

Externe integratie

DECLARATIE DBC/ZIEKENHUISZORG

ZH308/ZH309

Versie EI-standaarden: 7.2, versiedatum 01-05-2007

INVULINSTRUCTIES [INV]

Aanwijzingen bij het gebruik van het EI-bericht

Uitgave document: 5, uitgavedatum 16-12-2009

Kenmerk: ZH308-ZH309v7.2_INVu5.pdf

Adres- en contactgegevensCorrespondentieadres

Vektis cv
Postbus 703
3700 AS ZEIST

Telefoon: 030 – 8008 300

Bezoekadres

Vektis cv
Sparrenheuvel 18
3708 JE ZEIST

Helpdesk: helpdesk-EI@vektis.nl

Website: www.vektis.nl

Webapplicatie WESP: <http://ei.vektis.nl>

Webapplicatie EI-testportaal PORTES: <http://ei.vektis.nl/portes>

Webapplicatie testbestanden TOWER: <http://www.vektis.nl/tower>

De inhoud van deze publicatie is met de grootste zorgvuldigheid samengesteld. Wanneer er desondanks onjuistheden in mochten voorkomen, aanvaardt Vektis cv daarvoor geen aansprakelijkheid. Ook aanvaardt Vektis geen aansprakelijkheid voor enige directe of indirecte schade die zou kunnen ontstaan door het gebruik van de hierin aangeboden informatie.

Verveelvoudiging en verspreiding is toegestaan mits Vektis cv als bron wordt vermeld, danwel als bron herkenbaar blijft.

Vektis cv, Zeist

DECLARATIE DBC/ZIEKENHUISZORG

Deze invulinstructie hoort bij de volgende EI-standaard en documentatie:

- Berichtspecificatie ZH308, versie 7.2, versiedatum 01-05-2007;
- Berichtspecificatie ZH309, versie 7.2, versiedatum 01-05-2007;
- Standaardbeschrijving ZH308/ZH309, versie 7.2, versiedatum 01-05-2007.

Revisiehistorie EI-standaard

Versie EI-standaard	Uitgave document	Aard / reden wijzigingen	Datum uitgave
7.2	5	Toevoegen paragraaf voor medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).	16-12-2009
7.2	4	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achterin het document).	24-12-2008
7.2	3	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achterin het document).	24-11-2008
7.2	2	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achterin het document).	15-02-2008
7.2	1	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achterin het document).	16-07-2007
7.1	1	Correctief onderhoud (zie mutatieoverzicht achterin het document).	15-10-2006
7.0	1	Invoering Burgerservicenummer (BSN). Invoering format EI-declaratiestandaarden. Aanpassing codelijst retourinformatie. Inhoudelijke wensen partijen.	15-10-2006
6	4	Invoering DBC's	15-12-2005
5	2	Algehele actualisatie en herziening, Invoering WDS (Wijziging Declaratie Structuur) Toevoeging DTD's en invulinstructies.	01-06-2004
5	1	Aanpassingen aan zorginhoudelijke ontwikkelingen	31-12-1998
4		N.v.t.	
3	1	Algehele herziening	01-01-1997

Doelgroepen

- Zorgverzekeraars (ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en zorgkantoren);
- Ziekenhuizen: algemeen (inclusief PAAZ), categoriaal, streek-, academisch; exclusief psychiatrisch;
- ZBC's (Zelfstandig Behandel Centrum);
- Audiologische centra;
- Huisartsenlaboratoria;

- Trombosediensten;
- Servicebureaus (clearinghouses, factoringbureaus);
- Maatschappen van medisch specialisten;
- Extramurale medisch specialisten;
- Dialysecentra;
- Radiotherapeutische centra;
- Revalidatiecentra;
- Epilepsiecentra;
- Longrevalidatie en astmacentra;
- Kaakchirurgen

Status

De zevende versie van de EI-standaard is opgesteld in afstemming met Zorgverzekeraars Nederland, zorgverzekeraars, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), alsmede zorgaanbieders en softwareleveranciers van zorgaanbieders.

De EI-standaard is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland.

Het eerste correctief onderhoud heeft plaatsgevonden op 15 oktober 2006. De desbetreffende correcties zijn integraal en direct doorgevoerd in de EI-declaratiestandaarden en bijbehorende documenten. Deze correctieronde heeft geleid tot een subversieverhoging van de EI-standaarden van 0 naar 1.

In een tweede correctieronde op 1 december 2006 is er sprake geweest van marginaal onderhoud.

In een derde correctieronde op 15 maart 2007 is er wederom sprake geweest van marginaal onderhoud.

In een vierde correctieronde op 27 april 2007 is er sprake geweest van groot onderhoud als gevolg van foutmeldingen en wijzigingsaanvragen tijdens het bouw- en testtraject van de nieuwe EI-declaratieberichten. Naar aanleiding van behoefte daartoe is een nadere precisering aangebracht in de verwijsinformatie op 15 februari 2008.

Beheer EI-standaarden

De EI-standaarden worden functioneel beheerd door Zorgverzekeraars Nederland.

Het technisch beheer wordt uitgevoerd door Vektis cv.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	7
2. Generieke invulinstructie EI Declaratie DBC/ziekenhuiszorg	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Invulinstructie per gegevenselement	9
2.2.1 Kenmerk record	9
2.2.2 Adres-identificatievelden bij verschillende berichtstromen	10
2.2.3 Identificatie detailrecord	18
2.2.4 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde, verzekerdennummer	19
2.2.5 Naam verzekerde (01) (02), Naamcode/naamgebruik (01) (02) (03)	20
2.2.6 Voorvoegsel verzekerde (01) (02)	21
2.2.7 Huisnummer (huisadres) verzekerde	22
2.2.8 Huisnummer (huisadres) debiteur	22
2.2.9 Soort relatie debiteur	22
2.2.10 Tarief prestatie/kosten & honorarium (incl. BTW)	22
2.2.11 Berekend bedrag (incl. BTW)	22
2.2.12 Declaratiebedrag (incl. BTW)	22
2.2.13 Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding	23
2.2.14 Werken met de grondslag	23
2.2.15 Referentienummer dit prestatie record	24
3. Generieke invulinstructie EI Retourbericht Declaratie DBC/ziekenhuiszorg	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Bestandscontroles en voorbeeld vulling retourbericht	25
3.3 Recordcontroles en voorbeeld vulling retourbericht	29
4. Specifieke invulinstructie EI Declaratie DBC/ziekenhuiszorg	32
4.1 Inleiding	32
4.2 Specifieke invulinstructie per gegevenselement	32
4.2.1 Instellingscode	33
4.2.2 Verwijsinformatie	33
4.2.3 Bedrag inhouding (incl. BTW)	33
4.2.4 Referentienummer dit tariefrecord	34
4.3 Richtlijnen DBC-declaratie	34
4.4 Specifieke punten aangaande DBC-declaraties	41
4.4.1 DBC-declaratiemodel	41
4.4.2 Ondersteuning van collega poortspecialismen	41
4.4.3 DBC-declaratie in principe door een instelling	42
4.4.4 DBC-kostentarief	42
4.4.5 Kaderregeling AO/IC	42

4.4.6	Nieuwe begrippen.....	42
4.4.7	Declaratiecode en prestatiecode	42
4.4.8	Tariefopbouw en tarieflijsten	43
4.4.9	Per notaregel een bedrag	43
4.4.10	Controle op DBC-componenten.....	44
4.4.11	Declaratie van overige trajecten en verrichtingen (beleidsregel I-792)	44
4.4.12	Declaratie van ondersteunende en overige producten	45
4.4.13	Overlopende DBC's	46
4.4.14	Declaraties kaakchirurgie	48
4.4.15	Gecombineerd of gesplitst declareren	48
4.4.16	DBC-profiel verandert niet door onderhandelingen in het B-segment	50
4.4.17	Declaratie met een afwijkende specialismecode	51
4.4.18	Privacy maskering (alleen voor DBC's geopend vóór 01-01-2006)	51
4.4.19	Medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT)	52
4.5	WDS (wijziging declaratiestructuur) bij DBC's	53
4.6	CTG-circulaires.....	55
4.7	Verrichtingen declaraties – oude stijl – aandachtspunten.....	56
4.7.1	Declaratiebedragen van deelverrichtingen/trajecten.....	56
4.7.2	Soort behandeling	56
4.7.3	WDS-declaratie – oude stijl	57
5.	Bijlagen	58
5.1.	Mutatieoverzicht	58

1. Inleiding

Dit document betreft een invulinstructie bij het gebruik van de standaarden Externe integratie (Retourinformatie) Declaratie DBC/ziekenhuiszorg ZH308/ZH309, versie 7.2, 01-05-2007.

De invulinstructie heeft tot doel informatie te geven over hoe de soms complexe situaties in de werkelijkheid zijn te vertalen naar het vullen van één of meer rubrieken in de EI-standaard. In het document Standaardbeschrijving Externe integratie Declaratie DBC/ziekenhuiszorg (ZH308-ZH309v7.2_STBu[x].pdf) staan de hoofdlijnen vermeld. In de Standaardbeschrijving (STB) en in de Berichtspecificaties (BER) is echter onvoldoende ruimte om alle bijzonderheden per soort zorg in voldoende mate te verantwoorden.

De invulinstructie bevat een generiek deel en een specifiek deel. Het generieke deel sluit aan bij de gegevens in het generiek format voor de EI-declaratiestandaarden. Het specifieke deel behoort bij de gegevens die specifiek zijn voor deze EI-standaard.

2. Generieke invulinstructie EI Declaratie DBC/ziekenhuiszorg

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor verschillende gegevens of groepen van gegevens die voorkomen in het generiek format voor de EI-declaratiestandaarden. De invulinstructie heeft betrekking op alle soorten zorg. In het geval er specifieke oplossingen (uitzonderingen zijn), dan worden deze per soort zorg benoemd.

Tabel 2-1 toont een overzicht van de gegevens (groepen) met een verwijzing naar de desbetreffende rubriek(en).

Tabel 2-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)

Rubriekn r.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Par. nr.
0101 0201 0301 0401 0501 0601 0701 9801 9901	Kenmerk record	COD001-VEK4		2.2.1
0108 0109 0110 0111 0112	UZOVI-nummer Code servicebureau Zorgverlenerscode Praktijkcode Instellingscode	COD061-VEKT COD377-VEKT COD009-VEKT COD181-VEKT COD031-VEKT	0203, 0204, 0205, 0207, 0303, 0403, 0404, 0405, 0503, 0504, 0505, 0603, 0604, 0605, 0703, 0704, 0705	2.2.2
0202 0302 0402 0502 0602 0702 9802	Identificatie detailrecord	NUM040-VEKT		2.2.3

Rubrieknr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Par. nr.
0203 0403 0503 0603 0703	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	NUM313-GBA	0207	2.2.4
0205 0405 0505 0605 0705	Verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer)	NUM003-ZNET	0207	
0210 0213 0209 0212 0216	Naam verzekerde (01) Naam verzekerde (02) Naamcode/ naamgebruik (01) Naamcode/ naamgebruik (02) Naamcode/ naamgebruik (03)	NAM193-NEN NAM191-NEN COD700-NEN1 COD701-NEN1 COD829-NEN1	0307, 0310, 0306, 0309, 0313	2.2.5
0211 0214	Voorvoegsel verzekerde (01) Voorvoegsel verzekerde (02)	NAM194-NEN NAM192-NEN	0308, 0311	2.2.6
0219	Huisnummer (huisadres) verzekerde	NUM030-NEN		2.2.7
0316	Huisnummer (huisadres) debiteur	NUM098-NEN		2.2.8
0326	Soort relatie debiteur	COD819-VEKT	0223	2.2.9
0619	Tarief prestatie/kosten & honorarium (incl. BTW)	BED069-VEKT		2.2.10
0622	Berekend bedrag (incl. BTW)	BED153-VEKT		2.2.11
0627	Declaratiebedrag (incl. BTW)	BED020-VEKT		2.2.12
0425	Referentienummer dit prestatierecord	NUM362-VEKT		2.2.15

2.2 Invulinstructie per gegevenselement

2.2.1 Kenmerk record

Hoe worden de recordtypen uniek geïdentificeerd?

Elk recordtype heeft een eigen nummer. Het gegevenselement KENMERK RECORD identificeert het recordtype van elk record in het te versturen/ontvangen bestand. Het kenmerk record is in de beschrijving van de recordlay-out te herkennen aan het eerste cijfer van het nummer van het gegevenselement (in de eerste kolom). Bijvoorbeeld '01' staat voor het recordtype 'voorlooprecord'.

2.2.2 Adres-identificatievelden bij verschillende berichtstromen

In het declaratieberichtenverkeer zijn 3 berichtstromen te onderkennen:

- a) declaratie-indiening van de zorgaanbieder bij een zorgverzekeraar [ZA → ZV];
- b) declaratie-indiening van de zorgaanbieder bij een servicebureau [ZA → SB]; deze kan de declaratie namens de zorgaanbieder verder afhandelen hetzij direct met de cliënt hetzij met de zorgverzekeraar;
- c) declaratie-indiening van een servicebureau bij een zorgverzekeraar [SB → ZV].

Deze verschillende stromen hebben gevolgen voor de adressering in het voorlooprecord en andere identificerende gegevens in het bericht. De schakel die bestaat uit het declaratieportaal VECOZO, heeft geen gevolgen voor de invulling van het declaratiebericht.

De wijze van adresseren is ook afhankelijk vanuit welke omgeving de zorgaanbieder de declaratie verstuurt:

- a) de zorgaanbieder is werkzaam in een praktijk;
- b) de zorgaanbieder is werkzaam in een instelling;
- c) de zorgaanbieder betreft een vervoerder of een leverancier van hulpmiddelen.

In de volgende tabel staat beschreven welke velden op welke wijze men dient te vullen bij de verschillende scenario's; dus bij de combinatie van berichtstroom en de werkomgeving van de zorgaanbieder.

Tabel 2-2 Vulling adres-/identificatievelden bij verschillende berichtstromen

berichtstroom werkomgeving zorgaanbieder	ZA → ZV			ZA → SB			SB → ZV		
	ZA in praktijk	ZA = instelling	Lcv.hulp.m./vervoer *	ZA in praktijk	ZA = instelling	Lcv.hulp.m./vervoer *	ZA in praktijk	ZA = instelling	Lcv.hulp.m./vervoer *
scenario	1A	1B	1C	2A	2B	2C	3A	3B	3C
VOORLOOPRECORD									
0108 UZDVI-nummer	UZDVI-nr. X	UZDVI-nr. X	UZDVI-nr. X	niet vullen	niet vullen	niet vullen	UZDVI-nr. X	UZDVI-nr. X	UZDVI-nr. X
0109 Servicebureau	niet vullen	niet vullen	niet vullen	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau	AGB-code servicebureau
0110 Zorgverlenerscode	AGB-code zorgverlener	niet vullen	AGB-code zorgverlener	AGB-code zorgverlener	niet vullen	AGB-code zorgverlener	AGB-code zorgverlener	niet vullen	AGB-code zorgverlener
0111 Praktijkcode	AGB-code praktijk	niet vullen	niet vullen	AGB-code praktijk	niet vullen	niet vullen	AGB-code praktijk	niet vullen	niet vullen
0112 Instellingscode	niet vullen	AGB-code instelling	niet vullen	niet vullen	AGB-code instelling	niet vullen	niet vullen	AGB-code instelling	niet vullen
0113 Identificatiecode betaling aan	code 02 of 03	code 04	code 02	code 02 of 03	code 04	code 02	code 01, 02 of 03	code 01 of 04	code 01 of 02
VERZEKERDERECORD									
0203 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	BSN			UZDVI-nr. X of ander UZDVI-nr. Verz.nr. AA Pat.nr. BB					
0204 UZDVI-nummer									
0205 Verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer)									
0207 Patientidentificatienummer (patientnummer)									
Debiteurnummer	niet vullen			Debiteurnr. DD			niet vullen		
DEBITEURRECORD	NIET GEBRUIKEN						NIET GEBRUIKEN		
0303 Debiteurnummer	niet vullen			= Debiteurnr. Verzekerderecord			niet vullen		
PRESTATIARECORD									
0403 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde				= BSN Verzekerderecord = UZDVI-nr. Verzekerderecord = Verzekerdennr. Verzekerderecord					
0404 UZDVI-nummer									
0405 Verzekerdennummer (inschrijvingsnummer, relatienummer)									
Doorsturen toegestaan									
	code 1 (ja)			code 1 (ja) of code 2 (nee)			code 1 (ja)		

ZA = zorgaanbieder
ZV = zorgverzekeraar
SB = servicebureau

* Leveranciers van hulpmiddelen en vervoerorganisaties beschikken uitsluitend over een AGB-zorgverlenerscode!

Identificatiecode schakel berichtenverkeer	01 Servicebureau
	02 Zorgverlener
	03 Praktijk
	04 Instelling

Gezondheidscentrum, samenwerkingsverband, rechtspersoon

Hieronder volgt een beschrijving van de wijze van adresseren van een EI-bericht in het geval een gezondheidscentrum, een samenwerkingsverband of een rechtspersoon de declaratie verstuurt.

Algemene uitgangspunten:

- De invulinstructie heeft tot doel aan te geven wie declareert en daarmee aan wie betaalt dient te worden.
- Een partij die declareert *namens* een andere partij voert de administratie met betrekking tot de door die ene partij geleverde zorg, echter is niet tegelijk de declarant. De ontvanger van de declaratie dient te betalen aan de partij namens wie de declaratie is verstuurd.
- Een partij die declareert *uit eigen naam* voert de administratie met betrekking tot de door één of meerdere partijen geleverde zorg en is tevens declarant. De ontvanger van de declaratie dient te betalen aan de partij, die uit eigen naam declareert.
- Het is aan een zorgverzekeraar om met een zorgverlener (contractueel) af te spreken of er *namens* of *uit eigen naam* gedeclareerd gaat worden.

