

Veel gestelde vragen ziekenhuiszorg

Algemeen

Registratie

Afleiden/Valideren

Declareren (voor zorgaanbieders)



Algemeen

Kostprijs DBC-zorgproduct



Hoe wordt de kostprijs van een DBC-zorgproduct bepaald?

De kostprijs per zorgproduct wordt berekend door het landelijke gemiddelde zorgproductprofiel te vermenigvuldigen met de kostprijs per zorgactiviteit. De kostencomponent van het DBC-zorgproduct wordt vervolgens door middel van indexatie op het niveau van het jaar waarin de tarieven gelden gebracht. De indexfactor per jaar wordt door de NZa vastgesteld.

De kostprijs per zorgactiviteit wordt bepaald in samenwerking met de referentiegroep kostprijzen. Dit is een groep van enkele tientallen algemene, academische en topklinische ziekenhuizen die lokale kostprijzen volgens een door DBC-Onderhoud vastgesteld model aanleveren. Uit deze lokale kostprijzen wordt een landelijk gemiddelde kostprijs per zorgactiviteit bepaald.

In het B-segment kan over de ziekenhuiscomponent van het onderhandeld worden en komen de ziekenhuizen samen met de verzekeraars tot een lokaal kostentarief. In het A-segment stelt de NZa de landelijke kostprijs per zorgproduct vast (berekend door DBC-Onderhoud). Deze methode is gelijk aan de manier waarop de DBC-tarieven tot stand kwamen.

Meer informatie over dit onderwerp is te vinden in het document [Toelichting Tarieven DOT RS05 V20100701](#).

Afleiden als processtap



Wat betekent de processtap "afleiden" in de DBC-systematiek vanaf 2012?

Afleiden is na de registratie en het samenvatten de derde processtap in de DBC-systematiek vanaf 2012. Het is de laatste stap voordat een zorginstelling de geleverde zorg kan declareren.

Voor het afleiden van een zorgproduct uit de diagnose en het zorgprofiel wordt gebruik gemaakt van de grouper, die als een webservice voor de zorginstellingen beschikbaar is. De zorginstelling stuurt een declaratiedataset naar de grouper, die hieruit één zorgproduct en eventueel één of meer add-ons afleidt op basis van de productstructuur die geldig was op het moment van de openingsdatum van die declaratiedataset.

Zorgproductenviewer



Wat is de zorgproductenviewer en hoe krijg ik toegang?

De zorgproductenviewer (ZPV) is een website waarop een belangrijk onderdeel van de DBC-systematiek ziekenhuiszorg vanaf 2012 kan worden geraadpleegd, de declarabele DBC-zorgproducten. De ZPV is feitelijk de productcatalogus van de nieuwe systematiek. Het toont welke combinaties van zorg tot declarabele producten leiden en biedt daarnaast diverse gegevens over het DBC-zorgproduct zelf, zoals tarief, segment, of er sprake is van aanspraakbeperkingen, enzovoorts. Kortom, de ZPV toont wat als processtap 'afleiden' gebeurt in de grouper.

De zorgproductenviewer is vrij toegankelijk en is te vinden op <http://zorgproductenviewer.dbconderhoud.nl/>. Op deze site vindt u ook een introductie over het gebruik van de zorgproductenviewer en in de verschillende onderdelen vindt u handleidingen die u vertellen wat u op een pagina ziet en wat u kunt doen.

ICD10



Wat is/betekent ICD10 en waar wordt de ICD10 voor gebruikt in de DBC-systematiek?

De ICD-10 is de tiende editie van de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, onderhouden door de World Health Organisation (WHO). Het is een internationaal gehanteerde lijst van ziekten.

Op basis van de ICD10 hoofd- en subhoofdstukken zijn bij de ontwikkeling van de DBC-systematiek 2012

diagnosegroepen gevormd, waaronder weer verschillende groepen van behandelingen vallen. De DBC diagnosecodes zijn gekoppeld (mapping) aan deze hoofd- of subhoofdstukken. Op die manier was het mogelijk medisch herkenbare zorgproducten te ontwikkelen en is het beter mogelijk internationale vergelijkingen te maken omdat de ICD een internationaal gebruikt systeem is.

Samenvatten als processtap



Wat houdt de processtap "samenvatten" in de DBC-systematiek vanaf 2012 in?

Het samenvatten houdt in dat de geregistreerde typerende diagnose, zorgactiviteiten en overige informatie uit het zorgtraject samengevat wordt in één gestructureerde dataset. Op basis van deze dataset kan de grouper declarabele zorgproducten afleiden. Het samenvatten is het selecteren van een subtraject uit een zorgtraject waarbij de bijbehorende zorgactiviteiten worden gekoppeld. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van een koppelalgoritme in het ZIS-systeem van de zorginstelling. Dit algoritme koppelt zorgactiviteiten uit 'de grote bak' met alle zorgactiviteiten van een patiënt aan het specifiek subtraject op basis van:

- datum uitvoering
- uitvoerend specialisme
- verwijzend specialisme
- zorgactiviteit type

Als koppeling op basis van bovenstaande criteria niet mogelijk is, dan wordt als vangnet de zorgactiviteit aan het laatst geopende zorg(sub)traject gekoppeld.

Het 'samenvatten' is dus te vergelijken met het voorheen gehanteerde handmatige 'sluiten' van een DBC en het 'koppelen' van verrichtingen.

Zorgtraject, subtraject en declaratietraject



Wanneer is sprake van een zorgtraject, een subtraject en een declaratietraject in de DBC-systematiek vanaf 2012?

Wanneer een patiënt met een zorgvraag bij de medisch specialist komt, wordt in de DBC-registratie een zorgtraject geopend. Bij het zorgtraject worden alle uitgevoerde zorgactiviteiten (verrichtingen) vastgelegd die bij de patiënten in het kader van diagnostiek en behandeling zijn uitgevoerd. Een zorgtraject wordt

geïdentificeerd door middel van het zorgtrajectnummer.

Gedurende het behandelproces kan op bepaalde momenten – die in de registratieregels zijn beschreven – de geleverde zorg worden gedeclareerd. De periode van een zorgtraject waarover de geleverde zorg is gedeclareerd, heet een subtraject. In een zorgtraject kunnen dus één of meerdere (seriële) subtrajecten worden onderscheiden.

Een declaratietraject is feitelijk het subtraject wat gedeclareerd wordt.

O(V)P in productstructuur 2012



Bestaan in de productstructuur vanaf 2012, ook nog Overige producten (OVP), Ondersteunende producten (OP) en overige trajecten en verrichtingen?

Ja, in principe verandert hier niets aan na 1-1-2012. Dit zijn nog steeds declarabele zorgproducten. Er is wel een onderscheid in de wijze waarop deze producten worden gedeclareerd. OVP's moeten via de grouper worden verzonden en kunnen daarna pas gedeclareerd worden. OP's en overige trajecten en verrichting gaan buiten de DBC-systematiek en daarmee buiten de grouper om.

Zorgzwaarte in productstructuur 2012



Hoe is zorgzwaarte verwerkt in de DBC-zorgproducten in de DBC-systematiek vanaf 2012?

In de productstructuur vanaf 2012 is veel meer dan in de eerdere productstructuur rekening gehouden met zorgzwaarte. Dit uit zich in producten van verschillende zwaarte bij gelijke diagnose(groep).

