

Handleiding registratie geriatrie revalidatie

Toelichting op de grz-productstructuur en -spelregels
voor de DBC-registratie 2015

Versie 1.0

13 november 2014

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	5
2	Inhoud en afbakening geriatrische revalidatiezorg.....	6
2.1	Definitie geriatrische revalidatiezorg	6
2.2	Patiëntendoelgroep	7
2.3	Zorgaanbod	8
2.3.1	Zorg die wel onder DBC-systematiek voor de grz valt	8
2.3.2	Zorg die niet onder DBC-systematiek voor de grz valt.....	9
2.4	Geriatrische en medische-specialistische revalidatie.....	10
2.5	Ziekenhuisverplaatste zorg	10
3	De DBC-systematiek voor de grz	12
3.1	Het kader: de DBC-systematiek	12
3.2	Positie grz binnen zorgketen	12
3.3	Soorten prestaties voor de grz	13
3.3.1	Algemeen.....	13
3.3.2	Specifiek voor de grz	13
3.4	Te registreren gegevens in kader van DBC-systematiek.....	14
3.4.1	Zorgtraject.....	14
3.4.2	Subtraject.....	15
3.4.3	Zorgactiviteiten	16
3.5	Toekomstige aanpassingen DBC-registratiegegevens	16
3.5.1	Pilot registratie zorgvraagzwaarte	16
3.5.2	Verwijsgegevens zorgtraject verwijzend specialisme.....	16
3.5.3	Nevendiagnosen.....	17
4	De grz-productstructuur.....	18
4.1	Aanpassingen doorlooptijdverkorting	18
4.1.1	Achtergrond	18
4.1.2	Aanpassing registratieregels	18
4.1.3	Wijzigingen productstructuur	19
4.1.4	Overzicht zorgproducten	19
4.1.5	Toelichting tariefberekening	20
4.1.6	Informatieproducten.....	23
4.2	Vergoeding geneesmiddelen, hulpmiddelen en vervoer	24
4.2.1	Geneesmiddelen.....	24
4.2.2	Hulpmiddelen.....	24

	4.2.3 Vervoer	25
5	Openen en sluiten van zorg- en subtrajecten	26
	5.1 Overzicht zorgtypen.....	26
	5.1.2 Specifieke toelichting voor de grz.....	26
	5.2 Openen van een DBC-zorgtraject	27
	5.2.1 Algemene regels.....	27
	5.3 Openen van een subtraject	28
	5.4 Sluiten van een subtraject	29
	5.4.1 Algemene regels.....	29
	5.4.2 Specifieke toelichting voor de grz.....	29
	5.5 Sluiten van een zorgtraject.....	30
6	De vast te leggen zorgtypering.....	31
	6.1 Algemeen	31
	6.2 DBC-diagnosetypering	31
	6.3 Informatieverplichting ICD-10 diagnose	32
7	De vast te leggen zorgactiviteiten	33
	7.1 Algemeen	33
	7.2 Verpleegdagen, ambulante behandeldagen en huisbezoeken	33
	7.2.1 Behandelvormen.....	33
	7.2.2 Te hanteren definities	34
	7.3 Registratie patiëntgebonden behandeltijd	35
	7.4 Vast te leggen tijdsbesteding per behandelaar	37
	7.4.1 Specialist ouderengeneeskunde	37
	7.4.2 Klinische verpleegkundigen.....	37
	7.4.3 Overige para(per)medische behandeldisciplines	39
	7.4.4 Transmurale begeleiding	40
	7.4.5 Inzet praktijkverpleegkundige	40
8	Onderlinge dienstverlening.....	41
	8.1 Definitie.....	41
	8.2 Registratie en declaratie.....	41
	8.3 Toelichting registratie	42
	8.3.1 Triage.....	42
	8.3.2 Ziekenhuisverplaatste zorg.....	42
9	Overgang van 2014 naar 2015.....	43
	9.1 Productstructuur, registratieregels en zorgactiviteiten	43
	Bijlage 1: DBC-typeringslijst	44
	Bijlage 2: Zorgactiviteiten grz	46





