

Registratie-, validatie- en afleidingsmodel GGZ

V20091001

Ingangsdatum: 20100101

Inhoudsopgave

1	INLEIDING	4
2	REGISTRATIE	5
	2.1 ALGEMENE PRINCIPES VAN REGISTREREN	5
	2.1.1 Inleiding op registratie.....	5
	2.1.2 Tijdsafhankelijkheid van de producten	5
	2.1.3 Zorgtraject.....	7
	2.2 HET REGISTRATIEMODEL	8
	2.2.1 Het conceptueel datamodel.....	8
	2.2.2 Beschrijving van entiteiten in het datamodel	9
	2.2.3 Registratieregels bij het datamodel	9
3	VALIDATIE	12
	3.1 ALGEMENE PRINCIPES VAN VALIDEREN.....	12
	3.1.1 Inleiding op validatie	12
	3.1.2 Tijdsafhankelijkheid van de producten	12
	3.1.3 Het 'als dan' principe	12
	3.2 VALIDATIEPROCES	13
	3.2.1 Inrichting van het validatieproces	13
	3.2.2 Procesmodel.....	14
	3.3 VALIDATIETYPEN.....	16
	3.3.1 Technische validatie	16
	3.3.2 Inhoudelijke validatie	16
	3.3.3 Onderscheid technische en inhoudelijke validatie.....	16
4	AFLEIDING	18
	4.1 ALGEMENE PRINCIPES VAN AFLEIDEN	18
	4.1.1 Inleiding op afleiden.....	18
	4.1.2 Tijdsafhankelijkheid van de producten	18
	4.1.3 Het 'True or False' principe	19
	4.2 AFLEIDINGSPROCES.....	19
	4.2.1 Procesmodel.....	19
	4.3 AFLEIDEN DBC PRODUCTGROEP	20
	4.3.1 Kenmerkende factoren	21
	4.3.2 Beslisboom	22
	4.3.3 Afleiding naar productgroepen testen.....	22
	4.4 AFLEIDEN DBC-PRESTATIE- EN DECLARATIECODE.....	22
	4.4.1 Prestatie- en declaratiecode.....	22
	4.4.2 Specificaties en privacy aspecten	23
	4.5 AFLEIDEN DBC-TARIEF	24

5	BIJLAGEN	26
	BIJLAGE 1 TOELICHTING OP DATAMODEL	27
	BIJLAGE 2 TABELSPECIFICATIES	30
	1 ALGEMENE PATIËNT IDENTIFICATIEGEGEVENS: PATIËNT	30
	2 INSTELLING	32
	3 ZORGTRAJECT.....	33
	4 DBC	35
	5 OVERIGE DIAGNOSES AS1 – AS5.....	37
	6 ACTIVITEITEN EN VERRICHTINGEN.....	39
	6.1 Activiteiten en verrichtingen: tijdschrijven	39
	6.2 Activiteiten en verrichtingen: dagbesteding	40
	6.3 Activiteiten en verrichtingen: verblijfsdagen.....	40
	6.4 Activiteiten en verrichtingen: verrichtingen	41
	7 BEHANDELAAR	41
	8 KOSTPRIJZEN	42
	8.1 KOSTPRIJS UURTARIEF	42
	8.2 KOSTPRIJS VERBLIJFSDAG	43
	8.3 KOSTPRIJS DAGBESTEDING	44
	8.4 KOSTPRIJS VERRICHTING	45
	BIJLAGE 3 WIJZIGINGENLOG	47

1 INLEIDING

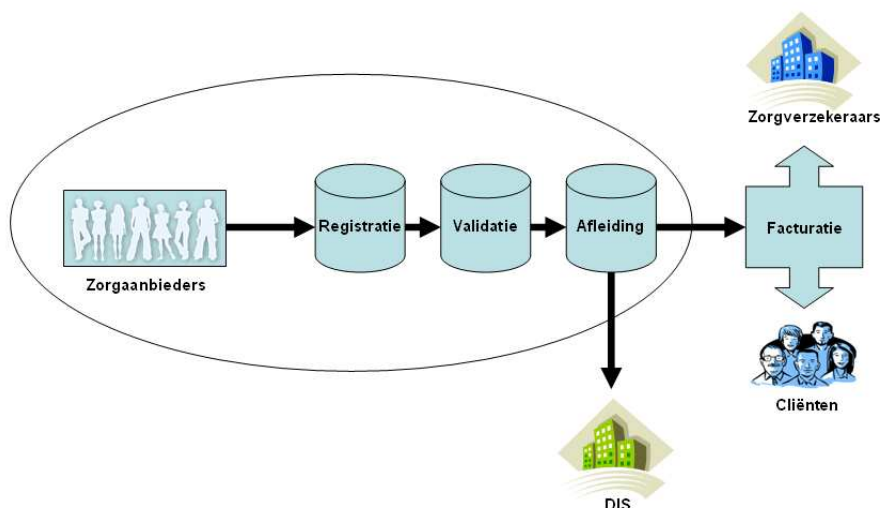
In dit document wordt een model van registratie, validatie en afleiding beschreven dat binnen de ICT-systemen van de GGZ zorgleveranciers vorm moeten krijgen. Dit document is bedoeld voor leveranciers van informatiesystemen, softwareontwikkelaars, informatieanalisten en overige medewerkers die betrokken zijn bij de automatisering van de DBC systematiek in de GGZ.

Doelstelling van dit document is het aanreiken van richtlijnen ter ondersteuning van het inrichten van ICT-systemen voor GGZ zorgleveranciers. Hiervoor worden in dit document principes beschreven voor de registratie, validatie en de afleiding.

Naast dit document wordt een aantal andere documenten en verwante zaken gepubliceerd die in het kader van de DBC registratie, validatie en afleiding relevant zijn, waaronder de codelijsten, de spelregels, de validatieregels en de beslisboom met kenmerkende factoren.

Deze documenten staan op de website www.dbconderhoud.nl.

Het model van registratie, validatie en afleiding staat weergegeven in figuur 1. Hier is te zien dat een systeem bestaat uit een opeenvolging van een registratie, een validatie- en een afleidingsproces. Hierbij gaat er zowel informatie naar het DBC informatiesysteem (DIS) als via de facturatie naar de verzekeraars en eventueel naar de cliënten. De facturatie maakt echter geen deel uit van het model.



Figuur 1: Keten DBC Registratie, Validatie en Afleiding

2 REGISTRATIE

2.1 Algemene principes van registreren

2.1.1 Inleiding op registratie

De registratie vindt plaats op basis van door DBC-Onderhoud uitgeleverde codelijsten. Deze codelijsten maken deel uit van het registratiemodel. Het registreren van gegevens op basis van het registratiemodel kent een aantal principes en registratieregels die hierna uiteen gezet worden.

2.1.2 Tijdsafhankelijkheid van de producten

Om wijzigingen van tabellen op een correcte manier door te kunnen voeren is voor het werken met tijdsafhankelijke tabellen gekozen. Iedere code uit de DBC GGZ codelijst heeft een openingsdatum en einddatum. Standaard geldt dat de openingsdatum (peildatum) van de DBC leidend is voor de regels die uit een tabel toegepast mogen worden voor die betreffende DBC. Met betrekking tot deze standaard gelden twee aandachtspunten:

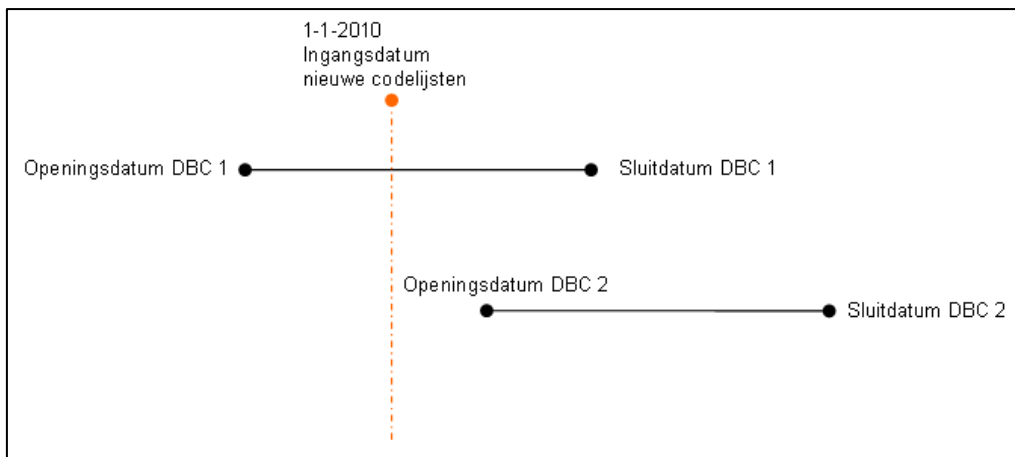
1. Voor activiteiten en verrichtingen uit de tabel CL_ACTIVITEIT geldt dat de datum van registreren/uitvoeren van de activiteit leidend is voor welke tabelregels (activiteitscodes) gehanteerd dienen te worden.
2. Voor de codelijst beroep (CL_BEROEP) geldt dat gekeken dient te worden of het beroep in het kader van de DBC typering (= hoofdbehandelaar) wordt geregistreerd of in het kader van een activiteit. In de situatie dat het beroep is gekoppeld aan een activiteit geldt de uitvoerdatum van de activiteit. Is dit niet het geval dan geldt de standaardregel. Dit om te voorkomen dat bijvoorbeeld bij een groepsactiviteit dezelfde persoon twee beroepen moet hanteren.

Het voordeel van deze werkwijze is dat, op het moment dat de DBC is geopend, bekend is welke tabellen van toepassing zijn op de DBC. Wijzigingen die nadien worden doorgevoerd in bijvoorbeeld de validatieregels, tariefbestanden en overige tabellen zijn dan niet van toepassing voor de al geopende DBC's (behalve de activiteiten en verrichtingen en uitvoerende beroep).