Bijvoorbeeld:

Operatie enkel/ voet zwaar (DBC-zorgproduct 131999.222)

Operatie enkel/ voet middel (DBC-zorgproduct 131999.235)

Operatie intestinum zeer zwaar (DBC-zorgproduct 028899.024)

Operatie intestinum zwaar I Zonder VPLD (DBC-zorgproduct 028899.026)

Operatie intestinum zwaar I Met VPLD (DBC-zorgproduct 028899.025)

Productstructuur 2012 ontwikkeld op basis van data



Waarom zijn de bomen niet gemaakt op basis van richtlijnen en protocollen, maar op basis van DIS-data?

DBC-Onderhoud ontwikkelt en onderhoudt DBC's, als kernelement voor bekostiging. Bekostiging is dan ook het centrale element in de nieuwe productstructuur. Richtlijnontwikkeling beoogt richting te geven aan medisch handelen op individueel patiënt niveau, wat ook ten gunste kan komen van de interdoktervariatie. Meer dan in de oude DBC-structuur zijn groepen patiënten die als zodanig ook binnen richtlijnen te herkennen zijn, herkenbaar in de producten. Voor zorgverzekeraars kan dit aangrijpingspunten bieden om te sturen op handelen volgens de richtlijnen.

Eisen DBC-zorgproduct (CV-waarde)



Waar moet een DBC-zorgproduct aan voldoen?

Een DBC-zorgproduct moet een medisch herkenbaar, normtijd- en kostenhomogeen product zijn. De kostenhomogeniteit betreffende de ziekenhuiskosten wordt weergegeven door de CV-waarde van het product.

De CV-waarde (Coëfficiënt of Variance) is een statistische maat voor de homogeniteit van de kosten of normtijd van een DBC-zorgproduct. De CV-waarde wordt berekend als de standaarddeviatie gedeeld door het gemiddelde. Hoe lager de CV-waarde, hoe homogener het product is.

De streefwaarde voor de CV is $<0,5$. Tussen 0,5 en 1,0 is acceptabel. De CV-waarde wordt echter niet hard gehanteerd, maar als richtinggevend ingezet. Er kunnen redenen zijn om een hoge CV-waarde te accepteren, bijvoorbeeld een kleine patiënten groep: dit leidt al snel tot een hogere CV-waarde.

Weinig voorkomende producten boven in de beslisboom



Waarom staan in de beslisbomen van de DBC-systematiek vanaf 2012 de minst voorkomende DBC-zorgproducten bovenaan terwijl bijvoorbeeld meer patiënten op de poli worden gezien dan dat

operaties worden uitgevoerd?

Tijdens de looptijd van een zorgtraject kunnen naast polikliniekbezoeken ook een opname of operatie voorkomen. Door eerst op de zwaarste zorgactiviteit(en), de opname of operatie, uit te vragen wordt voorkomen dat de geleverde zorg in het verkeerde, lichtere, DBC-zorgproduct belandt.

Ontwikkeling Pre-MDC's DBC-systematiek 2012



Hoe zijn de pre-MDC's tot stand gekomen in de ontwikkeling van zorgproductgroepen voor de DBC-systematiek vanaf 2012?

Zie ook FAQ 'Ontwikkeling zorgproductgroepen DBC-systematiek 2012'.

Omdat een aantal "patiëntengroepen"/trajecten door indeling op basis van diagnoses te versnipperd in de productstructuur zou voorkomen is, om de herkenbaarheid van zorgproducten voor deze groepen te vergroten, een uitzondering gemaakt.

Naast de op basis van de ICD10-mapping samengestelde zorgproductgroepen zijn er daarom 23 zogenaamde pre-Major Diagnostic Category (pre-MDC) zorgproductgroepen ontwikkeld.

De aanleiding voor het ontwikkelen van een pre-MDC verschilt.

Elf pre-MDC's zijn ontwikkeld op basis van het criterium 'specialisme':

- Plastische chirurgie (ZPG 990004)
- Kindergeneeskunde (ZPG 990016)
- Neonatologie (ZPG 990017)
- Allergologie (ZPG 990026)
- Revalidatiegeneeskunde (ZPG 990027)
- Psychiatrie (ZPG 990029)
- Klinische geriatrie (ZPG 990035)
- Radiotherapie (ZPG 990061)
- Radiologie (ZPG 990062)
- Anesthesiologie (ZPG 990089)
- Audiologie (ZPG 991900)

Het criterium 'WBMV zorgactiviteit' en/of bepaalde daaraan gerelateerde diagnosetyperingen heeft geleid tot de ontwikkeling van een zestal 'WBMV-pre-MDC's':

- WBMV - Klinische genetica en overige klinische genetica (ZPG 972800)

WBMV - Zenuwstelsel (incl. aanverwante diagnoses) (ZPG 972802)

Infertiliteit (incl. WBMV) (ZPG 972804)

Hart/long/hartlongtransplantatie/stamceltherapie/ritmechir/AICD-implant/PTCA/CABG/OpenHartOperatie (incl. WBMV) (ZPG 979001)

Nier-/lever-/darm-/pancreastransplantatie (incl. WBMV) (979002)

Stamceltransplantatie (autoloog en allogeen) (incl. WBMV) (ZPG 979003)

En tot slot zijn er pre-MDC's ontwikkeld voor:

Intercollegiale consulten (excl. ICC in specialismenspecifieke pre-MDC), criterium: zorgtype 13 (ZPG 990003)

Chronische thuisbeademing, criterium: specialisme 322 i.c.m. specifieke zorgactiviteiten, (ZPG 990011)

Complex chronisch longfalen, criterium: specifieke zorgactiviteiten voor longastmacentra (ZPG 990022)

Kinderneurologie, criterium: specialisme 330 i.c.m. leeftijd tot en met 17 jaar (ZPG 990030)

Palliatieve zorg, criterium: specifieke diagnose aantal specialismen (ZPG 990040)

Gespecialiseerde brandwondenzorg, criterium: specifieke diagnoses bij specialisme Heelkunde (ZPG 979004)

Ontwikkeling zorgproductgroepen DBC-systematiek 2012



Hoe zijn de zorgproductgroepen tot stand gekomen tijdens de ontwikkeling van de DBC-systematiek vanaf 2012?

Op basis van de ICD-10 hoofdgroepen en subgroepen ('blokken') zijn DBC-diagnosegroepen gevormd. Daartoe zijn alle bestaande DBC diagnoses vertaald naar ICD10-hoofdstukken en bijbehorende (sub)blokken, de zogenaamde ICD10-mapping.

De door de ICD10-mapping ontstane DBC-diagnosegroepen vormen de basis voor de indeling van het grootste deel van de trajecten in zorgproductgroepen (ZPG). In een aantal gevallen zijn DBC-diagnosegroepen samengevoegd tot eenzelfde ZPG n.a.v. de medische herkenbaarheid.

Daarnaast geldt voor een aantal "patiëntengroepen"/trajecten dat zij in separate ZPG's zijn geplaatst, de zogenaamde Pre-MDC's.

