

# Registratieregels

v20111115

Ingangsdatum 1 januari 2012

**| DBC || Onderhoud |||**  
Diagnose Behandeling Combinatie

# INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding .....	3
2	Registratiemodel en definities .....	4
	2.1 Registratiemodel.....	4
	2.1.1 Registreren.....	5
	2.1.2 Samenvatten .....	6
	2.1.3 Afleiden .....	6
	2.1.4 Declareren.....	7
	2.2 Definities van begrippen .....	7
3	Openen en sluiten van zorgtrajecten en subtrajecten .....	15
	3.1 Openen zorgtraject.....	15
	3.2 Openen subtraject .....	21
	3.3 Sluiten subtraject .....	21
	3.3.1 Subtraject met zorgtype 11 of 21 (initiële en vervolgbehandeling).....	22
	3.3.2 Subtraject met zorgtype 13 (ICC-zorg/subtraject) .....	29
	3.3.3 Subtraject met zorgtype 41 (OVP zorg/subtraject) .....	29
	3.3.4 Subtraject met zorgtype 51 en 52 (IC-zorg/subtraject 51, IC-zorg/subtraject 52 of Ondersteunend zorg/subtraject 51).....	30
	3.4 Sluiten zorgtraject.....	30
	3.4.1 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 11 of 21 (initiële en vervolgbehandeling).....	30
	3.4.2 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 13 (ICC-zorg/subtraject).....	31
	3.4.3 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 41 (OVP zorg/subtraject) .....	31
	3.4.4 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 51 en 52 (IC-zorg/subtraject 51, 52 of Ondersteunend zorg/subtraject 51).....	31
4	Te registreren gegevens .....	32
	4.1 Zorgtraject .....	32
	4.2 Subtraject .....	34
	4.3 Zorgactiviteiten .....	35
	4.4 Nevendiagnosen.....	38
	4.5 Declaratiedataset.....	38
	4.6 Overige en ondersteunende producten.....	38
	Bijlage 1 Wijzigingen v20111115 ten opzichte van v20110701 .....	39

# 1 INLEIDING

De DBC-systematiek is ingevoerd om een declarabele prestatie te kunnen bepalen voor de geleverde zorg aan een patiënt naar aanleiding van een specifieke zorgvraag. De registratie van de geleverde zorg moet daarom aan bepaalde voorwaarden voldoen om tot een correcte typering van de geleverde zorg te komen. Van groot belang zijn daarbij de regels:

- die het begin en einde van de periode bepalen waarover de geleverde zorg kan worden gedeclareerd (DBC-subtrajecten, kortweg subtrajecten);
- die voorschrijven welke gegevens nodig zijn voor registratie, zodat een grouper uit de gegevensset een declarabel DBC-zorgproduct en andere declarabele prestaties kan afleiden<sup>1</sup>.

Dit document beschrijft de registratieregels voor het werken met de vernieuwde DBC-systematiek (DOT):

- hoofdstuk 2 beschrijft het registratiemodel waarop de regels van toepassing zijn, definieert de gehanteerde begrippen en geeft de scope van het document aan. Voor het overzicht is eerst een toelichting op het registratiemodel opgenomen en dan komen de definities aan bod;
- hoofdstuk 3 beschrijft de regels voor het openen en sluiten van zorgtrajecten en subtrajecten binnen een zorgtraject;
- hoofdstuk 4 beschrijft welke gegevens dienen te worden geregistreerd.

Dit document 'Registratieregels' is samen met het Registratieaddendum een van de hoofdcomponenten van een drieluik. Het drieluik kent de volgende hiërarchie:

1. de registratieregels zijn leidend, alle wijzigingsvoorstellen en mogelijke interpretatieverschillen worden getoetst aan het document Registratieregels. Het registratieaddendum is een nadere detaillering van het document Registratieregels bedoeld voor gebruik in de praktijk, ondersteund door ICT-toepassingen in de ziekenhuizen. De documenten uit luik 2 en luik 3 zijn een afgeleide en toelichting op het document Registratieregels
2. de Specialisme specifieke toelichtingen, met registratie en codeeradviezen, gelden voor de uitzonderingen in het document Registratieregels. De Algemene toelichting, met specialisme onafhankelijke praktijkvoorbeelden, geldt voor de algemene regels in het document Registratieregels.

In de hiërarchie gaat punt 1 boven punt 2

## Monitoring

De huidige registratieregels zijn ontwikkeld met de kennis van juni 2010.

De financiële consequenties en de effecten van de nieuwe registratieregels op het registratiegedrag in de praktijk worden doorlopend gemonitord. Waar nodig worden aanpassingen gedaan om eventuele ongewenste effecten weg te nemen dan wel terug te dringen. Dit valt deels onder de doorontwikkeling van DOT.

---

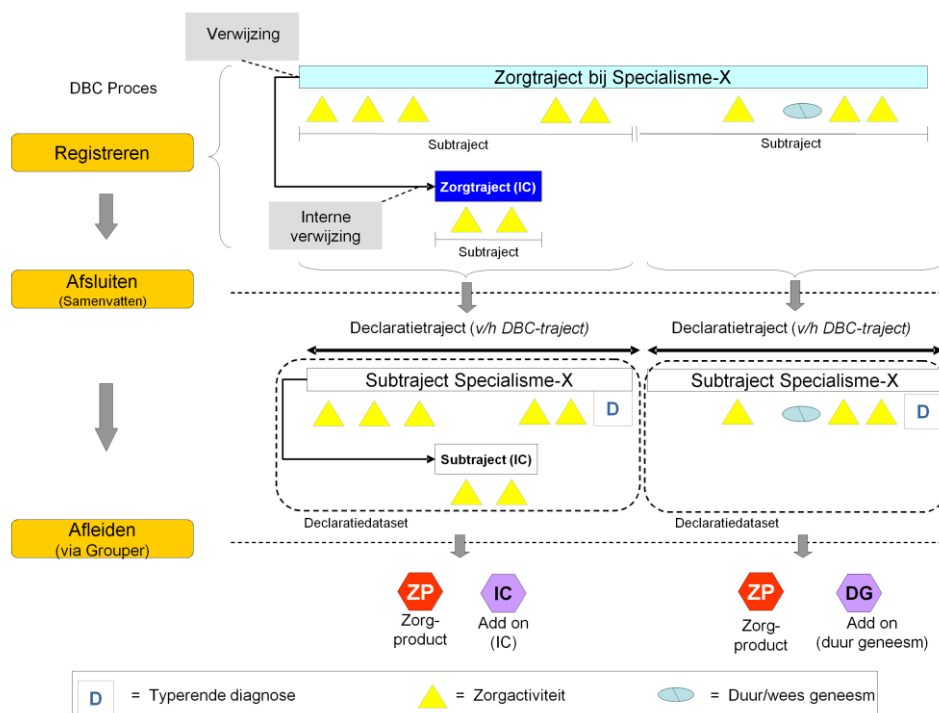
<sup>1</sup> Vooruitlopend op de definities en begrippen in paragraaf 2.2: een *DBC-subtraject* wordt aangeboden aan een grouper; binnen een grouper wordt via de productstructuur een *DBC-zorgproduct* afgeleid.

## 2 REGISTRATIEMODEL EN DEFINITIES

Dit hoofdstuk behandelt het registratiemodel en de definities van enkele bijbehorende begrippen.

### 2.1 Registratiemodel

Het registratiemodel beschrijft de wijze waarop de geleverde zorg aan een patiënt dient te worden geregistreerd (**R**) en te worden samengevat (**S**) tot aan een grouper aan te leveren subtrajecten. Binnen een grouper worden de subtrajecten via de DBC- productstructuur afgeleid (**A**) tot DBC-zorgproducten met eventueel één of meer 'add-ons'. Het ziekenhuis verwerkt deze DBC-zorgproducten met add-ons vervolgens tot declaraties (**D**) aan de zorgverzekeraars en aan te leveren datasets aan het DIS. Het registratiemodel wordt ook wel RSAD-model genoemd naar de stappen in het DBC-proces: Registreren, Samenvatten, Afleiden en Declareren.



**Figuur 1:** Samenhang tussen de begrippen uit de registratieregels en de relatie met het DBC-proces.

De scope van dit document betreft de eerste twee stappen van het RSAD-model, de stappen 'Registreren' en 'Samenvatten'. De stappen 'Afleiden' en 'Declareren' vallen buiten de scope. De stap **Afleiden** is beschreven in de documentatie van een grouper en de productstructuur. De stap **Declareren** vindt plaats in een wisselwerking tussen ziekenhuis/ZBC en zorgverzekeraars.

### 2.1.1 Registreren

Het DBC-proces start op het moment dat een patiënt zich met een nieuwe zorgvraag bij de medisch specialist meldt of dat een onderzoek plaatsvindt voorafgaand aan het consult (zie figuur 1). De medisch specialist<sup>2</sup> opent een zorgtraject en registreert wie de patiënt heeft verwezen. Met het openen van het zorgtraject wordt automatisch een subtraject geopend dat de basis vormt voor de declaratie van de geleverde zorg. Het zorgtraject volgt het zorgproces en de declaratie gebeurt vervolgens per subtraject. In een zorgtraject kunnen achtereenvolgens een of meer subtrajecten geregistreerd worden.

De uitgevoerde zorgactiviteiten zoals consulten, diverse onderzoeken, ligdagen, OK-activiteiten, dure- en weesgeneesmiddelen worden bij het zorgtraject geregistreerd (zie Zorgactiviteiten tabel op de site van DBC-Onderhoud).

De koppeling aan het zorgtraject vindt direct plaats (als onderdeel van de registratie) of naderhand via het koppelmechanisme in het ICT-systeem.

In het zorgtraject worden alle zorgactiviteiten vastgelegd die door het specialisme en eventuele ondersteuners aan de patiënt zijn geleverd en gerelateerd zijn aan de oorspronkelijke zorgvraag van de patiënt. Wanneer een ander poortspecialisme betrokken wordt bij de behandeling en er sprake is van een eigen zorgvraag, opent dat specialisme een eigen zorgtraject en registreert de zorgactiviteiten die daarbij horen. In deze situatie wordt als verwijzer het specialisme vermeld dat de patiënt heeft verwezen naar het andere specialisme.

Het registratiemodel biedt de mogelijkheid om in een apart zorg/subtraject<sup>3</sup> specifieke zorg te registreren die geen medebehandeling is, maar wel deel uitmaakt van de behandeling. Het gaat hierbij om ondersteuning van de hoofdbehandelaar door een ondersteuner (bijv. anesthesist) of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner (bijv. MDL-arts bij het uitvoeren van een scopie) en opname op de intensive care (IC) afdeling. Met uitzondering van de IC-registratie kan deze aparte registratie ook worden uitgevoerd door toepassing van het zogenaamde alternatieve koppelalgoritme<sup>4</sup>.

Door de zorg op de IC-afdeling in een apart zorgtraject te registreren kan een grouper uit de declaratiedataset IC-zorgactiviteiten als add-ons afleiden. Het registreren van zorgactiviteiten van ondersteuners in een apart zorgtraject dat gekoppeld wordt aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar, maakt het mogelijk om het aandeel van de ondersteuners in het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar zichtbaar te maken. Dit is van belang voor de ondersteuners en voor de doorontwikkeling van de DBC-productstructuur. De zorgactiviteiten voor deze specifieke zorg worden geregistreerd in een apart zorgtraject met zorgtype 51 of 52 als subtraject (zie verder paragraaf 3.1 punt 4 en 5 en 3.3.4).

---

<sup>2</sup> Of: een medewerker die door de medisch specialist gemandateerd is tot het administratief openen van een zorgtraject. Dit openen geschiedt in vrijwel alle gevallen automatisch in de lokale ICT-systemen van de ziekenhuizen.

<sup>3</sup> Elk subtraject heeft een 'eigen' zorgtraject. In het geval dat een zorgtraject maar één subtraject heeft, spreken we van een zorg/subtraject (dit betreft de zorg/ subtrajecten met zorgtype 13, 41, 51 en 52).

<sup>4</sup> Het alternatief koppelmechanisme is beschreven in het document Koppelalgoritme v20111115. Dit document is te downloaden via de website [www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl).

In figuur 1 is een voorbeeld opgenomen van een opname op de IC-afdeling. De zorgactiviteiten die op de IC-afdeling zijn uitgevoerd (waaronder IC-dagen) worden geregistreerd bij het zorgtraject van de IC. De interne verwijzing naar het zorgtraject dat de patiënt heeft verwezen, is nodig om de add-on DBC-zorgproducten uit de IC te relateren aan het DBC-zorgproduct (zie ook paragraaf 2.2. bij 'add-on'). In hetzelfde figuur is ook een voorbeeld opgenomen van de vastlegging van de toediening van dure- en weesgeneesmiddelen. Uit de declaratiedataset worden daarna in een grouper dure- en weesgeneesmiddelen als add-on bij het DBC-zorgproduct afgeleid.