Deze wijzigingen zullen enkel gelden voor DBC's die na de ingangsdatum van de wijzigingen worden geopend.

Voorbeelden van tijdafhankelijkheid

Hieronder staan twee voorbeelden over tijdafhankelijkheid. In beide voorbeelden wordt gebruik gemaakt van figuur 2.



Figuur 2: Werking tijdsafhankelijkheid bij een DBC

Voorbeeld 1: werking tijdafhankelijkheid bij een DBC

Per 1 januari 2010 is validatieregel 6640 gewijzigd. Vanaf die datum is het niet meer mogelijk om een vervolg DBC te openen op dezelfde dag als waarop de bijbehorende initiële DBC is gesloten. De exacte validatieregel waarin dit staat en die gewijzigd is betreft 6640. Er is een nieuwe validatieregel 6640 aangemaakt die controleert op onterechte overlapping van eind- en openingsdata. De oude regel 6640 krijgt een einddatum 31-12-2009.

Vanwege het principe van tijdsafhankelijkheid geldt dat DBC1 in figuur 1 wordt gevalideerd op basis van de validatieregels die geldig waren op de openingsdatum van DBC1. Dit was in 2009. Voor DBC1 bestaat dus nog wel de mogelijkheid om een vervolg DBC te openen op dezelfde dag als de afsluitdag van DBC1. Voor DBC2 die geopend is in 2010 geldt de nieuwe definitie van validatieregel 6640 en daarom moet de volgende vervolg DBC worden gestart na de dag van afsluiten van DBC2.

Voorbeeld 2: werking tijdafhankelijkheid bij een activiteit:

Per 1 januari 2010 is de codelijst CL_Activiteit gewijzigd. Vanaf die datum mag reistijd bij een No Show worden geregistreerd. De exacte wijziging die is doorgevoerd betreft de waarde in de kolom CL_ACTIVITEIT_MAG_REISTIJD bij activiteit 'act_7.2'. Er is een nieuwe regel aangemaakt voor deze activiteit waarin de waarde 'N' is gewijzigd in de waarde 'J'. De oude regel heeft een einddatum gekregen op 31-12-2009 en is niet meer geldig.

Op het moment dat DBC 1 in figuur 2 werd geopend (2009) was het nog niet mogelijk om reistijd te schrijven op de activiteit No Show. Op basis van de nieuwe codelijsten is dit pas mogelijk vanaf 1-1-2010. Op het moment dat er binnen deze DBC sprake is van een No Show contact *na* 1-1-2010 mag er echter *wel* reistijd worden geregistreerd op deze activiteit, ondanks dat DBC 1 al geopend was op een moment dat dit volgens de toen geldende codelijst nog niet kon.

2.1.3 Zorgtraject

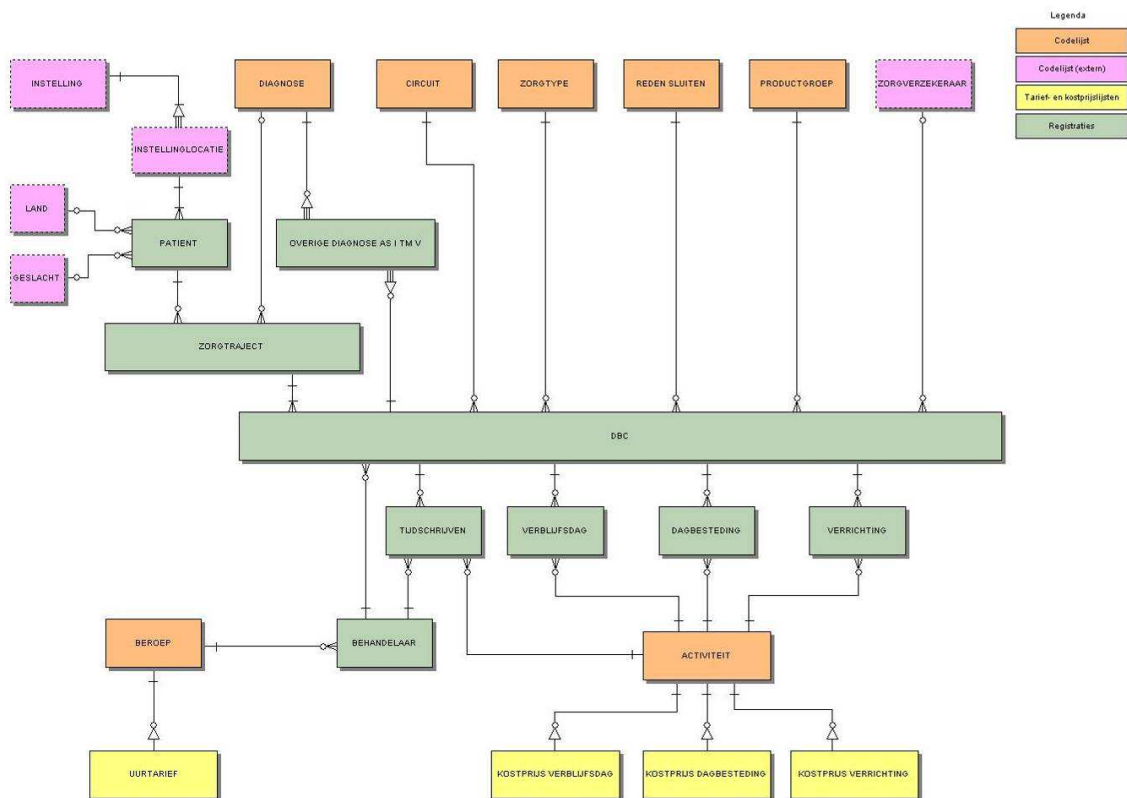
Om ervoor te zorgen dat de diagnose classificatie gegevens die bij een initiële DBC zijn vastgelegd worden meegenomen naar (eventuele) vervolg DBC's, wordt het zorgtraject gebruikt. Een zorgtraject bestaat dus altijd uit één (minimaal en maximaal) initiële DBC en eventueel één of meer vervolg DBC's. De DBC's binnen een zorgtraject volgen elkaar op in de tijd maar kunnen niet overlappen. Een vervolg-DBC moet als openingsdatum de datum krijgen die volgt op de sluitingsdatum van de voorgaande DBC. Er zijn echter uitzonderingen. In bepaalde gevallen, zoals DBC's met zorgtype exacerbatie/recidive, is de openingsdatum gelijk aan het eerste patiëntgebonden contact. Het aantal zorgtrajecten dat een patiënt kan hebben is niet gelimiteerd, maar een patiënt kan maximaal drie zorgtrajecten tegelijkertijd hebben met een open (initiële of vervolg) DBC binnen één instelling. Meer informatie over het zorgtraject staat in bijlage 1 en 2.

2.2 Het registratiemodel

2.2.1 Het conceptueel datamodel

Binnen het registratiemodel wordt gebruik gemaakt van verschillende soorten entiteiten. Niet alle entiteiten die nodig zijn voor het inrichten van het registratiesysteem worden door DBC-Onderhoud uitgeleverd. Ook wordt niet voor alle entiteiten de inhoud tot in detail voorgeschreven.

In onderstaand figuur wordt een conceptueel DBC GGZ datamodel weergegeven. Uitgangspunt is dat sprake is van minimaal één gesloten DBC binnen een zorgtraject. De primaire diagnose is verbonden aan het zorgtraject. Dit houdt in dat de primaire diagnose na sluiten van de initiële DBC niet meer mag wijzigen in de vervolg DBC's die nog komen. Dit mag niet op het diepste niveau van de diagnosecode noch op trekken van.



Figuur 3: Conceptueel datamodel DBC GGZ

2.2.2 Beschrijving van entiteiten in het datamodel

In figuur 3 (paragraaf 2.2.1) is een conceptueel datamodel weergegeven. De oranje vakken verwijzen naar entiteiten in de vorm van codelijsten (CL) die door DBC-Onderhoud worden uitgeleverd. Voor een volledig registratiemodel zijn echter meerdere entiteiten nodig. De overige entiteiten moeten zelf gebouwd worden of zijn afkomstig van andere organisaties. In het conceptuele datamodel zijn de groene en paarse vakken de entiteiten die niet door DBC-Onderhoud worden verstrekt. Bij deze entiteiten is in sommige gevallen verwezen naar codelijsten van andere partijen, zoals de Vektis codelijsten.

Voor de codelijsten die DBC-Onderhoud *niet* uitlevert zijn in bijlage 2 specificaties opgenomen die mogelijk gebruikt kunnen worden om de codelijsten in te bouwen in een systeem. Deze specificaties sluiten aan bij het conceptuele datamodel. De specificaties van de codelijsten die DBC-Onderhoud *wel* uitlevert staan in het document 'Toelichting Codelijsten GGZ'.

2.2.3 Registratieregels bij het datamodel

In het schema in bijlage 1 worden de belangrijkste regels en voorwaarden betreffende de DBC registratie weergegeven voor zover deze betrekking hebben op de samenhang in het conceptuele datamodel. De oorsprong van de registratieregels ligt in de spelregels. Deze spelregels zijn te vinden op de website www.dbconderhoud.nl in het document spelregels DBC GGZ.

Uitgangspunt is dat de DBC registratie plaatsvindt volgens de uitwerking van het registratiemodel zoals weergegeven in de specificaties in bijlage 2. Nadat een DBC is afgesloten en gevalideerd dient de DBC te worden aangeleverd aan het DBC Informatie Systeem (DIS). Hiervoor staan de specificaties op de website www.disportal.nl weergegeven. Het model dat aan de DIS-gegevensaanlevering ten grondslag ligt, is het hier gepresenteerde DBC registratiemodel, voor zover de minimale dataset (MDS) de DBC systematiek betreft.

Hieronder worden, uitgaande van bovenstaand datamodel in paragraaf 2.2.1, de belangrijkste aandachtspunten van een aantal afzonderlijke entiteiten beschreven.