Ook de WBMV-zorg (Wet Bijzondere Medische Verrichtingen), waarvoor geldt dat uitvoerende instellingen een vergunning moeten hebben aangevraagd alvorens zij de verrichting mogen uitvoeren, is in een vijftal aparte zorggerelateerde ZPG's geplaatst.

In de tabel [Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel v20110701](#) is per DBC-diagnose te zien in welke

ZPG deze 'hard' is ingedeeld.

Echter, wanneer een traject bijvoorbeeld een WBMV-zorgactiviteit bevat dan is dit laatste bepalend voor de indeling in een specifieke ZPG. Meer informatie hierover is te vinden in de [Toelichting Relatie Diagnose Zorgproductgroepen Tabel V20110701](#).

Transparantie met minder DBC's vanaf 2012



Hoe kan de DBC-systematiek transparanter worden als er in de nieuwe productstructuur veel minder declarabele zorgproducten zijn?

Een DBC-zorgproduct is geen geaggregeerd cluster van DBC's, ondanks dat het aantal DBC-zorgproducten ten opzichte van DBC's dit wel doet vermoeden (resp. 4.400 versus 30.000). Wat voor 2012 in een DBC werd geregistreerd kan naar één of meerdere DBC-zorgproducten worden herleid en andersom kan een DBC-zorgproduct zijn ontstaan uit een of meerdere DBC's.

Twee voorbeelden: de DBC met diagnose "arthrosis knie en behandeling operatief met knieprothese" wordt o.a. opgesplitst in het DBC-zorgproduct "arthropathieën met menisectomie" en DBC-zorgproduct "arthropathieën met knieprothese". Andersom leiden zowel de DBC's "arthrosis knie operatief met knieprothese" en de DBC "meniscuslaesie operatief" naar het DBC-zorgproduct "arthropathieën met menisectomie". In sommige gevallen is een DBC-zorgproduct dus een verfijning van de huidige DBC's en in andere gevallen is een DBC-zorgproduct een samenvoeging van een aantal DBC's. Uiteindelijk hebben we (in 2012) te maken met ongeveer 4.400 DBC-zorgproducten.

Veranderingen per 1-1-2012



Wat verandert er eigenlijk aan de DBC-systematiek per 1-1-2012?

Vanaf 1-1-2012 verandert de DBC systematiek op een aantal punten, onder andere:

Er wordt gewerkt met een andere productcatalogus, oftewel productstructuur. De producten daarin worden DBC-zorgproducten genoemd in plaats van DBC's. De DBC-zorgproducten zijn, in tegenstelling tot de DBC's, specialismenoverstijgend.

Het DBC-proces verandert. Er worden geen DBC's meer gevalideerd. In DOT worden uit de diagnose en het zorgprofiel (= de geregistreerde zorgactiviteiten) een DBC-zorgproduct en eventuele 'add-ons'

afgeleid.

Er wordt geregistreerd volgens nieuwe registratieregels die algemeen voor alle specialismen gelden. Er worden 'hardere' regels gedefinieerd die veelal in de ICT geautomatiseerd kunnen worden.

Voor het afleiden van DBC-zorgproducten en eventuele 'add-ons' wordt gebruik gemaakt van de grouper.

Dit is specifieke software, als landelijk beschikbaar als webservice, die uit de aangeleverde diagnose en zorgprofiel DBC-zorgproducten en 'add-ons' afleidt.

Oude FAQ's



Op de oude website stonden meer FAQ's, zijn die nog ergens terug te vinden?

Er is een opschoning van de FAQs geweest omdat sommige vragen en antwoorden niet meer relevant waren of omdat gebruikte codes in de antwoorden inmiddels niet meer geregistreerd worden. De vragen en antwoorden zijn echter nog wel te raadplegen in het volgende document:

[Archief FAQs Ziekenhuiszorg](#)

Veranderingen per 1-1-2012



Wat verandert er eigenlijk aan de DBC-systematiek per 1-1-2012?

Vanaf 1-1-2012 verandert de DBC-systematiek op een aantal punten, onder andere:

Er wordt gewerkt met een andere productcatalogus, oftewel productstructuur. De producten daarin worden DBC-zorgproducten genoemd in plaats van DBC's. De DBC-zorgproducten zijn, in tegenstelling tot de DBC's, specialismenoverstijgend.

Het DBC-proces verandert. Er worden geen DBC's meer gevalideerd. In DOT worden uit de diagnose en het zorgprofiel (= de geregistreerde zorgactiviteiten) een DBC-zorgproduct en eventuele 'add-ons' afgeleid.

Er wordt geregistreerd volgens nieuwe registratieregels die algemeen voor alle specialismen gelden. Er worden 'hardere' regels gedefinieerd die veelal in de ICT geautomatiseerd kunnen worden.

Voor het afleiden van DBC-zorgproducten en eventuele 'add-ons' wordt gebruik gemaakt van de grouper. Dit is specifieke software, als landelijk beschikbaar als webservice, die uit de aangeleverde diagnose en zorgprofiel DBC-zorgproducten en 'add-ons' afleidt.

Registratie

Behandeling vastleggen vanaf 2012



Waarom hoeft men de behandeling niet meer vast te leggen in de DBC-systematiek vanaf 2012?

In de productstructuur van de DBC-systematiek vanaf 2012 wordt het DBC-zorgproduct afgeleid op basis van de geregistreerde diagnose en zorgactiviteiten.

Diagnoses registreren vanaf 2012?



Moeten de medisch specialisten in de DBC-systematiek vanaf 2012 nog diagnoses registreren of gaat dat automatisch? En wordt dan alleen met ICD10-diagnosen geregistreerd?

De medisch specialisten bepalen nog steeds de diagnose waarvoor een patiënt wordt behandeld en deze moet dan ook nog steeds worden vastgelegd.

In de Nederlandse zorginstellingen wordt geregistreerd met de DBC-diagnosecodes die ook in de DBC-systematiek 2005-2011 werden gebruikt. Voor het vastleggen van de diagnose kan de specialist gebruik maken van de 'eigen' typeringslijst.

Patiënt direct naar tertiair centrum of IC



Wat gebeurt er met een patiënt die bij binnenkomst direct doorverwezen wordt naar een tertiair centrum of de Intensive Care (IC)?

Wanneer de patiënt direct naar een tertiair centrum gaat, wordt geen zorgtraject geopend. Het tertiaire centrum opent het zorgtraject, registreert de zorgactiviteiten en declareert.

Wanneer de patiënt direct naar de IC-afdeling van het eigen ziekenhuis gaat, wordt een (dummy) zorgtraject geopend en tevens een zorg/subtraject op de IC-afdeling (met zorgtype 52). Vanuit het eerste zorgtraject wordt een verwijzing opgenomen naar het zorgtraject op de IC. Voor meer informatie over deze IC-registratie wordt verwezen naar de registratieregels en toelichtingen daarbij.

Medebehandeling vanaf 2012



Hoe wordt medebehandeling geregistreerd nu er sprake is van specialismenoverstijgende DBC-zorgproducten in de DBC-systematiek vanaf 2012?

We spreken over een specialismenoverstijgend zorgproduct wanneer een bepaald zorgproduct door meerdere medisch specialisten kan worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld een ooglid correctie die door zowel de oogarts, de chirurg of de plastisch chirurg kan worden uitgevoerd.