### 2.1.2 Samenvatten

Er zijn verschillende momenten in een zorgtraject waarop de geleverde zorg gedeclareerd dient te worden. In de registratieregels zijn deze momenten beschreven (de afsluitregels voor de subtrajecten, paragraaf 3.3).

De afsluitregels leveren het signaal voor het ICT-systeem in het ziekenhuis om een subtraject samen te stellen, dat wil zeggen een **Samenvatting** van de gegevensset uit het lopende zorgtraject, behorende bij de periode tussen het actuele afsluitmoment en het vorige afsluitmoment (kan ook het moment van openen van het zorgtraject zijn). Deze periode met de bijbehorende gegevensset noemen we 'subtraject'. Subtrajecten geven de perioden aan waarover de zorg bij een bepaalde zorgvraag wordt gedeclareerd. Het afsluitmoment van het subtraject is feitelijk het moment van declareren.

Op het actuele afsluitmoment worden alle gegevens die relevant zijn voor de betreffende declaratie samengevat. Deze gegevens betreffen het subtraject ZT11 of ZT21 dat als drager voor deze declaratie dient. Hierbij wordt behalve de begin- en einddatum, het uitvoerende specialisme, de zorgvraag (indien van toepassing) en de typerende diagnose en afsluitreden vastgelegd. Naast deze typerende gegevens van het subtraject worden alle bijbehorende zorgactiviteiten verzameld die binnen dit zorgtraject over deze periode zijn uitgevoerd. Daarbij kunnen, optioneel, maximaal zeven nevendiaagnosen worden vastgelegd<sup>5</sup>. Bij het samenvatten wordt deze set gegevens eventueel aangevuld met één of meer subtrajecten van het type ZT51 die een verwijzing hebben naar het bij het subtraject (ZT11 of ZT21) behorende zorgtraject en gebundeld tot één declaratiedataset die aan een grouper wordt aangeboden.

### 2.1.3 Afleiden

De declaratiedataset wordt aangeboden aan een grouper, die hieruit één DBC-zorgproduct en eventueel één of meer add-ons afleidt (zie hiervoor onder andere de Zorgproductenviewer op de website van DBC-Onderhoud).

---

<sup>5</sup> Er moet nog een besluit worden genomen of de nevendiaagnosen als ICD-10 diagnose dan wel als DBC-diagnose worden geregistreerd; dit in het kader van de doorontwikkeling (zorgzwaarte).

### 2.1.4 Declareren

Op basis van de DBC-zorgproducten en de add-ons die een grouper oplevert, richten de ziekenhuizen hun declaratieverkeer met de zorgverzekeraars in. Add-ons (zorgactiviteiten met de indicatie add-on) mogen tussentijds, dat wil zeggen 'na uitvoering' en los van het DBC-zorgproduct worden gedeclareerd<sup>6</sup>.

De prijzen en tarieven die de ziekenhuizen doorberekenen aan de zorgverzekeraars worden bepaald door de ziekenhuizen en afgehandeld door de ziekenhuisapplicaties.

#### Opmerking

In het document Registratieregels zijn in principe geen declaratiebepalingen opgenomen. Deze zijn de verantwoordelijkheid van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)). Bij sommige Registratieregels bestaat echter een directe relatie met de declaratiebepalingen. Dit speelt met name bij de Overige producten (OVP's) en de Ondersteunende producten (OP's). Ten behoeve van de afbakening en de duidelijkheid is, waar van toepassing, aangegeven hoe de Registratieregels samenhangen met de declaratiebepalingen.

## 2.2 Definities van begrippen

### **Add-on**

'Add-ons' zijn declarabele overige zorgproducten die additioneel bij een DBC-zorgproduct worden gedeclareerd. Het betreft IC-dagen en IC-toeslagen en de toediening van dure- en weesgeneesmiddelen.

De kosten van deze zorgactiviteiten zijn dermate hoog dat ze buiten de prijs van het DBC-zorgproduct worden gehouden en additioneel bij het DBC-zorgproduct declarabel zijn. Daar komt bij dat ze ook niet in gelijke mate voorkomen bij de DBC-zorgproducten.

In een grouper wordt deze speciaal bekostigde zorg afgeleid tot add-ons. Het is altijd te herleiden bij welk DBC-zorgproduct de add-on hoort (met uitzondering van ZT52). De add-on vormt samen met het bijbehorende DBC-zorgproduct de DBC-prestatie (= de te declareren prestatie).

De registratie van de zorgactiviteiten die tot add-ons afleiden, gebeurt:

- bij IC add-ons in apart zorgtraject met zorgtype 51 en 52;
- bij dure- en weesgeneesmiddelen bij het zorgtraject waar ook de overige zorgactiviteiten worden geregistreerd.

#### Opmerking:

Add-ons mogen tussentijds, dat wil zeggen 'los van het DBC-zorgproduct' worden gedeclareerd bij de verzekeraar waar de patiënt op moment van uitvoering van de add-on is verzekerd.

Registratie van add-ons vindt altijd plaats in combinatie met het subtraject van de hoofdbehandelaar (zie paragraaf 3.3, sluiten subtraject) en worden ook in combinatie aan het DIS gerapporteerd.

Zie ook: DBC-zorgproduct

<sup>6</sup> Over het tussentijds van add-ons declareren is op moment van schrijven nog onderzoek gaande.

<b>DBC-zorgproduct</b>	Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten via door de NZa vastgestelde productstructuur.
<b>Declaratiedataset</b> (voorheen: DBC-dataset)	<p>De declaratiedataset (voorheen DBC-dataset) is de verzameling van gegevens uit de bij de declaratie betrokken subtrajecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een initieel subtraject ZT11 met eventueel één of meer subtrajecten ZT51 van een patiënt die naar een grouper worden gestuurd;</li> <li>- een vervolg subtraject ZT21 met eventueel één of meer subtrajecten ZT51 van een patiënt die naar een grouper worden gestuurd;</li> <li>- één IC subtraject ZT52 van een patiënt die naar een grouper gestuurd worden;</li> <li>- een ICC-subtraject ZT13;</li> <li>- een OVP-subtraject ZT41.</li> </ul> <p>Een grouper leidt uit de declaratiedataset één DBC-zorgproduct af en mogelijk één of meer add-on(s).</p>
<b>Declaratietraject</b> (voorheen: DBC-traject)	<p>Het declaratietraject (voorheen DBC-traject) is de periode waarover de geleverde zorg is gedeclareerd. Het declaratietraject omvat tenminste één subtraject met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een ZT11 met eventueel één of meer ZT51-trajecten;</li> <li>- een ZT21 met eventueel één of meer ZT51-trajecten;</li> <li>- een enkel ZT52-traject, waar geen ZT11 of ZT21 voor bestaat;</li> <li>- een ZT13;</li> <li>- een ZT41.</li> </ul> <p><u>Zie ook:</u> paragraaf 2.1 Registratiemodel</p>
<b>(Typerende) diagnose</b>	<p>De typerende diagnose is die diagnose die de geleverde zorg over de periode waarover wordt gedeclareerd het beste typeert (dus de eind- of definitieve diagnose binnen het subtraject). De diagnose kan veranderen tijdens de looptijd van een subtraject. Als op basis van veranderd inzicht de diagnose voor de patiënt in de loop van de behandeling anders wordt, dan kan dit leiden tot een andere typerende diagnose.</p> <p>De typerende diagnose kan per subtraject verschillen. Een grouper leidt uit de typerende diagnose en het zorgprofiel (= de bijbehorende zorgactiviteiten) de declarabele (zorg)producten af.</p>



<b>Dure- en weesgeneesmiddelen, Stollingsfactoren</b>	Dure- en weesgeneesmiddelen zijn geneesmiddelen waarvan de gebruikte eenheid (per toedieningsvorm), conform de beleidsregels van de NZa, als add-on additioneel bij een DBC-zorgproduct worden gedeclareerd. Stollingsfactoren zijn geneesmiddelen die als Overige verrichtingen <sup>7</sup> worden geregistreerd op toegediend product. Zie ook 4.3 onder zorgactiviteiten.
<b>Grouper</b>	Een grouper is een webapplicatie in een beveiligde omgeving die uit de door de aangesloten instellingen aangeboden declaratiedataset DBC-zorgproducten en add-ons afleidt. DBC-Onderhoud stelt een grouper beschikbaar.
<b>Nevendiagnose (optioneel)</b>	De nevendiagnose is een bijkomende aandoening of bijkomend probleem dat tijdens het zorgtraject voorkomt en invloed heeft op de behandeling van de patiënt. In de DBC-registratie is de nevendiagnose de component waarmee de complexiteit van een zorgtraject (zorgzwaarte) kan worden aangeduid. De nevendiagnose speelt nog geen rol in de huidige versie van de productstructuur <sup>8</sup> . Het registreren van de nevendiagnose is nu nog optioneel en alleen bedoeld om via de DIS-data informatie te verzamelen voor het doorontwikkelen van DBC-zorgproducten. Hierin zijn de nevendiagnose(s) een indicatie voor de zorgzwaarte.  Vanaf 1-1-2012 is het (optioneel) mogelijk één tot maximaal zeven nevendiagnoses te registreren als onderdeel van de typering van een behandeltraject <sup>9</sup> .
<b>Niet-poortspecialisme</b>	Niet-poortspecialismen zijn specialismen die op verzoek van andere (poort)specialismen zorg verlenen aan patiënten. Niet-poortspecialismen mogen geen eigen zorgtraject openen voor reguliere behandeling van een patiënt. Zij dienen hun zorgactiviteiten te registreren bij het zorgtraject van de hoofdbehandelaar (poortspecialisme).  <u>Zie ook:</u> Poortspecialisme.
<b>Ondersteunende producten (OP)</b>	Ondersteunende producten zijn (doorgaans diagnostische) zorgactiviteiten die een niet-poortspecialisme levert: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. aan een poortspecialisme, als onderdeel van een DBC-zorgproduct;</li> <li>b. op verzoek van de eerstelijns;</li> </ul>

<sup>7</sup> De reden voor het registreren van de stollingsfactoren als Overige verrichtingen is dat hemofiliepatiënten geregeld meer dan een jaar geen face-to-face contact hebben met een poortspecialist in het hemofiliecentrum, met als gevolg dat er geen zorgproduct met add-on kan worden afgeleid.

<sup>8</sup> De nevendiagnosen zijn al wel onderdeel van het datamodel (de declaratiedataset)

<sup>9</sup> Er moet nog een besluit worden genomen of de nevendiagnose als ICD-10 diagnose dan wel als DBC diagnose wordt geregistreerd.

- c. aan een ander ziekenhuis in het kader van de onderlinge dienstverlening;
- d. of aan een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie.

Afhankelijk van wie het OP aanvraagt, is een OP wel/niet apart declarabel:

- in situatie a): het OP is onderdeel van het zorgprofiel en niet apart declarabel. In dit geval gaat het OP als onderdeel van het subtraject van de hoofdbehandelaar door een grouper;
- in situatie b en d): het OP is apart declarabel bij patiënt of zorgverzekeraar; In dit geval gaat het OP niet door een grouper;
- in situatie c): het OP zit in het zorgprofiel van het DBC-zorgproduct van de aanvragende instelling en heeft een afgesproken tarief; het OP is declarabel bij de aanvragende instelling tegen een tussen de instellingen afgesproken tarief (dit valt onder de Onderlinge dienstverlening zoals vastgelegd in de declaratiebepalingen van de NZa). In dit geval gaat het OP niet door een grouper.

NB: Indien het OP leidt tot overname van de behandeling door de medisch specialist, kan een OP niet apart worden gedeclareerd. In dat geval maakt de OP zorgactiviteit deel uit van het te openen zorgtraject voor de medisch specialist.

#### **Overige producten (OVP)**

Overige producten zijn (doorgaans diagnostische) zorgactiviteiten die geleverd worden door een poortspecialisme:

- a. aan een ander poortspecialisme, als onderdeel van een DBC-zorgproduct (het kan wel leiden tot een zwaarder DBC-zorgproduct);
- b. of op verzoek van de eerstelijns;
- c. of aan een ander ziekenhuis in het kader van de onderlinge dienstverlening;
- d. of aan een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie.