Patiënt

Het DBC gegevensmodel schrijft de inhoud van de algemene patiëntgegevens niet in detail voor. De attributen zoals beschreven in bijlage 1 dienen minimaal geregistreerd te worden.

Zorgtraject

Bij iedere DBC dient één diagnose als primaire diagnose te worden aangemerkt (de diagnose waarop de behandeling wordt gebaseerd, zie ook 2.1.3). Binnen het zorgtraject kan 1 primaire diagnose worden bepaald op As 1 of As 2. De primaire diagnose mag na vaststelling in de initiële DBC niet meer wijzigen in de vervolg DBC's.

DBC

Het element DBC bevat relaties naar diverse onderdelen die in het kader van een DBC vastgelegd dienen te worden. Unieke gegevens van een DBC zijn DBC identificatienummer, DBC openingsdatum en DBC einddatum. Het element DBC neemt hiermee een centrale plaats in het registratiemodel in.

Overige diagnose As1- As 5

Diagnose vindt plaats door de registratie van alle vijf de assen van de DSM-IV-TR tot op het diepste niveau. Iedere As dient gescoord te worden, indien een As niet van toepassing is bestaan hiervoor default scores.

- DSMIV Assen 1, 2 en 4 mogen meerdere keren worden gescoord.
- DSMIV As 3 moet 1 keer gescoord worden.
- DSMIV As 5 dient drie (3) keer gescoord te worden

Activiteiten en verrichtingen

Activiteiten en verrichtingen kunnen worden ingedeeld in een viertal categorieën.

- Categorie 1 (tijdschrijven) betreft activiteiten waarbij tijd dient te worden geregistreerd. Bij deze vorm van registratie registreert een behandelaar patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en/of indirect patiëntgebonden reistijd. Tijd kan alleen worden geregistreerd door behandelaren die een geldige beroepscode volgens de DBC GGZ beroepentabel hebben.
- Categorie 2 (dagbesteding) betreft de registratie van dagbesteding. Dagbesteding dient in eenheden van uren te worden geregistreerd.

De activiteitencodes 8.1.6, 8.2.6, 8.3.6, 8.4.6, 8.5.6 en 8.6.6 dienen te worden gebruikt om verblijf zonder overnachting aan te duiden. Tijdens het validatieproces dient hiermee rekening te worden gehouden.

- Categorie 3 (verblijfsdag) betreft de registratie van verblijfsdagen. Verblijfsdagen worden in eenheden van dagen geregistreerd.
- Categorie 4 (verrichting) betreft de registratie van verrichtingen. Verrichtingen worden in eenheden van aantal geregistreerd.

3 VALIDATIE

3.1 Algemene principes van valideren

3.1.1 Inleiding op validatie

Nadat de DBC registratie heeft plaatsgevonden, vindt de validatie van de registratie plaats. De validatie dient om te waarborgen dat een afgesloten DBC volledig en correct volgens de spelregels van de DBC registratie is geregistreerd. De validatie kent een aantal principes en bestaat uit een vast aantal processtappen. Daarnaast kent de validatie verschillende typen. Deze zaken worden hierna uiteen gezet.

3.1.2 Tijdsafhankelijkheid van de producten

Net als bij het registratiemodel is ook bij het validatiemodel gekozen voor het werken met tijdsafhankelijke tabellen. Bij de validatie heeft deze tijdsafhankelijkheid betrekking op het bestand waarin de validatieregels worden uitgeleverd. Dit document bestaat uit een set regels waarop binnen de validatie getoetst wordt of het registratieproces juist is verlopen. Bij de validatieregels bevat elke regel een openings- en einddatum. Net zoals bij de registratie geldt voor de validatie dat de openingsdatum (peildatum) leidend is voor welke codelijsten toegepast mogen worden voor de betreffende DBC. De specificaties van de technische en inhoudelijke validatieregels worden beschreven in het document 'Toelichting Validatieregels GGZ'.

3.1.3 Het 'als dan' principe

Het 'als dan' principe heeft betrekking op het document 'Validatieregels GGZ'. De technische en inhoudelijke validatieregels in dit document zijn volgens het 'als dan' principe opgebouwd. Hieronder een voorbeeld van een inhoudelijke validatieregels.

“Als een DBC het initiële zorgtype 'Inbewaringstelling' heeft en er zijn geen verblijfsdagen (24 – uurs verblijf) geregistreerd, dan moet de DBC uitvallen.

Bij alle technische en inhoudelijke validatieregels geldt dat, wanneer de stelling (volgens het 'als dan' principe) waar is, de DBC moet uitvallen. Dit geldt ook voor regels die betrekking hebben op activiteiten. Wanneer een validatieregel bijvoorbeeld een DBC afkeurt omdat er onterecht een bepaalde activiteit is geregistreerd, dan valt deze DBC uit. Bij iedere validatieregel wordt tevens een hint gegeven. Hierin wordt verduidelijkt wat ondernomen kan worden om de opgetreden fout te herstellen of te voorkomen.

Uitgaande van bovenstaand voorbeeld is de hint:

“Controleer het zorgtype, controleer of er verblijfsdagen zijn geregistreerd.
Voeg de verblijfsdagen toe of wijzig het zorgtype”.

De specificaties van de technische en inhoudelijke validatieregels worden beschreven in het document 'Toelichting Validatieregels GGZ'.

3.2 Validatieproces

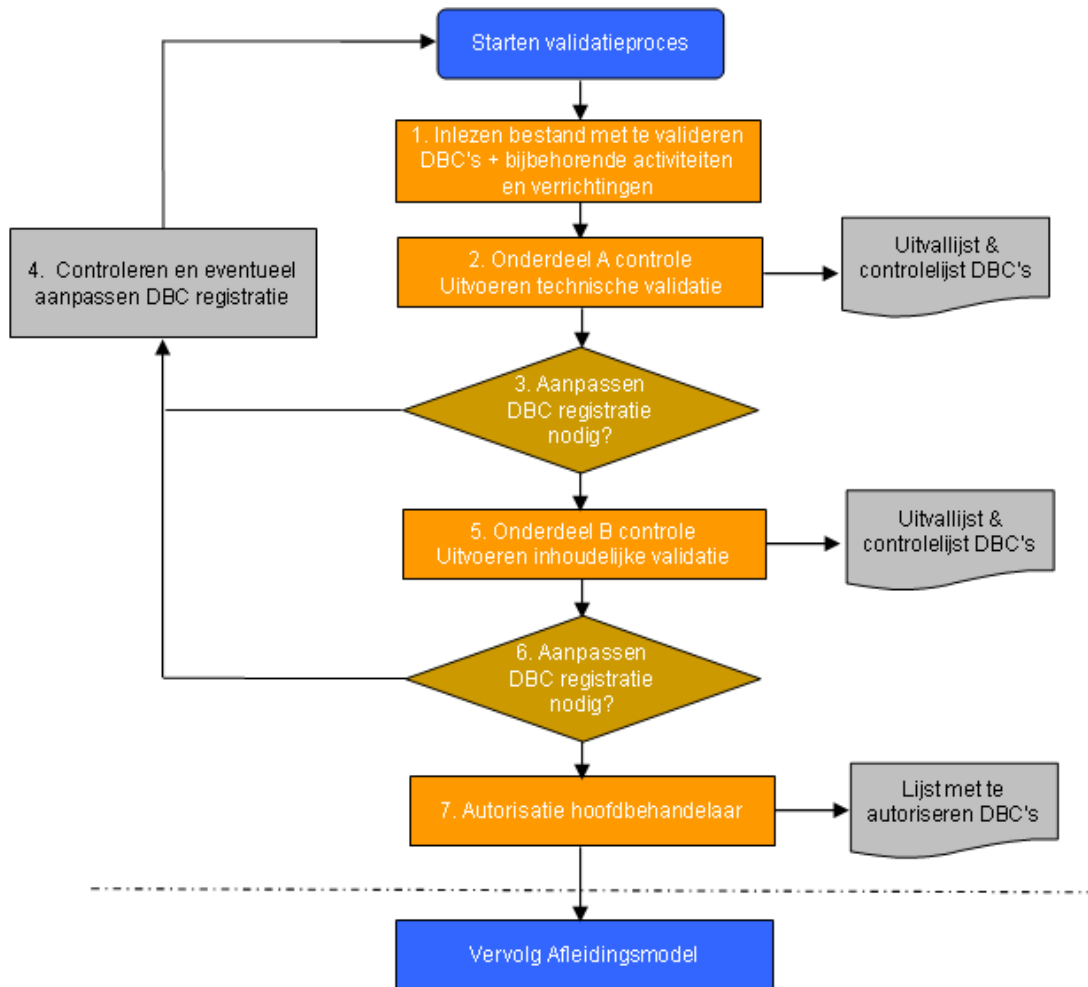
3.2.1 Inrichting van het validatieproces

Binnen de validatie worden meerdere processtappen onderscheiden. Om deze processen juist te laten verlopen, moet minimaal aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Alvorens de validatie kan worden gestart moet er vanuit de registratie een vastgestelde DBC dataset aanwezig zijn. Ook moet duidelijk zijn dat deze registratie is afgerond.

Daarnaast dient het validatieproces zodanig te zijn ingericht dat eerst de technische validatie plaatsvindt en dan de inhoudelijke validatie (zie 3.3). Na elk van dit type validatie moet de optie worden geboden om aanpassingen in de DBC dataset van de DBC registratie te doen.

3.2.2 Procesmodel

Het DBC validatieproces bestaat uit meerdere processtappen. Hierin spelen de technische (onderdeel A) en de inhoudelijke validatie (onderdeel B) een belangrijke rol. De specificaties van de DBC GGZ validatie zijn gebaseerd op onderstaand procesmodel



Figuur 4: Procesmodel validatie

In het overzicht hieronder worden de stappen uit het procesmodel nader toegelicht. De nummers in het overzicht stemmen overeen met de nummers in het procesmodel.