Wanneer een DBC-zorgproduct het resultaat is van een multidisciplinaire behandeling, zoals de behandeling van schizis ('hazenlip'), wordt gesproken over een multidisciplinair zorgproduct. In de DBC-systematiek vanaf 2012 zijn nog geen multidisciplinaire zorgproducten opgenomen; de producten zijn monodisciplinair.

Er is sprake van medebehandeling wanneer een specialist de patiënt (die reeds onder behandeling is bij een ander specialisme) voor een eigen zorgvraag (bij zijn/haar specialisme) therapeutisch gaat behandelen.

Bij medebehandeling opent elk betrokken poortspecialisme een eigen zorgtraject en registreert daar de zorgactiviteiten bij. Wanneer ook niet-poortspecialismen betrokken zijn dan registreren zij de door hen uitgevoerde zorgactiviteiten in het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.

Open en sluiten DBC-zorgproducten



Wanneer wordt een DBC-zorgproduct geopend en gesloten?

In de DBC-systematiek vanaf 2012 worden zorgtrajecten en subtrajecten geopend. Wanneer de patiënt bij een poortspecialisme komt met een (geplande of spoedeisende) zorgvraag wordt een nieuw zorgtraject geopend. Wanneer bij de patiënt bij dat specialisme al een zorgtraject geopend is, dienen de verrichtingen

(zorgactiviteiten) in principe bij dat zorgtraject te worden geregistreerd. Alleen wanneer er sprake is van een andere, nieuwe zorgvraag dan het reeds lopende traject, waarvan de behandeling niet past binnen dat reeds lopende zorgtraject, mag een nieuw (parallel) zorgtraject worden geopend.

In een zorgtraject mag op bepaalde momenten worden gedeclareerd. Deze momenten worden bepaald door de afsluitregels en kunnen worden geautomatiseerd in het ZIS van de zorginstelling.

Voor klinische trajecten: op de 42e dag na ontslag uit de kliniek

Voor niet-klinische trajecten (dagopname, polikliniek) waarin een operatieve ingreep heeft plaatsgevonden: op de 42e dag na uitvoeren van de ingreep

Voor niet-klinische trajecten (dagopname, polikliniek) met een conservatieve behandeling: op de 90e dag na opening van het subtraject (wanneer gaat om het eerste subtraject binnen een zorgtraject) of op de 365e dag (bij de overige subtrajecten van het zorgtraject).

Daarnaast gelden diverse uitzonderingen, die echter wel weer voor een groot deel kunnen worden geautomatiseerd. Voor meer informatie hierover wordt verwezen naar de diverse documenten betreffende de registratieregels.

IC en dure geneesmiddelen in de productstructuur vanaf 2012



Hoe worden de verrichtingen op de IC en dure geneesmiddelen opgenomen in de DBC-systematiek vanaf 2012?

In de DBC-systematiek vanaf 2012 zijn dure geneesmiddelen en behandeling van patiënten op de IC aangemerkt als een zogenaamde add-on.

Doordat deze zorg hoge kosten kent en niet in gelijke hoeveelheden binnen zorgtrajecten voorkomen is ervoor gekozen om deze zorg (in de vorm van zorgactiviteiten) buiten de tarieven van DBC-zorgproducten te houden en apart declarabel te maken. Daarmee wordt de kostenhomogeniteit van de DBC-zorgproducten vergroot om de toegang tot deze zorg niet negatief beïnvloedt.

De add-on prestaties maken deel uit van de DBC-declaratiedataset en worden door de grouper afgeleid. De tarieven van deze prestaties worden door de NZa vastgesteld.

Overloop-DBC's



Hoe moet in 2012 worden omgegaan met DBC's die in 2011 zijn geopend? Is er een regeling voor deze overloopsituatie?

DBC's met een openingsdatum in 2011 blijven doorlopen in 2012 en worden pas afgesloten als is voldaan aan de in 2011 geldende sluitregels. Dit betekent dat in 2012 met twee systemen moet worden gewerkt in de ziekenhuizen, één voor 'oude' patiënten en één voor de 'nieuwe' patiënten. De openingsdatum van de DBC is leidend voor de regels die gelden voor dat traject. Meer informatie is te vinden in het document

Second opinion



Wat mag worden geregistreerd bij een second opinion?

Als een second opinion wordt aangevraagd, zijn twee situaties te onderscheiden:

Als een patiënt bij een andere specialist van hetzelfde specialisme van hetzelfde ziekenhuis komt voor een second opinion, wordt geen nieuw DBC-zorgproduct geopend, maar valt dit binnen het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar.

Als een patiënt voor een second opinion naar een andere specialist in een ander ziekenhuis gaat, wordt een nieuw DBC-zorgproduct met zorgtype reguliere zorg geopend.

In de tweede situatie is sprake van een eigen zorgvraag bij het tweede ziekenhuis. Er wordt een regulier DBC-zorgproduct getypeerd met de best passende diagnose bij deze nieuwe zorgvraag van de patiënt.

Twee specialismen kennen een specifieke diagnosecode voor een second opinion, te weten Plastische chirurgie (diagnose 002) en Neurochirurgie (diagnose 4830).

Initiële en vervolgtrajecten



Zijn er in de DBC-systematiek vanaf 2012 nog initiële en vervolg-DBC's?

In de DBC-systematiek vanaf 2012 wordt nog maar bij een zeer beperkt aantal DBC-zorgproducten onderscheid gemaakt in initiële en vervolgtrajecten. Binnen een zorgtraject wordt wel onderscheid gemaakt in initiële subtrajecten (dit is het eerste subtraject binnen het zorgtraject) en vervolg-subtrajecten (dit zijn de daarop volgende subtrajecten). Dit onderscheid heeft slechts in enkele gevallen consequenties voor de DBC-zorgproducten die worden afgeleid. Het onderscheid kan echter wel een rol spelen bij het

bepalen van het moment waarop een subtraject mag worden afgesloten (en gedeclareerd). Dit is nader toegelicht in de registratieregels die gelden vanaf 2012.

WBMV-status in twee tabellen



In de Zorgactiviteiten Tabel staat de WBMV-status per zorgactiviteit aangegeven en in de DBC Eindklassetabel staat een WBMV-status per DBC. Deze statussen komen niet altijd overeen. Waar moet een ziekenhuis nu van uitgaan?

Het Ministerie van VWS stelt de WBMV-indicatie vast en verleent de vergunningen. Binnen de DBC-systematiek 2005- 2011 is op DBC-niveau aangegeven voor welke DBC's een WBMV-vergunning vereist is. Vanaf 2012 wordt op zorgactiviteitsniveau aangegeven of een zorgactiviteit WBMV-vergunningplichtig is. Bij de afleiding van het DBC-zorgproduct in de grouper zal middels de WBMV-code die al dan niet aan zorgactiviteiten is toegekend, het zorgproduct waarop dat van toepassing is als WBMV-zorgproduct gelabeld worden.

In de DBC Zorgactiviteiten Tabel v20090601 (en elke versie sindsdien) is ter voorbereiding op 2012 per zorgactiviteit aangegeven of het een zorgactiviteit betreft die WBMV-plichtig is. Binnen de DBC-systematiek die geldig is tot 31-12-2011 is dit onderscheid nog niet relevant en wordt in de DBC Eindklassetabel per mogelijke DBC aangegeven of er sprake is van WBMV-zorg. Om te bepalen of een DBC (t/m 31-12-2011) onder de WBMV-zorg valt is de eindklassetabel in principe leidend en speelt de WBMV-labeling op zorgactiviteitsniveau geen rol.