Afhankelijk van wie het OVP aanvraagt, is een OVP wel/niet apart declarabel:

- in situatie a): OVP is onderdeel van het zorgprofiel en niet apart declarabel; In dit geval gaat het OVP via het subtraject van de hoofdbehandelaar of een zorg/subtraject 51 door een grouper;
- in situatie b en d): OVP is apart declarabel bij patiënt of zorgverzekeraar; In dit geval gaat het OVP middels een zorg/subtraject 41 door een grouper;
- in situatie c): OVP zit in het zorgprofiel van het DBC-zorgproduct van het aanvragende ziekenhuis en heeft een afgesproken tarief. Het OVP is declarabel bij het aanvragende ziekenhuis tegen een afgesproken tarief; het OVP gaat niet door een grouper.

NB: Voor een OVP kan in situatie a een zorg/subtraject 51 worden

	<p>geopend waaraan het bijbehorende OVP en de bijbehorende zorgactiviteiten worden gekoppeld. Dit zorg/subtraject heeft een interne verwijzing naar het aanvragende zorgtraject en wordt samen met het aanvragende zorgtraject in dezelfde dataset aan een grouper aangeboden. Voor situatie a kan ook gebruik gemaakt worden van het alternatieve koppelalgoritme.</p> <p>Voor een OVP in situaties b en d wordt een zorg/subtraject met zorgtype 41 geopend. Daar een OVP als overig zorgproduct door een grouper wordt afgeleid, dient bij een OVP ook een (eigen) zorgtraject te worden geopend. Bij dat zorgtraject kunnen één of meer zorgactiviteiten worden geregistreerd.</p> <p>In situatie c wordt het OVP vastgelegd binnen het zorgprofiel van die patiënt in het aanvragende ziekenhuis.</p> <p><u>NB:</u> Indien het OVP leidt tot overname van de behandeling door de medisch specialist, kan een OVP niet apart worden gedeclareerd. In dat geval maakt de OVP zorgactiviteit deel uit van het te openen zorgtraject voor de medisch specialist.</p>
<b>Overige trajecten</b>	Een Overig traject is een prestatie die een aaneengesloten traject betreft waarvoor de declaratie eenheid een dag is zoals het 'het verkeerde bed' of 'de gezonde zuigeling'
<b>Overige verrichtingen</b>	Dit zijn kaakchirurgische verrichtingen, tandheelkundige verrichtingen, stollingsfactoren, klinisch genetisch onderzoek t.b.v. erfelijkheidsadvisering en voedingsvoorlichting.
<b>Overige zorgproducten</b>	Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal soorten prestaties, te weten add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen. Men spreekt over parallelliteit wanneer er meerdere, elkaar overlappende, zorg/subtrajecten openstaan bij hetzelfde specialisme (zie 3.1).
<b>Parallelliteit</b>	Men spreekt over parallelliteit wanneer er meerdere elkaar overlappende zorg/subtrajecten openstaan bij hetzelfde specialisme (zie 3.1).
<b>Poortspecialisme</b>	<p>Poortspecialismen zijn de specialismen waar een patiënt naar wordt verwezen voor medisch specialistische zorg. Alleen poortspecialismen mogen een eigen zorgtraject openen voor reguliere behandeling van een patiënt.</p> <p><b>Poortspecialismen zijn:</b>  Oogheelkunde, KNO, Heelkunde, Plastische chirurgie, Orthopedie, Urologie, Gynaecologie, Neurochirurgie, Dermatologie, Inwendige geneeskunde, Kindergeneeskunde, Gastro-enterologie, Cardiologie,</p>

	<p>Longgeneeskunde, Reumatologie, Allergologie, Revalidatiegeneeskunde, Cardio-pulmonale chirurgie, Consultatieve psychiatrie, Neurologie, Klinische geriatrie, Radiotherapie en Klinische genetica, Radiologie alleen voor interventieradiologie en Anesthesiologie alleen voor pijnbestrijding. Voor Audiologische centra gelden binnen de DBC-systematiek dezelfde registratie en declaratieregels als voor poortspecialismen.</p> <p>Zie ook: Niet-poortspecialisme</p>
<b>Subtraject</b>	<p>Een subtraject is een afgebakende periode binnen een zorgtraject van de patiënt waarover de geleverde zorg wordt gedeclareerd.</p> <p>De declaratie heeft betrekking op één of meer subtrajecten van de patiënt (zie ook Declaratietraject). Een subtraject ZT11 met eventueel één of meer subtrajecten ZT51, een ZT21, met eventueel één of meer subtrajecten ZT51 of een enkel subtraject ZT13, ZT41 of ZT52.</p> <p><u>Zie ook:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• paragraaf 2.1 Registratiemodel voor algemene beschrijving van zorg- en subtrajecten;</li> <li>• paragraaf 3.1 en 3.2. voor het openen van een zorg- en subtraject;</li> <li>• paragraaf 3.3 en 3.4. voor het sluiten van een zorg- en subtraject.</li> </ul>
<b>Verwijzing</b>	<p>Wanneer een nieuw zorgtraject wordt geopend, wordt bij dat zorgtraject vastgelegd waar vandaan de patiënt is verwezen. Er zijn twee soorten verwijzingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• een <u>externe verwijzing</u>: wanneer een patiënt door zelfverwijzing of door een derde partij buiten de instelling is verwezen naar het specialisme dat het zorgtraject opent;</li> <li>• een <u>interne verwijzing</u>: wanneer een patiënt door een ander of het zelfde specialisme (dus vanuit een ander zorgtraject) binnen de instelling is verwezen naar het specialisme dat het zorgtraject opent;</li> <li>• zie ook: paragraaf 4.1 voor de vast te leggen gegevens bij deze verwijzingen.</li> </ul>
<b>Zorgactiviteit</b>	<p>Een zorgactiviteit is een verrichting die is uitgevoerd bij het leveren van zorg aan de patiënt. Zorgactiviteiten worden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• direct bij het registreren gekoppeld aan een zorgtraject of;</li> <li>• na registratie achteraf gekoppeld aan het zorgtraject via het (alternatieve) koppelalgoritme<sup>10</sup>.</li> </ul> <p>Bij het afleiden van DBC-zorgproducten worden alleen geldige<sup>11</sup> zorgactiviteiten uit de ZA-tabel geaccepteerd door een grouper. Wanneer er bij registratie gebruik wordt gemaakt van verrichtingencodes uit een lokale verrichtingentabel, dienen deze in de lokale ICT-applicaties eerst te worden</p>

<sup>10</sup> Koppelalgoritme: zie beschrijving in *DBC Registratie- validatie- en declaratiemodel 2004 (versie 2.2.)*

<sup>11</sup> Voor elke zorgactiviteit in de zorgactiviteitentabel is aangegeven wat de periode van geldigheid is. Buiten zo'n periode is de zorgactiviteit niet meer geldig en registratie ervan zal leiden tot afwijzing van de dataset door een grouper.

	omgezet naar de bijbehorende codes uit de ZA-tabel alvorens ze naar een grouper te sturen.
<b>Zorgprofiel</b>	<p>De verzameling van zorgactiviteiten die horen bij een DBC-zorgproduct heet het zorgprofiel van het DBC-zorgproduct.</p> <p>Het zorgprofiel kan een individueel zorgprofiel zijn waarin is vastgelegd welke zorg aan de patiënt gedurende een bepaalde periode (subtraject) is geleverd (individueel geregistreerd zorgprofiel)</p> <p>Er kan ook mee worden bedoeld het gemiddelde van alle geregistreerde zorgactiviteiten die bij dat DBC-zorgproduct zijn geregistreerd zoals bij een DBC-zorgproduct met een prijs (gemiddeld profiel van een DBC-zorgproduct).</p>
<b>Zorgtraject</b>	<p>Het zorgtraject is het niveau waarop de gegevens over de geleverde zorg (waaronder de zorgactiviteiten) worden vastgelegd.</p> <p>Wanneer bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer specialismen zijn betrokken, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject (mits er sprake is van een eigen zorgvraag voor het betreffende specialisme).</p> <p>Het zorgtraject blijft over de gehele behandelperiode van de patiënt actief en wordt pas afgesloten bij uitbehandeling of overlijden van de patiënt.</p>
<b>Zorg/subtraject</b>	<p>Een ZT13 subtraject (ICC) heeft een 'eigen zorgtraject' (niet te verwarren met het zorgtraject van de hoofdbehandelaar). Ook de subtrajecten ZT41, ZT51 en ZT52 hebben elk hun eigen zorgtraject.</p> <p>Om de één op één relatie aan te duiden tussen zorgtraject en subtraject bij de zorgtypen 13, 41, 51 en 52 spreken we van een zorg/subtraject.</p>
<b>Zorgtype</b>	<p>Het zorgtype is een component binnen de DBC-registratie waarmee op het niveau van het subtraject de geleverde zorg wordt getypeerd. Er wordt onderscheid gemaakt in de volgende zorgtypen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zorgtype 11: het eerste (initiële) subtraject bij de diagnostiek en reguliere behandeling van een zorgvraag;</li> <li>• zorgtype 21: de volgende subtrajecten bij de reguliere of controle behandeling van een zorgvraag;</li> <li>• zorgtype 13: het subtraject bij een intercollegiaal consult (ICC);</li> <li>• zorgtype 41: het subtraject bij de levering van een Overig product (OVP);</li> <li>• zorgtype 51: het subtraject bij een IC-zorgtraject en bij ondersteuning aan de hoofdbehandelaar door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner (zie paragraaf 2.1. Registratiemodel/ Registreren).</li> <li>• Zorgtype 52: dit betreft uitsluitend een IC-zorgtraject in situaties waarbij een patiënt direct op de IC komt en de IC verlaat zonder dat er een zorgtraject met een hoofdbehandelaar is geopend (er is dan</li> </ul>

geen bijbehorend subtraject met ZT11 of ZT21 waaraan het subtraject ZT51 kan worden gekoppeld)<sup>12</sup>. Door het betreffende subtraject als ZT52 te typeren, voert een grouper geen controle uit op de aanwezigheid van een subtraject met ZT11 of ZT21.

**(Typerende)  
Zorgvraag**

De typerende zorgvraag is de component binnen de DBC-registratie waarmee de zorgvraag (uit een vooraf gedefinieerde lijst) kan worden aangeduid. Bij enkele specialismen kan deze zorgvraag een rol spelen bij het afleiden van DBC-zorgproducten in een grouper. Het gaat om de specialismen: Plastische chirurgie, Urologie, Kindergeneeskunde/Neonatologie, Revalidatiegeneeskunde, Consultatieve psychiatrie en Radiotherapie.

Bij deze specialismen is de component zorgvraag opgenomen in de typeringslijst.

Bij de andere specialismen is 'zorgvraag' niet opgenomen in de typeringslijst en hoeft dus niet te worden ingevuld.

In dit document wordt ook in algemene zin gesproken over 'zorgvraag'. Hierbij is de zorgvraag het door de medische specialist gedefinieerde probleem waarmee de patiënt zich tot hem/haar wendde.

<sup>12</sup> Een voorbeeld hiervan is een patiënt die na verwijzing door een ander ziekenhuis direct op de IC is binnengekomen en na verblijf direct weer wordt terugverwezen, zonder dat een poortspecialisme bij de behandeling op de IC was betrokken of opname op de IC na verwijzing door een niet DBC registrerend specialisme (bv. kaakchirurgie)

### 3 OPENEN EN SLUITEN VAN ZORGTRAJECTEN EN SUBTRAJECTEN

De basis voor de registratieregels is het registratiemodel zoals beschreven in paragraaf 2.1.

- de registratie in het DBC-proces start met het openen van een zorgtraject naar aanleiding van de zorgvraag van de patiënt. De zorg die aan de patiënt wordt geleverd, wordt middels zorgactiviteiten bij het zorgtraject geregistreerd;
- wanneer er bij de behandeling van de zorgvraag van de patiënt meer specialismen zijn betrokken, opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject (mits er sprake is van een eigen zorgvraag voor het betreffende specialisme);
- in een zorgtraject zijn momenten gedefinieerd waarop de geleverde zorg wordt gedeclareerd; deze komen overeen met de afsluitmomenten van het subtraject. De periode binnen het zorgtraject waarover de geleverde zorg wordt gedeclareerd, heet een subtraject.

Dit hoofdstuk beschrijft de regels voor het openen en sluiten van zorgtrajecten en subtrajecten. Deze momenten volgen het zorgproces. In hoofdstuk 4 is beschreven welke gegevens dienen te worden vastgelegd bij het openen en sluiten van zorgtrajecten en subtrajecten.

Het zorgtraject van de hoofdbehandelaar bestaat uit één initieel zorgtype 11 en één of meer vervolgzorgtype 21 subtrajecten. Om een uniforme opbouw van de zorgtrajecten te krijgen, is gekozen een zorgtraject altijd te beginnen met een subtraject met zorgtype 11.