Overzicht van de processtappen validatie

Nr.	Processtap	Omschrijving
1	Inlezen bestand met te valideren DBC's + bijbehorende activiteiten (DBC dataset)	Tijdens deze processtap worden de DBC's inclusief typering en activiteiten en verrichtingen (=DBC dataset) ingeladen in de DBC validatieapplicatie.
2	Onderdeel A: controle Uitvoeren technische validatie	De DBC dataset wordt gevalideerd volgens de technische validatieregels. DBC's die worden afgekeurd dienen gekenmerkt te worden en voorzien van commentaar waarom ze zijn afgekeurd.
3	Aanpassen DBC registratie	DBC's die afgekeurd worden dienen te worden aangepast en opnieuw te worden aangeboden aan de DBC validatieapplicatie. DBC's die worden goedgekeurd gaan door naar de volgende processtap.
4	Controleren en eventueel aanpassen DBC registratie	Op basis van de uitvallijst dienen DBC's opnieuw te worden beoordeeld in de DBC registratieapplicatie en na correctie opnieuw te worden aangeboden aan de DBC validatieapplicatie (stap 1).
5	Onderdeel B: Controle: Uitvoeren inhoudelijke validatie	De DBC dataset wordt gevalideerd volgens de inhoudelijke validatieregels. DBC's die worden afgekeurd dienen gekenmerkt te worden en voorzien van commentaar waarom ze zijn afgekeurd.
6	Aanpassen DBC registratie	DBC's die afgekeurd worden dienen te worden aangepast (stap 4) en opnieuw te worden aangeboden aan de DBC validatieapplicatie (stap 1). DBC's die worden goedgekeurd gaan door naar de volgende processtap.
7	Autorisatie hoofdbehandelaar	Nadat de DBC dataset de technische en inhoudelijke validatie heeft doorlopen dient de DBC dataset te worden geautoriseerd door de hoofdbehandelaar.

Nadat alle stappen uit het validatieproces succesvol zijn doorlopen kan de DBC worden afgeleid (zie hoofdstuk 4).

3.3 Validatietypen

De validatie bestaat steeds uit twee opeenvolgende onderdelen. Eerst wordt de DBC technische gevalideerd. Daarna wordt de DBC inhoudelijk gevalideerd. Hieronder worden beide onderdelen nader beschreven. Zowel de technische als de inhoudelijke validatieregels worden in hetzelfde bestand met validatieregels uitgeleverd.

3.3.1 Technische validatie

Bij de technische validatie wordt gecontroleerd of alle verplichte velden, primaire sleutels en verwijzingen van de DBC GGZ registratie wordt voldaan. De technische validatie bestaat daarom uit drie soorten controles.

<i>Soort technische validatie</i>	<i>Omschrijving</i>
1 Controle op primaire sleutels	Controle of primaire sleutels uniek zijn.
2 Controle op verwijzingen	Controle of verwijzingen naar codelijsten en andere entiteiten correct zijn. Hierbij wordt onder andere gecontroleerd of de codelijsten DBC GGZ worden gehanteerd.
3 Controle op verplichte velden	Controle of de verplichte velden aanwezig zijn

3.3.2 Inhoudelijke validatie

De inhoudelijke validatie controleert of aan de belangrijkste spelregels zoals beschreven in het document Spelregels DBC GGZ wordt voldaan. Een voorbeeld van een inhoudelijke controle is de controle of een DBC niet langer dan 365 dagen heeft open gestaan.

3.3.3 Onderscheid technische en inhoudelijke validatie

De technische validatie onderscheidt zich van de inhoudelijke validatie op het punt dat tijdens de technische validatie wordt gekeken of de geregistreerde dataset compleet en correct is geregistreerd. Hierbij wordt bijvoorbeeld gecontroleerd of de coderingen worden gebruikt

volgens de DBC GGZ codelijsten. Als bij een DBC bijvoorbeeld op As 4 van de DSM IV geen diagnose wordt ingevuld dan zal dit niet tijdens de technische validatie worden geconstateerd, maar wel bij de inhoudelijke validatie. Bij de technische validatie wordt alleen gekeken of de geregistreerde diagnosecodes correct zijn. Tijdens de inhoudelijke validatie wordt beoordeeld of aan de spelregels van het DBC GGZ model wordt voldaan, in dit geval de volledige registratie volgens DSM IV.

4 AFLEIDING

4.1 Algemene principes van afleiden

4.1.1 Inleiding op afleiden

Nadat de DBC dataset technisch en inhoudelijk is gevalideerd kan de volgende stap, het toekennen van een DBC productgroep, worden uitgevoerd. Tijdens deze stap wordt de verbinding gelegd tussen de DBC registratie van de individuele patiënt en het uiteindelijke product dat wordt gefactureerd naar een zorgverzekeraar enerzijds en wordt aangeboden aan het DIS.

De DBC dataset doorloopt hierbij een beslisboom waarbij in iedere stap naar een kenmerk van de DBC dataset wordt gevraagd. Op basis van deze kenmerken wordt een productgroep aan de DBC toegekend. Een DBC productgroep krijgt een tarief toegekend welke kan worden gefactureerd aan de zorgverzekeraar.

4.1.2 Tijdsafhankelijkheid van de producten

Zoals bij de registratie en validatie is ook bij de afleiding gekozen voor het werken met tijdsafhankelijke tabellen. De tijdsafhankelijkheid bij de afleiding heeft betrekking op de documenten: codelijst productgroep, codelijst prestatiecode, codelijst tarief en de beslisboom met kenmerkende factoren. Iedere code uit de DBC GGZ codelijst heeft een openingsdatum en einddatum. De regel is dat de openingsdatum (peildatum) van de DBC leidend is voor welke tabellen toegepast mogen worden voor de betreffende DBC.

Voor de beslisboom, met daaraan gekoppeld de kenmerkende factoren, geldt echter dat er voor de gehele beslisboom één openings- en einddatum geldt. Voor de beslisboom geldt dus tijdsafhankelijkheid op tabelniveau (zie paragraaf 4.3.2).

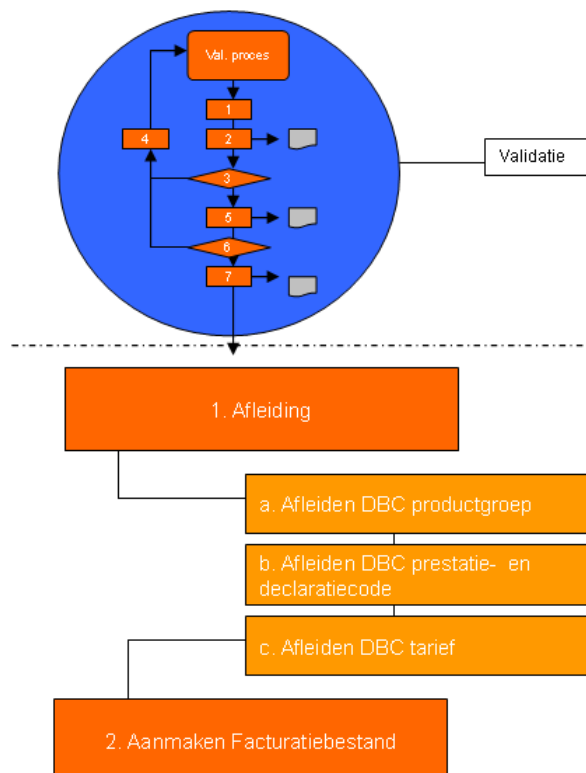
4.1.3 Het 'True or False' principe

Binnen het afleidingsproces wordt een beslisboom gehanteerd die gebruik maakt van het 'True or False' principe. Dit betekent dat er in de beslisboom steeds sprake is van een beslismoment waarin twee mogelijkheden zijn (waar of niet waar). In de beslisboom zijn de kenmerkende factoren verwerkt. Een uitgebreide beschrijving hiervan leest u in paragraaf 4.3.

4.2 Afleidingsproces

In dit proces worden gegevens die noodzakelijk zijn voor DBC Facturatie afgeleid uit de geregistreerde gegevens die zijn gevalideerd. Het betreft hier concreet de DBC prestatiecode, declaratiecode en tariefinformatie

4.2.1 Procesmodel



Figuur 5: Afleidingsproces

Overzicht van de processtappen afleiding

De afleiding kan worden gezien als een op zichzelf staand proces. Wel moet duidelijk zijn dat het afleidingsproces een vervolg is op het validatieproces zoals deze in paragraaf 3.2 is weergegeven.

In het overzicht hieronder worden de stappen uit het proces model nader toegelicht. De nummers in het overzicht stemmen overeen met de nummers in het procesmodel.

1	Afleiding	Op basis van de kenmerken van de DBC dataset worden de volgende onderdelen aan een DBC toegewezen: <ul style="list-style-type: none"> a) Afleiden DBC Productgroep De gegevens uit de DBC worden getoetst middels de beslisboom. Dit resulteert in een productgroepcode. b) DBC Prestatiecode Opbouw prestatiecode uit zorgtype, diagnose en productgroepcode. c) DBC Tarief Bepalen van het tarief
2	Aanmaken facturatiebestand	Nadat de DBC is geautoriseerd en een DBC productgroep is afgeleid, kan de DBC dataset inclusief afgeleide productgroep, prestatiecode en tarief gereed gemaakt worden voor DBC Facturatie enerzijds en aanlevering aan het DIS anderzijds.
3	Eind afleidingproces	

4.3 Afleiden DBC productgroep

Tijdens deze stap wordt aan de DBC een productgroep toegekend. De DBC dataset doorloopt hierbij een beslisboom. De beslisboom bestaat uit diverse beslismomenten waarin een kenmerk van de DBC wordt getoetst. Afhankelijk van de uitkomst van de toets moet er een volgend kenmerk getoetst worden of kan de productgroep worden toegekend.