Wanneer nodig voert VWS wijzigingen door in de WBMV-erkenningen. In het verleden werden deze wijzigingen doorgevoerd in de eindklassetabel. Er is echter besloten geen onderhoud meer te plegen op de structuur 2005-2011, wat o.a. inhoudt dat er geen wijzigingen in de WBMV-status van DBC's doorgevoerd worden. Hierdoor kan discrepantie ontstaan tussen de WBMV-status op DBC-niveau zoals die is aangegeven in de eindklassetabel en de actuele WBMV-wetgeving. In die gevallen kunnen de verschillende Ministeriele regelingen uitsluitend geven over het al dan niet vergunningplichtig zijn van de geleverde zorg. Deze regelingen vindt u via de website www.wetten.overheid.nl.

Enkel- en dubbelzijdige registratie zorgactiviteiten



In de Zorgactiviteiten Tabel is een zorgactiviteit in principe altijd enkelzijdig, maar sommige onderzoeken en behandelingen worden standaard dubbelzijdig uitgevoerd. Moeten daar dan twee keer de passende zorgactiviteit worden geregistreerd?

Met de DBC Zorgactiviteiten Tabel die op 1 april 2009 is uitgeleverd (en alle versies sindsdien) is de registratie van zorgactiviteiten enkelzijdig gemaakt. De intentie is om hiermee de registratie van operaties die enkelzijdig of dubbelzijdig kunnen worden uitgevoerd, ongeacht of dit in één of meerdere zittingen gebeurt, te verduidelijken. Dergelijke ingrepen zullen nu altijd enkelzijdig worden geregistreerd, waarbij ingeval van een dubbelzijdige ingreep de enkelzijdige zorgactiviteit twee keer wordt vastgelegd. De productstructuur die geldig is vanaf 2012 is onder andere met dit uitgangspunt ingericht.

Bij niet-invasieve diagnostiek zoals echo, röntgen en gehooronderzoeken worden dubbelzijdige organen in beeld worden gebracht en/of gediagnosticeerd. Bij deze onderzoeken kan de vraag worden gesteld of de zorgactiviteiten nu ook enkelzijdig moeten worden geregistreerd. Hier geldt echter dat niet het dubbelzijdige orgaan, maar het onderzoek zelf het uitgangspunt. Het onderzoek betreft in dit geval alle handelingen die nodig zijn om tot de conclusie of diagnose te komen. Zo wordt bijvoorbeeld bij een MRI Mammo standaard een scan gemaakt van beide borsten tegelijkertijd. Dit impliceert eenmaal registreren van het totale onderzoek. Bij een reguliere mammografie worden altijd foto's uit meerdere richtingen van beide borsten gemaakt; het advies luidt ook hier één keer vastleggen. Een ander voorbeeld is het toondrempelaudiogram waarbij standaard beide oren beoordeeld worden, dit betekent wederom één keer registreren.

Twee polibezoeken op één dag



Wat mag worden geregistreerd als een patiënt twee maal op één dag op de polikliniek wordt gezien in het kader van een onderzoek- of behandelstraat?

De ontwikkeling van zogenaamde "one-stop-shops" gaat uit van patiëntvriendelijke behandeling waarbij op één dag achtereenvolgend een polikliniekbezoek, onderzoeken en nogmaals een polikliniekbezoek plaatsvinden (om de uitslagen te bespreken). De validatiemodule zal bij de registratie van één polibezoek en goedkopere diagnostiek afleiden naar een consult-DBC die geen recht doet aan de inzet die is gepleegd en de kosten die zijn gemaakt. Er is in dat geval geen bezwaar tegen het vastleggen van twee (ingeplande) polibezoeken op een kalenderdag. Bij het registreren van een consult dient wel altijd face-tofacecontact te zijn geweest met de medisch specialist en kan uiteraard maar één EPB worden vastgelegd. Daarna volgt een herhaalbezoek.

Op de SEH is het niet toegestaan meerdere consulten vast te leggen, ook al zijn er meerdere contactmomenten. Spoedeisende zorg is niet vooraf ingepland en rechtvaardigt geen extra consult op een kalenderdag.

Registratie van MDO 190005



Wanneer mag zorgactiviteit 190005 (Multidisciplinair overleg (MDO)) worden geregistreerd en hoe wordt de inzet van de verschillende specialismen daarin aangegeven?

De zorgactiviteit voor het MDO komt voor in oncologische richtlijnen en protocollen, maar ook in andere richtlijnen. Dit betekent in de praktijk dat alle medisch specialisten gebruik kunnen maken van deze zorgactiviteit.

Het MDO wordt geregistreerd bij een geplande multidisciplinaire bespreking waarin specifiek over de behandeling van een patiënt wordt gesproken en waarbij de expertise van de aanwezige poort- en ondersteunende specialismen noodzakelijk is. Voor al deze specialismen wordt dan een MDO geregistreerd en gekoppeld aan de DBC van de aanvrager van het MDO. Dat is de DBC die loopt voor de zorgvraag in het kader waarvan het MDO heeft plaatsgevonden. Voor aanwezige paramedici of andere aanwezigen (bijv. een gespecialiseerd verpleegkundige) wordt geen zorgactiviteit MDO geregistreerd binnen de DBC-systematiek.

Voorbeeld 1:

Een internist plant een MDO en nodigt daarbij een MDL-arts en een chirurg uit. De registratie ziet er dan als volgt uit:

| ZA | Aanvrager | Uitvoerder | Koppelen aan DBC |
|--------|-----------|------------|------------------|
| van: | | | |
| 190005 | 0313 | 0313 | 0313 |
| 190005 | 0313 | 0318 | 0313 |
| 190005 | 0313 | 0303 | 0313 |

Voorbeeld 2:

Wanneer een MDO plaatsvindt tussen een chirurg, een KNO-arts en een internist, dan wordt drie maal de verrichting MDO vastgelegd. De MDO-verrichtingen worden geregistreerd binnen de DBC van de zorgvraag die tijdens het MDO ter sprake komt. Dus als het gaat om de chirurgische zorgvraag wordt drie maal het MDO vastgelegd binnen de DBC van de chirurg. Aanvrager van de drie MDO's is de chirurg en uitvoerders zijn respectievelijk de chirurg, KNO-arts en internist. Ook al hebben de KNO-arts en de

internist hun eigen DBC, de MDO's worden altijd binnen één DBC geregistreerd.

OVP prenatale screening



Mogen OVP's "prenatale screening" aangevraagd worden door een gynaecoloog?

Indien prenataal onderzoek plaatsvindt in het kader van een zorgvraag waarvoor een DBC is geopend, valt deze diagnostiek binnen die reeds openstaande DBC. Er worden in dat geval geen OVP's "prenatale screening" gedeclareerd. Is de patiënte echter onder behandeling bij een gynaecoloog en komt ze daarnaast ook in aanmerking voor een Overig product "prenatale screening" dan kan het Overig product apart gedeclareerd worden.