Subtrajecten met zorgtype 13, 41, 51 en 52 hebben elk een eigen zorgtraject (hier geldt een 1 op 1 relatie tussen zorgtraject en subtraject). We noteren daarom consequent:

- ICC-zorg/subtraject (voor een zorgtraject met subtraject zorgtype 13);
- OVP-zorg/subtraject (voor een zorgtraject met subtraject zorgtype 41);
- IC-zorg/subtraject 51 en 52 (voor een zorgtraject met subtraject zorgtype 51 en 52 bij opname op de IC afdeling) of;
- ondersteunend zorg/subtraject 51 (voor een zorgtraject met subtraject zorgtype 51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar).

#### 3.1 Openen zorgtraject

De regels voor het openen en afsluiten van een zorgtraject zijn afhankelijk van het zorgtype van het subtraject<sup>13</sup>. Er wordt onderscheid gemaakt in regels voor het openen en sluiten van een zorgtraject met subtraject:

1. zorgtype 11 (initiële behandeling) en 21 (vervolgbehandeling);
2. zorgtype 13 ( ICC, intercollegiaal consult);
3. zorgtype 41 (bij levering van een Overig Product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns, of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie);
4. zorgtype 51 (zorgtrajecten voor opname op de intensive care **met** een bijbehorende behandeling door een poortspecialist) en zorgtype 52 (zorgtrajecten voor opname op de intensive care **zonder** een bijbehorende behandeling door een poortspecialist);

<sup>13</sup> Zie paragraaf 4.2 voor een beschrijving van de gegevens van het subtraject

5. zorgtype 51 zorgtrajecten voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner).

Een nieuw zorgtraject wordt geopend in de volgende situaties:

Algemene regels voor openen zorgtrajecten	Openen door
<p><b>1. Openen zorgtraject met subtrajecten ZT11:</b> Een zorgtraject met subtraject ZT11 wordt door de poortspecialist geopend indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een poortspecialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waar nog geen zorgtraject voor is geopend, of waarvan de behandeling of diagnostiek niet past binnen de context van een bestaande zorgvraag waar reeds een zorgtraject voor bestaat.</p> <p><b>Parallelliteit</b> Een parallel zorgtraject bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geopend indien er aantoonbaar, vanuit het medisch dossier, sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze zorgvraag een separaat zorgtraject (diagnosestelling en/of behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- het parallelle zorgtraject dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten waarvan er minimaal één uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3<sup>14</sup> komt of minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen;</li> <li>- de combinatie van de (typerende) diagnoses van beide parallelle subtrajecten komen niet voor in de Diagnose-combinatie tabel<sup>15</sup></li> </ul> <p>Voor parallelliteit bij dubbelzijdige aandoeningen geldt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. beide zijden conservatieve behandeling: 1 zorgtraject;</li> <li>b. één zijde conservatief één zijde operatieve<sup>16</sup> behandeling: 1 zorgtraject;</li> <li>c. beide zijden operatief en met identieke diagnoses in de Diagnose Combinatie Tabel: 1 zorgtraject<sup>17</sup>;</li> </ol>	<p>Poortspecialist</p>

<sup>14</sup> Zorgprofielklasse 1= polikliniek- en eerste hulpbezoek, zorgprofielklasse 2=dagverpleging, zorgprofielklasse 3=kliniek

<sup>15</sup> De Diagnose-combinatie tabel bevat een lijst van combinaties van diagnoses die niet als parallelle subtrajecten bij één patiënt mogen voorkomen, voor dubbelzijdige aandoeningen waarvoor slechts één zorgtraject voor geopend mag worden zijn combinaties van identieke combinaties opgenomen.

<sup>16</sup> Er is een tabel waarin is gedefinieerd welke zorgactiviteiten in het kader van de registratieregels als operatieve ingrepen worden beschouwd (zie het Registratieaddendum).



Algemene regels voor openen zorgtrajecten	Openen door
<p>d. beide zijden operatief en geen identieke diagnoses in de Diagnose Combinatie Tabel: 2 zorgtrajecten.</p> <p>Let op: bij paralleliteit tijdens een klinische periode moeten de verpleegdagen aan één subtraject worden gekoppeld (verdelen van verpleegdagen is hier niet toegestaan).</p> <p><i>Toelichting:</i> De DBC-registratie gaat uit van zorgtrajecten per specialisme. Bij sommige zorgvragen kan er sprake zijn van een multidisciplinaire behandeling waarbij meer poortspecialismen betrokken zijn. Ook in dat geval opent elk poortspecialisme een eigen zorgtraject.</p> <p>De ondersteunende specialismen radiologie en anesthesiologie kunnen in de rol van poortspecialist zelfstandig behandelen en daarvoor DBC-zorgproducten declareren. Het betreft hier de interventieradioloog en de anesthesist als pijnbestrijder.</p> <p>Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de specialist die verantwoordelijk is voor deze opname.</p> <p>Als er een IC-opnameperiode loopt tijdens de klinische periode (ZT11 of ZT21) mogen geen verpleegdagen worden geregistreerd<sup>18</sup>.</p> <p>Het specialisme Cardiologie kent geen paralleliteit, behalve bij ICC en hartrevalidatie.</p>	
<p><b>2. Openen zorgtraject met subtraject ZT13:</b> Een zorgtraject met subtraject ZT13 wordt door de poortspecialist geopend bij een intercollegiaal consult (ICC) voor een patiënt die klinisch is opgenomen.</p> <p>Hierbij geldt het volgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>bij een dagverpleging mag geen ICC-zorg/subtraject worden geopend;</li> <li>een specialisme mag per klinische opname ten hoogste één ICC-zorg/subtraject voor een intercollegiaal consult registreren.</li> </ol> <p>Bij een klinische opname kunnen wel meerdere</p>	Poortspecialist

<sup>17</sup> Voor een aantal diagnoses is zowel een dubbelzijdig/meervoudig als een enkelzijdig/enkelvoudig Zorgproduct ontwikkeld. Door het registreren van het juiste aantal zorgactiviteiten wordt afgeleid op het juiste zorgproduct.

<sup>18</sup> De tarieven voor de IC-zorgactiviteiten zijn volledig dekkend voor de IC-dagen.

Algemene regels voor openen zorgtrajecten	Openen door
<p>specialismen één ICC-zorg/subtraject openen;</p> <p>c. wanneer na een ICC de behandeling van de patiënt wordt overgenomen (of resulteert in een medebehandeling), mag geen nieuw ICC-zorg/subtraject worden geopend. Het zorgtype van het subtraject moet worden omgezet van ZT13 naar ZT11 en de ICC-diagnosecode naar de diagnosecode die hoort bij de te behandelen zorgvraag;</p> <p>d. wanneer een specialisme dat de patiënt reeds onder behandeling heeft, een verzoek krijgt van een ander specialisme voor een intercollegiaal consult, dan mag het eerstgenoemde specialisme een ICC-zorg/subtraject openen naast het reeds lopende zorgtraject voor de eigen reguliere behandeling.</p>	
<p><b>3. Openen zorgtraject met subtraject met ZT41:</b>  Een zorgtraject met subtraject 41 wordt door de poortspecialist geopend indien een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, voor welke de DBC-systematiek niet geldt, (bv. kaakchirurgie) een Overig product (OVP) levert aan een patiënt.  Indien het OVP leidt tot overname van de behandeling door de medisch specialist, kan er geen Overig product worden gedeclareerd. In dat geval dient het ZT41 te worden gewijzigd in ZT11, maakt de zorgactiviteit deel uit van het zorgtraject en is er geen sprake meer van een OVP.</p> <p><i>Toelichting:</i>  Indien een poortspecialist in de rol van ondersteuner op verzoek van een specialisme van de eigen instelling een zorgactiviteit levert welke op de OVP-lijst voorkomt, dan zijn de zorgactiviteiten enkel onderdeel van het zorgprofiel van het aanvragend specialisme en is er geen sprake van een OVP. De zorgactiviteiten dienen bij het zorgtraject van de aanvragende specialist te worden vastgelegd (zie ook punt 5).</p>	Poortspecialist

Algemene regels voor openen zorgtrajecten	Openen door
<p><b>4. Openen zorgtraject met subtraject ZT51 of ZT52 voor opname op de IC afdeling:</b> Een zorgtraject met subtraject ZT51 of ZT52 wordt geopend bij opname op de IC-afdeling: het IC-zorg/subtraject 51 en 52.</p> <p>Hierbij geldt het volgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>parallele IC-zorg/subtrajecten 51 of 52 zijn niet toegestaan;</li> <li>wanneer de patiënt gedurende een klinische opname meer periodes op de IC verblijft, dient voor elke IC-opnameperiode een IC-zorg/subtraject 51 te worden geopend (en gesloten);</li> <li>tijdens de IC-opnameperiode mogen geen verpleeg-dagen worden geregistreerd<sup>19</sup>;</li> <li>er dient een verwijzing te worden geregistreerd vanuit welk zorgtraject (= het zorgtraject van de hoofdbehandelaar) naar het IC-zorg/subtraject 51 is verwezen (zie ook paragraaf 4.1.1). Een IC-zorg/subtraject 51 dient namelijk altijd in samenhang met een zorgtraject van de hoofdbehandelaar te worden geregistreerd;</li> <li>indien een patiënt direct op de IC-afdeling terechtkomt, zonder dat er naast het IC-zorgtraject een zorgtraject met een subtraject met zorgtype 11 of 21 is geregistreerd, dient het zorg/subtraject te worden getypeerd met ZT52. Een grouper zal dan niet controleren op de koppeling tussen het subtraject ZT52 met een subtraject ZT11 of ZT21. Indien na ontslag van de IC-afdeling de behandeling klinisch wordt voortgezet, dient het subtraject met ZT52 omgezet te worden naar een subtraject met ZT51 dat gekoppeld wordt aan het zorgtraject met ZT11-subtraject.</li> </ol> <p><i>Toelichting:</i> Een grouper leidt uit het subtraject van een IC-zorg/subtraject 51 (gekoppeld aan een ZT11 of ZT21) of IC-zorg/subtraject 52 (indien er geen eigen ZT11 of ZT21 bestaat) de add-on overige zorgproducten voor de IC af.</p>	<p>Intensivist (of andere medisch eindverantwoordelijke op de IC)</p>

<sup>19</sup> De tarieven voor de IC-zorgactiviteiten zijn volledig dekkend voor de IC-dagen

Algemene regels voor openen zorgtrajecten	Openen door
<p><b>5. Openen zorgtraject met subtraject ZT51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar (door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner):</b></p> <p>Een zorgtraject met subtraject ZT51 voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar (door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner) kan worden geopend wanneer deze ondersteuner (bv. anesthesist) of een poortspecialist in de rol van ondersteuner (bv. MDL-arts) zorg levert aan de patiënt, en hier geen eigen zorgtraject voor open staat. Deze zorgactiviteiten dienen gekoppeld te worden aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.</p> <p><i>Toelichting:</i></p> <p>De zorgactiviteiten kunnen op twee manieren gekoppeld worden aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. via het openen van een zorgtraject met een subtraject met zorgtype 51 (een Ondersteunend zorg/subtraject 51) Wanneer gekozen wordt voor registratie volgens deze optie dient een ondersteunend zorg/subtraject 51 te worden geopend, met een interne verwijzing naar het zorgtraject van de hoofdbehandelaar;</li> <li>2. via een alternatief koppelmechanisme<sup>20</sup> die de zorgactiviteiten van de ondersteuners (achteraf) koppelt aan het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.</li> </ol> <p>Een grouper leidt uit de Ondersteunende zorg/subtrajecten 51 geen declarabele DBC-zorgproducten af. De zorgactiviteiten van de ondersteuner worden meegenomen in het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.</p>	<p>Anesthesist als ondersteuner of poortspecialisten in de rol van ondersteuner (bv. MDL-arts)</p>

**Opmerking bij de algemene regels voor het openen van zorgtrajecten:**

Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening wordt geen zorgtraject geopend door de dienstverlenende instelling. Alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is, wordt een DBC-zorgproduct in rekening gebracht. De instelling die de prestatie levert dient de kosten en het honorarium in rekening te brengen aan de instelling die de prestatie heeft aangevraagd. Zie hiervoor de 'NZa regeling Tarifiering onderlinge dienstverlening'. Deze bepaling is niet van toepassing op WBMV-zorg. In dat geval mag de uitvoerende instelling wel een DBC-zorgproduct in rekening brengen en een zorgtraject openen volgens de algemeen geldende regels.

<sup>20</sup>Het alternatief koppelmechanisme is beschreven in het document Koppelalgoritme v20111115. Dit document is te downloaden via de website [www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl).

## 3.2 Openen subtraject

Een subtraject wordt geopend op de volgende momenten:

Algemene regel
1. bij het openen van een zorgtraject (zie paragraaf 3.1);
2. wanneer een reguliere behandeling of controletraject na het afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21, wordt vervolgd. Opmerking: Een zorg/subtraject 13, 41, 51 of 52 kan slechts één subtraject hebben.