De afleiding van de DBC productgroep bestaat uit twee elementen:

1. De kenmerken die in de boom kunnen voorkomen: de kenmerkende factoren
2. De beslisboom

De uiteindelijke afgeleide (6 cijferige) productgroep bestaat uit een verblijfsdeel (positie 1-3) en een behandeldeel (positie 4-6). Wanneer het verblijfsdeel 000 bevat, dan is er sprake van een ambulante DBC. Bij een verblijfsdeel met getal >0 is er sprake van een klinische DBC.

4.3.1 Kenmerkende factoren

De kenmerkende factoren zijn variabelen, waarvan de waarde wordt uitgevraagd tijdens het doorlopen van de beslisboom. De waarden van de kenmerkende factoren dienen bepaald te worden op basis van de inhoud van de DBC dataset. In de beslisboom wordt vervolgens altijd (en alleen) op de waarde van een kenmerkende factor getoetst. Zie paragraaf 4.3.1.

Een voorbeeld van een kenmerkende factor is het aantal verblijfsdagen. Deze wordt gedefinieerd volgens een kenmerkende factor met de code KMA_001. In de beslisboom wordt een inhoudelijke vraag gesteld over de waarde van deze kenmerkende factor. In de beslisboom kan bijvoorbeeld worden gevraagd: "is het aantal verblijfsdagen groter dan 20 dagen". De uitkomst van de vraag is altijd 'true of false'. Op basis van de uitkomst wordt een volgende stap gezet in de afleiding van de productgroep.

Er wordt in de specificaties een onderscheid gemaakt tussen de definitie van de kenmerkende factoren en de DBC beslisboom. Reden hiervoor is dat de productstructuur voortdurend onderhouden dient te kunnen worden. Inhoudelijke wijzigingen vinden dan voornamelijk plaats in de beslisboom. Wijzigingen ten aanzien van de definitie van de kenmerkende factoren zullen minder vaak plaatsvinden en daarom worden deze in een aparte tabel beheerd.

De tabel met de definities van de kenmerkende factoren wordt apart uitgeleverd.

4.3.2 Beslisboom

De toekenning van een DBC aan een DBC productgroep verloopt via de DBC beslisboom. Met behulp van de kenmerkende factoren dient de boom te worden doorlopen. De beslisboom voor de productstructuur DBC GGZ wordt uitgeleverd in een apart bestand. Bij de beslisboom is ook sprake van tijdsafhankelijkheid, zij het dat in tegenstelling tot de validatieregels en de kenmerkende factoren de tijdsafhankelijkheid voor de gehele tabel geldt. De datum genoemd in de titel van de beslisboom is de ingangsdatum van de tabel. DBC's geopend vanaf het tijdstip genoemd in de titel van de tabel dienen deze tabel te gebruiken voor het bepalen de DBC productgroep. DBC's geopend voor de ingangsdatum dienen de vorige versie te hanteren.

4.3.3 Afleiding naar productgroepen testen

Om de werking van de afleiding naar de juiste productgroepen te testen is een testset opgesteld. De testset bevat testrecords om de afleiding naar productgroepen te testen. De afleiding naar DBC declaratie- en prestatiecode wordt niet getest. De testset staat in een Excel template en is te vinden op de website www.dbconderhoud.nl.

4.4 Afleiden DBC-prestatie- en declaratiecode

4.4.1 Prestatie- en declaratiecode

Nadat de DBC productgroep is afgeleid, kan de DBC-prestatiecode worden afgeleid. De DBC prestatiecode bevat een samenvatting van de DBC-typering (zorgtype en diagnoseclassificatie) en bijbehorende (verblijfsdagen en) behandeling. Het doel van de DBC-prestatiecode is de zorgverzekeraar inzicht te geven in de uitgevoerde prestatie, lees DBC, per patiënt. De DBC-prestatiecode dient daarom te worden meegestuurd in het declaratieverkeer met de zorgverzekeraar. Het declaratieverkeer vindt plaats via de Externe Integratie (EI) standaard, zoals deze door Vektis B.V. is opgesteld (<http://www.vektis.nl>).

4.4.2 Specificaties en privacy aspecten

De DBC prestatiecode is een 12 cijferige code bestaande uit de volgende onderdelen: zorgtype, diagnose op hoofdgroepniveau en productgroep (zie paragraaf 4.3). De specificaties en privacy aspecten die van toepassing op de onderdelen van de DBC prestatiecode staan in de volgende paragraaf.

Aangezien de DBC prestatiecode persoonsgebonden medische informatie bevat is getoetst op privacygevoeligheid door het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Dit heeft gevolgen voor de getoonde informatie in de DBC prestatiecode. Bepaalde onderdelen van de DBC prestatiecode worden als privacygevoelig beschouwd en dienen daarom te worden “geblindeerd” door middel van het invullen van een dummy code, dan wel door te converteren naar een bestaande code.

	Kolom	Type	Lengte	Privacy aspecten
1	Zorgtype	Numeriek	3	Ten gevolge van de uitspraak van het CBP mag een aantal zorgtype codes niet elektronisch worden gedeclareerd. Om deze reden zijn deze geblindeerd. Voor de blinding is in de zorgtypetabel een extra kolom opgenomen genaamd CL_ZORGTYPETABEL_PRESTATIECODEDEEL. De waarde in deze kolom van het zorgtypetabel dient te worden gebruikt in de afleiding van de DBC prestatiecode.
2	Diagnose	Alfanumeriek	3	Conform de uitspraak van het CBP mag alleen van een selecte groep DBC's diagnoseinformatie worden getoond. Deze productgroepen zijn te herkennen doordat in tabel CL_PRODUCTGROEP in kolom CL_PRODUCTGROEP_DIAGNOSE_BLINDEREN de waarde "" (leeg) staat ingevuld. Bij deze productgroepen dient van tabel CL_DIAGNOSE de waarde van kolom CL_DIAGNOSE_PRESTATIECODEDEEL in de prestatiecode te worden opgenomen. Voor alle overige productgroepen (met CL_PRODUCTGROEP_DIAGNOSE_BLINDEREN = 1) dient het diagnoseveld de waarde 000 te bevatten. DBC's waarbij geen primaire diagnose is gesteld, bijvoorbeeld DBC's met sluitreden pre-

				intake/intake/diagnostiek dient tevens de diagnose met de waarde 000 te worden ingevuld.
3	Productgroep	Alfanumeriek	6	De waarde van kolom CL_PRODUCTGROEP_CODE uit tabel CL_PRODUCTGROEP. De productgroep wordt d.m.v. een beslisboom afgeleid uit de DBC registratie.

Conform de voorwaarden uit bovenstaand overzicht kan de DBC prestatiecode worden afgeleid uit de tabel CL_PRESTATIECODE. Nadat een DBC Productgroep is bepaald, kunnen de stappen uit bovenstaand overzicht met privacy aspecten per kolom worden afgelopen. Dit resulteert uiteindelijk in een waarde voor de DBC Prestatiecode in kolom 5. Op de DBC Prestatiecode zijn de regels van tijdsafhankelijkheid van toepassing zoals in paragraaf 4.1.2 is beschreven. Voor iedere DBC is de DBC Prestatiecode tabel van toepassing die geldig is op de openingsdatum van de DBC. Dit met uitzondering van “overloop” DBC’s.

4.5 Afleiden DBC-tarief

Het afleiden van het DBC tarief vindt plaats conform tabel CL_TARIEF. Deze tabel wordt apart uitgeleverd. Nadat een DBC Productgroep is bepaald, kan uit CL_TARIEF de bijbehorende DBC Declaratiecode en DBC Tarief direct worden afgeleid. Deze twee gegevens dienen in het declaratieverkeer, conform de EI standaard, te worden verzonden naar de zorgverzekeraar. Voor iedere DBC is de DBC Tarief tabel van toepassing die geldig is op de openingsdatum van de DBC. Dit met uitzondering van “overloop” DBC’s.

Overloop DBC’s

Voor Overloop DBC’s is een aantal afwijkende regels van toepassing. Er is sprake van een overloop DBC als deze in 2007 is geopend en wordt afgesloten in 2008. Aangezien per 1-1-2008 de DBC Facturatie wordt ingevoerd, is bij deze DBC’s een deel van de verleende zorg gefinancierd conform AWBZ afspraken. Zie voor verdere toelichting de declaratiebepalingen DBC GGZ van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Ten aanzien de DBC systematiek zijn drie belangrijke uitzonderingen van toepassing:

1. De controle op verzekeringsrecht (COV controle) dient bij Overloop DBC's niet plaats te vinden op de openingsdatum van de DBC maar op de datum 1-1-2008.
2. Voor Overloop DBC's geldt dat bij de toepassing van de volgende tabellen: CL_DBC_TARIEF, CL_PRESTATIECODE, CL PRODUCTGROEP, de DBC beslisboom en de Kenmerkende factoren niet de openingsdatum van de DBC dient te worden gehanteerd maar de datum 1-1-2008.
3. Bij overloop DBC's dient het deel van de zorg geleverde onder de AWBZ in 2007 per patiënt, per DBC te worden bepaald. Dit bedrag dient afgetrokken te worden van het DBC Tarief. Zie regeling GG/NR-100.049

5 BIJLAGEN

Bijlage 1: Toelichting op datamodel

Bijlage 2: Tabelspecificaties

Bijlage 3: Wijzigingsblad

BIJLAGE 1 TOELICHTING OP DATAMODEL

In onderstaand schema worden de belangrijkste regels en voorwaarden betreffende de DBC registratie weergegeven voor zover deze betrekking hebben op de samenhang in het conceptuele datamodel. De oorsprong van de registratieregels ligt in de spelregels. Deze spelregels zijn te vinden op de website www.dbconderhoud.nl in het document spelregels DBC GGZ.