1 Gezondheidscentrum (zorgverlenersoort = 37), samenwerkingsverband (zorgverlenersoort = 53)

Algemeen uitgangspunt:

- Omdat niet met zekerheid is vast te stellen of er gezondheidscentra zijn (niet in AGB, maar mogelijk in de werkelijkheid wel) met meerdere praktijken (van dezelfde beroepsgroep), heeft de invulinstructie betrekking op zowel de situatie van één praktijk per beroepsgroep per gezondheidscentrum als de situatie van meerdere praktijken per beroepsgroep per gezondheidscentrum.

Algemene regels:

- In het geval een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband declareert *namens*¹ één individuele zorgverlener of één praktijk, dan dient de praktijk en de individuele zorgverlener in de declarantrubrieken in het voorlooprecord te worden gevuld, en zien we het gezondheidscentrum of het samenwerkingsverband daarin niet terug.
- In het geval een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband declareert *uit eigen naam* en het betreft de zorg geleverd in één of meer praktijken en/of door één of meer individuele zorgverleners al dan niet in loondienst, dan dient het gezondheidscentrum of het samenwerkingsverband in een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevuld.

Hieronder volgt een uitwerking van deze algemene regels.

¹ Een gezondheidscentrum of samenwerkingsverband kan binnen de EI-declaratiestandaarden, 1 mei 2007, niet tegelijkertijd, dat wil zeggen binnen één declaratie, namens meerdere zorgverleners of praktijken declareren. Dit omdat niet duidelijk is aan welke zorgverlener of praktijk de betaling dient te gebeuren.

1A. Als een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband een declaratie *namens* één individuele zorgverlener of één individuele praktijk verstuurt, dan dient een wijze van vullen van de declarantrubrieken in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1A, 2A of 3A van tabel 2-2 in deze paragraaf van de invulinstructie.

Hierbij wordt in de zorgverlenerscode (0110) de AGB-code van de praktijkhouder en in de praktijkcode (0111) de AGB-code van de praktijk gevuld. Het gezondheidscentrum of het samenwerkingsverband zien we niet in een declarantrubriek terug.

1B. Als een gezondheidscentrum of een samenwerkingsverband declareert *uit eigen naam* en het betreft de zorg geleverd in één of meer praktijken en/of door één of meer individuele zorgverleners al dan niet in loondienst, dan dient een wijze van vullen van een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1B, 2B of 3B van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de instellingscode (0112) de AGB-code van het gezondheidscentrum of het samenwerkingsverband gevuld.

2 Rechtspersoon (zorgverlenersoort = 17)

Algemene regels:

- In het geval een rechtspersoon *namens* één praktijk, één gezondheidscentrum, één samenwerkingsverband of één individuele zorgverlener declareert, dan dient in de declarantrubrieken in het voorlooprecord de praktijk en de individuele zorgverlener, het gezondheidscentrum, het samenwerkingsverband of de individuele zorgverlener te worden gevuld en zien we de rechtspersoon daarin niet terug.
- In het geval een rechtspersoon declareert *uit eigen naam* en het betreft de zorg geleverd in één of meer praktijken, gezondheidscentra en/of samenwerkingsverbanden, dan dient in een declarantrubriek in het voorlooprecord de rechtspersoon te worden gevuld.

Hieronder volgt een uitwerking van deze algemene regels.

2A. In het geval een rechtspersoon een declaratie *namens* één praktijk verstuurt, dan dient een wijze van vullen van de declarantrubrieken in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1A, 2A of 3A van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de zorgverlenerscode (0110) de AGB-code van de zorgverlener in de praktijk en in de praktijkcode (0111) de AGB-code van de praktijk gevuld.

2B. In het geval een rechtspersoon een declaratie *namens* één gezondheidscentrum (of één samenwerkingsverband) verstuurt, dan dient een wijze van vullen van een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1B, 2B of 3B van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de instellingscode (0112) de AGB-code van het gezondheidscentrum (of het samenwerkingsverband) gevuld.

NB. In feite komt deze uitgewerkte regel overeen met de regel 1B bij gezondheidscentrum en samenwerkingsverband.

2C. In het geval een rechtspersoon een declaratie *namens* één leverancier hulpmiddelen of één vervoerder verstuurt, dan dient een wijze van vullen van een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1C, 2C of 3C van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de zorgverlenerscode (0110) de AGB-code van de leverancier hulpmiddelen of de vervoerder gevuld.

2D. In het geval een rechtspersoon declareert *uit eigen naam* en het betreft de zorg geleverd in één of meer praktijken, gezondheidscentra en/of samenwerkingsverbanden, dan dient een wijze van vullen van een declarantrubriek in het voorlooprecord te worden gevolgd, die overeenkomt met de kolommen 1B, 2B of 3B van tabel 2-2.

Hierbij wordt in de instellingscode (0112) de AGB-code van de rechtspersoon gevuld.

Dit houdt verband met het feit dat een rechtspersoon in AGB te zijner tijd als instelling genoteerd zal gaan worden.

Ad 1 Invulvoorbeelden gezondheidscentrum (of samenwerkingsverband)

Uitgangssituatie 1

Een gezondheidscentrum A heeft AGB-code : 37.000320

Het gezondheidscentrum heeft alleen zorgverleners in loondienst:

- paramedisch:

- zorgverlenerscode: 04.003344

- zorgverlenerscode: 04.004433

- zorgverlenerscode: 04.005566

- huisarts

- zorgverlenerscode: 01.007788

- zorgverlenerscode: 01.008877

Casus 1 Gezondheidscentrum declareert paramedische hulp

Het gezondheidscentrum declareert *uit eigen naam* de paramedische hulp, de vulling van de declarantrubriek in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 00000000

- 0111 Praktijkcode 00000000

- 0112 Instellingscode 37000320

Deze casus volgt de algemene regel 1B voor een gezondheidscentrum of rechtspersoon.

Uitgangssituatie 2

Een gezondheidscentrum A heeft AGB-code : 37.000321

Het gezondheidscentrum heeft:

- praktijk 1 paramedisch:
 - praktijk met AGB-code: 04.00120
 - praktijk heeft de volgende zorgverleners :
 - zorgverlenerscode: 04.003333 (praktijkhouder)
 - zorgverlenerscode: 04.004444
 - zorgverlenerscode: 04.005555
- praktijk 2 huisarts
 - praktijk met AGB-code: - 01.00123
 - praktijk heeft de volgende zorgverleners :
 - zorgverlenerscode: 01.006666
 - zorgverlenerscode: 01.007777
 - zorgverlenerscode: 01.008888
- praktijk 3 paramedisch:
 - praktijk met AGB-code: 04.00456
 - praktijk heeft de volgende zorgverlener:
 - zorgverlenerscode: 04.009999

Casus 1 Gezondheidscentrum declareert namens praktijk 1

Het gezondheidscentrum declareert de paramedische hulp *namens* één praktijk (1), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 04003333 (dit is de praktijkhouder voor de zorgverzekeraar).
- 0111 Praktijkcode 04000120
- 0112 Instellingscode 00000000

Deze casus volgt de algemene regel 1A voor een gezondheidscentrum of rechtspersoon.

Casus 2 Gezondheidscentrum declareert namens individuele zorgverlener

Het gezondheidscentrum declareert de huisartsenhulp *namens* één individuele zorgverlener (1), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 01007777
- 0111 Praktijkcode 01000123
- 0112 Instellingscode 00000000

Deze casus volgt de algemene regel 1A voor een gezondheidscentrum of een rechtspersoon.

Casus 3 Gezondheidscentrum declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1 en 3

Het gezondheidscentrum declareert tegelijk *uit eigen naam* de paramedische hulp geleverd in meerdere praktijken (1 én 3), de vulling van de declarantrubriek in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 37000321

Deze casus volgt de algemene regel 1B voor een gezondheidscentrum of rechtspersoon.

Casus 4 Gezondheidscentrum declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 2

Het gezondheidscentrum declareert *uit eigen naam* de huisartsenhulp geleverd in één praktijk (2), de vulling van de declarantrubriek in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 37000321

Deze casus volgt de algemene regel 1B voor een gezondheidscentrum of rechtspersoon.

Ad 2 Invulvoorbeelden rechtspersoon

Uitgangssituatie 1

Een rechtspersoon A heeft AGB-code : 17.003000

Rechtspersoon A is rechtspersoon voor:

- praktijk paramedisch:
 - praktijk met AGB-code: 04.00130
- praktijk 1 heeft de volgende zorgverleners :
 - zorgverlenerscode: 04.003336
 - zorgverlenerscode: 04.004447
 - zorgverlenerscode: 04.005558
- gezondheidscentra:
 - gezondheidscentrum 1 met AGB-code: 37.000547
 - gezondheidscentrum 2 met AGB-code: 37.000669

Casus 1 Rechtspersoon A declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1

Rechtspersoon A declareert *uit eigen naam* de paramedische hulp geleverd in één praktijk, de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 17003000

Deze casus volgt de algemene regel 2D voor een rechtspersoon.

Uitgangssituatie 2

Een rechtspersoon B heeft AGB-code : 17.002000

Rechtspersoon B is rechtspersoon voor:

- praktijken paramedisch:
 - praktijk 1 met AGB-code: 04.00120
 praktijk 1 heeft de volgende zorgverleners :
 - zorgverlenerscode: 04.003333 (praktijkhouder)
 - zorgverlenerscode: 04.004444
 - zorgverlenerscode: 04.005555
- praktijk 2 met AGB-code: 04.00123
- gezondheidscentra:
 - gezondheidscentrum 3 met AGB-code: 37.000543
 - gezondheidscentrum 4 met AGB-code: 37.000665

Casus 1 Rechtspersoon B declareert namens praktijk 1

Rechtspersoon B declareert de paramedische hulp *namens* één praktijk (1), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 04003333 (dit is de praktijkhouder voor de zorgverzekeraar).
- 0111 Praktijkcode 04000120
- 0112 Instellingscode 00000000

Deze casus volgt de algemene regel 2A voor een rechtspersoon.

Casus 2 Rechtspersoon B declareert uit eigen naam de zorg geleverd in praktijk 1 en 2

Rechtspersoon B declareert tegelijk *uit eigen naam* de paramedische hulp geleverd in meerdere praktijken (1 én 2), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 17002000

Deze casus volgt de algemene regel 2D voor een rechtspersoon.

Casus 3 Rechtspersoon B declareert namens gezondheidscentrum 3

Rechtspersoon B declareert *namens* één gezondheidscentrum (3), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 37000543

Deze casus volgt de algemene regel 2B voor een rechtspersoon.

Casus 4 Rechtspersoon B declareert namens gezondheidscentrum 3 en 4

Rechtspersoon B declareert tegelijk *uit eigen naam* de zorg geleverd in meerdere gezondheidscentra (3 én 4), de vulling van de declarantrubrieken in het voorlooprecord is:

- 0110 Zorgverlenerscode: 00000000
- 0111 Praktijkcode 00000000
- 0112 Instellingscode 17002000

Deze casus volgt de algemene regel 2D voor een rechtspersoon.

2.2.3 Identificatie detailrecord

Hoe worden de records uniek geïdentificeerd?

Een record wordt uniek geïdentificeerd in het gegeven IDENTIFICATIE DETAILRECORD. Dit gegevenselement geeft elk record binnen een recordtype in het bestand een volgnummer. De detailrecords worden door het bestand heen doorgenummerd. Het voorloop- en sluitrecord zijn geen detailrecords en kennen dus dit gegevenselement niet.

De combinatie KENMERK RECORD EN IDENTIFICATIE DETAILRECORD benoemt het type en maakt elk detailrecord in het bestand uniek.

Wat betreft het commentaarrecord: de identificatie detailrecord hiervan dient gelijk te zijn aan het identificatie detailrecord van het record waar het betrekking op heeft. Een identificatie detailrecordnummer is dus niet uniek in een bestand.

Tabel 2-3 Invulvoorbeeld Identificatie detailrecord

Kenmerk Record	Identificatie detailrecord	Omschrijving Recordtype en relatie
01	n.v.t.	Voorlooprecord
02	000000000001	Verzekerdenrecord verzekerde A
98	000000000001	Commentaarrecord bij verzekerdenrecord van verzekerde A
04	000000000002	Prestatierecord van verzekerde A
05	000000000003	Opnamerecord x van verzekerde A
06	000000000004	Tariefrecord x van verzekerde A
98	000000000004	Commentaarrecord bij tariefrecord x van verzekerde A
06	000000000005	Tariefrecord y van verzekerde A
02	000000000006	Verzekerdenrecord van verzekerde B
04	000000000007	Prestatierecord van verzekerde B
05	000000000008	Opnamerecord x van verzekerde B
06	000000000009	Tariefrecord x van verzekerde B
98	000000000009	Commentaarrecord bij tariefrecord x van verzekerde B
	Et cetera	
99	n.v.t.	Sluitrecord

Opmerkingen

1. Het Voorlooprecord en het Sluitrecord hebben geen Identificatie detailrecord.
2. Het Commentaarrecord is niet verplicht om op te nemen in de berichten.
3. De identificatie detailrecord van het Commentaarrecord is gelijk aan de identificatie detailrecord van het detailrecord waar het desbetreffende Commentaarrecord bij hoort.
4. Het Totaal aantal voorafgaande detailrecords in het sluitrecord is de optelling van de detailrecords, inclusief het aantal commentaarrecords.

2.2.4 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde, verzekerdenummer

Hieronder volgt een overzicht hoe om te gaan met het vullen van het Burgerservicenummer (BSN) verzekerde en het verzekerdenummer in relatie tot de EI-declaratiestandaarden.

Dit overzicht gaat uit van een *big-bang*-situatie voor de invoering van het BSN; hierbij is een eventuele overgangsfase nog buiten beschouwing gelaten.

Tabel 2-4 Gebruik BSN en verzekerdenummer

BSN in productie? ¹	Nee	Ja	Ja
Patiënt heeft BSN (en is bekend bij zorgaanbieder)?	N.v.t.	Nog niet / nee ²	Ja
Burgerservicenummer (BSN) verzekerde [M]	Verplicht vullen met dummywaarde (9x9).	Verplicht vullen met dummywaarde (9x9).	Is unieke identificatie. Verplicht vullen met BSN. ZV wijst incorrecte combinatie BSN en geboortedatum af.
Verzekerdenummer [C]	Is unieke identificatie. Verplicht vullen. ZV kan foutief verzekerdenummer afwijzen. ZV wijst incorrecte combinatie met geboortedatum af.	Is nog unieke identificatie. Verplicht vullen. ZV kan foutief verzekerdenummer afwijzen. ZV wijst incorrecte combinatie met geboortedatum af.	Niet verplicht om te vullen. ZV mag foutief verzekerdenummer niet meer afwijzen.

¹ BSN wettelijk geregeld. BSN is vooralsnog niet door de Eerste Kamer goedgekeurd en de wet 'Algemene bepalingen burgerservicenummer' is nog niet van kracht.

² Er is een hele kleine populatie die blijvend geen BSN heeft, maar toch verzekerd is.

2.2.5 Naam verzekerde (01) (02), Naamcode/naamgebruik (01) (02) (03)

Wat wordt in technische zin verstaan onder een achternaam?

De NEN 1888 (nl) beschrijft de achternaam als volgt: “significant deel van de achternaam: de achternaam zonder voorvoegsel en zonder de scheidingsspatie volgend op het voorvoegsel”.

Op welke wijze wordt het gegeven naamcode/naamgebruik gevuld?

Het gebruik van de naam van een verzekerde of cliënt of zijn/haar relatie volgt in de EI-berichten de NEN 1888. Dit houdt in dat achternaam, voorvoegsel en voorletters gescheiden worden weergegeven. Daarbij wordt in de aanduiding NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (01 en 02) de toepassing van de achternaam (bijvoorbeeld geboortenaam of naam van echtgenoot) gecodeerd weergegeven.

Bovendien wordt aan de hand van de aanduiding NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (03) gecodeerd de tenaamstelling aangegeven. Hiermee bepaalt men onder meer de volgorde in het gebruik van de geboortenaam en naam van de echtgenoot bij correspondentie. Het vullen van de NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (03) van de verzekerde of debiteur hangt dus af van hoe de verzekerde of relatie zijn/haar naam hanteert.

Toepassing

In de EI-declaratieberichten wordt het eerste naamcode/naamgebruik-veld gebruikt voor het vullen van de geboortenaam (GBA) van de verzekerde. Het tweede naamcode/naamgebruik-veld wordt dan gebruikt voor het vullen van de naam van de partner. Hier kan ook sprake zijn van een alternatieve naam; bijvoorbeeld: een kind kan de naam van de moeder overnemen na een scheiding van de ouders.

(Toegestane) waarden

De codetabellen NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (01) COD700, (02) COD701 en (03) COD829 zijn identiek en bevatten de volgende relevante waarden:

- 0 onbekend (NB.: of niet van toepassing in geval van NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (02))
- 1 eigen naam
- 2 naam echtgenoot of geregistreerd partner of alternatieve naam
- 3 naam echtgenoot of geregistreerd partner gevolgd door eigen naam
- 4 eigen naam gevolgd door naam echtgenoot of geregistreerd partner

Opmerking: met “eigen naam” wordt de geboortenaam bedoeld.

Tabel 2-5 Toegestane waarden per naamcode/naamgebruik

Gegevens-element	Toegestane waarde
NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (01)	1
NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (02)	2, 0 (indien verzekerde / debiteur geen partner heeft)

Gegevens-element	Toegestane waarde
NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (03)	0 toegestaan, indien de declaratie naar de zorgverzekeraar gaat 1, 2, 3 en 4 indien de declaratie naar een servicebureau gaat

Invulvoorbeeld naamgebruik

Tabel 2-6 toont enkele voorbeelden voor de diverse naamgegevens en het naamgebruik. Het gegeven NAAMCODE/NAAMGEBRUIK wordt in samenhang met NAAM VERZEKERDE (01) en NAAM VERZEKERDE (02) gevuld. De heer Joosten en mevrouw Verduijn zijn partners. De naam van mevrouw Verduijn kan op verschillende manieren opgenomen worden. NB.: NAAMCODE/NAAMGEBRUIK (03) is alleen relevant voor een servicebureau!