## 3.3 Sluiten subtraject

Binnen een zorgtraject zijn momenten gedefinieerd waarop de geleverde zorg kan worden gedeclareerd (declaratiemoment). Op dat moment wordt een subtraject van het zorgtraject gesloten. Het declaratiemoment is afhankelijk van het zorgtype van het subtraject<sup>21</sup>.

Er wordt onderscheid gemaakt in regels voor het afsluiten van subtrajecten met:

1. zorgtype 11 (initiële behandeling) en zorgtype 21 (vervolg behandeling);
2. zorgtype 13 ( ICC, intercollegiaal consult);
3. zorgtype 41 (bij levering van een Overig Product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns, of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie);
4. zorgtype 51 (zorgtrajecten voor opname op de intensive care **met** een bijbehorende behandeling door een poortspecialist) en zorgtype 52 (zorgtrajecten voor opname op de intensive care **zonder** een bijbehorende behandeling door een poortspecialist);
5. zorgtype 51 (zorgtrajecten voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner).

De registratieregels voor afsluiting van zorg- en subtrajecten (afsluitregels) worden voor gebruik in de praktijk uitgebreid in de 'algemene toelichting op de registratieregels' beschreven. Alle algemene afsluitregels en de meeste uitzonderingsregels zijn voorzien van een beslisregel met de daaraan gerelateerde referentietabellen van zorgactiviteiten en diagnoses. Op basis hiervan kunnen de meeste afsluitregels volledig worden geautomatiseerd.

<sup>21</sup> Zie paragraaf 4.2 voor een beschrijving van de gegevens van het subtraject

### 3.3.1 Subtraject met zorgtype 11 of 21 (initiële en vervolgbehandeling)

In deze paragraaf zijn de algemeen geldende afsluitregels en de uitzonderingen op de algemene regels geformuleerd.

Het afsluiten van een subtraject met een ZT 11 of 21 vindt op de hierna beschreven momenten plaats.

#### Algemene afsluitregels

Algemene afsluitregels
<p>1. Bij een klinisch subtraject met ZT11 en 21:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• op de 42<sup>e</sup> dag na ontslagdatum<sup>22</sup>;</li> <li>• wanneer binnen deze 42-dagen periode na (de laatste) ontslagdatum nog een dagverpleging (1 of meer) of operatieve ingreep (1 of meer) plaatsvindt, dan wordt toch afgesloten op de 42<sup>e</sup> dag na ontslag uit de kliniek;</li> <li>• wanneer binnen deze 42-dagen periode een klinische (her)opname plaatsvindt dan wordt afgesloten op de 42<sup>e</sup> dag na de ontslagdatum van de laatste klinische opname.</li> </ul>
<p>2. Bij een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met operatieve ingrepen<sup>23</sup>, met ZT11 en 21:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• op de 42<sup>e</sup> dag na de datum waarop de operatieve ingreep heeft plaatsgevonden<sup>24</sup>;</li> <li>• wanneer binnen deze 42 dagen de patiënt opnieuw een operatieve ingreep ondergaat dan wordt afgesloten op de 42<sup>e</sup> dag na de datum van de laatste ingreep.</li> </ul>
<p>3. Bij een niet-klinisch subtraject (dagverpleging of polikliniek) met een conservatieve (= niet-operatieve) behandeling:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. met ZT11: op de 90<sup>e</sup> dag na de opening van het subtraject<sup>25</sup>;</li> <li>b. met ZT21: op de 365<sup>e</sup> dag na de opening van het subtraject.</li> </ol>
<p>4. Op de 365<sup>e</sup> dag indien het subtraject na 365 dagen nog openstaat. Eventueel kan op de volgende dag een volgend subtraject worden geopend.</p>
<p>5. Bij het afsluiten van het zorgtraject. In paragraaf 3.4 is beschreven wanneer een zorgtraject wordt afgesloten.</p>

<sup>22</sup> De ontslagdatum is de datum dat de laatste verpleegdag of IC-behandeldag (ZPK3) is geregistreerd. Zie verder het Registratieaddendum.

<sup>23</sup> Er is een tabel waarin is gedefinieerd welke zorgactiviteiten in het kader van de registratieregels als operatieve ingrepen worden beschouwd (zie het Registratieaddendum).

<sup>24</sup> Gerekend vanaf de 1<sup>e</sup> dag na de laatste operatieve ingreep. Zie verder het Registratieaddendum.

<sup>25</sup> Gerekend vanaf de openingsdatum van het subtraject (de openingsdatum is de eerste dag).

### Uitzonderingsregels

Van de algemene afsluitregels mag uitsluitend worden afgeweken indien zich één of meer van de in onderstaande opgesomde uitzonderingen voordoen. Dan geldt de genoemde afsluitregel. De meeste uitzonderingsregels zijn voorzien van een beslisregel met de daaraan gerelateerde referentietabellen van zorgactiviteiten en diagnoses (zie het Registratieaddendum, het nummer achter de uitzonderingen correspondeert met het Registratieaddendum).

<b>Uitzonderingen op de afsluitregels</b>	
1.	<p>Sluitingsregels voor medicinale oncologische behandeling (1.0000.1<sup>26</sup>): De volgende behandelingen vallen onder de definitie van medicinale oncologische behandeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- chemo-immunotherapie;</li> <li>- immunotherapie;</li> <li>- chemotherapie bij acute leukemie;</li> <li>- chemotherapie bij gemetastaseerde tumoren;</li> <li>- chemotherapie bij niet gemetastaseerde tumoren;</li> <li>- hormonale therapie bij gemetastaseerde tumoren;</li> <li>- hormonale therapie bij niet gemetastaseerde tumoren;</li> </ul>
<b>Behandeling binnen een klinisch subtraject</b>	
A.	<p>Een klinisch subtraject met een <i>medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie - behalve bij acute leukemie</i> - wordt bij elke nieuwe toediening afgesloten. Dus afsluiten bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- een nieuwe toediening tijdens dezelfde klinische opname;</li> <li>- een nieuwe toediening tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname;</li> <li>- een nieuwe toediening in een niet klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit kliniek.</li> </ul> <p>Het subtraject wordt dan één dag voor de datum van de nieuwe toediening gesloten en aansluitend wordt een nieuw subtraject geopend. Voor het afsluiten van een klinisch subtraject met <i>medicinale behandeling per infuus of injectie - behalve bij acute leukemie</i> - waarbij géén nieuwe toediening binnen 42 dagen na ontslag plaatsvindt, gelden de algemene afsluitregels (i.e. op de 42e dag na ontslagdatum).</p>
B.	<p>Voor <i>orale oncologische medicatie</i> geldt de algemene regel dat het subtraject 42 dagen na ontslag uit de kliniek afgesloten wordt. Alleen bij overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling of een toediening per infuus of injectie, wordt het subtraject een dag voor de start van de andere therapie/toedieningsvorm gesloten en aansluitend een nieuw subtraject geopend. Bijvoorbeeld als een hormonale therapie wordt vervolgd door een chemotherapie of wanneer van orale chemotherapie wordt overgegaan op</p>

<sup>26</sup> Elke uitzondering is uniek geïdentificeerd door een code. Dit is tevens de verwijzing naar het Registratieaddendum en de Afsluitregels tabel

**Uitzonderingen op de afsluitregels**

chemotherapie per infuus of injectie.

Dus afsluiten 42 dagen na ontslag uit de kliniek tenzij:

- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling tijdens dezelfde klinische opname;
- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname;
- een overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling in een niet klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit de kliniek;
- een toediening per infuus of injectie tijdens dezelfde klinische opname
- een toediening per infuus of injectie tijdens een heropname binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname;
- een toediening per infuus of injectie in een niet klinische setting (dagverpleging of polikliniek) binnen 42 dagen na ontslag uit de kliniek.

**Behandeling binnen een niet klinisch subtraject**

- C. Een niet klinisch subtraject met een *medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie – behalve bij acute leukemie* – wordt 42 dagen na toediening per infuus of injectie afgesloten tenzij er een nieuwe toediening per infuus of injectie binnen de 42 dagen plaatsvindt, ongeacht of dit klinisch danwel niet klinisch gebeurt. Het subtraject wordt dan één dag voor de datum van de nieuwe toediening gesloten en een nieuw subtraject wordt geopend.
- D. Voor *orale oncologische medicatie* geldt dat het subtraject 42 dagen na de uitvoerdatum van de eerste begeleidingszorgactiviteit binnen het subtraject afgesloten wordt. Alleen bij overgang naar een ander soort orale medicinale oncologische behandeling of een toediening per infuus of injectie, wordt het subtraject een dag voor de start van de andere therapie/toedieningsvorm gesloten en aansluitend een nieuw subtraject geopend. Bijvoorbeeld als een hormonale therapie wordt vervolgd door een chemotherapie of wanneer van orale chemotherapie wordt overgegaan op chemotherapie per infuus of injectie.

**Sluitingsregels voor medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie van acute leukemie**

- E. Bij een *medicinale oncologische behandeling per infuus of injectie van acute leukemie* wordt het subtraject gesloten op iedere 30ste behandeldag (klinische dag respectievelijk dagverplegingdag in combinatie met verstrekingscode) of 42 dagen na de laatste behandeldag indien er minder dan 30 behandeldagen zijn geweest (voor orale medicinale behandeling van acute leukemie zie onder B en D).



<b>Uitzonderingen op de afsluitregels</b>	
<u>Opmerking 1</u> Indien medicinale oncologische behandeling ter voorbereiding op een stamceltransplantatie plaatsvindt, dient voor het stamceltransplantatietraject een parallel zorg/subtraject (zie ook onder 14.1) met dezelfde diagnose te worden geopend.	
<u>Opmerking 2:</u> De regels voor medicinale oncologische behandelingen zijn niet van toepassing op blaasspoelingen bij urologie (zie uitzondering 4).	
2.	Chronische zorg met thuisbeademing (1.0000.2) Bij chronische zorg met thuisbeademing wordt telkens na een periode van 30 dagen afgesloten. Het zorgprofiel bevat tenminste één van de zorgactiviteiten voor thuisbeademing. De voorbereidingsfase wordt afgesloten op de dag voor de start van de chronische thuisbeademing tenzij deze niet leidt tot chronische thuisbeademing. In het laatste geval gelden de algemene regels voor afsluiting.
3.	Chronische zorg met hemodialyse (1.0000.3) Hierbij wordt afgesloten telkens na een periode van zeven dagen. Het zorgprofiel bevat tenminste één van de zorgactiviteiten voor hemodialyse.
4.	Urologie (1.0306.1) Zie voor Urologie ook uitzonderingen 5, 6 en 14.9 Bij niet-klinische subtrajecten voor behandeling met blaasspoelingen bij interstitiële cystitis wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten.
5.	Urologie (1.0306.2) Zie voor Urologie ook uitzonderingen 4, 6 en 14.9 Bij niet-klinische subtrajecten voor behandeling met blaasspoelingen bij blaascarcinomen wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten.
6.	Urologie (1.0306.3) Zie voor Urologie ook uitzonderingen 4, 5 en 14.9 Bij niet-klinische subtrajecten voor behandeling met APD- of andere bisfosfonaat infusen wordt het subtraject telkens na 90 dagen afgesloten.
7.	Gynaecologie (1.0307.1) Zie voor Gynaecologie ook uitzonderingen 14.10 en 14.11 Bij prenatale diagnostiek en intra-uteriene ingrepen (diagnosen V31 t/m V35) wordt het subtraject afgesloten één dag voor de andere prenatale diagnostiek of intra-uteriene ingreep, of conform de algemene regel (paragraaf 3.3.1, 1 t/m 3) indien de andere diagnostiek of ingreep later dan dit moment start.
8.	Neonatologie (1.0316.1) Een subtraject wordt afgesloten op de dag van ontslag (ontslagdatum) van de neonat uit het ziekenhuis.
9.	Cardiologie(1.0320.1) Voor dit specialisme gelden de volgende regels voor het afsluiten van een subtraject: a. bij initiële en vervolg subtrajecten (zorgtype 11 en 21) als de patiënt uit controle of behandeling wordt ontslagen c.q. komt te overlijden; b. bij initiële subtrajecten (zorgtype 11) bij ontslag uit de kliniek of dagverpleging, behalve bij ontslag na een opname in het kader van diagnostiek of cardioversie. c. bij initiële subtrajecten (zorgtype 11) wanneer de diagnose is gesteld en de