1 Inleiding

Dit document is bedoeld als handleiding voor behandelaren en anderen die betrokken zijn bij de DBC-registratie en -declaratie binnen uw zorginstelling. In dit document worden de DBC-productstructuur en registratieregels toegelicht, zoals die per 1 januari 2015 van toepassing zijn voor registratie en declaratie van de geriatrie revalidatiezorg. Uitgangspunt hierbij zijn de door de NZa vastgestelde beleidsregels en nadere regels over de declaratie en het document Registratieregels van DBC-Onderhoud. Deze gelden per 1 januari 2015 voor de ziekenhuiszorg en daarmee de geriatrie revalidatiezorg. Tevens zijn alle wijzigingen ten opzichte van 2014 in de toelichting bij de betreffende tabellen en verantwoordingsdocumenten van RZ15a terug te vinden.

Bij het opstellen van de handleiding is waar mogelijk aansluiting gezocht bij al eerder gecommuniceerde informatie van betrokken partijen. Voor de aanspraak is dit informatie van VWS en het Zorginstituut Nederland en voor de bekostiging van de NZa. Zie ook de website van het Zorginstituut Nederland (www.zorginstituutnederland.nl) en de NZa (www.nza.nl).

Ten opzichte van 2014 zijn voor 2015 de volgende belangrijke aanpassingen in de handleiding verwerkt:

- Aanvulling op de aanspraak (paragraaf 2.1)
- Aanpassing grz-productstructuur en registratieregels ten gevolge van de doorlooptijdverkorting (hoofdstuk 4)
- Nadere toelichting regeling (dure) geneesmiddelen (paragraaf 4.2.1)
- Wijziging bekostiging bovenbudgettaire hulpmiddelen (paragraaf 4.2.2)
- Invoering informatieverplichting ICD-10 (paragraaf 6.3)

Het onderliggende DBC-model (het zogeheten RSAD-model) en de bijbehorende ICT-eisen voor de DBC-systematiek zijn niet in dit document opgenomen. Hiervoor zijn aparte documenten beschikbaar op de website van DBC-Onderhoud (www.dbconderhoud.nl).

2 Inhoud en afbakening geriatrische revalidatiezorg

2.1 Definitie geriatrische revalidatiezorg

VWS heeft de formulering van de aanspraak voor de grz zoals geldt met ingang van 2013 in juli 2012 formeel vastgesteld. Per 2015 is hierin een wijziging doorgevoerd (wijziging lid 2 onderdeel a en tussenvoeging nieuw artikel 3). Bij de formulering in het besluit Zorgverzekering onder artikel 2.5c is een toelichting verstrekt. De formulering van de aanspraak vanaf 2015 en de toelichting bij de doorgevoerde aanpassing staan hieronder.

VWS besluit aanspraak grz

1. Geriatrische revalidatie omvat integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid, gericht op het dusdanig verminderen van de functionele beperkingen van de verzekerde dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.
2. De geriatrische revalidatie valt slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien:
 - a. **de zorg binnen een week aansluit op verblijf als bedoeld in artikel 2.12 in verband met geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, waarbij dat verblijf niet vooraf is gegaan aan verblijf als bedoeld in artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg;**
 - b. de zorg bij aanvang gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.10.
3. **Het tweede lid, onderdeel a, is niet van toepassing indien er als gevolg van een acute aandoening sprake is van acute mobiliteitstoornissen of afname van zelfredzaamheid en waar sprake is van voorafgaande medisch-specialistische zorg voor deze aandoening.**
4. De duur van de geriatrische revalidatie, bedoeld in het tweede lid, bedraagt maximaal zes maanden. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar een langere periode toestaan.