Om te beoordelen of daadwerkelijk sprake is van een OVP of een DBC, moet onderscheid gemaakt worden tussen prenatale screening en prenatale diagnostiek.

Bij screening vindt onderzoek plaats zonder vooraf bestaande verdenking op een afwijking/aandoening. De intentie van screening is het vroegtijdig opsporen van een bepaalde aandoening/afwijking. De verrichtingen in het kader van screening, op aanvraag van de eerste lijn of derden, worden gedeclareerd als Overig Product.

Als het onderzoek echter verricht wordt vanwege een aandoening of symptoom en/of omdat een verhoogd risico op een aandoening, spreekt men niet over screening, maar over prenatale of antenatale diagnostiek. Normaal gesproken kan een OVP alleen gedeclareerd worden op aanvraag van de eerste lijn of een specialisme dat geen DBC's registreert.

Voor de Overige producten "prenatale screening" is echter per 1 januari 2008 hierop een uitzondering gemaakt. Voor de declaratie van de prestaties prenatale screening 037510, 037512, 037514 en 037516 is geen verwijzing van de eerste lijn noodzakelijk. Ook de gynaecoloog kan aanvrager zijn van een van onderstaande OVP's:

37510 Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooiemeting) bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap.

37512 Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) bij eenling en het eerste kind van een meerlingzwangerschap.

37514 Prenatale screening: Nuchal Translucentie (NT-) meting (nekplooiemeting) bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap.

37516 Prenatale screening: Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) bij ieder volgend kind van een meerlingzwangerschap.

37521 Prenatale screening: counseling.

Bron: [Beleidsregel BR/CU-2035 \(NZa\)](#)

Afleiden/Valideren

Nieuwe zorgactiviteiten in de productstructuur 2011



Als de nieuwe zorgactiviteiten die per 1 januari 2012 kunnen worden geregistreerd worden gebruikt in een DBC die is geopend in 2011, gaat dat dan wel goed met de validatie?

Ja, dat gaat goed. De validatietabellen worden hierop aangepast. Bij de uitlevering van de nieuwe zorgactiviteiten worden ook de Afleiding behandelas tabellen per specialisme opnieuw uitgeleverd om het valideren van DBC's uit 2011 in combinatie met de nieuwe zorgactiviteiten mogelijk te maken. Daarbij wordt dus ook rekening gehouden met de openingsdatum van de DBC en de registratiedatum en geldigheidsdatum van de zorgactiviteit.

Verzegeling resultaat grouper (hashcode)



Hoe weet de zorgverzekeraar of het DBC-zorgproduct echt door de grouper is afgeleid?

De declarabele zorgproducten die door de grouper worden afgeleid op basis van de aangeleverde declaratiedataset worden verzegeld teruggestuurd aan de aanbieder van de set. Deze zegel wordt vervolgens met de declaratie meegestuurd aan de zorgverzekeraar en garandeert de zorgverzekeraar dat het gaat om een declaratie die door de grouper is afgeleid en dat de meegeleverde gegevens integer zijn. Deze zegel komt in de vorm van een code, de hashcode.

De zorgverzekeraar kan de hashcode ontcijferen met behulp van een 'public key' en kan daarmee bepaalde controles uitvoeren of correct is geregistreerd, afgeleid en gedeclareerd en vanuit welke verzekering de gedeclareerde zorg moet worden vergoed.

Eisen voor afleiding zorgproduct



Hoe kan ik weten welke eisen er gelden voor de afleiding naar een bepaald DBC-zorgproduct?

U kunt met de zorgproductenviewer nagaan welke specifieke zorgactiviteiten (of andere gegevens) worden uitgevraagd om op een bepaald DBC-zorgproduct af te leiden, hoe de boom is opgebouwd en door middel van welke stappen op het specifieke DBC-zorgproduct wordt terechtgekomen.

Vasthouden data door grouper



Houdt de grouper data zoals patiëntgegevens of informatie over gewijzigde zorgtrajecten vast?

De grouper neemt en geeft terug maar houdt absoluut geen data vast. Er worden alleen gegevens over de benodigde verwerkingstijd en dergelijke gelogd. Dit om te kunnen bewaken dat de grouper blijft voldoen aan de gestelde eisen, in te kunnen spelen op trends en dergelijke.

Veiligheid grouper



Is de grouper wel veilig?

Ja, de grouper is veilig. Middels het UZI-certificaat wordt identificatie (wie ben je) en authenticatie (ben je diegene die je zegt dat je bent) van een zorginstelling verzorgd. De gegevens worden via een beveiligde verbinding verstuurd. Daarnaast wordt voor de grouper zelf onder andere voldaan aan de NEN-normen voor informatiebeveiliging in de zorg en is het CSC DataCenter waar de grouper is gehost gecertificeerd volgens de ISO-norm voor informatiebeveiliging.

Ook controleert DBC-Onderhoud de beveiliging door een audit uit te laten voeren.

Retourinformatie en responsetijd



Hoe snel krijg ik retourinformatie, wat is de responsetijd van de grouper?

De grouper verwerkt een declaratiedataset gemiddeld in 95% van de gevallen maximaal 1,5 seconde als het systeem verder niet belast is. De verwerking neemt dus niet erg veel tijd. Wanneer u de informatie retour krijgt is verder mede afhankelijk van de snelheid van uw internetverbinding en de snelheid van uw eigen interne netwerk.

Verschil afleiden (grouper) en valideren



Wat is het verschil tussen wat de grouper doet vanaf 2012 en de validatiemodule die daarvoor werd gebruikt?

Valideren was het controleren of de gekozen DBC-typering (met name de behandeling) past bij de uitgevoerde zorgactiviteiten. Hierbij moest de specialist dus ook nog een behandelas vastleggen.

Bij het afleiden in de grouper wordt eerst bepaald in welke productboom het product zal vallen op basis van de geregistreerde diagnose. Binnen een zorgproductgroep wordt vervolgens o.a. gekeken of bepaalde zorgactiviteiten aanwezig zijn en in welke hoeveelheid (verpleegdagen, polibezoeken). Zo wordt een beslisboom van de zorgproductgroep doorlopen en wordt uiteindelijk een passend DBC-zorgproduct bepaald.

Wat is de grouper?



Wat is de grouper en wat gebeurt er in de grouper?

Per 1 januari 2012 is de vernieuwde DBC-systematiek van kracht, zoals beschreven in het verbeterplan DBC's op weg naar Transparantie. Vanaf 1 januari 2012 worden declarabele DBC-zorgproducten uit de DBC-registratie afgeleid. Dit afleiden gebeurt met de zogenaamde grouper. De zorgaanbieder stuurt gegevens over de geleverde zorg (zoals diagnose, zorgactiviteiten, dure geneesmiddelen) in de vorm van een declaratiedataset naar de grouper.

De grouper is een software applicatie geleverd en onderhouden door DBC-Onderhoud. De grouper leidt uit de aangeleverde dataset zorgproducten en/of add-ons af. Deze worden voorzien van een verzegeling (hashcode) en naar de zorginstelling teruggestuurd. De zorgaanbieder kan deze vervolgens declareren.

Na verwerking blijft géén inhoudelijke informatie in de grouper achter. Alleen informatie zoals het aantal

aanvragen in een bepaalde periode wordt bijgehouden in verband met performance- en capaciteitsbewaking.