<b>Uitzonderingen op de afsluitregels</b>	
	<p>(medicamenteuze) behandeling ingezet wordt;</p> <p>d. bij initiële subtrajecten (zorgtype 11) wanneer de behandeling is afgerond (in geval van invasieve therapie) en er een langdurig controletraject met de patiënt wordt afgesproken;</p> <p>e. bij initiële en vervolg subtrajecten (zorgtype 11 en 21) wanneer de patiënt met een aantoonbare andere/nieuwe zorgvraag komt en voor deze zorgvraag een nieuw zorgtraject (diagnose/behandeling) noodzakelijk is. Dit geldt ook wanneer de patiënt op de SEH komt voor een andere/nieuwe zorgvraag. In deze situaties wordt serieel een nieuw zorgtraject geopend.</p>
10.	<p>Longgeneeskunde (1.0322.1)</p> <p>Wanneer bij exacerbatie van COPD een heropname plaatsvindt binnen 42 dagen na ontslag van de voorgaande opname, wordt het subtraject afgesloten en een nieuw subtraject geopend. Moment van afsluiten is één dag voor de start van de nieuwe klinische opname. Indien de heropname plaatsvindt na de 42<sup>e</sup> dag na ontslag, gelden de algemene regels.</p>
11.	<p>Reumatologie(1.0324.1)</p> <p>Indien bij een vervolgbehandeling (zorgtype 21) de behandelsetting<sup>27</sup> wijzigt, wordt het subtraject afgesloten en mag een nieuw subtraject worden geopend. Moment van afsluiten is één dag voor de start van de behandeling in nieuwe setting of conform de algemene regel (paragraaf 3.3.1, 1 t/m 3), indien de behandeling in nieuwe setting later dan dit moment start.</p> <p>Echter, indien logischerwijs de behandeling in tempi wordt uitgevoerd gelden de algemene regels (paragraaf 3.3.1, 1 t/m 3).</p> <p>Voorbeelden in tempi: het meer malen toedienen van Remicade of APD- of andere bisfosfonaat infusen.</p>
12.	<p>A Revalidatie geneeskunde (1.0327.1)</p> <p>Na elke Specialistische Revalidatie Behandeling (SRB) kan het subtraject worden afgesloten één dag voor de start van de nieuwe SRB behandeling of conform de algemene regel (paragraaf 3.3.1, 1 t/m 3), indien de nieuwe behandeling later dan dit moment start.</p> <p>Een SRB behandeling is nooit de primaire behandelvorm en wordt altijd geregistreerd als een parallel zorgtraject naast een reeds lopend zorgtraject.</p> <p>12. B Revalidatie geneeskunde (1.0327.2)</p> <p>Voor het registratiejaar 2012 geldt voor de Revalidatiegeneeskunde de bestaande uitzonderingsregels zoals geformuleerd in de specialisme specifieke toelichting (zie aldaar).</p>
13.	<p>Klinische geriatrie (1.0335.1)</p> <p>Indien er bij de behandeling een dusdanige verergering van het probleem ontstaat waarvoor (opnieuw) een Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) noodzakelijk is, wordt het subtraject afgesloten. Vervolgens wordt een nieuw subtraject geopend.</p>

<sup>27</sup> Wijziging behandelsetting: wanneer een patiënt van bijv. een klinische behandeling naar een dagbehandeling of poliklinische behandeling gaat.

<b>Uitzonderingen op de afsluitregels</b>	
	Moment van afsluiten is één dag voor de start van de nieuwe behandeling of conform de algemene regel (paragraaf 3.3.1, 1 t/m 3), indien de nieuwe behandeling later dan dit moment start.
	<p>14. In tempi behandelingen bij diverse specialismen.</p> <p>Bij de hierna volgende in tempi behandelingen van diverse specialismen mag het subtraject na elke deelbehandeling worden afgesloten. Wachten op het algemeen geldende sluitmoment (42, 90 of 365 dagen) is hier niet nodig.</p> <p>Wanneer de volgende deelbehandeling eerder start dan het in paragraaf 3.3.1 voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende deelbehandeling start.</p> <p>Wanneer de volgende deelbehandeling later dan de algemeen geldende afsluitmoment start gelden de algemene regels beschreven in paragraaf 3.3.1.</p>
14.1	<p><b>Stamceltransplantatie (2.0000.1)</b></p> <p>Voor stamceltransplantatie (bij ontvanger) wordt een (zo nodig parallel aan het medicinale (cytostatica) behandeltraject) zorgtraject geopend.</p> <p>De volgende drie fasen worden bij stamceltransplantatie onderscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fase 1: selectie/afname;</li> <li>- fase 2: transplantatie;</li> <li>- fase 3: nazorg (posttransplantatie).</li> </ul> <p>Na iedere fase van de behandeling wordt het subtraject afgesloten op het bij punt 14 genoemde moment.</p>
14.2	<p><b>Transplantatiezorg (2.0000.2)</b></p> <p>Voor de begeleiding van <b>ontvangers</b> rond darm-, eilandjes-, (partiële) lever-, nier, pancreas en nier en pancreas transplantaties wordt door de specialismen inwendige geneeskunde, MDL en kindergeneeskunde een eigen (eventueel parallel) zorg/subtraject geopend. Hierbij worden drie fasen van behandeling onderscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fase 1: pretransplantatie fase/screening ontvangers;</li> <li>- fase 2: transplantatiefase ontvangers;</li> <li>- fase 3: posttransplantatie fase/nazorg ontvangers.</li> </ul> <p>Na iedere fase van de behandeling die wordt gevolgd door een nieuwe/andere fase, maar ook bij het opnieuw starten van fase 1 of fase 2, wordt het voorafgaande transplantatie begeleidings subtraject afgesloten op het bij punt 14 genoemde moment.</p> <p>Voor de begeleiding van <b>donoren</b> rond darm-, eilandjes-, (partiële) lever-, nier, pancreas en nier-en pancreas transplantaties wordt door de specialismen inwendige geneeskunde, MDL en kindergeneeskunde een eigen (eventueel parallel) zorg/subtraject geopend. Hierbij worden drie fasen van behandeling onderscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fase 1: pretransplantatie fase/screening donoren;</li> <li>- fase 2: transplantatiefase donoren;</li> <li>- fase 3: postransplantatie fase/nazorg donoren.</li> </ul> <p>Na iedere fase van de behandeling die wordt gevolgd door een</p>

<b>Uitzonderingen op de afsluitregels</b>	
	nieuwe/andere fase, maar ook bij het opnieuw starten van fase 1, wordt het voorafgaande transplantatie begeleidings subtraject afgesloten op het bij punt 14 genoemde moment.
14.3	Oogheelkunde (2.0301.1) zie voor Oogheelkunde ook uitzonderingen 14.4, 14.5 en 14.6 Bij behandeling met intravitreale injecties (bij diagnosetypering 503, 609, 652, 655, 657, 659, 704, 705, 707, 709, 754, 755, 757 en 759) wordt per intravitreale injectie een subtraject geopend. Wanneer de behandeling met intravitreale injecties eerder start dan het in paragraaf 3.3.1. voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende intravitreale injectie plaatsvindt (dus op het bij punt 14 genoemde moment).
14.4	Oogheelkunde (2.0301.2) zie voor Oogheelkunde ook uitzonderingen 14.3, 14.5 en 14.6 Bij behandeling van (sub)retinale pathologie (diagnose 659 en 704) met fotodynamische therapie wordt per fotodynamische therapie een subtraject geopend. Wanneer de fotodynamische therapie bij (sub)retinale pathologie eerder start dan het in paragraaf 3.3.1. voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende fotodynamische therapie plaatsvindt (dus op het bij punt 14 genoemde moment).
14.5	Oogheelkunde (2.0301.3) zie voor Oogheelkunde ook uitzonderingen 14.3, 14.4 en 14.6 Wanneer de operatieve tempi behandeling van strabismus (diagnosecodes 204, 205, 209) eerder start dan het in paragraaf 3.3.1. voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende strabismus operatie plaatsvindt (dus op het bij punt 14 genoemde moment).
14.6	Oogheelkunde (2.0301.4) zie voor Oogheelkunde ook uitzonderingen 14.3, 14.4 en 14.5 Wanneer operatieve tempi behandeling van retina defect/-retinaloslating (diagnosecodes 654) eerder start dan het in paragraaf 3.3.1. voorgeschreven afsluitmoment, dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende operatieve behandeling van het retina defect/retinaloslating (dus op het bij punt 14 genoemde moment).
14.7	Plastische chirurgie (2.0304.1) zie voor Plastische chirurgie ook uitzondering 14.8 Bij mammarreconstructie vindt afsluiting van het subtraject na iedere operatieve tempi behandeling plaats op het bij punt 14 genoemde moment.
14.8	Plastische chirurgie (2.0304.2) zie voor Plastische chirurgie ook uitzondering 14.7 Bij meer transplantatiesessies bij de behandeling van uitgebreide (brand)wonden wordt na iedere transplantatiesessie het subtraject

<b>Uitzonderingen op de afsluitregels</b>	
	afgesloten op het bij punt 14 genoemde moment.
14.9	Urologie (2.0306.1) zie voor Urologie ook uitzonderingen 4, 5 en 6. Bij niet-klinische ESWL behandeling van urinewegstenen wordt per ESWL behandeling een subtraject geopend. Wanneer de volgende ESWL behandeling eerder start dan het in paragraaf 3.3.1 voorgeschreven moment dan mag het subtraject worden afgesloten één dag voor de dag dat de volgende ESWL behandeling plaatsvindt (dus op het bij punt 14 genoemde moment). Dit geldt ook wanneer een niet-klinische ESWL gevolgd wordt door een operatieve ingreep voor urinewegstenen.
14.10	Gynaecologie (2.0307.1) zie voor Gynaecologie ook uitzonderingen 7 en 14.11 De subtrajecten bij diagnose F21 'gespecialiseerde technieken' voor stimulatie respectievelijk de IUI/IVF/ICSI technieken en ovulatie-inductie met gonadotrofines, worden per cyclus geopend en gesloten (dus 1 subtraject per cyclus). Indien de behandeling in meer ziekenhuizen (transport-IVF/ICSI) plaatsvindt opent ieder ziekenhuis de (deel)behandeling die daar wordt uitgevoerd.
14.11	Gynaecologie/obstetrie (2.0307.2) zie voor Gynaecologie ook uitzonderingen 7 en 14.10 In de registratie bij obstetrie zijn drie fasen te onderscheiden; diagnoses V11/V21/V41/V42 voor zwangerschapbegeleiding, diagnose V51 voor begeleiding partus met nazorg en nacontrole, en diagnoses V60/V61 voor complicaties na partus uit de eerste/tweedelij. Bij de overgang naar een andere fase kan het subtraject worden afgesloten op het bij punt 14 genoemde moment.
14.12	Radiotherapie (2.0361.1) Bij behandeling van metastaseringen of recidief wordt na elke behandeling het subtraject afgesloten op het bij punt 14 genoemde moment.

### **3.3.2 Subtraject met zorgtype 13 (ICC-zorg/subtraject)**

<b>Algemene regel</b>
Een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten. Zie paragraaf 3.4.2.

### **3.3.3 Subtraject met zorgtype 41 (OVP zorg/subtraject)**

<b>Algemene regel</b>
Een subtraject met ZT41 (bij levering van een Overig Product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie), wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten (zie ook paragraaf 3.4.3).

### 3.3.4 Subtraject met zorgtype 51 en 52 (IC-zorg/subtraject 51, IC-zorg/subtraject 52 of Ondersteunend zorg/subtraject 51)

Algemene regel
1. Een subtraject met ZT51 en 52 met betrekking tot de opname op een IC-afdeling, wordt afgesloten wanneer het bijbehorende IC-zorgtraject wordt afgesloten (zie paragraaf 3.4.4 punt 1).
2. Een subtraject met ZT51 met betrekking tot het leveren van zorg in het kader van ondersteuning aan de hoofdbehandelaar, wordt afgesloten wanneer het bijbehorende zorgtraject wordt afgesloten (zie paragraaf 3.4.4 punt 2).

## 3.4 Sluiten zorgtraject

Bij een zorgtraject wordt onderscheid gemaakt in zorgtrajecten met subtrajecten:

1. zorgtype 11 (initiële behandeling) en 21 (vervolg behandeling);
2. zorgtype 13 ( ICC, intercollegiaal consult);
3. zorgtype 41 (bij levering van een Overig Product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns, of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie);
4. zorgtype 51 (zorgtrajecten voor opname op de intensive care **met** een bijbehorende behandeling door een poortspecialist ) en zorgtype 52 (zorgtrajecten voor opname op de intensive care **zonder** een bijbehorende behandeling door een poortspecialist);
5. zorgtype 51 (zorgtrajecten voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner).

De regels voor het afsluiten van een zorgtraject zijn afhankelijk van het zorgtype van het subtraject.