Toelichting bij de aanpassingen per 2015

De geriatrische revalidatie is met ingang van 1 januari 2013 van de aanspraken op grond van de AWBZ naar het basispakket overgeheveld. Vanwege gepast gebruik is daarbij gekozen voor een omschrijving met duidelijke voorwaarden wanneer deze zorg ten laste van de zorgverzekering kan komen. Zo is geriatrische revalidatie alleen toegankelijk na ziekenhuisverblijf en moet deze revalidatie aansluiten op ziekenhuisverblijf. Het ziekenhuisverblijf is nodig aangezien geriatrische revalidatie bedoeld is voor patiënten die daar daadwerkelijk op aangewezen zijn, volgend op een acuut probleem waarbij ziekenhuisopname noodzakelijk is. Daarnaast is voor een zo goed mogelijke revalidatie de aansluiting op ziekenhuisverblijf van belang.

De Tweede Kamer heeft de motie van de leden Leijten en Bruins Slot van 3 juli 2013 aanvaard¹. In deze motie wordt gesteld dat het niet altijd noodzakelijk is om eerst iemand op te nemen in het ziekenhuis alvorens in het revalidatiecentrum te worden opgenomen en dat dit ook onnodig

¹ Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nr. 460.

kostenverhogend kan zijn. Daarom wordt de regering in de motie verzocht om uit te laten zoeken of de huisarts – eventueel met tussenkomst van de geriatrisch specialist – direct kan doorverwijzen indien ziekenhuisopname evident overbodig is. In reactie op de motie is het oordeel gevraagd van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)². De NVKG heeft samen met Verenso, het Nederlandse Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging een zorginhoudelijke analyse verricht. Deze analyse is op 19 maart 2014 aan de Tweede Kamer aangeboden³.

Zorginstituut Nederland heeft aan de hand van deze analyse 27 juni 2014 advies uitgebracht over de tot nu toe geldende voorwaarden voor toegang tot de geriatrische revalidatiezorg.

Op het punt van voorafgaand ziekenhuisverblijf constateert Zorginstituut Nederland dat voor een beperkte groep patiënten een probleem bestaat door het toegangscriterium voorafgaand ziekenhuisopname voor de geriatrische revalidatie. Zorginstituut Nederland adviseert daarom de geriatrische revalidatie ook toegankelijk te maken voor een specifieke patiëntengroep zonder dat er sprake is van voorafgaand ziekenhuisverblijf. Het gaat om mensen met een acute aandoening waardoor acute mobiliteitsstoornissen en/of afname van zelfredzaamheid optreedt, bij wie sprake is van voorafgaand medisch-specialistisch handelen en bij wie is vastgesteld dat de cliënt voldoet aan de criteria van artikel 2.5c, eerste lid, en derhalve tot de doelgroep voor geriatrische revalidatie behoort. De beoordeling hiervan kan geschieden door een geriater op de eerste hulp of via een spoedconsult op de geriatrische polikliniek. Met de toevoeging van het derde lid in artikel 2.5c wordt de toegang tot de geriatrische revalidatiezorg verbeterd.

Op het punt van toegang tot geriatrische revalidatie aansluitend op ziekenhuisverblijf is uit de zorginhoudelijke analyse gebleken dat er in de praktijk een kleine groep cliënten is die geïndiceerd is voor geriatrische revalidatie, maar daarvan afziet, ondanks goede voorlichting tijdens het ziekenhuisverblijf. Eenmaal thuis blijkt zo'n cliënt binnen enkele dagen spijt te krijgen en toch gebruik te willen maken van de voor de cliënt noodzakelijke, geïndiceerde geriatrische revalidatie.