Overzicht relaties Data model DBC Registratie
Instelling
Een instelling bevat één (1) of meerdere patiënten.
Patiënt
Een patiënt behoort bij één (1) instelling.
Een patiënt kan nul (0) of meerdere zorgtrajecten hebben.
Een patiënt kan binnen een zorgtraject één (1) of meer DBC's hebben welke elkaar niet in de tijd mogen overlappen.
Een patiënt kan nul (0) tot maximaal drie (3) openstaande zorgtrajecten hebben binnen een instelling. Bij openstaande zorgtrajecten is nog geen einddatum bekend.
Zorgtraject
Een zorgtraject hoort bij één (1) patiënt.
Een zorgtraject omvat minimaal: identificatie patiënt, openingsdatum en eventueel einddatum.
Een zorgtraject kan alleen meerdere DBC's na elkaar in de tijd hebben (chronologisch), de DBC's hoeven niet aansluitend in de tijd te zijn.
Binnen een zorgtraject mag een vervolg-DBC als openingsdatum <u>niet</u> de datum krijgen die gelijk is aan de sluitingsdatum van de voorgaande DBC.
Een zorgtraject bevat altijd één (1) initiële DBC (minimaal en maximaal).
Een zorgtraject kan meerdere vervolg DBC's bevatten.
Een zorgtraject bevat maximaal één (1) open DBC.
Een zorgtraject kan meerdere gesloten DBC's bevatten.
Het aantal vervolg DBC's in een zorgtraject is niet gemaximeerd.
Een patiënt kan meer dan drie (3) zorgtrajecten hebben, echter maar drie (3) zorgtrajecten binnen dezelfde instelling kunnen geopend zijn met een (initiële of vervolg) DBC. Ieder zorgtraject dient hierbij een verschillende primaire diagnose te hebben.
De openingsdatum van het zorgtraject is de datum waarop de patiënt zich voor het eerst meldt voor een afspraak bij de zorgaanbieder.
Ieder zorgtraject heeft maximaal één (1) primaire diagnose. Wijziging van de primaire diagnose

(diagnosecode of trekken van) impliceert het openen van een nieuwe zorgtraject (behalve wanneer dit gebeurt binnen de initiële DBC, voor het afsluiten)
DBC
Iedere DBC heeft een hoofdbehandelaar.
Een DBC kan alleen worden getypeerd door een hoofdbehandelaar met een beroep dat voorkomt op de DBC GGZ beroepentabel, welke onderdeel is van de spelregels DBC GGZ.
De DBC wordt geopend op de datum van het eerste patiëntgebonden contact (direct of indirect), geregistreerd door een behandelaar die voorkomt op de beroepentabel. De datum van eerste patiëntgebonden contact kan zijn in het kader van pré intake, intake, diagnostiek, behandeling/ begeleiding, crisisopvang, verblijf, dagbesteding of verrichting.
Een DBC duurt minimaal één (1) kalenderdag en maximaal driehondervijfenzestig (365) kalenderdagen. Na 365 kalenderdagen dient de DBC afgesloten te worden. Indien de behandeling nog niet is afgerond dient een nieuwe (vervolg) DBC te worden geopend met dezelfde primaire diagnose en een zorgtype uit de groep 'vervolg'.
Een open DBC omvat minimaal: zorgtraject identificatie, openingsdatum en één (1) registratie van activiteit of verrichting.
Bij het afsluiten van de DBC moet de hoofdbehandelaar een keuze maken uit vijf (5) elkaar uitsluitende 'redenen voor afsluiting'.
Bij een volledig getypeerde DBC zijn de volgende DBC typeringselementen geregistreerd: zorgtype en diagnose (alle vijf (5) assen volgens de DSMIV classificatie).
Er zijn op bovenstaande definitie twee uitzonderingen mogelijk: 1. Als bij 'reden sluiten DBC' voor de code 'afsluiting na alleen pré-intake/ intake/ diagnostiek/crisisopvang' is gekozen mag de DBC worden afgesloten waarbij alleen het zorgtype dient te worden geregistreerd. 2. Als een kind jonger is dan 4 jaar hoeft de GAF (Diagnose As 5) niet ingevuld te worden.
Een DBC hoort altijd bij één (1) circuit.
Behandelaar
Een behandelaar kan bij nul (0) of meer activiteiten/verrichtingen betrokken zijn.
Een activiteit, verrichting of DBC kan alleen worden geregistreerd door een behandelaar met een beroep dat voorkomt op de DBC GGZ beroepentabel, welke onderdeel is van de spelregels DBC GGZ.
Zorgtype
Zorgtype wordt éénmalig vastgelegd bij het openen van een initiële of vervolg DBC.
Er kan per DBC maar één (1) zorgtype geregistreerd worden, ze sluiten elkaar uit.
Indien een patiënt voor het eerst in behandeling komt dient een initiële DBC, met een bijbehorend zorgtype uit de groep initieel, te worden geregistreerd. Een vervolg DBC, met een bijbehorend zorgtype uit de groep vervolg, kan pas worden geopend indien een eerdere initiele DBC met dezelfde primaire diagnose is afgesloten.
Diagnose
De diagnoseregistratie is opgezet volgens de DSM-IV-TR classificatie waarbij de diagnose wordt gescoord op vijf (5) assen. Iedere as dient bij het afsluiten van de DBC volgens de regels van de DSM-IV-TR

classificatie gescoord te zijn. Uitleg hierover staat vermeld in de spelregels DBC GGZ.
Er kan maar één (1) diagnose uit de vastgelegde As 1 of As 2 codes als primaire diagnose worden aangemerkt.
Een code op de Assen 3, 4 en 5 kan geen primaire diagnose zijn.
Het aantal te registreren nevend diagnoses is onbeperkt en ze sluiten elkaar niet uit
Activiteiten en verrichtingen
Activiteiten en verrichtingen kunnen in vier (4) categorieën worden ingedeeld te weten <ul style="list-style-type: none"> • Tijdschrijven: hierbij wordt door een (hoofd)behandelaar tijd per DBC geregistreerd. • Dagbesteding: hierbij wordt in eenheden van uren de dagbesteding per DBC geregistreerd. • Verblijfsdagen: hierbij wordt in eenheden van dagen de verblijfsdagen per DBC geregistreerd. • Verrichting: hierbij wordt in eenheden van aantallen de verrichtingen per DBC geregistreerd.
Een DBC heeft altijd één (1) of meerdere activiteiten en verrichtingen.
Activiteiten en verrichtingen, waarbij tijd wordt geregistreerd, hebben een bijbehorende behandelaar. Bij de activiteiten en verrichtingen verblijfsdagen/dagbesteding/verrichting wordt geen behandelaar vastgelegd.
Activiteiten en verrichtingen die in eenheden worden geregistreerd hebben een kostprijs.
Activiteiten en verrichtingen waarbij tijd wordt geregistreerd kennen een onderscheid in tijdsregistratie in directe tijd, indirecte tijd en indirecte reistijd. Zie DBC spelregels GGZ voor verdere specificaties.
Bij de activiteiten uit de categorieën 'pre intake' en 'algemeen indirecte tijd' kan geen directe tijd of indirecte reistijd worden geregistreerd.
Kostprijs Uurtarief
Iedere behandelaar heeft één (1) beroep volgens de DBC GGZ beroepenstructuur.
Bij ieder beroep hoort een uurtarief.
Kostprijs Verblijf
Iedere verblijfsdagscategorie heeft een kostprijs.
De eenheid van verblijf is een dag.
Kostprijs Dagbesteding
Iedere dagbestedingscategorie heeft een kostprijs.
De eenheid van dagbesteding is een uur.
Kostprijs Verrichting
Iedere activiteit uit de categorie verrichting heeft een kostprijs.
De eenheid van verrichting is het aantal keren dat de verrichting is uitgevoerd.

BIJLAGE 2 TABELSPECIFICATIES

In de onderstaande tabellen worden de definities en inhoud van het DBC registratiemodel beschreven waarbij de primaire sleutels “onderstreept” en refererende sleutels “*schuingedrukt*” zijn weergegeven. Combinaties van beide zijn mogelijk. Optionele attributen worden niet weergegeven.

1 Algemene patiënt identificatiegegevens: patiënt

	Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden
1	<u>Patiëntnummer</u>	Uniek nummer om de patiënt mee te identificeren	Alfanumeriek	15	Verplicht	Uniek patiëntnummer per instelling
2	Naam_1	Het eerste deel van patiëntnaam. Zie attribuut 4	Alfanumeriek	25	Verplicht	Voorbeeld: voor patiënt met naam “de Groot” wordt hier de waarde “Groot” gegeven
3	Naam Voorvoegsel_1	Het voorvoegsel van eerste deel van patiëntnaam	Alfanumeriek	10	Optioneel	Uitgaande van bovenstaand voorbeeld dient hier de waarde “de” te worden weergegeven
4	Naamcode_1	De code die aangeeft of het eerste deel de eigen naam of de aangetrouwde naam is	Numeriek	1	Verplicht	Als naamcode1 = 1 dan bevat naam_1 de aangetrouwde naam Als naamcode1 = 2 dan bevat naam_1 de eigen naam
5	Naam_2	Het tweede deel van patiëntnaam. Zie attribuut 7	Alfanumeriek	25	Optioneel	
6	Naam	Het voorvoegsel	Alfanumeriek	10	Optioneel	

