaratiecode verzekerde zorg". Voor de rode DBC's zal de declaratie code, die t/m 31 januari 2006 geldt in de kolom "DBC declaratiecode onverzekerde zorg" worden opgenomen.

Om deze aanpassing in het systeem op te nemen, zullen vanaf 1 februari 2006 een aantal declaratiecodes wijzigen. Voor rode DBC's geopend vanaf 1 februari 2006 zullen de nieuwe declaratiecodes uit tariefgroep 16 (A-segment) en 17 (B-segment) gelden. Voor groene DBC's blijven de declaratiecodes uit groep 14 (A-segment) en 15 (B-segment) van kracht. Oranje DBC's krijgen vanaf 1 februari twee declaratiecodes mee: uit tariefgroep 14 of 16 voor het A-segment en uit tariefgroep 15 of 17 voor het B-segment.

Een overzicht vindt u in onderstaande tabel.

Openingsdatum DBC's	Kleur	A segment	B segment
geopend t/m 31 januari 2006	Groen	14****	15****
	Rood	14****	15****
	Oranje	14****	15****
geopend vanaf 1 februari 2006	Groen	14****	15****
	Rood	16****	17****
	Oranje	14**** en 16****	15**** en 17****

[Terug naar Inhoudsopgave > Declareren \(voor zorgaanbieders\)](#)

1.4.6 Berekening honoraria B-segment

Vraag

Per 1 april 2006 zijn de honorariumtarieven van het B-segment geïndexeerd. Welke berekeningswijze is hiervoor gehanteerd?

Antwoord

De indexering per 1 april van de honorariumtarieven in het B-segment is verwerkt in de tabellen van DBC-Onderhoud. Als uitgangspunt voor de indexering heeft CTG/ZAio het macroneutrale uurtarief trendmatig aangepast met 5,5%. Dit is inclusief de teruggave van de eerder geschorste incidentele korting van 0,8% voor een half jaar. Hierdoor komt het macroneutrale uurtarief voor 2006 structureel uit op € 147,50. (Bron: Circulaire CTG/ZAio d.d. 28 maart 2006 betreffende de technische verbeteringen in de DBC-systematiek. kenmerk: CI/06/21c).

Het geïndexeerde uurtarief per 1 april 2006 bevat een opslag voor het mislopen van honorariuminkomsten over de eerste drie maanden van 2006. Deze opslag bedraagt € 2,50 over de rest van 2006. De honorariumtarieven voor zowel het poortspecialisme als anesthesie van het B-segment zijn herberekend met een uurtarief van € 150,- (Bron: Toelichting op de DBC-tarieventabel v20060315).

Berekeningswijze honorarium poortspecialisme en anesthesie

DBC-Onderhoud heeft de honorariumtarieven voor de poortspecialisten herberekend conform de formule zoals beschreven in CTG-beleidsregel CI-907. Voor de volledigheid:

Honorarium poortspecialisme B-DBC = gevalideerde normtijd B-DBC (in minuten) * 150/60

Voor de anesthesie is het nieuwe honorariumtarief als volgt berekend:

Honorarium Anesthesie B-DBC = Oudtarief * 150/140

Vervolgens is voor zowel de tarieven van de poortspecialisten als de anesthesie gebruik gemaakt van afrondingsregels. De resulterende geïndexeerde tarieven zijn opgenomen in de DBC-tarieventabel (Bron: CTG-beleidsregel CI-883).

Aanpassing honorariumbedragen ondersteuners B-segment

De honorariumbedragen van de ondersteuners in het B-segment zijn deels vrij onderhandelbaar: het profiel is lokaal onderhandelbaar, maar het bedrag per ondersteunend of overig product (O(V)P) is vast. Deze bedragen zijn niet opgenomen in de DBC-tarieventabel van DBC-Onderhoud, omdat de bedragen niet afzonderlijk declarabel zijn. De bedragen dienen als "bouwstenen" voor de B-DBC's.

De bedragen zijn wel opgenomen in de bijlage bij beleidsregel CI-907 "honorariumbedragen B-DBC's". Naar aanleiding van de indexering van het uurtarief is deze bijlage aangepast. De bedragen zijn gebaseerd op een uurtarief van € 150,-. Een en ander is mogelijk van belang voor de standaardprijzlijsten en afspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

[Terug naar Inhoudsopgave > Declareren \(voor zorgaanbieders\)](#)

1.4.7 Limitatieve lijst en oranje DBC's

Vraag

Welke relatie bestaat er tussen de limitatieve lijst van te machtigen DBC's van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de lijst oranje DBC's van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)?

Antwoord

De limitatieve lijst van te machtigen DBC's

ZN heeft de limitatieve lijst van te machtigen DBC's uitgegeven. Voor deze DBC's moet het ziekenhuis vóór de behandeling van de patiënt een machtiging aanvragen bij de zorgverzekeraar. Op de limitatieve lijst komen hoofdzakelijk oranje DBC's voor, maar ook enkele groene DBC's. De overige (oranje) DBC's worden via de "reguliere materiële controle" achteraf gecontroleerd.

❖ *DBC's en verzekerde zorg*

Het CVZ heeft de lijst oranje en de lijst rode DBC's opgesteld. Het CVZ bepaalt welke zorg in de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZVW) als verzekerde prestatie geldt. Tot 1 januari wordt bepaald op welke zorg aanspraak bestaat volgens de Ziekenfondswet. Deze bepaling leidt tot een kleuring van de DBC: rood of oranje. Een rode DBC betekent dat deze DBC geen verzekerde zorg is. Deze DBC moet de patiënt zelf betalen of de zorgverzekeraar moet deze eventueel via een aanvullende verzekering vergoeden. Een oranje DBC betekent: onder voorwaarden verzekerde zorg.