Geadviseerd werd om de termijn op te rekken naar vijf dagen. Zorginstituut Nederland stelt dat de bepaling op dit punt niet aangepast hoeft te worden omdat elke wettelijke termijn tot nieuwe grensproblemen leidt en omdat in de praktijk de specialist ouderengeneeskunde en de medisch adviseur van de zorgverzekeraar wel een oplossing hiervoor kunnen vinden. Aangezien dat in de praktijk niet altijd het geval blijkt te zijn en de bepaling toch zo wordt uitgelegd dat er sprake moet zijn van "direct" aansluitend, is besloten dit knelpunt met de wijziging van artikel 2.5c, tweede lid, onderdeel a, Bzv opgelost. Geregeld is nu dat de geriatrische revalidatie binnen een week moet aansluiten op het ziekenhuisverblijf. Verder is dit onderdeel aangepast, omdat verwezen moest worden naar de Wlz in plaats van de AWBZ.

2.2 Patiëntendoelgroep

De grz richt zich op de groep van kwetsbare patiënten met complexe multimorbiditeit waarbij de leer- en trainbaarheid is afgenomen, die na ontslag uit het ziekenhuis in aanmerking komt voor revalidatiebehandeling.

De revalidatiebehandeling is gericht op het verminderen van functionele beperkingen waardoor terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is. Van terugkeer naar de thuissituatie is sprake als de patiënt terugkeert naar de oude thuissituatie voorafgaand aan de opname in het ziekenhuis (eigen

² Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nrs.478 en 496.

³ Kamerstukken II 2013/14, 29689, nr. 501.

woonsituatie of verblijf in verzorgingshuis), of een nieuwe thuissituatie (nieuwe woning of plaatsing in een verzorgingshuis).

De patiënten worden verwezen vanuit het ziekenhuis⁴ met behulp van het triage-instrument.

In de geriatrische revalidatie worden vijf hoofdpiëtiëntengroepen onderscheiden:

1. CVA.
2. Electieve orthopedie (geplande knie- /heup- en schouderoperaties).
3. Trauma.
4. Amputaties.
5. Overige aandoeningen (waaronder longziekten, hartziekten, neurologische aandoeningen e.d.).

Bovenstaande patiëntengroepen vormen de basis voor de vast te leggen DBC-diagnosen. Voor de uitwerking van de diagnosetypering verwijzen wij u naar hoofdstuk 6.

2.3 Zorgaanbod

Ter afbakening van de zorg die valt onder de DBC-systematiek wordt het volgende uitgangspunt gehanteerd:

De zorg die voldoet aan de aanspraakformulering voor de grz en wordt verstrekt onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde.

Deze zorg kan worden aangeboden in een zorginstelling met een toelating voor verblijf met behandeling.

Deze paragraaf is onderverdeeld in twee subparagrafen die beschrijven welke zorg wel en welke niet onder de aanspraak en daarmee DBC-systematiek valt.

2.3.1 Zorg die wel onder DBC-systematiek voor de grz valt

De volgende zorg wordt binnen de DBC-systematiek voor de grz vastgelegd:

- Het zorgaanbod bestaat uit intramurale behandeling en ambulante behandeling waarbij de ambulante behandeling alleen onder de grz-aanspraak valt als deze voldoet aan de grz-definitie en volgt op de intramurale behandeling.
- De maximale duur voor de revalidatiebehandeling in het kader van de grz-aanspraak bedraagt in principe zes maanden.
- Als bij de patiënt na de initiële triage tijdens de grz-behandeling sprake is van een verandering in de situatie, kan een wijziging van de behandelsituatie optreden. Als de revalidatiebehandeling wordt voortgezet maar de patiënt niet meer kan terugkeren naar de thuissituatie, blijft de revalidatiebehandeling onder de grz-aanspraak vallen en daarmee onder de DBC-systematiek. Zodra de revalidatiebehandeling is beëindigd, wordt het DBC-zorgtraject afgesloten en gaat de patiënt over naar de Wlz.

⁴ Een klein aantal patiënten wordt verwezen vanuit een revalidatiecentrum. Dit kan gebeuren als na initiële triage van de patiënt de situatie van de patiënt wijzigt waardoor de specifieke zorgzwaarte (in verband met de frailty, trainbaarheid e.d. van de patiënt) de mogelijkheden van het revalidatiecentrum overstijgt of de belastbaarheid van de patiënt zodanig is dat deze het tempo en de intensiteit niet aankan.