Tabel 2-6 Invulvoorbeeld naamgebruik

Code geslacht	Naam verzekerde (01)	Naam-code (01)	Naam verzekerde (02)	Naam-code (02)	Naam-code (03)	Resultaat van naamcodes	Correspondentienaam (tenaamstelling)
1 (man)	Joosten	1	<spaties>	0 (n.v.t.)	1	<i>Eigen naam</i> van mijnheer.	Dhr. Joosten
2 (vrouw)	Verduijn	1	<spaties>	0 (n.v.t.)	1	<i>Eigen naam</i> van mevrouw.	Mw. Verduijn
2 (vrouw)	Verduijn	1	Joosten	2	2	<i>Naam echtgenoot.</i>	Mw. Joosten
2 (vrouw)	Verduijn	1	Joosten	2	3	<i>Naam echtgenoot</i> gevolgd door <i>eigen naam</i> van mevrouw.	Mw. Joosten-Verduijn
2 (vrouw)	Verduijn	1	Joosten	2	4	<i>Eigen naam</i> van mevrouw gevolgd door <i>naam echtgenoot.</i>	Mw. Verduijn-Joosten

2.2.6 Voorvoegsel verzekerde (01) (02)

In geval van een samengestelde naam, waarbij elke naam een voorvoegsel heeft, wordt in het volgende voorbeeld de velden gevuld:

Samengestelde naam is: van der Steen-van Voorst tot Voorst (notatie conform de NEN).

Tabel 2-7 Samengestelde namen met voorvoegsels

...
Naam verzekerde (01) Steen

Voorvoegsel verzekerde (01)	van der
...	
Naam verzekerde (02)	Voorst tot Voorst
Voorvoegsel verzekerde (02)	van
...	

2.2.7 Huisnummer (huisadres) verzekerde

Verplicht vullen tenzij de verzekerde geen officieel huisnummer heeft. In dat geval vullen met nullen (00000).

2.2.8 Huisnummer (huisadres) debiteur

Verplicht vullen tenzij de debiteur geen officieel huisnummer heeft. In dat geval vullen met nullen (00000).

2.2.9 Soort relatie debiteur

Als de zorgaanbieder in het verzekerdenrecord aangeeft dat de cliënt overleden is (waarde "1" = Indicatie cliënt overleden), dient hij/zij in het debiteurrecord de soort relatie debiteur in te vullen. Bijvoorbeeld de waarde '23' (= erven van). Dit gegeven gebruikt een servicebureau om met zorgvuldigheid met perso(o)n(en) te corresponderen. Uiteraard geldt deze richtlijn alleen, als de zorgaanbieder het bericht naar een servicebureau stuurt.

2.2.10 Tarief prestatie/kosten & honorarium (incl. BTW)

Het normbedrag per door de NZa (Nederlandse Zorg autoriteit) bepaalde onderscheiden zorgproduct/prestatie. Het normbedrag is vastgesteld door de NZa, als het een landelijk geldend tarief betreft. Het normbedrag is contractueel overeengekomen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, als het een vrij tarief betreft.

2.2.11 Berekend bedrag (incl. BTW)

Het berekend bedrag geeft weer wat de zorgverlener berekend heeft als totaalprijs voor de desbetreffende declaratieregel, ongeacht wie het betaalt. Het bedrag dat de zorgaanbieder voor de geleverde zorg maximaal in rekening mag brengen is gebonden aan landelijke regels en generieke afspraken met de verzekeraar waarvoor de declaratie is bestemd. Dit bedrag geldt als grondslag voor de vergoeding van gemaakte zorgkosten. De samenstellende elementen van het berekende bedrag dienen in de declaratie zichtbaar te zijn. Hierbij kan gedacht worden aan velden voor aantal prestaties, toeslagpercentage, afslagpercentage en bedrag inhouding.

2.2.12 Declaratiebedrag (incl. BTW)

Het declaratiebedrag is het deel van het berekende bedrag dat de zorgverlener daadwerkelijk in rekening brengt bij de ontvanger van de desbetreffende declaratieregel. Deze vordering van de verzender op de ontvanger van de nota is het berekende bedrag minus niet geclaimde bedragen op basis van polisvoorwaarden (persoonsgebonden) en/of afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over

declaratieafhandeling. Hierbij kan gedacht worden aan eigen bijdrage, eigen risico, maximering van bedragen of een combinatie daarvan. Het gaat veelal om bedragen die de zorgverlener al heeft ontvangen of via een ander dan deze ontvanger heeft geïnd of gaat innen.

Tabel 2-8 Voorbeeld opbouw bedrag

Situatie		
Een behandeling met een overeengekomen tarief van € 50,00. Er is een wettelijke eigen bijdrage van € 5,00 per behandeling die door de patiënt aan de zorgverlener is betaald.		
Velden	Bedrag	Vulling in veld
Tarief prestatie (incl. BTW)	€ 50	00005000
Berekend bedrag (incl. BTW)	€ 50	00005000
Declaratiebedrag (incl. BTW)	€ 45	00004500

2.2.13 Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding

De samenhang van de bedragvelden is bepaald door het onderscheid tussen verzekerde zorg en niet verzekerde zorg en hoe met niet toegekende delen wordt omgegaan. Volgens deze opzet is in elk geval de grondslag zichtbaar en wordt voorkomen dat een onbekend deel zit verscholen in een verschil tussen declaratiebedrag en berekend bedrag.

Volgens dit principe geldt het berekend bedrag als **de grondslag voor de vergoeding**. Essentieel is het onderscheid dat wordt gemaakt tussen wat van invloed is op de grondslag en wat van invloed is op de vergoeding. Van invloed op de grondslag is het tarief, het aantal prestaties waarover het berekend bedrag wordt berekend en eventuele toe- en/of afslagen die via het tarief op het berekend bedrag van toepassing zijn.

De specifieke voorwaarden op polisniveau en contractuele afspraken tussen zorgverlener en zorgverzekeraar bepalen het uiteindelijke declaratiebedrag. Eigen bijdrage, maximering van de vergoeding, eigen risico of een combinatie van deze factoren maken het verschil uit tussen het berekend bedrag en het declaratiebedrag.

Deze opbouw van de bedragvelden stelt de verzekeraar in staat via de retourstandaard aan te geven hoe hij eventueel tot een ander berekend bedrag komt.

2.2.14 Werken met de grondslag

De zorgverlener bepaalt eerst welke prestaties (zorgproduct/ prestatie) er te declareren valt, voordat hij kan bepalen welke eigen betalingen (eigen bijdrage, eigen risico, maximering of combinaties hiervan) er eventueel van toepassing zijn. Of deze de eigen betalingen wil bepalen hangt af van de betaalvariant die met de verzekeraar is afgesproken.

In de verwerking van declaratieregels bepaalt de verzekeraar eerst het berekend bedrag, dat er voor een bepaalde behandeling in rekening mag worden gebracht, dat is een te declareren prestatie met aantal, tarief, toe- of afslagen enzovoorts. Dit op basis van vastgestelde tarieven. Dat levert een berekend bedrag zorgverzekeraar op waarmee een verzekeraar vervolgens nagaat in hoeverre een verzekerde daarvoor is verzekerd.

Met de rubriek BEREKEND BEDRAG ZORGVERZEKERAAR in de retourstandaard meldt de verzekeraar terug wat zijn berekend bedrag is, zodat de zorgverlener weet bij een niet volledig toegekend bedrag welk deel wordt veroorzaakt door een ander berekend bedrag en welk deel voortkomt uit het gebrek aan dekking bij de verzekerde. Het verschil tussen berekend bedrag zorgverlener en berekend bedrag zorgverzekeraar stelt de zorgverlener in staat de eigen administratie bij te stellen, bijvoorbeeld het gebruikte tarief.

Het resterende verschil tussen declaratiebedrag en toegekend bedrag kan de zorgverlener dan verhalen op de verzekerde, omdat die daar geen dekking voor had. Ook servicebureaus bepalen op basis van deze extra informatie uit de berekende bedragvelden (heenbericht en retourbericht) waar welk deel verhaald moet worden, zorgverlener of patiënt.

2.2.15 Referentienummer dit prestatierecord

Het referentienummer dient uniek te zijn voor iedere declaratie-eenheid. Met andere woorden: voor iedere aanwezig prestatie- of tariefrecord dient een uniek referentienummer toegekend te zijn.

Voorbeelden:

1. Als de prestatie betrekking heeft op verschillende productonderdelen, die middels separate prestatierecords gedeclareerd worden, moet per gedeclareerd onderdeel/prestatierecord een uniek referentienummer toegekend worden.
2. Als de vergoeding van een prestatie gedeclareerd wordt met een prestatierecord voor het honorarium en een prestatierecord voor de (techniek)kosten, dient voor beide prestatierecords een eigen uniek referentienummer toegekend te worden.
3. Voor een creditdeclaratie moet ook weer een uniek referentienummer toegekend worden.

Creditdeclaratie en referentienummers

Zie de Standaardbeschrijving (STB) hoofdstuk 5.4.8 voor referentienummers en creditregels.

3. Generieke invulinstructie EI Retourbericht Declaratie DBC/ziekenhuiszorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor verschillende gegevens of groepen van gegevens die voorkomen in het generiek format voor de EI-retourinformatie declaratiestandaarden.

Tabel 3-1 toont een overzicht van de gegevens (groepen) met een verwijzing naar de desbetreffende rubriek(en).

Tabel 3-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)

Rubrieknr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Par. nr.
0196	Retourcode (01)	COD954-VEKT	Retourcodes in de overige records	3.2 en 3.3

3.2 Bestandscontroles en voorbeeld vulling retourbericht

Hieronder volgt een aantal voorbeelden van controles op bestandsniveau van een declaratiebericht en de samenstelling van het retourbericht.

Voorbeeld 1 Gehele declaratie goedgekeurd

Een zorgverlener dient een EI-declaratiebericht in bij een servicebureau of een zorgverzekeraar. Het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar controleert het bestand in het kader van de bestandscontroles. Hierin worden geen afwijkingen geconstateerd. Vervolgens voert het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar de controles op recordniveau uit. Hierin worden eveneens geen afwijkingen geconstateerd. Het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht goed en stuurt het voorloop-en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 8001 (= Declaratie is volledig toegewezen) gevuld. De overige retourcodevelden in het voorlooprecord worden niet gevuld; aangezien de velden alfanumeriek zijn, komen hier spaties te staan. In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag dezelfde waarde gevuld als in gegeven totaal ingediend declaratiebedrag.

Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 1.

Voorbeeld 2 Fout in voorlooprecord

Een zorgverlener dient een EI-declaratiebericht in bij een servicebureau c.q. een zorgverzekeraar, waarin in gegeven UZOVI-nummer de waarde 9900 is gevuld. Het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar controleert het voorlooprecord in het kader van een bestandscontrole. Vastgesteld wordt dat de waarde 9900 niet voorkomt in het UZOVI-register. Het bestand wordt niet verder gecontroleerd. Het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt het voorloop-en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde

0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0018 (UZOVI-nummer ontbreekt of is onjuist (voorlooprecord)). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 0000000000 gevuld.

NB: als de declaratie via VECOZO verloopt, dan wordt de controle op UZOVI-nummer in het voorlooprecord door VECOZO uitgevoerd. Een onbekend UZOVI-nummer wordt aangeduid via statusinformatie.

Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 2.

Voorbeeld 3 Fout in sluitrecord

Een zorgverlener dient een EI-declaratiebericht in bij een servicebureau c.q. een zorgverzekeraar, waarin gegeven totaal declaratiebedrag in het sluitrecord een waarde x voorkomt. Het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar sommeert de bedragvelden in de prestatierecords. Deze optelling wordt met de waarde x in het sluitrecord vergeleken. Vastgesteld wordt dat deze aantallen niet met elkaar corresponderen. Dit betekent dat het bestand inconsistent is. Het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar keurt het gehele EI-declaratiebericht af en stuurt het voorloop-en sluitrecord van het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0001 (= bericht is afgekeurd om technische reden) gevuld. Het gegeven retourcode (02) bevat de code voor de foutsoort, in dit geval 0150 (= totaal declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist). In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag de waarde 0000000000 gevuld.

Zie tabel 3-2 Voorbeelden retourberichten bestandscontroles, voorbeeld 3.

Tabel 3-2 Voorbeeld retourberichten bestandscontroles

Rub#	Naam gegevenselement	voorbeeld 1		voorbeeld 2		voorbeeld 3	
		Gehele declaratie goedgekeurd		Fout in voorlooptrecord		Fout in sluitrecord	
		Declaratiebericht	Retourbericht	Declaratiebericht	Retourbericht	Declaratiebericht	Retourbericht
		Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde
0101	Kenmerk record	01	1	01	01	01	01
...	...	...	...	...	...	...	...
0108	UZOVI-nummer	0736	736	9900	9900	0736	0736
...	...	...	...	...	...	...	...
0196	Retourcode (01)		8001		0001		0001
0197	Retourcode (02)		spaties		0018		0150
...	...	...	...	...	...	...	...
0201	Kenmerk record	02		02		02	
0202	Identificatie detailrecord	000000000001		000000000001		000000000001	
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782		123456782	
...	...	...		...		...	
0207	Datum geboorte verzekerde	19541210		19541210		19541210	
...	...	...		...		...	
0296	Retourcode (01)						
...	...	...		...		...	
0401	Kenmerk record	04		04		04	
0402	Identificatie detailrecord	000000000002		000000000002		000000000002	
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782		123456782	
...	...	...		...		...	
	Declaratiebedrag (incl. BTw)	00001000		00001000		00001000	
...	...	...		...		...	
0496	Retourcode (01)						
...	...	...		...		...	
0201	Kenmerk record	02		02		02	
0202	Identificatie detailrecord	000000000003		000000000003		000000000003	
0203	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243		100197243		100197243	
...	...	...		...		...	
0207	Datum geboorte verzekerde	19220322		19220322		19220322	
...	...	...		...		...	
0296	Retourcode (01)						
...	...	...		...		...	
0401	Kenmerk record	04		04		04	
0402	Identificatie detailrecord	000000000004		000000000004		000000000004	
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243		100197243		100197243	
...	...	...		...		...	
	Declaratiebedrag (incl. BTw)	00050000		00050000		00050000	
...	...	...		...		...	
0496	Retourcode (01)						
...	...	...		...		...	
0401	Kenmerk record	04		04		04	
0402	Identificatie detailrecord	000000000005		000000000005		000000000005	
0403	Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243		100197243		100197243	
...	...	...		...		...	
	Declaratiebedrag (incl. BTw)	00015000		00015000		00015000	
...	...	...		...		...	
0496	Retourcode (01)						
...	...	...		...		...	
9801	Kenmerk record	98		98		98	
9802	Identificatie detailrecord	000000000005		000000000005		000000000005	
9803	Regelnummer vrije tekst	0001		0001		0001	
9804	Vrije tekst	ABCDEFGH		ABCDEFGH		ABCDEFGH	
...	...	...		...		...	
9896	Retourcode (01)						
...	...	...		...		...	
9901	Kenmerk record	99	99	99	99	99	99
9902	Aantal verzekerdenrecords (retour)	000002	000000	000002	000000	000002	000000
9904	Aantal prestatie records (retour)	000003	000000	000003	000000	000003	000000
9905	Aantal commentaarrecords (retour)	000001	000000	000001	000000	000001	000000
9906	Aantal detailrecords (retour)	0000006	0000000	0000006	0000000	0000006	0000000
...	Totaal (ingediend) declaratiebedrag	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000
...	...	...	...	...	...	...	...
...	Totaal toegekend bedrag		00000066000		00000000000		00000000000
...	...	...	...	...	...	...	...

↓

Bestand goedgekeurd en
declaratie volledig toegewezen

↓

Bestand afgekeurd en
declaratie niet inhoudelijk gecontroleerd
Correct retourbericht

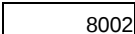
↓

Bestand afgekeurd en
declaratie niet inhoudelijk gecontroleerd
Correct retourbericht

Betekenis gebruikte retourcodes (COD954-VEKT) in de tabel 3-2 en 3-3

0001	Bericht is afgekeurd om technische redenen
0018	UZOVI-nummer ontbreekt of is onjuist (voorlooprecord)
0150	Totaal declaratiebedrag ontbreekt of is onjuist
0200	Geen opmerking bij dit recordtype
8001	Declaratie is volledig toegewezen
8002	Record is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikt[e] record[s])
8004	Combinatie BSN en geboortedatum verzekerde is onjuist
spaties	Niet van toepassing

De codes bij de retouremeldingen zijn onder voorbehoud!

LEGENDA	
	incorrecte vulling veld
	gevuld retourcodeveld
	n.v.t. / leeg veld / niet meegezonden

3.3 Recordcontroles en voorbeeld vulling retourbericht

Hieronder volgt een aantal voorbeelden van controles op recordniveau van een declaratiebericht en de samenstelling van het retourbericht.