	Voorvoegsel_2	van tweede deel van patiëntnaam				
7	Naamcode_2	De code die aangeeft of het tweede deel de eigen naam of de aangetrouwde naam is	Numeriek	1	Optioneel	Als naamcode_2 = 1 dan bevat naam_2 de aangetrouwde naam Als naamcode_2 = 2 dan bevat naam_2 de eigen naam.
8	Voorletters	De voorletters van de patiënt	Alfanumeriek	6	Verplicht	De voorletters worden zonder tekens of spaties aan elkaar geplakt
9	Postcode	De postcode van de patiënt	Alfanumeriek	6	Optioneel	De Nederlandse postcodes zijn verplicht (landcode = NL) en hebben formaat NNNNAA. Van de buitenlandse postcodes wordt geen formaat voorgeschreven, deze zijn derhalve optioneel.
10	Huisnummer	Het huisnummer van de patiënt	Numeriek	5	Verplicht	
11	Huisnummer toevoeging	De huisnummer toevoeging van de patiënt	Alfanumeriek	4	Optioneel	
12	Landcode	De landcode van de Verzekerde	Alfanumeriek	2	Verplicht	<i>Volgens COD032-NEN van Vektis (ISO landcode 3166-1)</i> - NL - DE - BE - etc <i>De landcode is verplicht omdat anders buitenlandse codes in</i>

						een Nederlands gebied terecht kunnen komen omdat slechts 4 posities worden opgeslagen
13	Geslacht	Geslacht van de patiënt	Numeriek	1	Verplicht	Conform Vektis Codelijst COD046_VEKT. Bijvoorbeeld 0 = Onbekend, 1 = Mannelijk, 2 = Vrouwelijk, 9 = Niet gespecificeerd
14	Geboortedatum	Eejjmmdd	Datum	8	Verplicht	
15	Burger service nummer (BSN)	Unieke identificatie van een persoon onafhankelijk van zorginstellingen, verzekeraars, en tijd	Numeriek	9	Optioneel	Voldoet aan 11 Proef
16	Declarerende instelling	Relatie attribuut	Alfanumeriek	8	Verplicht	Relatie naar instellingsnummer van patiënt
17	Locatie declarerende zorginstelling	Relatie attribuut	Alfanumeriek	8	Verplicht	Zie beschrijving bij entiteit Instelling

2 Instelling

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden
<u>Declarerende instelling</u>	Unieke identificatie zorgaanbieder	Alfanumeriek	8	Verplicht	De AGB code die door de zorgaanbieder gebruikt zal worden voor de declaratie naar de zorgverzekeraar
<u>Locatie declarerende zorginstelling</u>	De locatie van de zorgaanbieder omdat deze over meerdere	Alfanumeriek	8	Verplicht	Deze code wordt door de zorgaanbieder bepaald, maar moet consequent gebruikt worden.

	<i>locaties verspreid kan zijn en gegevens kunnen verschillen per locatie</i>				<ul style="list-style-type: none"> • <i>Geïntegreerde administratie over alle locaties, dan overal 0 voor locatiecode</i> • <i>Gescheiden administratie dan de juiste locatie voor elke locatiecode.</i>
--	---	--	--	--	--

3 Zorgtraject

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Zorgtraject identificatienummer</u>	Unieke identifier	Alfanumeriek	20	Verplicht	Door leverancier vrij in te vullen
2	openingsdatum	Eejjmmdd	Datum	8	Verplicht	Openingsdatum zorgtraject. Datum waarop de patiënt zich voor het eerst meldt bij de zorgaanbieder
3	Einddatum	Eejjmmdd	Datum	8	Optioneel	
4	Soort Verwijzer	Refereert naar de Soort Zorgverlener. Dit is een formele verwijzer	Alfanumeriek	4	Optioneel	Conform COD016-VEKT (Zorgverlener-soorten van Vektis). Eerste 2 posities zijn: 01 (Huisarts) 03 (Medisch Specialist) 14 (Bedrijfsarts)
5	Verwijzende instelling	Refereert naar de verwijzende instelling	Alfanumeriek	8	Optioneel	Conform AGB code
6	Primaire diagnosecode	Primaire diagnosecode	Alfanumeriek	20	Optioneel	Primaire diagnose kan alleen gescoord

		<i>van de DBC</i>				<i>worden op As 1 of As 2. In combinatie met reden van afsluiten alleen pré-intake, intake, diagnostiek en crisiopvang mag deze leeg zijn</i>
7	Primaire diagnose datum	Eejjmmdd	Datum	8	Optioneel	Datum waarop de diagnose is gesteld of datum waarop de primaire diagnose voor het laatst is gewijzigd. <i>In combinatie met reden van afsluiten alleen pré-intake, intake, diagnostiek en crisiopvang mag deze leeg zijn</i>
8	Primaire diagnose betreft "Trekken van"	J/N	Alfanumeriek	1	Optioneel	Indien de (primaire) diagnose op As 2 is gesteld en er is sprake van een "Persoonlijkheidsstoornis" dan moet de optie "Trekken van" worden geregistreerd. In die situatie dient in dit veld de waarde "J" te worden ingevuld. Deze diagnose incl. "Trekken van" kan als primaire diagnose worden gesteld
9	<i>Patiëntnummer</i>	<i>Relatie naar</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>15</i>	<i>Verplicht</i>	<i>Relatie met patiënt</i>

		<i>patiënt</i>				<i>behorende bij het zorgtraject</i>
--	--	----------------	--	--	--	--------------------------------------

4 DBC

	Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden
1	<u>DBC identificatienummer</u>	Uniek nummer per DBC per patiënt	Alfanumeriek	20	Verplicht	Door leverancier vrij in te vullen
2	DBC openingsdatum	Eejjmmdd	Datum	8	Verplicht	Openingsdatum DBC. Dit valt samen met het eerst patiëntgebonden contact door een behandelaar met een beroep dat voorkomt op de beroepentabel
3	DBC einddatum	Eejjmmdd	Datum	8	Verplicht	Zie definitie document spelregels DBC GGZ voor juiste registratie sluiten DBC
4	<i>Zorgverzekeraarcode</i>	<i>Refereert naar Zorgverzekeraar. Het betreft de verzekeraar op de openingsdatum van de DBC</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>4</i>	<i>Optioneel</i>	<i>Conform COD061-VEKT (UZOVI register van Vektis)</i>
5	<i>DBC productgroepcode</i>	<i>Productgroep waartoe de DBC behoort</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>6</i>	<i>Optioneel</i>	<i>De DBC productgroep moet worden afgeleid tijdens de DBC validatie</i>
6	DBC Tarief	Tarief conform tarieven bestand DBC GGZ	Numeriek	11	Optioneel	Logisch formaat is 11.2. LET OP: Dit attribuut kan worden afgeleid als de DBC is afgesloten en gevalideerd. Het dient niet als zodanig te worden geregistreerd

						<p>maar is hier ter informatie toegevoegd omdat hier specifiek naar wordt gevraagd in de MDS.</p> <p>Per 1-1-2008 wordt, volgens planning, DBC facturatie ingevoerd en dient dit item afgeleid te kunnen worden. Tot die tijd kan de waarde "0" worden toegepast voor de MDS.</p>
7	DBC verrekenbedrag		Numeriek	11	Optioneel	<p>Logisch formaat is 11.2.</p> <p>LET OP: Dit attribuut kan worden bepaald als de DBC is afgesloten en gevalideerd. Het dient niet als zodanig te worden geregistreerd maar is hier ter informatie toegevoegd omdat hier specifiek naar wordt gevraagd in de MDS.</p> <p>Het DBC verrekenbedrag bestaat uit: het DBC tarief vermenigvuldigd met een (instellingsspecifieke) verrekenpercentage.</p>
8	DBC declaratiecode		Numeriek	6	Optioneel	<p>Dit attribuut kan worden bepaald als de DBC is afgesloten en gevalideerd. Het dient niet als zodanig te worden geregistreerd maar is hier ter informatie toegevoegd</p>

						omdat hier specifiek naar wordt gevraagd in de MDS.
9	DBC prestatiecode		Alphanumeriek	12	Optioneel	Dit attribuut kan worden bepaald als de DBC is afgesloten en gevalideerd. Het dient niet als zodanig te worden geregistreerd maar is hier ter informatie toegevoegd omdat hier specifiek naar wordt gevraagd in de MDS.
10	<i>DBC Reden sluiten code</i>	<i>De reden sluiten van de DBC</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	<i>Geldige code volgens DBC GGZ</i>
11	<i>Zorgtypecode</i>	<i>Het zorgtype behorende bij de DBC</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	<i>Geldige code volgens DBC GGZ</i>
12	<i>Zorgtraject identificatienummer</i>	<i>Relatie naar zorgtraject behorende bij de DBC</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	
13	<i>Behandelaar identificatienummer</i>	<i>Hoofdbehandelaar van de DBC (relatie naar bijbehorende behandelaar)</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	<i>Relatie met de behandelaar van de DBC</i>
14	<i>Circuitcode</i>	<i>Circuit code</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	<i>Geldige code volgens DBC GGZ</i>

5 Overige diagnoses As1 – As5

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Diagnosecode</u>	DSMIV-code	Alfanumeriek	20	Verplicht	Code volgens DSM IV-TR zoals opgenomen in de codelijsten DBC GGZ

						<p><i>In combinatie met reden van afsluiten alleen pré-intake, intake, diagnostiek en crisiopvang mag deze leeg zijn.</i></p> <p><i>Tweede uitzondering: bij kinderen jonger dan 4 jr hoeft de As 5 van de DSMIV niet ingevuld te worden.</i></p>
2	Trekken van	Geeft aan of bij geregistreerde diagnose de optie 'Trekken van' van toepassing is	Alfanumeriek	1	Optioneel	<p>Trekken van. Let op: is alleen bedoeld en verplicht voor een diagnose score op As 2 behorend tot de groep Persoonlijkheidsstoornissen. Indien van toepassing is de score J=Ja. Bij geen score kan het veld worden leeggelaten (NULL score).</p>
3	Datum diagnose	Eejjmmdd	Datum	8	Optioneel	<p>Datum waarop de diagnose wordt gesteld of de meest recente wijzigingsdatum van de diagnose</p> <p><i>In combinatie met reden van afsluiten alleen pré-intake, intake, diagnostiek en crisiopvang mag deze leeg zijn.</i></p> <p><i>Tweede uitzondering: bij kinderen jonger dan 4 jr hoeft de As 5 van de DSMIV niet ingevuld te worden.</i></p>
4	<u>DBC</u>	Relatie	Alfanumeriek	20	Verplicht	