❖ *Relatie aanspraak/verzekerde prestatie en machtiging*

Een van de belangrijkste voorwaarden is de "medische indicatie". In een beperkt aantal gevallen bepaalt ZN dat de patiënt deze indicatie van tevoren moet overleggen (machtiging vooraf). In de

overige gevallen is er sprake van controle achteraf in het kader van de materiële controle. Is er geen medische indicatie, dan is deze zorg voor de patiënt geen verzekerde zorg. De zorgverzekeraar vergoedt of verstrekt de behandeling dan niet, tenzij de patiënt voor deze zorg aanvullend is verzekerd.

❖ *Tenslotte*

De branchepartijen werken nog aan ondersteuning van de machtigingsprocedure voor DBC's via de ICT-systemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

[Terug naar Inhoudsopgave > Declareren \(voor zorgaanbieders\)](#)

1.5 Declareren (voor verzekeraars)

1.6 Issues (kortlopende problematieken)

1.6.1 Wijzigingen RS07

Vraag

Welke diagnoses, zorgactiviteiten en dergelijke veranderen er nu precies in RS07?

Antwoord

Wijzigingen in zorgactiviteiten, diagnoses etc. die binnen DOT zijn geïntroduceerd, zijn met RS07 zoveel mogelijk ook voor de huidige DBC-systematiek doorgevoerd. In het document [Bijlage bij Gebruikersdocument deel 1 v20101118](#) staat per gewijzigde, vervallen of geïntroduceerde code aangegeven voor welke systematiek (huidige DBC- en/of DOT-systematiek) de wijziging geldt. Dit document is bij het DBC-pakket RS07 uitgeleverd.

[Terug naar Inhoudsopgave > Issues \(kortlopende problematieken\)](#)

1.6.2 B-segment in 2008

Vraag

Wat gaat er per 1 januari 2008 veranderen in het B-segment?

Antwoord

Per 1 januari 2008 blijft de FB-bekostiging nog in stand en wordt het B-segment uitgebreid van 10% naar 20%. Deze uitbreiding vraagt van de zorginstelling de nodige voorbereidingen voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraar.

❖ *Hoe kwam het B-segment 2008 tot stand?*

Minister Klink heeft in het regeerakkoord aangegeven dat het B-segment in 2008 uitgebreid moet worden naar 20%. DBC-Onderhoud stelde daarom een lijst op van diagnoses uit het A-segment die daartoe overgeheveld zouden kunnen worden naar het B-segment. In juli van dit jaar is de minister akkoord gegaan met de samenstelling van het B-segment 2008.

❖ *Welke criteria werden gehanteerd?*

Samen met de brancheorganisaties zijn criteria vastgesteld voor de uitbreiding van het B-segment. Een DBC moet bijvoorbeeld voldoende omzet hebben. Ook moeten de producten voldoende homogeen zijn en een zekere landelijke spreiding hebben. Enkele andere criteria zijn dat de zorg planbaar moet zijn en niet onder de WBMV mag vallen.

❖ *Is er al informatie beschikbaar over de inhoud?*

DBC-Onderhoud is momenteel de uitbreiding aan het verwerken in de diverse tabellen. De uitlevering van deze tabellen staat op 1 oktober 2007 gepland. DBC-Onderhoud vindt dat eigenlijk alleen uitgebreid geteste tabellen beschikbaar zouden mogen worden gesteld. Vanwege de grote belangstelling voor het nieuwe B-segment kunt u op de site van DBC-Onderhoud echter nu alvast een voorlopige, nog niet volledig geteste tabel met detailinformatie over het B-segment 2008 downloaden.

❖ *KZD over naar B-segment, Consult DBC niet in B-segment*

Van de beschouwende vakken worden alle behandelassen behalve de consult-DBC naar het B-segment overgeheveld. Bij de operatieve DBC's komen alleen de behandelassen met operatie of ingreep in het B-segment. Ook de KZD (klinisch zonder dagen) behandelassen van deze operatieve DBC's vallen in het B-segment. Bij de reeds bestaande B-segment DBC's wordt de KZD-behandelas aan het B-segment toegevoegd. Voor de KZD-behandelas van de bestaande en nieuwe B-segment DBC's is er dan ook een eigen prestatiecode die, overeenkomstig het A-segment, eindigt op een 6.

Ook voor 2008 is besloten dat er geen consult-DBC's in het B-segment voorkomen. Het verbeterplan DBC's op weg naar Transparantie (DOT) gaat echter bijzondere aandacht geven aan de inrichting van de poliklinische zorgproducten.

In 2008 worden DBC's die voldoen aan de criteria voor de consult-DBC in de Afleiding Behandelas afgeleid naar een consult-behandelas. In de DBC Eindklassetabel worden deze DBC's via de prestatie- en declaratiecode omgezet naar een reguliere poliklinische DBC. Bij de bepaling van het tarief in het B-segment moeten zowel de profielen van de consult-DBC als van de reguliere poliklinische DBC meegenomen worden.

❖ *Enkelvoudig consult en B-segment*

De enkelvoudige-consult-as maakt géén deel uit van het B-segment, maar de productie dient in de onderhandeling wel meegenomen te worden. Deze productie maakt namelijk wel deel uit van het B-segment omdat deze via de poliklinische prestatiecode wel gedeclareerd kan worden. Bij de onderhandeling over de poliklinische behandelas moet dus ook de productie van enkelvoudige consulten meegenomen worden.

[Terug naar Inhoudsopgave > Issues \(kortlopende problematieken\)](#)