Voorbeeld 4 Fout in verzekerdenrecord

Een zorgverlener dient een EI-declaratiebericht in bij een servicebureau c.q. een zorgverzekeraar, waarin in gegeven datum geboorte verzekerde een waarde 18220322 voorkomt. Het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar voert een controle op de gegevens in het verzekerdenrecord uit in het kader van een controle op recordniveau. Hierbij wordt het burgerservicenummer in combinatie met datum geboorte verzekerde vergeleken. Vastgesteld wordt dat de opgegeven combinatie niet correct is. Het servicebureau c.q. de zorgverzekeraar keurt het verzekerdenrecord af en stuurt dit tezamen met de overige records van deze verzekerde in het EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record gevuld). In gegeven retourcode (01) van het verzekerdenrecord wordt de waarde 8004 (= combinatie BSN en geboortedatum verzekerde is onjuist) gevuld. In gegeven retourcode (01) van de overige records op het verzekerdenniveau van deze verzekerde (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld. In gegeven retourcode (01) van de records op prestatie-/declaratieniveau (inclusief commentaarrecords) van deze verzekerde wordt telkens de waarde 8002 = (record is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikte[e] record[s])) gevuld. Dit geldt ook voor eventuele commentaarrecords die bij het verzekerdenrecord en/of bij de bijbehorende prestatie records horen. In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag een waarde 00000001000 gevuld, welke afwijkt van de waarde 00000066000 in gegeven totaal ingediend declaratiebedrag. Alle overige retourcodevelden (02 en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

Zie tabel 3-3 Voorbeelden retourberichten recordcontroles, voorbeeld 4.

Voorbeeld 5 Fout in verzekerdenrecord + correctie

De situatie is gelijk aan die van het voorgaande voorbeeld, met dat verschil, dat in gegeven geboortedatum verzekerde van het verzekerdenrecord de zorgverzekeraar een gecorrigeerde waarde 19220322 retourneert. De overige vulling van het retourbericht is gelijk aan die van het vorige voorbeeld. Het retourbericht is fout, omdat de afspraak geldt dat hierin geen gegevens worden gecorrigeerd.

Zie tabel 3-3 Voorbeelden retourberichten recordcontroles, voorbeeld 5.

Voorbeeld 6 Fout in prestatie record

Een zorgverlener dient een EI-declaratiebericht in bij een servicebureau of een zorgverzekeraar, waarin in één van de sleutelvelden: burgerservicenummer of UZOVI-nummer in een prestatie record een ander waarde voorkomt dan in het verzekerdenrecord. Het servicebureau of de zorgverzekeraar voert een controle op de gegevens in het prestatie record uit in het kader van een controle op recordniveau. Hierbij wordt o.a. de waarde van het burgerservicenummer en de waarde van het UZOVI-nummer in het prestatie record vergeleken met de overeenkomstige waarden in het verzekerdenrecord. Vastgesteld wordt

dat een van de opgegeven waarden niet overeenkomen. Het prestatierecord wordt afgekeurd. In een tweede prestatierecord bij deze verzekerde komt de opgegeven waarde van het burgerservicenummer en het UZOVI-nummer wél overeen met die in het verzekerdenrecord. Dit prestatierecord wordt goedgekeurd. Het servicebureau of de zorgverzekeraar stuurt het afgekeurde prestatierecord tezamen met het verzekerdenrecord in een EI-retourinformatiebericht retour. In gegeven retourcode (01) van het voorlooprecord en verzekerdenrecord wordt de waarde 0200 (= geen opmerking bij dit record) gevuld. In gegeven retourcode (01) van het prestatierecord wordt in het geval het burgerservicenummer niet overeenkomt de waarde 0435 (Burgerservicenummer (BSN) verzekerde ontbreekt of is onjuist)) gevuld. In het gegeven retourcode (01) wordt in het geval het UZOVI-nummer niet overeenkomt de waarde 0423 (UZOVI-nummer ontbreekt of is onjuist (detailrecord)) gevuld. Als beide gegevens niet overeenkomen dan wordt één van beide retourcodes afhankelijk van de controle van de verzekeraar gevuld in het gegeven retourcode (01).

In het sluitrecord wordt in gegeven totaal toegekend bedrag een waarde 00000016000 gevuld, die afwijkt van de waarde 00000066000 in gegeven totaal ingediend declaratiebedrag. Alle overige retourcodevelden ((02) en 03) die meegezonden worden, worden niet gevuld en bevatten dus spaties.

Zie tabel 3-3 Voorbeelden retourberichten recordcontroles, voorbeeld 6.

NB. Op identieke wijze kan eenzelfde afwijking optreden in dezelfde sleutelitems in andere aan het verzekerdenrecord verbonden recordtypen. In een dergelijke situatie worden dezelfde retourcodes toegepast.

Tabel 3-3 Voorbeeld retourberichten recordcontroles

Zie volgende bladzijde.

Rub# Naam gegevenselement	voorbeeld 4		voorbeeld 5		voorbeeld 6	
	Fout in 1 verzekerdenrecord		Fout in 1 verzekerdenrecord + correctie		Fout in 1 prestatie record	
	Declaratiebericht	Retourbericht	Declaratiebericht	Retourbericht	Declaratiebericht	Retourbericht
	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde	Veldwaarde
0101 Kenmerk record	01	01	01	01	01	01
...	...	...	...	...	...	...
0108 UZOVl-nummer	0736	0736	0736	0736	0736	0736
...	...	...	...	...	...	...
0196 Retourcode (01)		0200		0200		0200
0197 Retourcode (02)		spaties		spaties		spaties
...	...	...	...	...	...	...
0201 Kenmerk record	02		02		02	
0202 Identificatie detailrecord	000000000001		000000000001		000000000001	
0203 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782		123456782	
...	...		...		...	
0207 Datum geboorte verzekerde	19541210		19541210		19541210	
...	...		...		...	
0296 Retourcode (01)						
...	...		...		...	
0401 Kenmerk record	04		04		04	
0402 Identificatie detailrecord	000000000002		000000000002		000000000002	
0403 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	123456782		123456782		123456782	
...	...		...		...	
Declaratiebedrag (incl. BT'w)	00001000		00001000		00001000	
...	...		...		...	
0496 Retourcode (01)						
...	...		...		...	
0201 Kenmerk record	02	02	02	02	02	02
0202 Identificatie detailrecord	000000000003	000000000003	000000000003	000000000003	000000000003	000000000003
0203 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243	100197243	100197243
0204 UZOVl-nummer	0736		0736		0736	07036
...	...	...	...	...	...	...
0207 Datum geboorte verzekerde	18220322	18220322	18220322	19220322	19220322	19220322
...	...	...	...	...	...	...
0296 Retourcode (01)		8004		8004		0200
...	...	...	...	...	...	...
0401 Kenmerk record	04	04	04	04	04	04
0402 Identificatie detailrecord	000000000004	000000000004	000000000004	000000000004	000000000004	000000000004
0403 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243	300197243	000197243
0404 UZOVl-nummer	0736		0736		0739	0739
...	...	...	...	...	...	...
Declaratiebedrag (incl. BT'w)	00050000	00050000	00050000	00050000	00050000	00050000
...	...	...	...	...	...	...
0496 Retourcode (01)		8002		8002		0435
0497 Retourcode (02)						0423
...	...	...	...	...	...	...
0401 Kenmerk record	04	04	04	04	04	04
0402 Identificatie detailrecord	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005
0403 Burgerservicenummer (BSN) verzekerde	100197243	100197243	100197243	100197243	100197243	100197243
...	...	...	...	...	...	...
Declaratiebedrag (incl. BT'w)	00015000	00015000	00015000	00015000	00015000	00015000
...	...	...	...	...	...	...
0496 Retourcode (01)		8002		8002		
...	...	...	...	...	...	...
9801 Kenmerk record	98	98	98	98	98	98
9802 Identificatie detailrecord	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005	000000000005
9803 Regelnummer vrije tekst	0001	0001	0001	0001	0001	000001
9804 Vrije tekst	ABCDEFGH	ABCDEFGH	ABCDEFGH	ABCDEFGH	ABCDEFGH	000000
...	...	...	...	...	...	...
9896 Retourcode (01)		8002		8002		
...	...	...	...	...	...	...
9901 Kenmerk record	99	99	99	99	99	99
9902 Aantal verzekerdenrecords (retour)	000002	000001	000002	000001	000002	000001
9904 Aantal prestatie records (retour)	000003	000002	000003	000002	000003	000001
9905 Aantal commentaarrecords (retour)	000001	000001	000001	000001	000001	000000
9906 Aantal detailrecords (retour)	0000006	0000004	0000006	0000004	0000006	0000002
...	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000	00000066000
Totaal (ingediend) declaratiebedrag						
...	...	...	...	...	...	...
Totaal toegekend bedrag		0000001000		0000001000		00000016000
...	...	...	...	...	...	...

Bestand goedgekeurd en
declaratie deels toegewezen

Bestand goedgekeurd en
declaratie deels toegewezen

Bestand goedgekeurd en
declaratie deels toegewezen

4. Specifieke invulinstructie EI Declaratie DBC/ziekenhuiszorg

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is een invulinstructie opgenomen voor verschillende gegevens of groepen van gegevens die specifiek zijn voor de standaard EI-Declaratie DBC/ziekenhuiszorg.

De informatie in dit declaratiebericht kunnen declaraties van verschillende perioden bevatten:

- Vanaf 01-01-2005: declaratie van DBC's, Ondersteunende en overige Producten (OVP's), en Overige Trajecten en Verrichtingen (OTV's).
- Tussen 01-01-2005 en 01-02-2006: declaraties van overgangs-DBC's.
- Voor 01-01-2005: declaraties van losse verrichtingen, prestaties, ligdagen en toeslagen bij verrichtingen.

De periode vanaf 01-01-2005 is gekozen als uitgangspunt voor deze specifieke invulinstructies. De periode daarvoor is vrijwel volledig van historische betekenis, waaruit zeer incidenteel nog declaraties kunnen voortkomen.

De periode vanaf 01-01-2005, is in feite een tot op heden voortdurende overgangperiode, bestaande uit een aaneenschakeling van korte tussenperiodes, ten gevolge van vele tussentijds doorgevoerde aanpassingen aan de DBC systematiek. Deswege wordt een voorbehoud gemaakt voor de volledigheid en de dekkingsgraad van de opgenomen instructies. Vanaf paragraaf 4.3 wordt zo goed mogelijk de actuele stand van zaken in deze overgangperiode beschreven. Dit in afwachting van een stabiele fase waarin de definitieve vorm van de declaratiestandaard gestalte zal moeten krijgen.

4.2 Specifieke invulinstructie per gegevenselement

Tabel 4-1 toont een overzicht van de gegevens (groepen) met een verwijzing naar de desbetreffende rubriek(en).

Tabel 4-1 Invulinstructie per gegeven (rubriek)

Rubrieknr.	Gegeven	Identificatiecode	Overige rubrieknummers van belang	Par. nr.
0112	Instellingscode	COD031-VEKT		4.2.1
0415 0417 0418	Zorgtraject verwijzing AGB-code individuele zorgverlener Specialisme van de individuele zorgverlener	NUM369 - DBCO COD836 - VEKT COD953 - VEKT		4.2.2

0621	Bedrag inhouding (incl. BTW)	BED138-VEKT		4.2.3
0626	Referentienummer dit tariefrecord	NUM371-VEKT		4.2.4

4.2.1 Instellingscode

Ziekenhuizen hebben in een aantal gevallen aan hen gelieerde instellingen, die onder hetzelfde concern vallen. Als een gelieerde instelling een eigen NZa-beschikking of erkenning heeft (bijvoorbeeld Trombose dienst Gorinchem bij het Rivas Ziekenhuis), dan is de gelieerde instelling de declarant, waarvan de AGB-code in de rubriek instellingscode wordt geplaatst. Als de gelieerde instelling geen eigen NZa-beschikking heeft, maar valt onder de beschikking van het ziekenhuis, dan wordt het ziekenhuis als declarant gebruikt, waarvan de AGB-code in de rubriek instellingscode wordt geplaatst. De gelieerde instelling is in zo'n geval meer een interne organisatorische keuze binnen de beschikking.

4.2.2 Verwijsinformatie

De verwijsinformatie beschrijft de herkomst van de voorgeschreven hulp of de verwijzing van de verzekerde/patiënt. Voor de verwijsinformatie bevat de standaard drie CONDITIONAL rubrieken: voor vermelding van het verwijzende zorgtraject (R0415), de verwijzende specialist (R0417) of het specialisme van de verwijzer (R0418). De vermelding van de zorgverlenersidentificatie is verplicht, tenzij de verwijzer niet over een dergelijke identificatiecode beschikt. Bij ontbreken van een individuele identificatie dient het specialisme van de verwijzer te worden vermeld. Verder kan vermelding van het verwijzende zorgtraject relevant zijn.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen interne- en externe verwijzing:

(a) bij interne verwijzing:

Zorgtraject verwijzing (R0415): verplicht vermelden,
 AGB-code individuele zorgverlener (R0417): verplicht vermelden indien beschikbaar,
 Specialisme voorschrijver/verwijzer (R0418): verplicht vermelden bij ontbreken van de individuele zorgverlenerscode.

(b) bij externe verwijzing:

Zorgtraject verwijzing (R0415): vermelden is niet verplicht,
 AGB-code individuele zorgverlener (R0417): verplicht vermelden indien beschikbaar,
 Specialisme voorschrijver/verwijzer (R0418): verplicht vermelden bij ontbreken van de individuele zorgverlenerscode.

4.2.3 Bedrag inhouding (incl. BTW)

Bij bedrag inhouding gaat het om een bedrag dat wordt ingehouden op een declaratieberekening. Voorbeeld:

- Als een ziekenhuis een eigen bijdrage ontvangt, dan dat bedrag hier invullen

- Als op een DBC een korting DBC van toepassing is, dan dat bedrag hier invullen.

Het bedrag inhouding kan evenals toeslagen, in de standaard voor DBC/ziekenhuisdeclaraties onderdeel uitmaken van het **Berekend bedrag (incl. BTW)**, waarmee deze standaard afwijkt van wat op dat punt in het generieke deel staat vermeld.

4.2.4 Referentienummer dit tariefrecord

Het referentienummer dient uniek te zijn voor iedere declaratie-eenheid. Met andere woorden: voor ieder aanwezig prestatie- of tariefrecord dient een uniek referentienummer toegekend te zijn.

Voorbeelden:

1. Als het tarief betrekking heeft op verschillende productonderdelen, die middels separate tariefrecords gedeclareerd worden, moet per gedeclareerd onderdeel een uniek referentienummer toegekend worden.
2. Als de vergoeding van een prestatie gedeclareerd wordt met een tariefrecord voor honoraria en een tariefrecord voor de (instellings)kosten, dient voor beide tariefrecords een eigen uniek referentienummer toegekend te worden.
3. Voor een creditdeclaratie moet ook weer een uniek referentienummer toegekend worden.

4.3 Richtlijnen DBC-declaratie

De invoeging van DBC's heeft de volgende consequenties voor de declaratiestandaard:

1. Voor de declaratie van DBC's is de inhoud van declaratiestandaard ZH38/ZH39 versie 6, aangepast verwerkt in dit document.
2. Per declaratiebestand worden declaraties van DBC's en verrichtingen gedeclareerd. Splitsen, zodat per soort declaratie een bestand ontstaat, is niet toegestaan.
3. DBC's vertegenwoordigen een totaalproduct, bestaande uit specifieke combinaties van handelingen, verrichtingen en diensten. DBC's vervangen de declaratie van elementaire dienstverleningsentiteiten. Derhalve zijn opnamerecord en het toeslagerecord niet van toepassing op DBC-declaraties.
4. DBC-declaratiecode heeft dezelfde vorm als de prestatiecode van de "oude" verrichtingen, dat betekent:
 - a. Rubrieken 0408 en 0606 (Aanduiding prestatiecodelijst) vullen met "041", zijnde de prestatiecodelijst aanduiding voor DBC's, waarin tevens zijn opgenomen "Overige en ondersteunende producten" (OVP) en "Overige trajecten en verrichtingen" (OTV).
 - b. Rubrieken 0409 en 0607 (Prestatiecode/DBC-declaratiecode) vullen met de DBC-declaratiecode, dan wel de declaratiecode van de OPV of OTV uit onder a genoemde lijst.
5. De uitlijning van de vier typeringsassen (zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling) binnen rubriek 0413 (DBC-prestatiecode ; 12 posities alfanumeriek) is conform de CTG-richtlijnen: zonder specialisme en zonder de streepjes uit het voorbeeld in de CTG-circulaire.

6. Van 01-01-2005 tot 01-01-2006 geldt voor een DBC-declaratie het volgende stamien:
- Rubriek 0610 ("soort prestatie/tarief") vullen met "02", "04" of "08" met als betekenis:
- code "02" : tarief nevenverrichting/DBC kosten tarief.
 - code "04" : honoraria medisch (poort)specialisten, inclusief anesthesie-pijnbestrijding (poortspecialisme).
 - code "08" : honoraria anesthesie voor ondersteuning als "pure" anesthesie (narcose en dergelijke)
- Bij een DBC-kostendeclaratie worden rubriek 0612 en 0615 met elkaar gecombineerd.
Bij een DBC-honorariumdeclaratie worden rubriek 0613 en 0615 met elkaar gecombineerd.
Tabel 4-2 geeft een overzicht van het verband van rubriek 0610 met de rubrieken 0612, 0613 en 0615/0413.

Tabel 4-2 Verband Rubriek 0610 "soort prestatietarief" met rubrieken 0612/0613/0615 (situatie tot 01-01-2006)

Rubriek	Declaratie DBC Kosten	Declaratie honorarium DBC specialisme	Declaratie honorarium Anaesthesie	Declaratie honorarium ondersteunend specialisme
610	02	04	08	04
612	AGB-code instelling	-	-	-
613	-	Code DBC-specialisme	Code specialisme anesthesie	Code ondersteunend specialisme
615	Code DBC-specialisme	Code DBC-specialisme	Code DBC-specialisme	Code DBC-specialisme
(413)	Prestatiecode	Prestatiecode	Prestatiecode	Prestatiecode

7. Met ingang van 01-01-2006 gelden honoraria als één verzamelcomponent, naast de al bekende kostencomponent (dit in afwijking en ter vervanging van het gestelde onder punt 6), met als gevolg: Rubriek 0610 ("soort prestatie/tarief") vullen met "02" of "04" (code "08" komt te vervallen).
Bij een DBC-kostendeclaratie worden rubriek 0612 en 0615 met elkaar gecombineerd.