	<u>identificatienummer</u>	attribuut naar DBC				
--	----------------------------	-----------------------	--	--	--	--

6 Activiteiten en verrichtingen

6.1 Activiteiten en verrichtingen: tijdschrijven

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Activiteit</u> <u>identificatienummer</u>	Uniek nummer per instelling	Alfanumeriek	20	Verplicht	Uniek nummer, zelf te definiëren.
2	Activiteitscode		Alfanumeriek	20	Verplicht	Code uit DBC GGZ activiteiten lijst
3	Direct patiëntgebonden tijd	Direct bestede tijd in minuten	Numeriek	6	Verplicht	Bij de activiteiten uit de categorieën 'pre-intake' en 'algemeen indirecte tijd' kan geen directe tijd worden geregistreerd. Indien geen directe tijd wordt geregistreerd dient de waarde 0 te worden ingevuld.
4	Indirect patiëntgebonden tijd (algemeen)	Indirecte bestede tijd in minuten	Numeriek	6	Verplicht	Indien geen indirecte tijd wordt geregistreerd dient de waarde 0 te worden ingevuld.
5	Indirect patiëntgebonden tijd (reistijd)	Indirecte bestede tijd in minuten	Numeriek	6	Verplicht	Bij de activiteiten uit de categorieën 'pre-intake' en 'algemeen indirecte tijd' kan geen reistijd worden geregistreerd. Indien geen indirecte tijd wordt geregistreerd dient de waarde 0 te worden ingevuld.
6	Activiteitendatum	Datum (Eejjmdd)	Datum	8	Verplicht	

		waarop activiteit plaatsvindt				
7	<i>Behandelaar identificatienummer</i>	<i>Relatie naar behandelaar</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	
8	<i>DBC identificatienummer</i>	<i>Relatie naar bijbehorende DBC</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	

6.2 Activiteiten en verrichtingen: dagbesteding

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Activiteit identificatienummer</u>	Uniek nummer per instelling	Alfanumeriek	20	Verplicht	
2	<i>Activiteitencode</i>		Alfanumeriek	20	Verplicht	Code uit DBC GGZ activiteiten lijst
3	Aantal uren	Aantal eenheden van deze code	Numeriek	6	Verplicht	
4	Activiteitendatum	Datum (Eejjmmdd) waarop activiteit plaatsvindt	Datum	8	Verplicht	
5	<i>DBC identificatienummer</i>	<i>Relatie attribuut</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	

6.3 Activiteiten en verrichtingen: verblijfsdagen

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Activiteit identificatienummer</u>	Uniek nummer per instelling	Alfanumeriek	20	Verplicht	
2	<i>Activiteitencode</i>		<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	<i>Code uit DBC GGZ activiteiten lijst</i>
3	Aantal dagen	Aantal eenheden van deze code	Numeriek	6	Verplicht	Indien meer dan 1 dag wordt geregistreerd wordt er vanuit gegaan dat de hoeveelheid dagen een aaneengesloten periode betreft

4	Activiteitendatum	Datum (Eejjmmdd) waarop activiteit plaatsvindt	Datum	8	Verplicht	De datum waarop de verblijfsdag plaatsvindt. Indien het aantal dagen >1 is dient hier de eerste dag van de verblijfsperiode te worden vastgelegd.
5	<i>DBC identificatienummer</i>	<i>Relatie attribuut</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	

6.4 Activiteiten en verrichtingen: verrichtingen

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Activiteit identificatienummer</u>	Uniek nummer per instelling	Alfanumeriek	20	Verplicht	
2	<i>Activiteitencode</i>		<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	<i>Code uit DBC GGZ activiteiten lijst</i>
3	Aantal behandelingen	Aantal eenheden	Numeriek	6	Verplicht	
4	Activiteitendatum	Datum (Eejjmmdd) waarop activiteit plaatsvindt	Datum	8	Verplicht	
5	<i>DBC identificatienummer</i>	<i>Relatie attribuut</i>	<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	

7 Behandelaar

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Behandelaar identificatienummer</u>	Uniek nummer per instelling	Alfanumeriek	20	Verplicht	
2	<i>Beroepcode</i>		<i>Alfanumeriek</i>	<i>20</i>	<i>Verplicht</i>	<i>Code uit DBC GGZ beroepentabel</i>

8 Kostprijzen

Per instelling/zorgaanbieder dienen de onderstaande kostprijsgegevens bekend te zijn. De kostprijzen worden toegerekend naar uurtarieven beroepsgroep, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen. Bij iedere kostprijs wordt onderscheid gemaakt in directe kosten, indirecte kosten 1 en 2. Voor meer informatie over het kostprijsmodel kunt u kijken op de website www.dbconderhoud.nl.

8.1 Kostprijs uurtarief

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Declarerende instelling</u>	Unieke identificatie zorgaanbieder	Numeriek	8	Verplicht	Conform AGB code
2	<u>Beroepcode</u>		Alfanumeriek	20	Verplicht	Code uit beroepenlijst volgens DBC GGZ
3	UURTARIEF_DIRECT_PER_UUR	Bedrag per uur in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
4	UURTARIEF_INDIRECT1_PER_UUR	Bedrag per uur in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
5	UURTARIEF_INDIRECT2_PER_UUR	Bedrag per uur in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door

						100 voor verwerking
6	<u>Openingsdatum</u>	EEJJMMDD	Datum	8	Verplicht	Openingsdatum waarop de aangeleverde kostprijzen geldig zijn
7	Einddatum	EEJJMMDD	Datum	8	Optioneel	Einddatum tot en met wanneer de kostprijzen geldig zijn

8.2 Kostprijs verblijfsdag

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Declarerende instelling</u>	Unieke identificatie zorgaanbieder	Numeriek	8	Verplicht	Conform AGB code
2	<u>Activiteitencode</u>		Alfanumeriek	20	Verplicht	Code uit activiteitenlijst volgens DBC GGZ
3	VERBLIJF_DIRECTE_KOSTEN	Bedrag per dag in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
4	VERBLIJF_INDIRECTE_KOSTEN1	Bedrag per dag in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier Levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
5	VERBLIJF_INDIRECTE_KOSTEN2	Bedrag per dag in Eurocenten	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier Levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door

						100 voor verwerking
6	<u>Openingsdatum</u>	EEJJMMDD	Datum	8	Verplicht	Openingsdatum waarop de aangeleverde kostprijzen geldig zijn
7	Einddatum	EEJJMMDD	Datum	8	Optioneel	Einddatum tot en met wanneer de kostprijzen geldig zijn.

8.3 Kostprijs dagbesteding

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Declarerende instelling</u>	Unieke identificatie zorgaanbieder	Numeriek	8	Verplicht	Conform AGB code
2	<u>Activiteitencode</u>		Alfanumeriek	20	Verplicht	Code uit activiteitenlijst volgens DBC GGZ
3	DAGBESTEDING_DIRECTE_KOSTEN	Bedrag per uur in Eurocenten.	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier Levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
4	DAGBESTEDING_INDIRECTE_KOSTEN1	Bedrag per uur in Eurocenten.	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
5	DAGBESTEDING_INDIRECTE_KOSTEN2	Bedrag per uur in Eurocenten.	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2 Gegevensleverancier Levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
6	<u>Openingsdatum</u>	EEJJMMDD	Datum	8	Verplicht	Openingsdatum waarop de aangeleverde

						kostprijzen geldig zijn
7	Einddatum	EEJJMMDD	Datum	8	Optioneel	Einddatum tot en met wanneer de kostprijzen geldig zijn

8.4 Kostprijs verrichting

Kolom	Omschrijving	Type	Lengte	Verplicht/ optioneel	Bijzonderheden	
1	<u>Declarerende instelling</u>	Unieke identificatie zorgaanbieder	Numeriek	8	Verplicht	Conform AGB code
2	<u>Activiteitscode</u>		Alfanumeriek	20	Verplicht	Code uit activiteitenlijst volgens DBC GGZ
3	VERRICHTING_DIRECTE_KOSTEN	Bedrag per verrichting in Eurocenten.	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
3	VERRICHTING_INDIRECTE_KOSTEN1	Bedrag per verrichting in Eurocenten.	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier Levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
3	VERRICHTING_INDIRECTE_KOSTEN2	Bedrag per verrichting in Eurocenten.	Numeriek	12	Verplicht	Logisch formaat is 12.2. Gegevensleverancier Levert vermenigvuldigd met 100 aan. In data warehouse delen door 100 voor verwerking
4	<u>Openingsdatum</u>	EEJJMMDD	Datum	8	Verplicht	Openingsdatum waarop de aangeleverde kostprijzen geldig zijn

5	Einddatum	EEJJMMDD	Datum	8	Optioneel	Einddatum tot en met wanneer de kostprijzen geldig zijn
---	-----------	----------	-------	---	-----------	---

BIJLAGE 3 WIJZIGINGENLOG

VERSIE	DATUM	WIJZIGINGEN/ OPMERKINGEN
v20091001	01-08-2009	<ul style="list-style-type: none">- Inhoud van F13 overgeheveld naar nieuwe structuur- De volgende onderdelen (van F13) zijn overgeheveld naar een ander document:<ul style="list-style-type: none">- § 2.4 (blz. 18) naar toelichting codelijsten- § 7.2 (blz. 45) naar validatieregels- § 7.3.3 (blz. 47) naar toelichting kenmerkende factoren- § 7.3.5 (blz. 48) naar toelichting beslisboom- bijlage 1a (blz. 54) naar toelichting kenmerkende factoren- bijlage 1b (blz. 61) naar toelichting beslisboom- Nieuw ontwerp van figuren en tabellen (incl. nummering)- Inleiding herschreven- Figuren en tabellen nieuwe nummering- Uniformering begrip 'openingsdatum'
F1 t/m 13	01-01-2009	<ul style="list-style-type: none">- Voor de wijzigingen van F1 t/m F13 wordt verwezen naar het wijzigingen log van F 13.