### 3.4.1 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 11 of 21 (initiële en vervolgbehandeling)

Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met zorgtype 11 of 21 wordt op de volgende momenten afgesloten:

Algemene regel sluiten zorgtraject
1. wanneer de patiënt is overleden mogen het zorgtraject en het subtraject direct worden afgesloten;
2. wanneer 365 dagen na afsluiten van een subtraject geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of zijn gepland in de toekomst mag het zorgtraject worden afgesloten.

#### Uitzondering Cardiologie:

Wanneer een patiënt met een nieuwe/andere zorgvraag komt waarvoor een nieuw zorgtraject wordt geopend, wordt één dag daaraan voorafgaand het voorgaande zorgtraject gesloten.

### 3.4.2 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 13 (ICC-zorg/subtraject)

#### Algemene regel sluiten zorgtraject

1. Een zorgtraject met een subtraject met ZT13 (intercollegiaal consult) wordt afgesloten bij ontslag van de patiënt uit de kliniek.

### 3.4.3 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 41 (OVP zorg/subtraject)

#### Algemene regel sluiten zorgtraject

Een zorgtraject met een subtraject met ZT41 (bij levering van een Overig Product (OVP) door een poortspecialist op verzoek van de eerstelijns of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie) wordt afgesloten direct na uitvoering van de (laatste) zorgactiviteit als onderdeel van het OVP.

### 3.4.4 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 51 en 52 (IC-zorg/subtraject 51, 52 of Ondersteunend zorg/subtraject 51)

#### Algemene regel sluiten zorgtraject

1. Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 of 52 met betrekking tot een opname op de IC-afdeling wordt afgesloten op het moment dat de patiënt van de IC-afdeling wordt ontslagen.

Als het IC-zorg/subtraject 51 nog loopt terwijl het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten, wordt het IC-zorg/subtraject 51 afgesloten op hetzelfde moment als het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar. Gelijktijdig met het openen van een vervolg subtraject voor de hoofdbehandelaar wordt een nieuw IC-zorg/subtraject 51 geopend.

Let op:

Het subtraject 51 met de zorgactiviteiten dient tegelijk met het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper te worden gestuurd. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in paragraaf 3.3.1.

2. Een zorgtraject met een subtraject met ZT51 met betrekking tot het leveren van zorg in het kader van ondersteuning aan de hoofdbehandelaar wordt afgesloten wanneer het subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten conform de afsluitregels in paragraaf 3.3.1.

Let op:

Het subtraject met de zorgactiviteiten dient tegelijk met het subtraject van de hoofdbehandelaar naar een grouper gestuurd te worden. Dit mag pas nadat het subtraject van de hoofdbehandelaar is afgesloten conform de afsluitregels in paragraaf 3.3.1.

## 4 TE REGISTREREN GEGEVENS

In de paragrafen hierna worden de gegevens die voor het afleidingsproces van een grouper moeten worden vastgelegd, benoemd en gedefinieerd.

Elk hierna genoemd gegeven is in het kader van het RSAD-model en de aanlevering aan het DIS *verplicht* te registreren, tenzij het gegeven expliciet als optioneel is aangeduid.

### 4.1 Zorgtraject

Bij een zorgtraject dienen de volgende gegevens te worden vastgelegd:

1. *Patiëntnummer*
2. *Geslacht*
3. *Leeftijd*
4. *Zorgtrajectnummer*

Een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.

#### 5. *Verwijsgegevens*<sup>28</sup>

Gegevens over de verwijzing van de patiënt naar het specialisme dat het zorgtraject opent<sup>29</sup>. De verwijzing betreft een interne verwijzing (door een specialisme uit de eigen instelling) of een externe verwijzing, zoals de huisarts of een specialisme van een andere instelling. Bij de volgende zorgtrajecten dienen de verwijsgegevens te worden geregistreerd:

- een (hoofd) zorgtraject dat geopend wordt na een externe verwijzing betreft de subtrajecten met zorgtype 11, 21, 41<sup>30</sup>, 51 of 52;
- een zorgtraject dat geopend wordt na interne verwijzing betreft de subtrajecten met zorgtype 11, 21, 13, 51 en 52 bij verwijzing door een kaakchirurg (een niet DBC registrerend specialisme).

---

<sup>28</sup> Er wordt hiervoor een plan opgesteld door de NVZ/NFU werkgroep verwijzingen.

<sup>29</sup> Merk op: een interne verwijzing is altijd naar zorgtrajecten (en dus niet naar subtrajecten)

<sup>30</sup> Voor een OVP zorgtraject zorgtype 41 geldt de aanvrager als verwijzer.



De volgende verwijsggegevens dienen te worden vastgelegd:

Kolom	Omschrijving	Invulling	Externe verwijsggegevens	Interne verwijsggegevens
1 Verwijzend specialisme	De identificatie van het verwijzend specialisme, voor huisarts de code 0100.	AGB-specialisme-code	Verplicht	Optioneel
2 Verwijzende Instelling	De identificatie van de instelling van waaruit verwezen is. Bij interne verwijzing de eigen instelling	AGB-code van de instelling	Conditioneel: Verplicht als verwijzend (DBC) specialisme begint met 03 of 19	Optioneel
3 Zorgtrajectnummer_ verwijzend specialisme	Het zorgtraject van waaruit de verwijzing voortkomt.	Zorgtraject-nummer	Niet van toepassing	Verplicht, tenzij ZT52

#### 6. *Behandelend specialisme*

AGB-specialismecode van het specialisme dat het zorgtraject opent.

#### 7. *Begindatum*

De begindatum waarop de eerste activiteit plaatsvindt naar aanleiding van de zorgvraag van de patiënt. Dit kan de datum van het eerste onderzoek zijn, maar ook bijvoorbeeld de datum van het eerste polikliniekbezoek.

##### Opmerking:

Bij gebruikmaking van het koppelmechanisme om zorgactiviteiten naderhand te koppelen aan een zorgtraject, is het belangrijk er op te letten dat de begindatum van het zorgtraject dezelfde is als de datum waarop de eerste zorgactiviteit is uitgevoerd.

#### 8. *Einddatum*

Dit is de datum waarop het zorgtraject wordt afgesloten. In de meeste gevallen kan het ICT-systeem de einddatum automatisch invullen op basis van de vaste afsluitregels (zie paragraaf 3.4).

## 4.2 Subtraject

Het subtraject is het resultaat van een geautomatiseerd samenvattingproces binnen het ziekenhuis (zie de toelichting bij de inleiding van dit hoofdstuk). Dit proces levert de volgende gegevens op:

### 1. *Subtrajectnummer*

Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.

### 2. *Begindatum*

De begindatum van een subtraject is:

- de datum waarop de eerste activiteit plaatsvindt na het openen van het zorgtraject; bij een subtraject met zorgtype 11 of 13 kan dit de datum van het eerste onderzoek zijn, maar ook de datum van het (eerste) polikliniekbezoek of;
- bij een subtraject ZT21 de dag na het afsluiten van het vorige subtraject.

### 3. *Einddatum*

Dit is de datum waarop het subtraject wordt afgesloten. In voorkomende gevallen kan het ICT-systeem op basis van de afsluitregels (zie paragraaf 3.3) de einddatum automatisch invullen.

### 4. *Zorgtype*

De code van het zorgtype zoals gedefinieerd in paragraaf 2.2.

### 5. *Specialismecode*

AGB-code van het specialisme dat deze behandeling uitvoert.

### 6. *(Typerende) Zorgvraag*

Bij de specialismen: Plastische chirurgie, Urologie, Kindergeneeskunde/Neonatologie, Revalidatie geneeskunde, Consultatieve psychiatrie en Radiotherapie is de component 'zorgvraag' opgenomen in de typeringslijst. Deze dient te worden ingevuld en kan een rol spelen bij de afleiding van het DBC-zorgproduct.

### 7. *(Typerende) Diagnose*

De typerende diagnose is de diagnose waarmee de geleverde zorg over de te declareren periode (is het subtraject) het best kan worden getypeerd:

- bij zorgtype 11 of 21: vul hier de diagnosecode uit de typeringslijst in;
- bij zorgtype 13: vul hier de ICC diagnosecode of de typerende diagnose uit de typeringslijst in;
- bij zorgtype 51, 52 of 41: hier hoeft niets te worden ingevuld.

## 8. Afsluitreden subtraject

De afsluitreden wordt gecodeerd volgens de Afsluitreden tabel<sup>31</sup>.

### 4.3 Zorgactiviteiten

Zorgactiviteiten (inclusief dure- en weesgeneesmiddelen) dienen gekoppeld te worden aan een zorgtraject. Het koppelen kan gebeuren:

- direct bij het registreren van de zorgactiviteit of;
- via het zogenaamde koppelmechanisme van het ICT-systeem; het koppelen dient te gebeuren voordat de declaratiedataset naar een grouper wordt gestuurd.

In deze paragraaf is beschreven welke gegevens bij de zorgactiviteiten moeten worden vastgelegd.

#### 1. *Zorgactiviteitsnummer*

Een uniek nummer waarmee de zorgactiviteit binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.

#### 2. *Zorgactiviteit*

De code van de zorgactiviteit uit de Zorgactiviteitentabel. Het is toegestaan om bij registratie gebruik te maken van een eigen/lokaal codestelsel (bijvoorbeeld de CBV-verrichtingen). Bij het versturen van de zorgactiviteiten naar een grouper, het DIS of voor facturatie dienen deze codes te worden omgezet naar de bijbehorende codes uit de Zorgactiviteitentabel.

#### 3. *Datum van uitvoering zorgactiviteit*

Datum dat de zorgactiviteit is uitgevoerd.

Wanneer een duur of weesgeneesmiddel of stollingsfactor is toegediend wordt hier de datum van toediening ingevuld.

#### 4. *Specialisme aanvrager*

AGB-code van het specialisme dat de zorgactiviteit heeft aangevraagd.

#### 5. *Specialisme uitvoerder*

AGB-code van het specialisme dat de zorgactiviteit heeft uitgevoerd.

#### 6. *Uitvoerende instelling*

Dit is de AGB-code van de instelling waar de zorgactiviteit is uitgevoerd in geval van uitbestede activiteiten (onderlinge dienstverlening).

#### 7. *Aantal*

Het aantal uitgevoerde zorgactiviteiten. In het algemeen wordt hier het aantal '1' gebruikt.

Uitzonderingen hierop zijn:

---

<sup>31</sup> In de Afsluitreden Tabel staan de redenen aangegeven waarom een subtraject wordt afgesloten. De afsluitredenen corresponderen met de algemene afsluitregels en de uitzonderingen daarop. De tabel kunt u downloaden via de website van DBC-Onderhoud.

Bij dure- en weesgeneesmiddelen wordt de toegediende dosering (= aantal) uitgedrukt in de toedieningsvorm per gebruikte eenheid zoals in de omschrijving van de zorgactiviteit is opgenomen. Bijvoorbeeld: indien 90 mg is gebruikt van een duur-, of weesgeneesmiddel met in de omschrijving een toedieningseenheid van 10 mg, wordt als aantal in de declaratie dataset '9' ingevuld.

Bij stollingsfactoren komt één toediening overeen met één toegediend product. Een product is een doosje met een poeder, een mengvloeistof, of een opzuig- en injectienaald.

Producten worden in verschillende eenheden geleverd. Bijvoorbeeld Aafact 250E wordt toegediend, of Aafact 500E, of Novoseven 2,4 mg.

De stollingsfactoren worden volledig toegediend, er is geen sprake van spillage. Toediening kan in het ziekenhuis plaatsvinden door de hemofilieverpleegkundige of, na een gedegen opleiding, door de patiënt zelf in de thuissituatie. Dit laatste komt veruit het meeste voor.

In dat geval krijgen patiënten de producten voor stollingsfactoren voor een periode van een tot drie maanden (afhankelijk van de ernst van de hemofilie) mee naar huis, waar zij conform het doseringsvoorschrift zelf de producten toedienen.

In het gegevensattribuut 'aantal' wordt het aantal producten (doosjes) geregistreerd dat in een zekere tijdperiode is toegediend. Als er bijvoorbeeld 40 producten Aafact 250 worden meegegeven aan de patiënt wordt dit in 'aantal' geregistreerd als '40'.

Een voorbeeld van enkele registraties van zorgactiviteiten stollingsfactoren:

ZA-code	Producten met de aantallen eenheden stollingsfactoren	aantal
1918..	Aafact per toediningseenheid van 250 E	1
1918..	Aafact per toediningseenheid van 500 E	1
1918..	Aafact per toediningseenheid van 1000 E	40
1918..	Novoseven per toediningseenheid van 2 mg (ampul)	20

Bij revalidatie is het mogelijk om bij gebruik van zorgactiviteiten die een aantal minuten vertegenwoordigen een waarde tussen 1 en 999 op te geven. Directe en indirecte patiëntgerelateerde tijd representeert per zorgactiviteit een tijdseenheid van 5 minuten behandelinzet. In geval van een half uur (directe of indirecte) patiëntgerichte tijd wordt dus 6x een zorgactiviteit gegenereerd binnen het systeem.