Bij een DBC-honorariadeclaratie worden rubriek 0613 en 0615 met elkaar gecombineerd, waarbij in rubriek 0613 het poortspecialisme wordt vermeld.

8. In het segment A kan een verrekenpercentage gelden, werkend als toeslag/afslag over het DBC-kostentarief. Het CTG stelt per DBC/zorgverlener het DBC-verrekenpercentage vast als tijdelijk sluittarief voor ziekenhuis-budget, lumpsum, oude jaren budget en/of opbrengsttekorten. Het DBC-kostentarief dient naast het verreken-percentage als zodanig herkenbaar te zijn op de nota.

Uitwerking:

Aan rubriek 0618 ("Verrekenpercentage/factor") is de verrekenfactor als mogelijkheid toegevoegd aan de oude functie van verrekenpercentage. In rubriek 0619 ("tarief prestatie/kostentarief") wordt het DBC-kostentarief ondergebracht. Het resultaat van de berekening met de inhoud van rubriek 0618 en 0619 wordt ondergebracht in rubriek 0622 ("berekend bedrag").

Voorbeeld van de werking:

Vul rubriek 0618 met : 100 + DBC-verrekenpercentage (in honderdste procenten).

Bij een (positief) DBC-verrekenpercentage van 12% wordt 11200 ingevuld.

Bij een (negatief) DBC-verrekenpercentage van -12% wordt 08800 ingevuld.

Het effect is dat berekend bedrag in rubriek 0622 eenduidig uit rubriek 0619 ("Tarief prestatie/kosten & honorarium") en rubriek 0618("berekeningspercentage") herleid kan worden, als volgt:

*rubriek 0622 = rubriek 0619 * rubriek 0618.*

Met ingang van 01-01-2006 kan voor niet tot de basispakket behorende zorg een verrekenpercentage gelden per DBC (de zogenaamde "rode" DBC's), dat afwijkt van het eerder genoemde DBC-verrekenpercentage op instellingniveau. Dit verschil heeft verder geen consequenties voor de wijze van declareren.

9. Naast een DBC-kostentarief, al dan niet met toepassing van verrekening voor segment A, worden, indien van toepassing, honoraria per DBC gedeclareerd.
 - a. Tot 01-01-2006 (toegepast op datum opening DBC) geldt:

Rubriek 0613 ("specialisme behandelaar/uitvoerder (01)") vullen met het specialisme waarvoor wordt gedeclareerd. Rubriek 0619 ("tarief prestatie/kostentarief") vullen met het tarief voor de honorariumkosten van het betreffende specialisme. Rubriek 0622 ("berekend bedrag") vullen volgens de bestaande regels.
 - b. Vanaf 01-01-2006 (toegepast op datum opening DBC) is de invulling van honoraria per DBC als volgt :

Rubriek 0613 ("specialisme behandelaar/uitvoerder (01)") vullen met het poortspecialisme van de DBC waarvoor wordt gedeclareerd. Rubriek 0619 ("tarief prestatie/kosten & honorarium (incl. BTW)") vullen met het totaalbedrag voor de honorariumkosten van alle specialismen bij de DBC waarvoor wordt gedeclareerd. Rubriek 0622 ("declaratiebedrag") vullen volgens de bestaande regels.
10. De overgangsproblematiek is aan de orde voor "**overlopende DBC's**" (geopend eerder dan de overgang op DBC declareren en gesloten/gedeclareerd na de overgangsdatum). De werkwijze is

dat eerst de volledige DBC van werkelijke begindatum tot werkelijke einddatum wordt bepaald en getarifeerd. Daarna wordt een “korting-DBC” (= in korting te brengen DBC) over de verrichtingen die plaatsvonden tot aan de overgangsdatum naar DBC-declaraties bepaald. De berekende korting-DBC wordt in mindering gebracht op de volledige DBC, omdat de betrokken verrichtingen via het oude declaratiestramien zijn afgehandeld. Deze werkwijze wordt toegepast over het DBC-kostendeel en over elke honorariumdeel afzonderlijk.

Voor experiment-DBC's die doorlopen tot na 1 januari 2005 geldt een andere werkwijze: DBC-plichtige instellingen mogen DBC's, die al bestonden op 1 januari 2005 in de vorm van experiment-DBC's, declareren in 2005 op het moment van afsluiten. Op deze DBC's is geen korting-DBC van toepassing. De prijs bij afsluiting van deze DBC's wordt in rekening gebracht. Voor gebudgetteerde instellingen (ziekenhuizen en dergelijke) vervalt daarbij de toeslag uit 2004. Deze komt terug in het toegekende verrekenpercentage. Niet gebudgetteerde instellingen (ZBC's) kunnen de afgesproken prijs declareren ongeacht het segment. De experiment DBC's kunnen vanaf januari 2005 niet meer worden geopend.

Bij de berekening van beide bedragen dient het prijspeil van de overgangsdatum als uitgangspunt. Tevens is bepaald dat voor overlopende DBC's geen kortingpercentage van toepassing is.

Als het aantal componenten van de korting-DBC afwijkt van de reguliere DBC, dan is de reguliere DBC leidend. Dat betekent voor de standaard per reguliere component:

- Korting is € 0,00 als geen corresponderende kortingcomponent aanwezig is.
- Kortingcomponent wordt niet opgenomen als geen reguliere component wordt gevonden.
- Overschot aan kortingcomponenten worden niet opgenomen.²

Uitwerking:

De korting-DBC aangeven met de prestatiecodelijst (041) en de declaratiecode door plaatsing in de respectievelijke rubriek 0616 (“aanduiding prestatiecodelijst (2)”) en rubriek 617 (“prestatiecode (2)”). Het korting bedrag wordt opgenomen in rubriek 0621 (“bedrag inhouding”).

11. Voor alle declaraties in segment B en voor overlopende DBC's in segment A is verrekenpercentage/factor niet van toepassing.

In deze situaties geldt: rubriek 0622 (“berekend bedrag”) = rubriek 0619 (“tarief prestatie kosten & honorarium”) -/- rubriek 0621 (“bedrag inhouding”). Rubriek 0618 (“verrekenpercentage/factor”) bevat in dat geval de neutrale waarde “10000”, welke overeenkomt met 100%, ofwel rekenfactor “1”.

Dus: rubriek 0622 = rubriek 0619 * (rubriek 0618 -/- rubriek 0621), met in rubriek 0618 de rekenfactor 1.

Voorbeeld van de werking aan de hand van een DBC-kostentarief declaratie in segment A:

² Componenten met een negatief declaratiesaldo wordt afgekapt op € 0,00. Bij korting op een “fictieve” reguliere component zal per saldo een negatief declaratiesaldo optreden, afgekapt wordt dat altijd € 0,00.

Vul rubriek 0618 met 10000 (equivalent van 100%);
Vul rubriek 0619 met het kostentarief van de reguliere DBC;
Vul rubriek 0620 met code 04 (aanduiding korting-DBC);
Vul rubriek 0621 met het kostentarief van de korting-DBC;
Rubriek 00622 = rubriek 0619 * rubriek 0618 -/- rubriek 0621.

Tabel 4-3 geeft met voorbeelden inzicht in de werking van declaraties van overlopende DBC's voor bedragen groter dan 0,00 euro en bedragen kleiner of gelijk aan 0,00 euro. Daarbij wordt de aandacht aangetekend dat tegelijkertijd daarnaast geen andere soorten kortingen of toeslagen mogelijk zijn.

Tabel 4-3 Voorbeelden van overlopende DBC's (belangrijkste rubrieken)

Ru- briek	Declaratie Kosten OvergangsDBC > 0,00	Declaratie overgangsDBC ≤ 0,00	Declaratie honorarium overgangsDBC (DBC/ondersteunend) specialisme	Declaratie honorarium overgangsDBC (DBC/ondersteunend) specialisme
(413)	Prestatiecode DBC	Prestatiecode DBC	Prestatiecode DBC	Prestatiecode DBC
606	041 (prestatiecodelijst)	041(prestatiecodelijst)	041 (prestatiecodelijst)	041 (prestatiecodelijst)
607	Prestatiecodelijst DBC	Prestatiecodelijst DBC	Prestatiecodelijst DBC	Prestatiecodelijst DBC
610	02	02	04	04
612	AGB-code instelling	AGB-code instelling	-	-
613	-	-	AGB code specialisme	AGB code specialisme
615	Code DBC-specialisme	Code DBC-specialisme	Code DBC-specialisme	Code DBC-specialisme
616	041 (prestatiecodelijst)	041(prestatiecodelijst)	041 (prestatiecodelijst)	041 (prestatiecodelijst)
617	Decl.code korting-DBC	Decl.code korting-DBC	Decl.code korting-DBC	Decl.code korting-DBC
618	Verr.perc. = 100,00%	Verr.perc. = 100,00%	Verr.perc. = 100,00%	Verr.perc. = 100,00%
619	Kosten DBC 600,00	Kosten DBC 600,00	DBChonorarium 800,00	DBChonorarium 800,00
620	Soort inhouding = 04	Soort inhouding = 04	Soort inhouding = 04	Soort inhouding = 04
621	Korting-DBC 150,00	Korting-DBC 650,00	Korting-DBC 150,00	Korting-DBC 850,00
622	Berekend 450,00	Berekend 0,00	Berekend 650,00	Berekend 0,00

12. Prijsafwijkingen bij overlopende DBC's

Door prijsaanpassingen kan het voorkomen dat de prijs van een component in een korting-DBC hoger uitkomt dan de corresponderende component van de reguliere DBC. In dat geval wordt het te declareren saldo van de desbetreffende component op € 0,00 gesteld.

Tabel 4-4 geeft een voorbeeld van een dergelijke situatie.

Uitwerking:

Rubriek 0619 vullen met het tarief voor de component uit de reguliere DBC.

Rubriek 0621 vullen met het (hogere) tarief voor de component uit de korting DBC

Rubriek 0622 = rubriek 0619 -/- rubriek 0621. Is het saldo negatief, dan "afkappen" door rubriek

0622 te vullen met € 0,00.

Tabel 4-4 Voorbeeld van een declaratie van een “negatieve” overlopende DBC

	Kostentarief	Honorarium Poorter	Honorarium anaesthesie	Honorarium Ondersteuner 1	Honorarium Ondersteuner 2	Totaalprijs/ Integrale prijs
DBC	€ 500,-	€ 200,-	€ 200,-	€ 100,-	€ 100,-	€ 1100,-
Korting-DBC	€ 300,-	€ 100,-	€ 150,-	€ 250,-	€ 150,-	€ 950,-
Totaal Zonder afkappen	€ 200,-	€ 100,-	€ 50,-	- € 150,-	-€ 50,-	€ 150,-
Totaal afgekapt op € 0,00	€ 200,-	€ 100,-	€ 50,-	€ 0,00	€ 0,00	€ 350,-

13. Als bij een reguliere component geen passende component van een korting-DBC wordt gevonden, dan € 0,00 invullen op de plaats van de korting-DBC-component.

Uitwerking:

Rubriek 0619 vullen met het tarief voor de component uit de reguliere DBC.

Rubriek 0620 vullen met “04”.

Rubriek 0621 vullen met € 0,00 voor de component uit de korting-DBC.

Rubriek 0622 = rubriek 0619 -/- rubriek 0621 (dus gelijk aan rubriek 0619).

14. Als de validatie geen geldige korting-DBC oplevert bij een overlopende DBC, dan wordt aangenomen dat geen korting van toepassing is en wordt derhalve geen korting-DBC opgenomen in de declaratie.

Uitwerking:

Rubriek 0617 “leeg laten” (dat wil zeggen defaultwaarde invullen).

Rubriek 0619 vullen met het tarief voor de component uit de reguliere DBC.

Rubriek 0620 vullen met “04”.

Rubriek 0621 “leeg laten” (dat wil zeggen defaultwaarde invullen).

Rubriek 0622 = rubriek 0619 -/- rubriek 0621 (dus gelijk aan rubriek 0619).

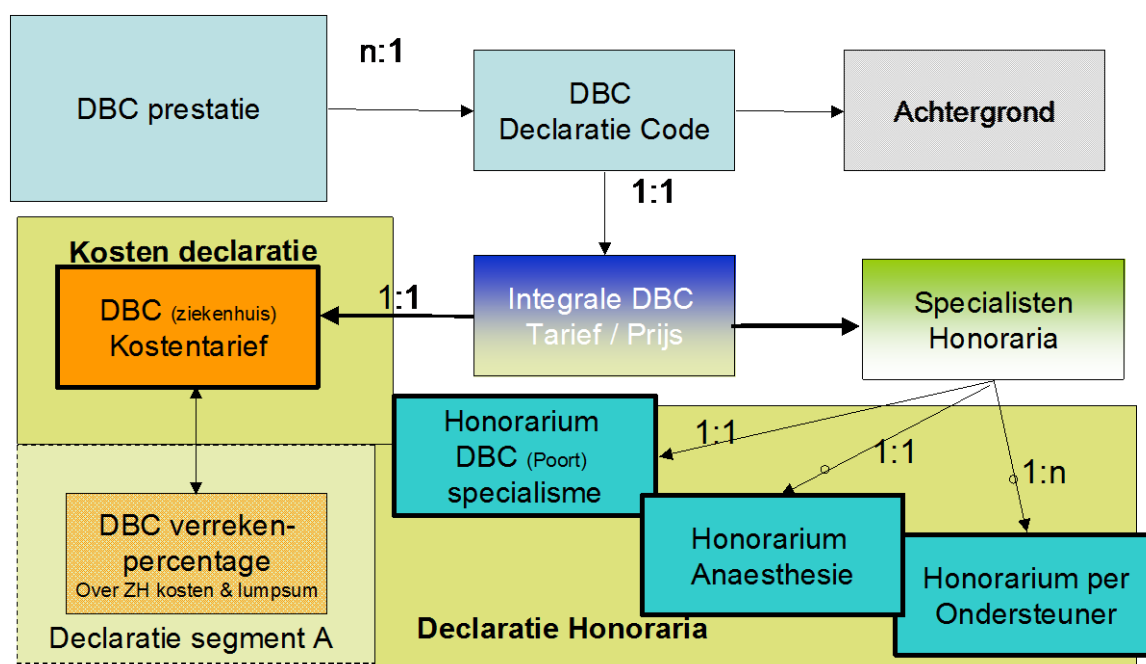
4.4 Specifieke punten aangaande DBC-declaraties

4.4.1 DBC-declaratiemodel

Met declaratiebepalingen bepaalt CTG/Zaio³ onder andere de spelregels voor het declaratieverkeer. In april 2004 publiceerde het CTG/ZAio de eerste uitgangpunten voor de vormgeving van het declaratieverkeer voor DBC's in beleidsregel I-658 (de declaratiebepaling) en de circulaire KKON/MWIL/rbop/V/ 5600/1900/04/4c. Snel opeenvolgende elkaar vervangende beleidsregels rond de DBC-invoering hebben voor veel onrust gezorgd. Overeind bleef dat per 1 januari 2005 de betrokken partijen DBC-declaraties verwerken.

Op 13 december 2004 is bepaald dat beleidsregel I-750 (de declaratiebepaling) per 1 januari 2005 van kracht wordt ten koste van de bepaling I-726, die op zijn beurt de vervanger is geweest van I-758. De circulaire heeft zijn geldigheid behouden.

De verhoudingen tussen prestaties en verrichtingen zoals bedoeld in de circulaire en de declaratiebepaling wordt weergegeven met het DBC-declaratiemodel (figuur 4-1). Het model vormt de opmaat voor de inpassing van DBC-declaraties in het EI-bericht DBC/ziekenhuiszorg.



Figuur 4-1 Grafische weergave van het DBC-declaratiemodel

4.4.2 Ondersteuning van collega poortspecialismen

Medisch specialisten kunnen acteren in de rol van poortspecialist of ondersteunend specialist. Ook een poortspecialist kan optreden in de rol van ondersteuner. Dit is declarabel onder voorwaarde dat de ondersteuningsrol is erkend door het CTG en dat de ondersteuning aan een andere dan het eigen

³ Met ingang van 01-10-2006 veranderd in Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

specialisme wordt verleend. Ondersteuning binnen hetzelfde poortspecialisme is al verdisconteerd in de normtijd voor de poortspecialist van de DBC.

In figuur 4-1 valt deze vorm van ondersteuning samen met die van de ondersteuning door niet-poort specialisten.

4.4.3 DBC-declaratie in principe door een instelling

In de nieuwe regeling vanaf 1 januari 2005 declareren de medisch specialisten niet meer zelf. De instelling declareert alle, onder haar verantwoordelijkheid geleverde zorgprestaties, inclusief uitbesteed werk, volledig zelf. Dat is met inbegrip van de honorariumkosten. Dat geldt ook voor trajecten en verrichtingen. Extramuraal werkende vrij gevestigde medisch specialisten zijn in deze gelijk gesteld aan een ZBC (Zelfstandig Behandel Centrum).

4.4.4 DBC-kostentarif

Het DBC-kostentarif wordt exclusief het eventueel toegepaste DBC-verrekenpercentage in de declaratie vermeld.

4.4.5 Kaderregeling AO/IC

De op 13 juli 2004 gepubliceerde kaderregeling AO/IC heeft op gezag van het CTG geen weerslag in de werking van de declaratiestandaard voor DBC's.

4.4.6 Nieuwe begrippen

De DBC-systematiek heeft een aantal nieuwe begrippen geïntroduceerd. Voor de betekenis daarvan wordt verwezen naar CTG-circulaires en beleidsregels. Het DBC-declaratiemodel bevat een aantal van de begrippen.

4.4.7 Declaratiecode en prestatiecode

De vormgeving van de declaratiecode verschilt per segment:

- Segment A: tariefgroep (14) + 4 volgposities;
- Segment B: tariefgroep (15) + 4 volgposities.