In de DBC-systematiek die geldig is tot 31 december 2011 is sprake van validatie, in de systematiek vanaf 1 januari 2012 is sprake van afleiding. In relatie tot het 'oude systeem' kun je min of meer zeggen dat de grouper doet wat voorheen binnen de validatiemodule gebeurde aan de hand van onder andere de Afleiding behandelas in combinatie met de Eindklassetabel.

Het kan voorkomen dat er uitvalproducten worden afgeleid of dat er foutmeldingen terugkomen vanuit de grouper die aangeven waarom de gegevens niet verwerkt konden worden. In dat geval zijn er uitzonderlijke (combinaties van) gegevens in de aangeleverde declaratiedataset aangetroffen.

Wijzigen aangeleverde gegevens grouper



Als eenmaal de gegevens van een patiënt zijn aangeleverd aan de grouper, kan er dan nog iets worden gewijzigd?

Ja, dat kan. Als u het bijvoorbeeld ontdekt dat het DBC-zorgproduct waarop is afgeleid onjuist is omdat er bijvoorbeeld toch nog meer zorgactiviteiten zijn uitgevoerd die aan dit product zouden moeten worden gekoppeld, kunt u dit alsnog doen. De verzegeling is dan niet meer geldig en de (vernieuwde) dataset moet opnieuw aan de grouper worden aangeboden alvorens het gedeclareerd kan worden (met een nieuw verkregen zegel).

Productafleiding controleren met de zorgproductenviewer



In de grouper leidt een bepaalde declaratiedataset af naar DBC-zorgproduct X waar werd verwacht dat DBC-zorgproduct Y zou worden afgeleid. Is na te gaan waar dit verschil ontstaat?

Deze vraag kunt u analyseren met de [zorgproductenviewer](#) (ZPV). U heeft twee mogelijkheden:

1. *Productvergelijking*

U kunt kiezen voor "Zoek en vergelijk producten". Als u op die knop klikt, krijgt u een communicatiescherm waarin u de zorgproductnummers X en Y invoert. Vervolgens drukt u op de knop Zorgproducten Vergelijken. U gaat dan direct naar het knooppunt in de beslisboom van deze

zorgproductgroep waar de afleidpaden voor deze producten uit elkaar lopen. In dit knooppunt kunt u nagaan welke waarden wel of niet worden uitgevraagd en dat naast uw casus leggen.

2. Casus afleiden

U kunt bij de zoekmogelijkheid Casus afleiden de geregistreerde zorgactiviteiten en basiselementen (specialisme, zorgtype, diagnose en eventueel zorgvraag) invoeren. Vervolgens krijgt u het doorgelopen afleidpad te zien in de interactieve boom en kunt u de doorgelopen knooppunten analyseren.

Zie voor meer informatie over de ZPV de introductie op de homepage van de ZPV

(<http://zorgproductenviewer.dbconderhoud.nl/>) en de handleidingen die in de verschillende onderdelen te raadplegen zijn.

Afleiden als processtap



Wat betekent de processtap “afleiden” in de DBC-systematiek vanaf 2012?

Afleiden is na de registratie en het samenvatten de derde processtap in de DBC-systematiek vanaf 2012. Het is de laatste stap voordat een zorginstelling de geleverde zorg kan declareren.

Voor het afleiden van een zorgproduct uit de diagnose en het zorgprofiel wordt gebruik gemaakt van de grouper, die als een webservice voor de zorginstellingen beschikbaar is. De zorginstelling stuurt een declaratiedataset naar de grouper, die hieruit één zorgproduct en eventueel één of meer add-ons afleidt op basis van de productstructuur die geldig is/was op het moment van de openingsdatum van die declaratiedataset.

Declareren (voor zorgaanbieders)

Trajectaandeel in DBC-ZP conversietabel



In de DBC-ZP Conversietabel is de kolom TrajectAandeel opgenomen. Deze kolom geeft weer welke fractie DBC-productie er naar het zorgproduct gaat. Waarom tellen deze fracties niet naar precies één op?

Voor de conversie zijn alle data van één zorgtraject van één patiënt, afgesloten in één jaar (2009) samengevoegd. Voor dezelfde zorgvraag kunnen meerdere DBC's zijn geregistreerd (bijvoorbeeld initieel en vervolg), die tot één traject zijn samengevoegd. Vervolgens zijn de nieuwe registratieregels gesimuleerd op dit traject. Het kan zijn dat in de nieuwe situatie eerder wordt afgesloten dan in de huidige systematiek, bijvoorbeeld door de sluitregel "42 dagen na klinisch ontslag". Zo kunnen in de nieuwe situatie drie DBC-zorgproducten ontstaan uit twee DBC's. In andere gevallen kunnen ook minder zorgproducten worden gedeclareerd. *Praktijkvoorbeeld:*

Een patiënt is bij orthopedie geopereerd en krijgt een initiële DBC. Enkele maanden na de operatie ging het minder met de patiënt en werd hij ter observatie enkele dagen opgenomen. Na deze heropname bleek alles in orde en werd de initiële DBC gesloten en patiënt ging over naar een vervolg-DBC. Na drie maanden, nog binnen het vervolgtraject, bleek een nieuwe operatie nodig (exacerbatie). Na deze tweede operatie werd de lopende vervolg-DBC gesloten en een nieuwe vervolg-DBC geopend voor de verdere nazorg. Die laatste DBC valt buiten de dataset die is gebruikt voor de conversietabel. In schema ziet het er dan als volgt uit:

| DBC | Openingsdatum | Klinisch ontslag op: | Heropname | Ontslag na heropname | Sluit datum |
|-----------------|---------------|----------------------|-----------|----------------------|-------------|
| 11.00.1701.0213 | 25-10-2008 | 10-12-2008 | 7-3-2009 | 9-3-2009 | 10-6-2009 |
| 21.00.1701.0213 | 11-6-2009 | 25-8-2009 | - | - | 16-9-2009 |

In de huidige systematiek ontstaan twee DBC's met daarin drie klinische episoden. In de nieuwe systematiek wordt een subtraject op de 42^{ste} dag na klinisch ontslag gesloten. De klinische episoden van deze patiënt liggen meer dan 42 dagen uit elkaar. Daardoor ontstaan in de nieuwe systematiek drie sluitmomenten en drie DBC-zorgproducten voor dezelfde patiënt. In schema ziet het er dan als volgt uit:

| DBC-zorgproduct | Openingsdatum | Klinisch ontslag op: | Heropname | Ontslag na heropname | Sluit datum |
|-----------------|---------------|----------------------|-----------|----------------------|-------------|
| 131999.050 | 25-10-2008 | 10-12-2008 | - | - | 21-1-2009 |
| 131999.097 | 22-1-2009 | 9-3-2009 | - | - | 20-4-2009 |
| 131999.050 | 21-4-2009 | 25-8-2009 | - | - | 6-10-2009 |

Tussentijdse declaratie Add-on



Mag een Add-on direct na uitvoering worden gedeclareerd?

In 2012 is het mogelijk om geregistreerde add-on zorgactiviteiten te declareren zodra de zorg is geleverd, dus voordat het subtraject waarin het is geregistreerd is afgesloten.