#### Aandachtspunten bij de registratie van zorgactiviteiten:

- *IC activiteiten*

Activiteiten die op de Intensive Care (IC) afdeling zijn uitgevoerd, worden naast het DBC-zorgproduct als een add-on gedeclareerd. Deze zorgactiviteiten worden bij een zorg/subtraject zorgtype 51 of 52 geregistreerd (zie paragraaf 3.1/punt 2).

- Dubbelzijdigheid*

Bij dubbelzijdige operatieve ingrepen die in één sessie worden gedaan, wordt één zorgtraject geopend indien er een dubbelzijdig DBC-zorgproduct bestaat<sup>32</sup>. Via het invullen van het juiste aantal zorgactiviteiten van de betreffende operatieve ingreep wordt aangegeven dat het om een dubbelzijdige operatieve ingreep gaat. Een grouper leidt hieruit een dubbelzijdig DBC-zorgproduct af. Wanneer er geen dubbelzijdig DBC-zorgproduct bestaat of als de dubbelzijdige operatieve ingreep op verschillende momenten plaatsvindt (bijvoorbeeld bij cataracten, knieën/heupen) dan mag voor de tweede operatieve ingreep een parallel zorgtraject worden geopend. Voorwaarde hierbij is dat geen identieke diagnoses voorkomen in de Diagnose Combinatie Tabel.
- Dure- en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren*

In de DBC-systematiek worden geneesmiddelen, die vallen onder bijlage 5 “Indicatie add-ons” van de beleidsregel BR/CU-2035 Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg, als add-on gedeclareerd bij een DBC zorgproduct. Stollingsfactoren worden geregistreerd en gedeclareerd als Overige verrichting volgens bijlage 6 “Indicatie stollingsfactoren” van de beleidsregel BR/CU- 2035 Prestaties en tarieven Medisch specialistische zorg. De toediening van deze geneesmiddelen dient te worden geregistreerd als zorgactiviteit (zie de zorgactiviteitentabel op de site van DBC-Onderhoud). In de omschrijving van de zorgactiviteit voor dure-, en weesgeneesmiddelen is naast de naam van de werkzame stof ook de bijbehorende gebruikte eenheid (per toedieningsvorm) opgenomen (zie ook bij het gegeven ‘aantal’ punt 7 hierboven). Voorbeeld: Botulinetoxine (Azzalure), toedieningsvorm injectiepoeder, per gebruikte eenheid van 1 E bij indicaties welke voldoen aan de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg.

In de omschrijving van de zorgactiviteit voor stollingsfactoren zijn naast de naam van het product de verschillende verpakkingen met het aantal stollingsfactoren opgenomen (Bv.: Aafact in een verpakking met 250 eenheden stollingsfactoren). De indicatie waar deze geneesmiddelen voor wordt voorgeschreven is bepalend of het middel in aanmerking komt voor vergoeding conform de genoemde NZa-beleidsregel. Daarom zijn per duur- en weesgeneesmiddel en per product stollingsfactor, waar van toepassing, twee zorgactiviteiten opgenomen in de ZA-tabel: één voor de indicaties die voldoen aan de NZa-beleidsregel en één voor het gebruik bij indicaties die hier niet aan voldoen (deze zorgactiviteiten dienen alleen voor registratiedoeleinden ten behoeve van de doorontwikkeling).
- Intercollegiaal consult*

Bij een zorgtraject met een intercollegiaal consult dient de zorgactiviteit ‘190009 Klinisch intercollegiaal consult’ te worden ingevoerd om een DBC-zorgproduct ‘intercollegiaal consult’ af te leiden.

---

<sup>32</sup> Zie de Specialismespecifieke toelichting.

- *SEH zorgactiviteiten*  
 Spoedeisende zorg kan worden geregistreerd door naast een normaal consult en eventuele andere zorgactiviteiten die zijn uitgevoerd, ook een aanvullende zorgactiviteit met code 190015 (= Spoedeisende hulp contact op de SEH-afdeling) of 190016 (= Spoedeisende hulp contact niet op de SEH-afdeling, elders in het ziekenhuis) vast te leggen. Deze zogenaamde SEH-zorgactiviteiten spelen geen rol bij het bepalen van een DBC-zorgproduct; zij dienen alleen om inzicht te verschaffen in het gebruik van de SEH.

#### **4.4 Nevendiagnosen**

Het invoeren van nevendiagnosen van de patiënt is optioneel. Vooral nog wordt bij het afleiden van de DBC-zorgproducten geen gebruik gemaakt van de nevendiagnosen (zie paragraaf 2.2 Nevendiagnosen). Er kunnen maximaal zeven nevendiagnosen worden opgegeven.

#### **4.5 Declaratiedataset**

De declaratiedataset is de dataset die naar een grouper wordt gestuurd. De declaratiedataset wordt afgeleid uit de gegevens zoals in de voorgaande paragrafen 4.1-4.4 zijn beschreven bij het zorgtraject, het subtraject, de zorgactiviteiten en de nevendiagnosen.

Een grouper leidt op basis van de declaratiedataset het bijbehorende DBC-zorgproduct met eventuele add-ons af.

#### **4.6 Overige en ondersteunende producten**

Voor een OVP (Overig product) en een OP (Ondersteunend product) dienen de volgende gegevens te worden vastgelegd:

1. *patiëntnummer*;
2. *ondersteunend product*: de code van het OVP of OP uit de Zorgactiviteitentabel;
3. *datum van uitvoering*;
4. *AGB-code van de aanvragende instelling*;
5. *AGB-specialismecode aanvrager*;
6. *AGB-specialismecode uitvoerder*;
7. *aantal*: aantal van de uitgevoerde OVP's respectievelijk OP's.

Zie voor de definities en toepassing van een OVP en een OP, paragraaf 2.2.

## Bijlage 1 Wijzigingen v20111115 ten opzichte van v20110701

### Algemeen

- Zorgproduct vervangen door DBC-zorgproduct.
- De grouper is vervangen door een grouper.
- ICC zorg/subtraject vervangen door ICC-zorg/subtraject
- IC zorg/subtraject vervangen door IC-zorg/subtraject
- Diagnosecombinatie tabel is vervangen door Diagnose Combinatie Tabel
- Tekstuele verbeteringen (o.a. schrijffouten, zinsopbouw)

### Wijzigingen per paragraaf

#### 2.1.1 Registreren

Voetnoot 4 m.b.t. het alternatieve koppelalgoritme is aangepast met een verwijzing naar het actuele document waarin dit is opgenomen.

#### 2.2 Definities van begrippen

Algemeen: De definities zijn tekstueel in overeenstemming gebracht met de nadere bepalingen van de NZa.

- Bij de Add-ons is beschreven dat een add-on gedeclareerd wordt bij de verzekeraar waar patiënt verzekerd is op moment van uitvoeren van de add-on.

Dure- en weesgenees-middelen, Stollingsfactoren  
Voor de stollingsfactoren is beschreven dat deze niet als Ondersteunend product worden gedeclareerd maar als Overige verrichting.

- Ondersteunende producten

Hierbij is in navolging van de NZa beleidsregel een NB opgenomen:

NB. Indien het OP leidt tot overname van de behandeling door de medisch specialist, kan een OP niet apart worden gedeclareerd. In dat geval maakt de OP zorgactiviteit deel uit van het te openen zorgtraject voor de medisch specialist.

- Overige producten

Hierbij is in navolging van de NZa beleidsregel een NB opgenomen:

NB. Indien het OVP leidt tot overname van de behandeling door de medisch specialist, kan een OVP niet apart worden gedeclareerd. In dat geval maakt de OVP zorgactiviteit deel uit van het te openen zorgtraject voor de medisch specialist.

- Overige trajecten en verrichtingen.

De definitie van Overige trajecten en verrichtingen is gesplitst en in lijn gebracht met de NZa nadere regels.

- Overige zorgproducten

Definitie van de NZa beleidsregel is hier opgenomen:

De prestaties binnen de medisch specialistisch zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten.

Overige zorgproducten bestaan uit een vijftal soorten prestaties, te weten add-ons, ondersteunende producten, overige producten, overige trajecten en overige verrichtingen.

- Zorgtype

Bij de voetnoot van zorgtype 52 opgenomen dat dit zorgtype ook geldt bij opname op de IC na verwijzing door een niet DBC registrerend specialisme (bv. kaakchirurgie)

#### 3.1 Openen zorgtraject

In deze paragraaf zijn de voorwaarden voor het openen van een zorgtraject (tekstueel) in lijn gebracht met de NZa nadere regel.

Een aantal aanvullende wijzigingen betreft:

- Bij paralleliteit is aangegeven dat aantoonbaar vanuit het medisch dossier moet blijken dat er sprake is van een andere zorgvraag.  
Middels voetnoot beschreven wat zorgprofielklasse 1, 2 en 3 zorgactiviteiten zijn.
- Voetnoten 15 en 16 zijn samengevoegd.

### 3.3 Sluiten subtraject

#### 3.3.1 Subtraject met zorgtype 11 of 21 (initiële en vervolgbehandeling)

Ook voor deze paragraaf geldt dat deze (tekstueel) in lijn is gebracht met de NZa nadere regel. Daarnaast zijn bij een aantal uitzonderingen wijzigingen doorgevoerd;

- 1.0000.1 Medicinale oncologische behandeling

Deze uitzondering is specifiek beschreven.

- 1.0320.1 Cardiologie

Voor het specialisme Cardiologie gelden voor het sluiten van subtrajecten dezelfde regels als voor het sluiten van DBC's. Deze regels waren niet voldoende duidelijk overgenomen uit de Instructie Cardiologie en zijn nu specifiek beschreven.

- 1.0327.1 Revalidatie Geneeskunde

De uitzonderingen voor SRB's en de algemene uitzondering voor Revalidatie geneeskunde is gesplitst in 12 A en 12 B.

- 2.0000.1 Stamceltransplantatie

De tekst 'maar ook bij het opnieuw starten van een eerdere fase' is verwijderd omdat meer oogstmomenten bij één en dezelfde stamceltransplantatiecyclus één en dezelfde fase van de behandeling betreffen.

- 2.0000.2 Transplantatiezorg

Deze uitzondering is specifiek beschreven, er is onderandere onderscheid gemaakt in sluitmomenten voor de ontvangers en de donoren.

- 2.0301.1 Oogheelkunde

De voorwaarde voor de uitzonderingsregel m.b.t. intravitreale injecties is verengd. In groep 1 zijn specifieke diagnosetyperingen benoemd waarvoor deze uitzonderingsregel van toepassing is; 503, 609, 652, 655, 657, 659, 704, 705, 707, 709, 754, 755, 757 en 759.

- 2.0301.2 Oogheelkunde

De uitzondering subretinale neovascularisatie is hernoemd naar (sub)retinale pathologie. De voorwaarde voor de uitzonderingsregel is verruimd. Diagnosecode 659 "Overige pathologie retina" is toegevoegd.

- Voetnoot 23 (was 24) is gelijkgetrokken met voetnoot 16 (was 17).
- Bij de in tempi uitzonderingen 14.3, 14.4, 14.5, 14.6 en 14.9 is beschreven dat het subtraject afgesloten wordt op het bij punt 14 genoemde moment conform de andere in tempi uitzonderingen.

#### 3.3.4 Zorgtrajecten met subtrajecten met zorgtype 51 en 52 (IC zorg/subtraject 51, 52 of Ondersteunend zorg/subtraject 51)

- Er is een uitleg opgenomen over het IC zorg/subtraject 51 dat nog loopt terwijl het bovenliggende subtraject van de hoofdbehandelaar wordt afgesloten.

## 4 Te registreren gegevens

### 4.1 Zorgtraject

- Bij punt 5 *verwijsgegevens* aangegeven dat bij een zorg traject subtraject zorgtype 52 verwijsgegevens vastgelegd dienen te worden bij verwijzing door een kaakchirurg.
- In de matrix is aangegeven dat interne verwijsgegevens van het Zorgtrajectnummer verwijzend specialisme niet verplicht zijn bij zorgtype 52.

### 4.3 Zorgactiviteiten

- Bij Dure- en weesgeneesmiddelen en stollingsfactoren is de omschrijving uit de NZa beleidsregel opgenomen en wordt verwezen naar bijlage 5 "Indicatie add-ons" en bijlage 6 "Indicatie stollingsfactoren" van de beleidsregel BR/CU- 2035 Prestaties en tarieven Medisch specialistische zorg.