. De DBC-prestatiecode is opgebouwd uit de volgende typeringsassen:

- Zorgtype 2 posities;
- Zorgvraag 2 posities;
- Diagnose 4 posities (vanwege privacymaskering niet altijd betekenisvol gevuld, zie verder);
- Behandeling 4 posities.

Een aantal diagnose- en behandelcodes telt minder dan 4 posities. Afgesproken is dat bij minder dan 4 posities de code rechts in de beschikbare ruimte wordt geplaatst, voorafgegaan door voorloophull.

Voor de invullingswijze van de typeringsassen wordt verwezen naar de circulaire van 20 april 2004.

De DBC-prestatiecode is slechts uniek per DBC-specialisme. Door de combinatie met de DBC-specialismecode kan worden vastgesteld welke prestatie in feite is geleverd.

4.4.8 Tariefopbouw en tarieflijsten

De integrale DBC-prijs is het totaal van het DBC-kostentarief en de honoraria van betrokken medisch specialisten. Voor segment A kan over het DBC-kostentarief een verrekenpercentage worden berekend, dit om te grote schokken in het kader van de budgetteringsafbouw (ziekenhuiskosten en lumpsum) te dempen.

De DBC-declaratie is opgebouwd uit de samenstellende tariefcomponenten (zie het declaratiemodel uit figuur 4-1). De integrale DBC-prijs is daarvan afleidbaar. De bedragen dienen overeen te komen met de componenten die staan vermeld in door het CTG afgegeven tarieflijsten voor DBC's (segment A).

Per 1 januari 2005 is de CTG-codelijst voor DBC's "DBC bedragen, overige trajecten en verrichtingen en ondersteunende en overige producten" van kracht. Deze tarieflijst wordt in het kader van het EI-verkeer gelabeld als prestatiecodelijst 041. Daarbinnen is ruimte gemaakt voor DBC's, "Overige trajecten en verrichtingen" en "ondersteunende en overige producten". Daarbij vertegenwoordigen de niet DBC-trajecten de restanten uit de oude verrichtingencontext, binnen de nieuwe regelgeving. Voor nagekomen declaraties over de periode voor 1 januari 2005 blijft de mogelijkheid open voor gebruik van de "oude" codelijsten 007, 015 en 016. Deze codelijsten blijven, met uitzondering van codelijst 007, eveneens van toepassing voor niet-DBC-plichtige instellingen.

Voor DBC's uit segment B bepaalt de zorginstelling de prijs van de DBC en van een aantal DBC-componenten zelf. Elke zorginstelling publiceert een standaard prijslijst voor alle DBC's uit segment B die kunnen worden geleverd. Daar waar tussen een zorginstelling en een zorgverzekeraar afspraken in de vorm van gecontracteerde zorg bestaan voor DBC's uit segment B, wordt volgens die afspraken gedeclareerd. De gecontracteerde zorg vermeldt naast de integrale DBC-prijs, de prijzen per component. Evenals bij de standaard prijslijst fungeert het CTG als toezichthouder, maar verspreidt de tariefinformatie niet.

De gecontracteerde zorg uit segment B blijft voorsnog beperkt. De honorariumbedragen voor poortspecialisme en anesthesie blijven per DBC landelijk bepaald. Het honorarium per eenheid ondersteuning wordt eveneens landelijk bepaald. Het kostendeel van een DBC alsmede het aantal eenheden ondersteuning per DBC worden in het B-segment opengesteld voor gecontracteerde afspraken. Bestaan er geen gecontracteerde afspraken, dan bepaalt de standaard prijslijst van de instelling de DBC-kosten.

4.4.9 Per notaregel een bedrag

Een elektronische declaratie van een zorgaanbieder is qua structuur enigszins vergelijkbaar met een papieren nota. Elk tariefrecord (recordtype 6 uit de declaratiestandaard) vertegenwoordigt één te declareren bedrag, zoals een notaregel een bedrag vertegenwoordigt. In tegenstelling tot een declaratie op papier is het bij een elektronische declaratie niet gebruikelijk dat naast samenstellende bedragen ook het totaalbedrag wordt meegegeven. Dientengevolge komt de integrale DBC-prijs niet in een DBC-declaratie voor, maar wel alle samenstellende delen. Figuur 4-1 laat zien dat de integrale DBC-prijs is opgebouwd uit een aantal soorten bedragen. Afhankelijk van de situatie kan het aantal samenstellende bedragen variëren. Een declaratiebericht voor een DBC bevat evenzoveel records type 6 als er bedragen zijn waaruit de integrale DBC-prijs is opgebouwd.

4.4.10 Controle op DBC-componenten

De tariefcontrole bestaat eruit dat de afzonderlijke componenttarieven passen bij de betreffende DBC-declaratiecode en DBC-prestatiecode. De controle van declaraties geschiedt op componentniveau, in het kader van de rechtmatigheid van de betaling. Deze controle op correcte componenttarieven geldt voor alle DBC's.

Het CTG eist geen volledigheidscntrole op aanwezigheid van alle componenten in een DBC-declaratie. Echter de controle blijft nuttig voor het traceren van mogelijke fouten in de declaratie, immers een DBC in meerdere fracties declareren blijft een ongewenste optie. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt tussen A-segment en B-segment.

Met ingang van 1 januari 2006 vervalt het onderscheid van verschillende honorariumcomponenten voor ondersteuners. Daarmee wordt de declaratie van een DBC teruggebracht tot twee componenten: een kostencomponent en een honorariacomponent.

Elke declaratie van een DBC uit segment A kan aan de hand van de DBC-prestatiecode en/of de declaratiecode in het TOG systeem (tariefinformatiesysteem organen gezondheidszorg) van Vektis worden gecontroleerd. TOG bevat de relevante tariefgegevens over A-DBC's. Daarnaast biedt TOG inzicht in de tarieflijsten per zorginstelling.

4.4.11 Declaratie van overige trajecten en verrichtingen (beleidsregel I-792)

Een aantal ziekenhuizorgproducten is (nog) niet gekoppeld of (niet altijd) te koppelen aan een DBC. Deels is sprake van (overige) trajecten. Daarnaast kent CTG nog het begrip verrichting. Deze producten passen (nog) niet in de DBC-systematiek en worden afzonderlijk gedeclareerd. Tabel 4-5 geeft aan hoe een trajectdeclaratie er uitziet.

Voorbeelden van overige trajecten en verrichtingen uit segment A zijn: verkeerde bed, gezonde zuigeling, gezonde moeder, beademing IC, pediatrie IC, post IC high care, brandwondenzorg en klassenverpleging. Voor segment B kent CTG vooralsnog alleen klassenverpleging als traject.

Er bestaan nog veel vragen over de verbanden die verzekeraars dienen te leggen in relatie tot een DBC-declaratie, uit hoofde van hun controlerende verplichtingen. Men kan denken aan verkeerde bed in relatie tot een DBC-declaratie of aan de vraag in hoeverre de diagnosecode een rol kan spelen, vanwege het gegeven dat in een DBC-declaratie elk inzicht in het verband met andere handelingen aan een patiënt ontbreekt.

CTG geeft in de beleidsregel aan dat overige trajecten en verrichtingen per dag gedeclareerd dienen te worden. Deze bepaling laat interpretatieruimte over: elke dag afzonderlijk of per periode van dagen. Beide mogelijkheden biedt de EI-standaard, waarbij in geval van een periode een opnamerecord kan worden meegeleverd. Bij declaratie van overige trajecten en verrichtingen kan in rubriek 0610 de waarde 02 worden gebruikt als sprake is van een traject met bijzondere ligdagen. Dat leidt tot de volgende (extra) declaratiemogelijkheden:

- **Klasseverpleging, gezonde zuigeling, gezonde moeder, verkeerde bed: rubriek 0610 = 02.** Bij declaraties van DBC-plichtige instellingen kunnen één of meer opnamerecords voorkomen. Bij niet DBC-plichtige instellingen is ten minste één opnamerecord nodig.

- **Beademing (volwassenen IC, neonatale IC, pediatrische IC, post IC High Care) en brandwonden: rubriek 0610 = 02.** vergezeld van een of meer opnamerecords.

Tabel 4-5 Voorbeeld declaratie traject OVP of ondersteuning OTV, zijnde niet DBC-onderdelen

CTG-begripsomschrijving	ZH308/ZH309		Waarde
	Rubrieknr.	Rubrieknaam	
Traject	0411/ 0606	Aanduiding Prestatiecode/DBC-declaratiecode lijst	"041"
Prestatiecode			
Traject/tarief	0409/ 0607	Prestatiecode/DBC-declaratiecode	CTG bepaalt de prestatiecode
Traject aanvangsdatum	0410/ 0608	Begindatum prestatie	Concreet
Traject einddatum	0412	Einddatum prestatie	Concreet
Soort traject	0416	Soort behandeling	Concreet
Aantal eenheden	0420	Aantal uitgevoerde prestaties	CTG bepaalt de rekeneenheid en de prijs per eenheid per prestatiecode/instelling
Rekeneenheid	0610	Soort prestatie/tarief ⁴	"02" – kostendeel instelling
Behandelaar	0612	Zorgverlenercode behandelaar/uitvoerder	"00000000"
Specialisme	0613	Specialisme categorie	Concrete waarde
Tarief prestatie	0619	Tarief prestatie	CTG bepaalt de prijs per eenheid per prestatiecode/instelling
Berekend bedrag	0622	Declaratiebedrag	Tarief declaratiecode X aantal eenheden

4.4.12 Declaratie van ondersteunende en overige producten

Ondersteunende en overige producten kunnen onderdeel vormen van een DBC, maar ook op zichzelf staand gedeclareerd worden door DBC-plichtige instellingen of daartoe gerechtigde instellingen met een CTG-beschikking uit de reeks A800/A801/A300/B207. Deze maken gebruik van codelijst 041. De overige instellingen blijven gebruik maken van tarieflijst instellingen (codelijst 016) die in vergelijking met de situatie van voor 1 januari 2005 is opgeschoond

Ondersteunende producten zijn verrichtingen geleverd door een poortspecialisme:

- Aan een ander poortspecialisme, te declareren als onderdeel van een DBC (segment A en segment B), of;

⁴ In Soort prestatie/tarief (rubriek 0610) staat de waarde "02" voor (kosten instelling). De waarden "04" en "08" (honorariumkosten) zijn beschikbaar voor "honorariumkosten". Bij declaratie van overige trajecten en verrichtingen wordt "02" ingevuld in rubriek 0610.

- rechtstreeks te declareren als op verzoek van de eerstelijnszorg (segment A), of;
- rechtstreeks te declareren in het kader van Wijziging Declaratie Structuur (segment A).

Overige producten zijn verrichtingen geleverd door een niet-poortspecialisme:

- Aan een poortspecialisme, te declareren als onderdeel van een DBC (segment A en segment B), of;
- rechtstreeks te declareren als op verzoek van de eerstelijnszorg (segment A), of;
- rechtstreeks te declareren in het kader van Wijziging Declaratie Structuur (segment A).

Aanvullende opmerkingen:

- Prestatiecodelijst 007 vervalt per 1 januari 2005.
- Zorgverlening van voor 1 januari 2005 wordt als verrichting gedeclareerd, met gebruik van de oude CTG-tarieflijst instellingen (prestatiecodelijst 016) en de CTG-lijst honoraria medisch specialistische hulp (prestatiecodelijst 007).
- Als sprake is van een overlopende DBC (zie elders in dit document), dan voorziet de berekening van een korting-DBC in een benadering van de reeds eerder geëffectueerde verrichtingendeclaraties. In dat geval is prestatiecodelijst 041 van toepassing.
- Tot eerste lijnszorgverlening behoren onder andere laboratorium- en röntgenonderzoek, overige diagnostiek ten behoeve van huisartsen en fysiotherapie.
- Toppreferente zorg, de extra zorg boven op de gebruikelijke zorg bij een DBC die alleen binnen academische ziekenhuizen kan worden verstrekt, gaat gefinancierd worden vanuit een speciaal daarvoor op te richten fonds, waardoor deze zorg niet meer via declaratie wordt bekostigd.
- Topklinische zorg, een niet officieel gedefinieerd begrip, vormt geen grond voor declaratie. Dit type zorg gaat op in DBC's, waarmee dit begrip niet meer relevant is in het kader van declaraties.

4.4.13 Overlopende DBC's

Tot 1 januari 2005 konden nog verrichtingen worden gedeclareerd. Registratie van DBC's vond in 2004 al wel plaats, zonder dat deze ter declaratie konden worden aangeboden. Vanaf 1 januari 2005 worden alle afgesloten DBC's gedeclareerd.

DBC's die eerder dan 1 januari 2004 werden geopend kennen een overgangsregeling ter verrekening van de gedeclareerde verrichtingen van voor 1 januari 2005, die opgaan in de DBC. Volgens deze regeling wordt een korting- DBC toegepast die de waarde benadert van reeds betaalde verrichtingen. De korting komt in mindering op de reguliere DBC in de declaratie.

Overgangssituatie en experiment-DBC's

Voor alle overlopende DBC's, dus ook experiment-DBC's, wordt het saldo van het DBC-tarief voor de volledige periode en het tarief in DBC-termen voor het DBC-traject van in 2004 gedeclareerd. De saldering wordt per declaratiecomponent van de DBC toegepast. Bomhof-DBC's (die in 2005 op basis van validatie een DBC-code krijgen uit het A- of B-segment) worden dus gedeclareerd tegen het door CTG/ZAio vastgestelde tarief dat geldt op 1 januari 2005, onder aftrek van de korting-DBC.

Voor ZBC's geldt een uitzondering: die hebben in 2004 een integraal tarief op de tariefbeschikking staan (in tegenstelling tot algemene ziekenhuizen, die een toeslag hadden boven op het totaal aan verrichtingentarieven) en moeten dit integraal tarief in 2005 ook declareren.

Door prijsaanpassingen kan de prijs van een component in een korting-DBC anders (hoger of lager) uitkomen dan de corresponderende component van de reguliere DBC. Het saldo zou dan voor die component negatief kunnen uitvallen. Het CTG sluit uit dat verschillen ten gevolge van de overgangsregeling verhaalbaar zijn.

Vanwege het eenmalige karakter is ervoor gekozen een negatief saldo per component in een overlopende DBC als € 0,00 te declareren. De consequentie dat daarmee in het totaal een afwijking kan optreden, wordt geaccepteerd.

Het aantal en de soort componenten van een korting-DBC kan afwijken van de reguliere DBC. Het is niet de bedoeling dat afwijkende componenten van een korting-DBC leiden tot afkeuring van een overlopende DBC. De reguliere DBC is bepalend voor de declaratie. De korting-DBC is slechts een benadering van een bedrag dat al eerder is vergoed voor verrichtingen. Acceptatie van de onvermijdelijke afwijkingen heeft de voorkeur boven kostbare ingrepen in de verschillende administraties voor deze tijdelijke situatie. (Het wordt anders, als de korting-DBC afwijkingen, bijvoorbeeld een onverwacht bedrag in een component, vertoont ten opzichte van de definitie van de betreffende DBC).

Alleen bij een "match" van een kortingcomponent op een reguliere component is sprake van een zinvolle korting. In alle andere gevallen zal het declaratiesaldo van de (fictieve) component een negatieve uitkomst opleveren. Negatieve bedragen worden afgekapt op € 0,00, dus is het niet zinvol deze "fictieve" componenten toe te voegen aan de DBC- declaratie. Wel toevoegen zou bovendien tot problemen leiden in de controle op het aantal componenten van de reguliere DBC. Daarbij is te verwachten dat de kerncomponenten (ziekenhuiskosten, honorarium poortspecialisme en honorarium anesthesie), alsmede de belangrijkste componenten voor ondersteuning ook aanwezig zijn in de korting- DBC. Immers de achtergrond is gelijk aan die van de reguliere DBC. Slechts marginale componenten zouden kunnen gaan optreden als afwijkende of overschotcomponent.

Geen verrekenpercentage bij overlopende DBC's

Voor een overlopende DBC geldt dat "bij declaratie van overlopende DBC's alleen vaste landelijke DBC-bedragen een rol spelen in de reguliere DBC én de korting-DBC". Het verrekenpercentage is variabel, dus dat speelt geen rol bij overlopende DBC's.

Onzin-DBC's als korting DBC

Een "onzin-DBC" is door medisch deskundigen aangemerkt als een in de praktijk niet bestaande combinatie van zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling. De validatie zou niet mogen uitmonden in dergelijke onzin-DBC's. Dergelijke DBC's kennen geen declaratiecode en geen tarief, zodat geen declaratie mogelijk is.

Bij korting-DBC's kunnen vanwege de speciale omstandigheden wel onzin DBC's optreden. CTG staat toe dat overgangs-DBC's zonder korting-DBC worden aangeleverd. Dit kan alleen wanneer er sprake is van een korting-DBC van € 0,00, een niet-declarabele of onzinnige DBC. Als geen korting-DBC van toepassing

is, krijgen de daarvoor relevante rubrieken "default"-waarden behalve rubriek 0620, die moet code 04 bevatten.

4.4.14 Declaraties kaakchirurgie

Declaraties kaakchirurgie t/m 31-12-2008

De situatie tot eind 2008 is dat de kaakchirurgen hun honorarium op basis van een eigen tariefbeschikking mogen declareren. Daarnaast declareren instellingen separaat de kosten voor de kaakchirurgische behandelingen. Onder deze declaratiecode is indien van toepassing, van oudsher ook een, herkenbare, honorariumcomponent van de anesthesie opgenomen.

Door de ten dele nieuwe opzet staan de tarieven voor "niet DBC-trajecten" soms verdeeld over meerdere codelijsten. Bij kaakchirurgie, geen DBC-specialisme, staat het honorarium niet vermeld in codelijst 041, maar in codelijst 015. Kaakchirurgiehonoraria blijven vergoed volgens tariefcodelijst 015 totdat deze in landelijke DBC's wordt opgenomen.