Deze voortijdige declaratie is niet verplicht, maar het is een afspraak tussen de veldpartijen.

Op het moment dat een zorginstelling een add-on voortijdig wil declareren, dan wordt daarover een afspraak met de zorgverzekeraar van de patiënt gemaakt. Hoe deze declaratie wordt aangeleverd ligt vervolgens aan deze afspraken, maar deze declaratie gaat in niet via de grouper.

De officiële afhandeling is dat de zorginstelling geregistreerde add-ons pas naar de grouper stuurt als het subtraject waarbinnen het is geregistreerd is afgesloten. Op dat moment krijgt deze add-on een hashcode en de zorginstelling declareert het DBC-zorgproduct en de add-on(s) bij de zorgverzekeraar. Indien er al een voortijdige declaratie van de add-on(s) is geweest, dan verrekent de verzekeraar deze declaraties met elkaar en keert nog uit wat open blijft staan.

Nogmaals, voortijdige declaratie is geen verplichting, maar een mogelijkheid en de afhandeling hiervan wordt afgesproken tussen zorginstelling en zorgverzekeraar.

Declaratie DBC-zorgproduct zonder hashcode



Mag een zorginstelling een DBC-zorgproduct in de DBC-systematiek vanaf 2012 zonder zegel (hashcode) declareren?

Nee, als een zorgproduct zonder zegel (zonder hashcode) wordt aangeleverd, hoeft de zorgverzekeraar dit niet te accepteren.

Declaratie twee gelijke DBC-zorgproducten



Wat gebeurt er als een zorginstelling twee dezelfde DBC-zorgproducten registreert en declareert?

In principe kan een zorgvraag van de patiënt bij één specialisme maar één zorgproduct opleveren. Het is in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld bij een dubbelzijdige behandeling mogelijk dat één zorgvraag leidt tot twee zorgproducten. Een voorbeeld is het vervangen van een knie. Er ontstaan twee identieke zorgproducten 'nieuwe knie': één voor de linker- en één voor de rechterknie.

De zorgverzekeraar controleert of de declaratie rechtmatig is. De grouper heeft geen 'geheugen' en is daarom niet in staat om de rechtmatigheid te controleren.

Geen honorarium bij DBC plastische chirurgie



Hoe kan het dat de plastisch chirurg bij de DBC 11-00-0001-0011 geen honorarium krijgt?

Dit komt doordat de wetenschappelijke vereniging (WV) voor plastische chirurgie geen normtijd aan deze DBC heeft toegekend in de rondrekening voor 2008. Deze DBC komt weliswaar het meest voor bij dit specialisme, maar heeft een nulnormtijd gekregen, omdat deze door de WV als registratieve DBC getypeerd wordt. Omdat de DBC de meest voorkomende was is deze in een top-40 productgroep (0431931) geplaatst waardoor voor deze productgroep (en dus DBC) alleen een tarief voor ziekenhuiskosten wordt verkregen.

Aan het begin van 2008 bestonden overigens nog 477 DBC's die een nulnormtijd kregen toegewezen door de verschillende WV's, over het algemeen omdat werd verwacht dat deze DBC's in 2008 niet geregistreerd zouden worden. In de onderstaande tabel is aangegeven bij welke specialismen dit voorkomt en om hoeveel DBC's het daarbij gaat. Overigens zijn deze DBC's niet allemaal nog declarabel op dit moment.

| Specialisme | AGB | Aantal DBC-codes |
|----------------------|------|------------------|
| Plastische chirurgie | 0304 | 1 |
| Gynaecologie | 0307 | 6 |
| Neurochirurgie | 0308 | 376 |
| Cardiologie | 0320 | 24 |

Thorax chirurgie

0328

71

Behalve bij Plastische Chirurgie betekent voor de andere specialismen niet dat voor het uitvoeren van deze DBC's geen honorarium wordt verkregen. DBC's worden ingedeeld in productgroepen en alle DBC's in een productgroep krijgen uiteindelijk een honorariumdeel op basis van de gemiddelde normtijd in die groep.

Meer uitleg en een overzicht van de productgroepen waarin DBC's met nulnormtijden voorkomen zijn te vinden in het Gebruikersdocument uitlevering deel 2 v20071201 (pagina 38, 39 en tabel 99 in bijlage 6.5). In de DBC normtijden tabel per specialisme op onze site is na te gaan welke DBC's een nulnormtijd hebben.

Meerdere Diagnose Combinatie Tabellen in 2010 en 2011



In 2010 en 2011 zijn meerdere Diagnose Combinatie Tabellen in omloop. Welke tabel moet worden gebruikt?

Er bestaat onduidelijkheid over de toepassing van de Diagnose Combinatie Tabel. De Diagnose Combinatie Tabel kent twee varianten:

1. De DBC Diagnosecombinatie Tabel v20071001
2. De DOT Diagnosecombinatie Tabel v20100701

De DBC Diagnose Combinatie Tabel (v20071001) is geldig binnen de huidige DBC-systematiek. Deze tabel is te implementeren in een productiesysteem.

De DOT Diagnose Combinatie Tabel (v20100701) is op 1 juli 2010 opgeleverd voor het simuleren in het kader van de DBC-systematiek vanaf 2012. Deze tabel mag niet in een productiesysteem worden geïmplementeerd, maar is uitsluitend bedoeld voor simulatiedoeleinden.

In het kader van de controles op controversiële DBC's zijn ZN, de Orde van medisch specialisten en de NVZ overeengekomen dat een aantal specifieke combinaties van diagnoses niet parallel gedeclareerd mag worden. De bedoelde combinaties staan niet in de huidige DBC Diagnose Combinatie Tabel, maar worden wel afgewezen bij de controle. DBC-Onderhoud bekijkt in overleg met partijen of de DBC Diagnose Combinatie Tabel nog kan worden aangevuld met de tabel die toegepast wordt bij de controle.

Kostprijs DBC-zorgproduct



Hoe wordt de kostprijs van een DBC-zorgproduct bepaald?

De kostprijs per zorgproduct wordt berekend door het landelijke gemiddelde zorgproductprofiel te vermenigvuldigen met de kostprijs per zorgactiviteit. De kostencomponent van het DBC-zorgproduct wordt vervolgens door middel van indexatie op het niveau van het jaar waarin de tarieven gelden gebracht. De indexfactor per jaar wordt door de NZa vastgesteld.

De kostprijs per zorgactiviteit wordt bepaald in samenwerking met de referentiegroep kostprijzen. Dit is een groep van 22 algemene, academische en topklinische ziekenhuizen die lokale kostprijzen volgens een door DBC-Onderhoud vastgesteld model aanleveren. Uit deze lokale kostprijzen wordt een landelijk gemiddelde kostprijs per zorgactiviteit bepaald.

In het B-segment kan over de kostencomponent van het tarief worden onderhandeld en komen de ziekenhuizen samen met de verzekeraars tot een lokaal kostentarif. In het A-segment stelt de NZa de landelijke kostprijs per zorgproduct vast (berekend door DBC-Onderhoud).

Deze methode is gelijk aan de manier waarop de DBC-tarieven tot stand kwamen.

Meer informatie over dit onderwerp is te vinden in het document [Toelichting DOT Tarieven Tabel V20100701](#).