Echter de instellingskosten en ondersteuning anesthesie bij kaakchirurgie staan wel vermeld in codelijst 041. Immers prestatiecodelijst 041 bevat naast tarieven voor DBC's ook tarieven voor "overige trajecten en verrichtingen" en tarieven voor "overige en ondersteunende producten". Als een verrichting niet tot een DBC behoort, kan deze worden gevonden in een van beide categorieën. In het geval van kaakchirurgie is dat het geval voor de instellingskosten en kosten voor ondersteuning.

Wil de declaratie in zijn geheel herkenbaar worden gedeclareerd, dan kan de AGB-code van kaakchirurgie (1100) als poortspecialisme in rubriek 0413 worden vermeld bij de verschillende declaratiecomponenten.

Declaraties kaakchirurgie vanaf 01-01-2009 (integrale bekostiging kaakchirurgie)

Vanaf 01-01-2009 verandert de declaratiesystematiek omdat overgegaan wordt op de integrale bekostiging van kaakchirurgie. De ziekenhuiskosten, honoraria kaakchirurg en, indien van toepassing, het honorarium van de anesthesie als ondersteuner zijn beschikbaar onder dezelfde declaratiecode in de DBC Tarieventabel. Er is overigens nog geen sprake van echte DBC's.

Omdat er sprake is van integrale bekostiging is per 01-01-2009 alleen prestatiecodelijst 041 nog relevant voor kaakchirurgie (honorarium en kosten kaakchirurgie, en honorarium anaesthesie). Prestatiecodelijst 015, die alleen nog voor kaakchirurgie relevant was, vervalt nu ook voor kaakchirurgie.

4.4.15 Gecombineerd of gesplitst declareren

Tussen prestatie record en tariefrecords bestaan verbanden door sleutelovererving. Rubrieken 0411 en 0608 (aanduiding codelijst) zijn onderdeel van deze sleutels. In het kader van versie 5 van ZH38/ZH39 bestonden afspraken over declaraties vanuit codelijsten 007/016 en codelijsten 015/016 voor respectievelijk honoraria en kosten. Zonder deze afspraken zou combinatie van verschillende codelijsten leiden tot splitsing van bij elkaar horende declaraties. In versie 6 van ZH38/ZH39 is die mogelijkheid aanvankelijk niet overgenomen voor declaraties vanaf 01-01-2005, omdat de noodzaak leek te zijn vervallen. Latere ontwikkelingen in de regelgeving hebben die veronderstelling achterhaald.

Samengevat is de situatie sinds 01-01-2005 als volgt:

- Codelijst 007 is komen te vervallen.
- Codelijst 016 heeft een aangepaste invulling gekregen en is alleen nog van toepassing op instellingskosten van niet DBC-plichtige instellingen (onder andere revalidatiecentra,

huisartsenlaboratoria, trombosediensten etc.).

Prestatiecodelijst 016 is per 01-01-2009 niet meer relevant m.b.t. revalidatiecentra, daar hiervoor per 2009 DBC's zijn geformuleerd.

De revalidatiebehandelingen conform revalidatiebehandelingsuren (RBU) die in 2008 starten en na 2008 eindigen worden administratief beëindigd op 31-12-2008. Per 01-01-2009 wordt dan een vervolg-DBC (zorgtype 21) geopend om het vervolg van de afgebroken revalidatiebehandeling mee te declareren. Er is geen sprake van 'overloopproblematiek', en dus ook niet van inhoudingen die hierop gebaseerd zouden zijn. Wel is het zo dat nieuwe DBC's die op 01-01-2009 of 02-01-2009 starten (zorgtype 11) altijd als "0410 Begindatum prestatie/datum opening DBC" 02-01-2009 krijgen om aan te geven dat het geen vervolg-DBC aansluitend op een afgebroken behandeling in 2008 betreft.

Als echter een behandeling conform RBU regulier op 31-12-2008 wordt beëindigd (niet afgebroken) en er een vervolgbehandeling in 2009 noodzakelijk is dan zal deze ook als "0410 Begindatum prestatie/datum opening DBC" 02-01-2009 krijgen om aan te geven dat het geen vervolgbehandeling aansluitend op een afgebroken behandeling in 2008 betreft (wel is het zorgtype 21).

- Codelijst 015 blijft tot/met 31-12-2008 relevant voor honoraria van kaakchirurgen.
Per 01-01-2009 is deze prestatiecodelijst voor alle beroepsgroepen vervallen.
- Codelijst 041 is nieuw en omvat naast DBC-tarieven ook tarieven voor "Overige trajecten en verrichtingen" en voor "Ondersteunende en Overige Producten", waaronder ook declaraties van onder andere eerstelijns hulp en ondersteuning van kaakchirurgie vallen.
Dit blijft per 2009 ook gehandhaafd voor kaakchirurgie (integrale bekostiging).
- Voor niet DBC-plichtige instellingen bestaat de mogelijkheid om via een speciale beschikking uit de reeks A800/A801/A300/B207 vanuit codelijst 016 honorariumtarieven te declareren voor "Ondersteunende en Overige Producten" uit codelijst 041.

Teruggrijpen naar de oude afspraken werkt niet vanwege het onderscheid DBC-plichtige en niet-DBC-plichtige instellingen. Daarnaast zullen toekomstige ontwikkelingen ertoe leiden dat codelijsten gaan vervallen ten gunste van codelijst 041. Anticiperend daarop gelden de volgende afspraken voor declaraties vanuit verschillende codelijsten:

A: Richtlijnen gecombineerd declareren

In deze optie volgen de recordtypen in de declaratie het patroon: 4 / 6 / 6

- **DBC-instelling, alsmede niet-DBC-instellingen met een declaratiebeschikking uit de reeks A800/A801/A300/B207:**
 - kosten:
 - rubriek 0408/0606 : 041
 - rubriek 0409/0607 : prestatiecode uit "Ondersteunende en Overige Producten"
 - rubriek 0610 : 02 = kosten instelling
 - rubriek 0616 : 016
 - rubriek 0617 : prestatiecode kosten instelling
 - honorarium:
 - rubriek 0408/0606 : 041
 - rubriek 0409/0607 : prestatiecode uit "Ondersteunende en Overige Producten"
 - rubriek 0610 : 04 = honorarium medisch specialist (poorter of

ondersteuner) of 08 = honorarium anesthesie
(ondersteuner)

- kosten kaakchirurgie:
 - rubriek 0408/0606 : 041
 - rubriek 0409/0607 : prestatiecode uit "Ondersteunende en Overige Producten"
 - rubriek 0610 : 02 = kosten instelling
- honorarium kaakchirurgie:
 - rubriek 0408/0606 : 041
 - rubriek 0409/0607 : prestatiecode uit "Ondersteunende en Overige Producten"
 - rubriek 0610 : 04 = honorarium medisch specialist
 - rubriek 0616 : 015
Niet invullen voor behandelingen per 01-01-2009 (nullen).
 - rubriek 0617 : prestatiecode honorarium kaakchirurgie
Niet invullen voor behandelingen per 01-01-2009 (spaties).
- **Niet-DBC-instellingen zonder een declaratiebeschikking uit de reeks A800/A801/A300/B207:**
 - kosten:
 - rubriek 0408/0606 : 016
 - rubriek 0409/0607 : prestatiecode uit tarieflijst instellingen
 - honorarium:
 - niet van toepassing.

B: Richtlijnen gesplitst declareren (blijft mogelijk naast optie A)

In deze optie volgen de recordtypen in de declaratie het patroon: 4/ 6 .../ 4/ 6 . Volgens dat patroon worden de meest onderscheidende rubrieken bijvoorbeeld als volgt gevuld:

- 0408/0606 = 041 (honorarium ondersteuning) / 0408/0607 = 016 (kosten instelling),
- 0409/0607 = 041 (kosten instelling, respectievelijk honorarium ondersteuning) / 0408/0607 = 015 (honorarium kaakchirurg *t/m 31-12-2008*). *Voor declaratieposten met prestatiedatums vanaf 01-01-2009 wordt prestatiecodelijst 015 niet meer gebruikt.*

Deze afspraken gaan in op dagtekening factuur per 01-07-2005.

De wijzigingen per 01-01-2009 m.b.t. kaakchirurgie en revalidatie gaan in vanaf "0410 Begindatum prestatie/datum opening DBC" 01-01-2009. Voor radiotherapie, waarvoor de DBC-systematiek per 01-01-2009 wijzigt geldt dat voor 01-01-2009 geopende DBC's kunnen doorlopen in 2009. Na beëindiging worden deze gedeclareerd conform de declaratievoorwaarden die in 2008 golden.

4.4.16 DBC-profiel verandert niet door onderhandelingen in het B-segment

Een DBC wordt vastgesteld aan de hand van een aantal kernverrichtingen die behoren tot het domein van de verantwoordelijke poortspecialist. Deze onderdelen zijn niet onderhandelbaar. Er kan alleen onderhandeld worden over het kostentarief en aantal elementen per ondersteunende honorariumcomponent.

4.4.17 Declaratie met een afwijkende specialismecode

Voor een aantal (vrijgevestigde) klinische chemici (zorgverlenerscode 0386....) heeft CTG/ZAio eind december 2004 individuele tariefbeschikkingen afgegeven. In deze beschikkingen is geregeld dat voor het specialisme klinische chemie de bedragen voor medisch microbiologie (zorgverlenerscode 0387....) mogen worden gedeclareerd bij de instellingen (het ziekenhuis/ZBC). In deze beschikking is niet geregeld dat de arts klinische chemie in rekening mag brengen bij de zorgverzekeraar. Het is net als in alle andere situaties zo dat het ziekenhuis of de ZBC het totale DBC-tarief declareert. In dit DBC-bedrag zit al een looncomponent voor de medicus, omdat in bijna alle gevallen sprake is van een loondienstsituatie. Dit betekent dus dat er niet een bedrag boven op het DBC-tarief voor de klinische chemicus in rekening mag worden gebracht, maar dat het door CTG/ZAio vastgestelde tarief voor medische microbiologie in rekening mag worden gebracht bij de zorgverzekeraar, ook al is in de praktijk sprake van een ander soort specialisme, in casu medisch specialist klinische chemie (bron CTG/ZAio).

Daarmee gaat CTG/ZAio voorbij aan een specifiek declaratieprobleem: de feitelijke behandelaar/uitvoerder heeft een niet passend specialisme. Normaliter aanleiding voor afwijzing van de declaratie. Dit probleem is opgelost door bij declaratie van "overige trajecten en verrichtingen" of van "ondersteunende en overige producten" rubriek 0612 (behandelaar/uitvoerder) leeg te laten (= vullen met "00000000") en rubriek 0613 te vullen met het bij CTG-beschikking toegestane soort medisch specialisme. Bijvoorbeeld kan in het geval van een zorgverlenersidentificatie "0386...." rubriek 0612 "leeg" blijven met specialisme code 0387 rubriek 0614. Voor andere specialismen kan een vergelijkbare situatie van toepassing zijn, mits daaraan een beschikking van CTG/ZAio ten grondslag ligt.

4.4.18 Privacy maskering (alleen voor DBC's geopend vóór 01-01-2006)

In verband met de privacy van patiënten worden de DBC's in twee groepen onderscheiden: een groep waarbij de volledige diagnosecode vermeld moet worden en een groep waarbij de diagnosecode slechts gemaskeerd op de nota mag.

CTG/ZAio geeft aan welke DBC's volledig gespecificeerd op de nota moeten worden vermeld voor segment A. Voor de DBC's in segment B geldt in ieder geval dat de diagnosecode volledig op de nota vermeld dient te worden.

Spaties, scheidingstekens of -streepjes komen niet voor in de elektronische weergave van de prestatiecode.

In de EI-standaard DBC/ziekenhuiszorg telt de diagnose-as binnen de DBC-prestatiecode altijd 4 posities. Een aantal diagnosecodes telt in werkelijkheid minder dan 4 posities. Bij minder dan 4 posities wordt de code rechts in de beschikbare ruimte geplaatst, voorafgegaan door voorloophnullen.

De diagnosecode uit de originele typeringslijsten is altijd 2, 3 of 4 posities lang. Diagnosecodes van één positie bestaan niet. De regels voor maskering van de werkelijke diagnosecode (dus zonder de voorloophnullen) zijn als volgt:

- bij 4 of 3 posities diagnosecode: verminking van de laatste twee posities, door vullen met nullen.
- bij 2 posities diagnosecode: maskering van de laatste positie, door vullen met een nul.

Daarbij kan de werkelijke diagnosecode met een nul beginnen, waardoor het onderscheid tussen voorloophnullen en codenullen niet zichtbaar is in de DBC-prestatiecode. De waarde 0001 in de diagnose-

as van de DBC-prestatiecode kan net zo goed een diagnosecode van 4 posities als een diagnosecode van 2 posities representeren. Maskeren kan er vervolgens toe leiden dat de volledige diagnose-as bestaat uit 4 nullen: voorloophnullen en maskerende nullen.

Samenvattend wordt in de beleidsregel het volgende bedoeld:

- code XXXX wordt gemaskeerd in de diagnose-as van de DBC-prestatiecode: XX00;
- code XXX wordt gemaskeerd in de diagnose-as van de DBC-prestatiecode: 0X00;
- code XX wordt gemaskeerd in de diagnose-as van de DBC-prestatiecode: 0000.

Bijvoorbeeld: als een XXX-code begint met 0 met 25 daarna, dan leidt dat tot de maskering 0X00, waarin X = 0.

In TOG is naar analogie van EI-standaard ZH308/ZH309 de diagnose-as altijd opgevuld tot 4 posities. Het aantal te maskeren posities geeft TOG aan met "indicatie volledige prestatiecode":

- N (hoofdletter) = 2 laatste posities maskeren met nullen;
- n (kleine letter) = laatste positie maskeren met een nul.

In de productgroepentabel van DBC-Onderhoud staat de gemaskeerde DBC-prestatiecode vermeld in "te rapporteren prestatiecode".

4.4.19 Medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT)

Per 2010 kan met de EI-standaarden ZH308/ZH309 en de OS301/OS302 medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT) gedeclareerd worden. In het voorbereidingstraject uitvoering MSVT is, bij de invulling van het declaratieproces, gekozen voor het gebruik van de EI-standaard ZH308 bij declaratie door ziekenhuizen en het gebruik van de standaard OS301 bij declaratie door andere zorgaanbieders. Bij deze laatste categorie gaat het vooral om de thuiszorgorganisaties.

Voor de ZH308 geldt het volgende met betrekking tot MSVT:

0102 Code externe-integratiebericht

Code '101' invullen.

0408 Aanduiding prestatiecodelijst

Code '016' invullen door niet-DBC-instellingen.

Code '041' invullen door DBC-instellingen.

0410 Begindatum prestatie/datum opening DBC

Bij declaratie van MSVT wordt de prestatie per dag gedeclareerd en derhalve dient "0410 Begindatum prestatie/datum opening DBC" gelijk te zijn aan "0412 Einddatum prestatie/datum sluiting DBC".

0412 Einddatum prestatie/datum sluiting DBC

Bij declaratie van MSVT wordt de prestatie per dag gedeclareerd en derhalve dient “0412 Einddatum prestatie/datum sluiting DBC” gelijk te zijn aan “0410 Begindatum prestatie/datum opening DBC”.

0420 Aantal uitgevoerde prestaties

Het aantal is gelijk aan het aantal prestaties.

Als de prestatie per tijdsduur geldt, dan wordt ingevuld hoe vaak die tijdsduur besteed is. In het geval van een 5-minutentarief en een tijdsduur van 20 minuten is het aantal gelijk aan ‘0004’.

0606 Aanduiding prestatiecodelijst (01)

Zelfde code invullen als in rubriek 0408.

0610 Soort prestatie/tarief

Code ‘02’ invullen.

0612 Zorgverlenerscode behandelaar/uitvoerder (01)

Bij declaratie van MSVT wordt hier de zorgverlenerscode instelling ingevuld van het ziekenhuis of de instelling waarbij de betrokken verpleegkundige werkzaam is.

0616 Aanduiding prestatiecodelijst (02)

0617 Prestatiecode (02)

Beide rubrieken leeg laten.

4.5 WDS (wijziging declaratiestructuur) bij DBC's

WDS (wijziging declaratiestructuur) regelt de declaratie van onderlinge dienstverlening tussen zorgverleners. WDS kent twee hoofdvormen: WDS voor de eerste-lijnsgezondheidszorg (bijvoorbeeld labonderzoek voor een huisarts) en WDS voor een ander ziekenhuis (bijvoorbeeld een MRI-scan bij een collega-instelling).

Bij WDS-declaraties gelden voor DBC-plichtige instellingen de prijzen voor ondersteunende en overige producten uit prestatiecodelijst 041. Voor niet-DBC-plichtige instellingen geldt de CTG-tarieflijst instellingen (prestatiecodelijst 016).

WDS voor de 1^e -lijnsgezondheidszorg

Bij WDS voor de 1^e -lijnsgezondheidszorg declareert het uitvoerende ziekenhuis het onderzoek als ondersteunend of overig product uit prestatiecodelijst 041 als het een DBC-plichtige instelling is.

Uitbesteding van werk (WDS – nieuwe stijl)

Onderzoeken op verzoek van andere gebudgetteerde instellingen vallen onder de zogenaamde WDS-constructie, dat wil zeggen, dat de aanvragende instelling de nota moet ontvangen van de uitvoerende

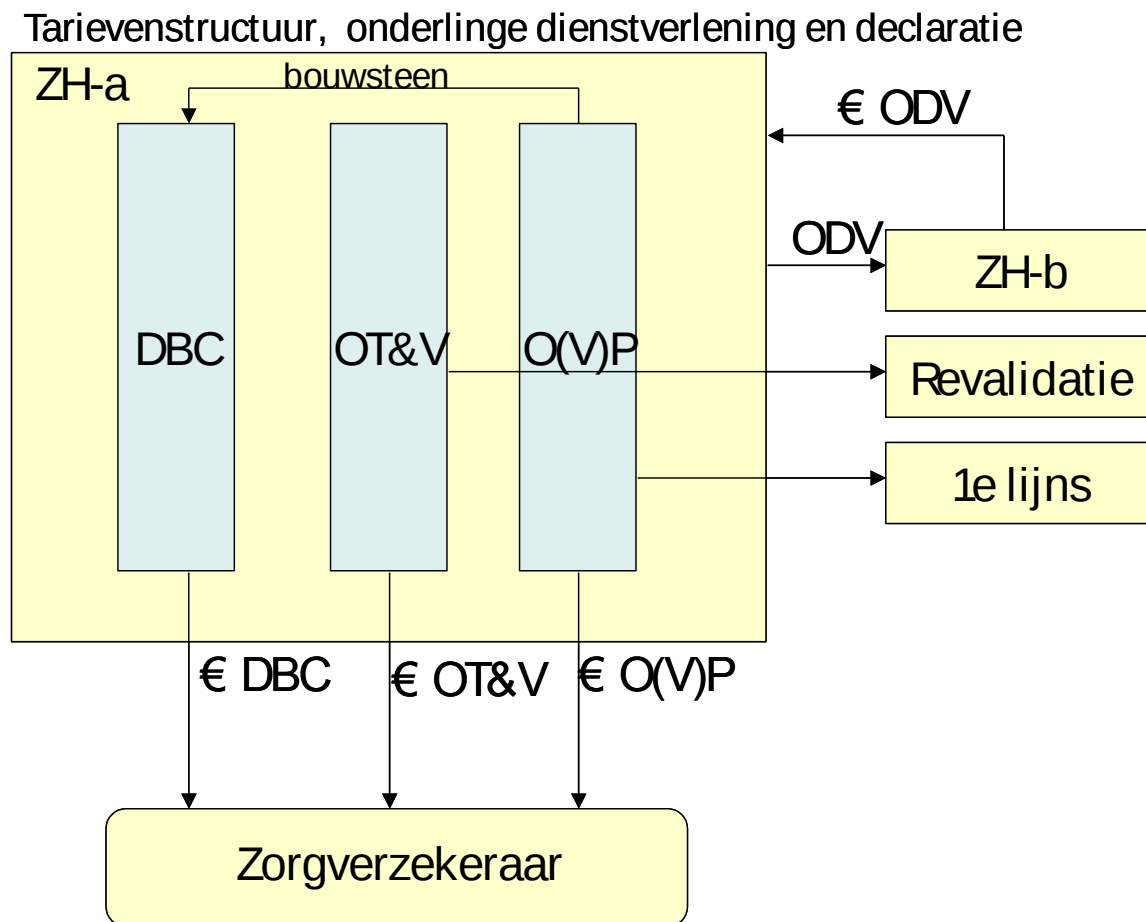
instellingen. Of de uitvoerende instelling een DBC-instelling is of niet (overigens bestaat deze typologie in WTG-termen niet) doet er niet toe. De aanvragende instelling declareert de volledige behandeling aan de (zorgverzekeraar van de) patiënt.

Voorbeeld: hoe moet de instelling declareren bij labonderzoek voor de 1^e -lijnszorg, waarbij de instelling het werk heeft uitbesteed. De uitbestedende instelling moet de kosten declareren bij de zorgverzekeraar. De dienstverlenende instelling declareert bij de instelling die heeft uitbesteed.

Uitbesteding van een deel van de behandeling uit een DBC-traject leidt niet tot een nieuwe DBC bij de zorginstelling waaraan de uitbesteding is gegund. De uitbestedende instelling betaalt de rekening van de uitvoerende instelling en declareert de volledige DBC, inclusief het uitbestede werk, bij de zorgverzekeraar. Dit voor zover dat volgens prestatiecodelijst 041 valt in de categorie ondersteunende en overige producten.

Bij een chronische DBC leidt behandeling in een andere dan de gebruikelijke instelling niet tot een WDS-situatie, indien dat verband houdt met de opname voor een andersoortige behandeling. Bijvoorbeeld bij een dialysepatiënt, die is opgenomen voor een oogaandoening, kunnen de dialysekosten worden gedeclareerd door de opnemende instelling, ook al wordt de dialyse in de regel uitgevoerd bij een andere instelling.

Onderstaand schema geeft aan hoe DBC, OT&V en O(V)P zich onderling verhouden. Tevens is aangegeven hoe de dienstverleningsverbanden lopen en hoe de kosten daarvan worden afgehandeld (€ - pijlen).



Figuur 4-2 Tarievenstructuur, onderlinge dienstverlening en declaratie

Voorbeeld:

Hoe moet de instelling declareren bij labonderzoek voor de 1e -lijnszorg (huisarts), waarbij de instelling het werk heeft uitbesteed?

De uitbestedende instelling moet de kosten declareren bij de zorgverzekeraar. De dienstverlenende instelling declareert bij de instelling die heeft uitbesteed. De huisarts declareert in deze niets.

4.6 CTG-circulaires

De beschrijving van de standaard DBC/ziekenhuiszorg is gebaseerd op CTG–circulaire KKON/MWIL/rbop/V/5600/1900/04/4c bij beschikking 04-2004 en bijhorende beschikkingen.

Voor deze en andere relevante circulaire's en beschikkingen wordt verwezen naar site www.CTG-ZAio.nl.

4.7 Verrichtingen declaraties – oude stijl – aandachtspunten

4.7.1 Declaratiebedragen van deelverrichtingen/trajecten

In de praktijk blijkt voor te komen dat een bepaalde door CTG/ZAio gedefinieerde verrichting voor een deel of in gedeelten wordt uitgevoerd. In de EI-standaard ZH38/ZH39 kon de declaratie van deelverrichtingen als volgt worden ondergebracht. Deze regeling is overgenomen in de standaard DBC/ziekenhuiszorg.

Rubriek 0618 "verrekenpercentage/factor" vullen met de omvang, uitgedrukt in een % van de deelverrichting ten opzichte van de volledige verrichting.

- Toelichting: de rubriek biedt de mogelijkheid de feitelijk gewerkte tijd op één dag uit te drukken als percentage ten opzichte van de normtijd die voor die prestatie geldt.
- Voorwaarde: het aantal behandelingen (**rubriek 0420** "Aantal uitgevoerde prestaties"), moet dan op 1 (één) worden gesteld. (In feite wordt op deze manier niet meer uitgegaan van het aantal (deel)behandelingen, maar de, door CTG/ZAio bepaalde, behandel eenheid waarvan je uitgaat.)
- Voorbeeld: In het geval van A021/A022, waarvoor de normtijd per prestatie 1 uur bedraagt, komt dat neer op invullen van 25% voor een deelbehandeling van een kwartier en 75% voor een deelbehandeling van drie kwartier. Invulling van 75% kan zodoende ook als op één dag 3 deelbehandelingen van een kwartier hebben plaatsgevonden. Evenzo zijn percentages groter dan 100% mogelijk.

Rubriek 0619 "tarief prestatie/kosten & honorarium" vullen met het resultaatbedrag dat wordt bepaald met het berekeningspercentage maal het tarief voor die prestatie.

- Toelichting: $\text{tarief} = \text{verrekenpercentage/factor} * (\text{tarief} + \text{BTW} + \text{toeslag medisch specialist})$, NB: BTW en/of toeslag hoeven in de praktijk niet in de berekening voor te komen.
- Voorwaarde: gebruik het vastgestelde/overeengekomen tarief als uitgangspunt.
- Voorbeeld: in het geval van A021/A022 het CTG/ZAio bedrag gebruiken dat voor de gedefinieerde prestatie van 1 uur is bepaald.

Rubriek 0622 "berekend bedrag" vullen volgens de regels in de standaard.

- Toelichting: $\text{berekend bedrag} = \text{bedrag tarief prestatie} * (\text{aantal uitgevoerde prestaties} + \text{totaalbedrag toeslag} - \text{bedrag ontvangen eigen bijdrage})$.
- Voorwaarde: de gedeclareerde (deel)verrichtingen hebben op dezelfde dag plaatsgevonden.
- Voorbeeld: in het geval van A021/A022 het bedrag tariefprestatie gebruiken van één prestatie (aantal = 1), aangevuld met eventuele toeslagen en verminderd met eventuele eigen bijdragen.

4.7.2 Soort behandeling

Met de invulling van soort behandeling (rubriek 0416) ondervinden veel instellingen problemen. Veel vergissingen worden gemaakt met de codes 2 t/m 4. Om de kennelijke verwarring op te heffen wordt het volgende onder de aandacht gebracht.

Code 2 – klinische medebehandeling

Code 2 toepassen in geval van medebehandeling of intercollegiaal consult ten behoeve van een klinisch opgenomen patiënt, volgens de richtlijnen uit het specialistenboek van het CTG/ZAio (tariefsoort 2).

Code 3 – poliklinische behandeling

Code 3 toepassen in geval van poliklinische behandeling, gekenmerkt door: beperkte behandeltijd, in de regel zonder gebruik van een bed. Uitzonderling daarop vormt de poliklinische bevalling.

Code 4 – semi-muraal

Code 4 toepassen in geval van semi-murale behandeling, gekenmerkt als een aantal uren durende behandeling, met in de regel gebruik van een bed, zonder dat sprake is van overnachting (CTG-code 190035 uit tarievenlijst instellingen). Semi-muraal wordt ook wel aangeduid als dagbehandeling.

4.7.3 WDS-declaratie – oude stijl

Met het aanleveren van declaraties in het kader van WDS (Wijziging Declaratie Structuur) ondervinden veel instellingen problemen. Vaak wordt ten onrechte in rubriek 0416 met code 5 gepoogd aan te geven dat er sprake is van een WDS-declaratie.

De begeleidingscommissie voor de EI-standaard ZH38/ZH39, bestaande uit vertegenwoordigers van de verschillende belanghebbende partijen, heeft in haar bijeenkomst van 10 november 2003 bepaald dat rubriek 0416 bij een WDS-declaratie een waarde moet bevatten welke voldoet aan de geldende voorwaarden.

Verder is besloten dat bij een WDS-declaratie rubriek 0419 verplicht ingevuld moet worden.

5. Bijlagen

5.1. Mutatieoverzicht

Dit overzicht is ten behoeve van correctief onderhoud bij uitbrengen van een nieuwe (sub)versie van de EI-standaard en voor het aanbrengen van correcties en verduidelijkingen in dit document.

RfC# / CorriD bevat de identificatie van de aanleiding voor de wijziging. De nummers van de paragrafen komen overeen met die in deze uitgave van de Invulinstructie bij de EI-standaard (versie 7.2).

Tabel 5-2 Mutatieoverzicht bij deze uitgave

Datum	RfC# / CorriD	Documentdeel	Aard wijziging
16-12-2009	09030	4.4.19	Pargraaf voor medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT) toegevoegd.
24-12-2008	08042a	4.4.15	Voor revalidatiebehandeling worden per 01-01-2009 DBC's ingevoerd. De in de vorige uitgave 3 van de INV aangegeven wijze van declareren is bijgesteld op basis van NZA-besluitvorming op 04-12-2008. Dit betreft de specifieke wijze waarop de overgang van de oude naar de nieuwe declaratiesystematiek expliciet aangegeven behoort te worden. De zwarte en blauwe teksten zijn bestaande teksten. De <i>rode cursieve teksten</i> zijn toevoegingen/wijzigingen (hoofdzakelijk toevoegingen).
24-11-2008	08038	4.4.14 en 4.4.15	Invoering integrale bekostiging kaakchirurgie per 01-01-2009. Voor revalidatiecentra en worden per 01-01-2009 DBC's ingevoerd. Voor radiotherapie verandert de DBC-systematiek per 01-01-2009. De zwarte teksten zijn bestaande teksten. De <i>blauwe cursieve teksten</i> zijn toevoegingen/wijzigingen (hoofdzakelijk toevoegingen).
24-11-2008	0079, 0080, 08009		Wijzigingen vanuit Erratumdocument EI-DECL_ERR-ADDu3.pdf doorgevoerd: par. 3.3 Voorbeeld 6 (incl. tabel 3-3); par. 2.2.7 en 2.2.8 tussengevoegd (Huisnummer ...).
15-02-2008	200802-04	4.2.2	Paragraaf toegevoegd: 4.2.2 Verwijsinformatie. Deze paragraaf bevat nadere instructies voor de invulling van verwijsinformatie in recordtype 4 (R0415, R0417 en R0418).

Datum	RfC# / CorrID	Documentdeel	Aard wijziging
			N.B.: Met het tussenvoegen van deze paragraaf worden de subparagraafnummering aangepast van 4.2.2 en 4.2.3 in 4.2.3 respectievelijk 4.2.4. Paragraaf 4.1: tabel 4-1 invulinstructie per gegeven (rubriek) is hierop aangepast
01-05-2007		Voor-, schutblad	Tekstuele wijziging: Aanpassing Versie bericht: 7.1 wordt 7.2
01-05-2007		Voor-, schutblad	Tekstuele wijziging: Aanpassing Versiedatum bericht: 01-10-2006 wordt 01-05-2007.
01-05-2007	0042	2.2 Adres-/ identificatievelden bij verschillende berichtstromen	Tekstuele wijziging: Gegevens element 0407 Doorsturen toegestaan is mandatory; volgens invulinstructie wordt veld niet ingevuld als declaratie van ZA/SB naar ZV gaat. Tabel 2-2 in invulinstructie "niet vullen" gecorrigeerd in "code 1 ja vullen" (indien ZA of SB -> ZV).
01-05-2007	06001	2.2.8 Tarief prestatie (incl. BTW)	Tekstuele wijziging: aanpassing definitie.
01-05-2007	06001	2.2.9 Berekend bedrag (incl. BTW)	Tekstuele wijziging: aanpassing definitie.
01-05-2007	06001	2.2.10 Declaratiebedrag (incl. BTW)	Tekstuele wijziging: aanpassing definitie.
01-05-2007	06001	2.2.11 Berekend bedrag als grondslag voor vergoeding	Tekstuele wijziging: paragraaf is toegevoegd ter verduidelijking gebruik bedragvelden.
01-05-2007	06001	2.2.12 Werken met de grondslag	Tekstuele wijziging: paragraaf is toegevoegd ter verduidelijking gebruik bedragvelden.
01-05-2007	07003	2.2.13 Referentienummer dit prestatierecord	Tekstuele wijziging: - paragraafnummer gewijzigd van 2.2.11 in 2.2.13 als gevolg van nieuwe paragrafen; - tekst onder subkop "Creditdeclaratie en referentienummers" is verwijderd en vervangen door een verwijzing naar het STB.
01-05-2007	0022	3.3 recordcontroles en voorbeeldvulling retourbericht	Tekstuele wijziging: tabel 3-3, voorbeeld 6: BSN verkeerd ingevuld in retourbericht (1e prestatierecord onder 2e verzekerderecord). In retourbericht mogen geen gegevens gewijzigd worden. Correctie "000197243" in "300197243".
15-03-2007	2007 03- 03	2.2 Adres- /identificatievelden	Aanvullende beschrijving wijze van vullen van declarantrubrieken in het voorlooprecord in geval van een rechtspersoon, een

Datum	RfC# / CorriD	Documentdeel	Aard wijziging
		bij verschillende berichtstromen	gezondheidscentrum, een samenwerkingsverband of een rechtspersoon. Hierin zijn opgenomen een verduidelijking in het declareren <i>namens</i> of <i>uit eigen naam</i> met diverse invulvoorbeelden (tweede uitgave, 1 mei 2007).
01-12-2006	200612-14	2.1 Inleiding	Tekstuele wijziging. In de Invulinstructie, paragraaf 2.1 Inleiding, tabel 2.1 Invulinstructie per gegeven (rubriek) staat bij gegeven identificatie detailrecord het rubrieknummer "9902" vermeld. Het sluitrecord heeft geen identificatie detailrecord. De tekst "9902" dient verwijderd te worden.
01-12-2006	200612-04	3.3 recordcontroles en voorbeeldvulling retourbericht	Tekstuele wijziging. Foutieve telling records in het sluitrecord in tabel 3-2 Voorbeeld retourberichten en tabel 3-3 Voorbeeld retourberichten recordcontroles.
01-12-2006	200612-17	4.2.1 Instellingscode	Paragraaf toegevoegd: 4.2.1 instellingscode (in voorlooprecord). N.B.: Met de toevoeging van paragraaf 4.2.1 worden de paragraafnummers 4.3 en 4.4 gecorrigeerd in 4.2.2 respectievelijk 4.2.3. De paragraafnummers 4.5 tot en met 4.9 worden dan 4.3 tot en met 4.7. Paragraaf 4.1: tabel 4-1 invulinstructie per gegeven (rubriek) is hierop aangepast

Tabel 5-1 Mutatieoverzicht bij deze uitgave

Hieronder staan de (historische) wijzigingen in de uitgave van 15-10-2006 van dit document.

De nummers van de paragrafen komen overeen met die in de betreffende uitgave van de Invulinstructie van de EI-standaard (versie 7.1).

Datum	Documentdeel	Mutatie
15-10-2006	Hele document	Subversienummers zijn opgehoogd met 1. Versiedata en uitgavedata zijn gewijzigd in 15-10-2006.
15-10-2006	Tabel 2-2	"0115 Identificatiecode betaling aan" gewijzigd in "0113 Identificatiecode betaling aan".
15-10-2006	3.3 voorbeeld 4	Tekst ingevoegd in paragraaf: "In gegeven retourcode (01) van de overige records op het verzekerdenniveau van deze verzekerde (inclusief eventuele commentaarrecords) wordt telkens de waarde 0200 = (Geen opmerking bij dit recordtype) gevuld. In gegeven retourcode (01) van de records op prestatie-

Datum	Documentdeel	Mutatie
		/declaratieniveau (inclusief commentaarrecords) van deze verzekerde wordt telkens de waarde 8002 = (record is niet beoordeeld (wegens afkeuring boven- of ondergeschikte[e] record[s])) gevuld."