Patiënt die niet direct belastbaar of minder belastbaar is

Als de patiënt is getrieerd voor de grz, de medisch specialistische behandeling is afgerond (er is geen indicatie meer voor verblijf in verband met medisch-specialistische zorg) en de patiënt is overgedragen aan de specialist ouderengeneeskunde, valt de behandeling van de patiënt onder het DBC-zorgproduct voor de grz. De patiënt kan nog wel onder controle van de medisch specialist zijn en het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg hoeft dus nog niet te zijn afgesloten. Wel is de behandeling voor de aandoening waarvoor geriatrie revalidatie is aangewezen overgedragen aan de specialist ouderengeneeskunde.

In de praktijk kan meteen na de opname dikwijls nog geen echte revalidatiebehandeling plaatsvinden door de (zeer) geringe belastbaarheid van de patiënt, maar de zorg na de opname valt wel onder het DBC-zorgproduct voor de grz. Als de medisch specialistische behandeling nog niet is afgerond, dan valt de behandeling in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van de medisch-specialist en valt deze zorg onder het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg.

Transfer van verpleeghuis naar thuissituatie

Het verpleeghuis is verantwoordelijk voor de transfer van de patiënt naar huis en overdracht naar de eerste lijn; deze zorg valt binnen het DBC-zorgproduct voor de grz.

Behandeling in thuissituatie bij proefverlof

Als een grz-patiënt met proefverlof gaat, valt de benodigde behandeling in de thuissituatie tijdens het verlof onder de verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde. De voor het proefverlof noodzakelijke behandeling in de thuissituatie valt onder het DBC-zorgproduct voor de grz.

2.3.2 Zorg die niet onder DBC-systematiek voor de grz valt

De volgende zorg valt niet onder de DBC-systematiek voor de geriatrie revalidatiezorg:

- De revalidatiebehandeling van patiënten die vóór de medisch-specialistische interventie al langdurige behandeling met verblijf ontvingen of de patiënten waarbij bij opname in het verpleeghuis duidelijk is dat verblijf in een eigen woonsituatie of een verzorgingshuis niet haalbaar is. Deze zorg valt onder de prestatie VV9b. Voor de formulering van deze prestatie wordt verwezen naar de publicatie in de Staatcourant.
- Een patiënt herstelt aansluitend aan een ziekenhuisopname in het verpleeghuis zonder dat sprake is van kwetsbaarheid en multimorbiditeit en/of integrale en multidisciplinaire behandeling (waarbij behandeling zich bijvoorbeeld beperkt tot alleen fysiotherapie). In dat geval is geen sprake van de beoogde doelgroep en/of een integrale en multidisciplinaire aanpak waardoor deze zorg niet voldoet aan de grz-aanspraak. Deze zorg valt onder een van de overige VV prestaties in het kader van de Wlz.
- De extramurale behandeling van patiënten onder verantwoordelijkheid van de huisarts en de extramurale thuiszorg. Deze zorg valt onder de eerstelijnszorg of de thuiszorg in het kader van de WMO.
- Consult van een ander specialisme / andere revalidatiearts op verzoek van de specialist ouderengeneeskunde. Dit consult wordt door de medisch specialist vastgelegd binnen het al lopende ziekenhuis DBC-traject van de desbetreffende medisch specialist of als intercollegiaal consult (mits wordt voldaan aan de daarvoor geldende voorwaarden). In beide gevallen maakt het consult onderdeel uit van de ziekenhuis-DBC.

- Als een specialist oudergeneeskunde op verzoek van de huisarts een consult verleent. Dit consult valt onder de hiervoor beschikbare prestatie in het kader van de Wlz en maakt geen deel uit van de grz aanspraak.
- Als de grz-revalidatiebehandeling is beëindigd en de patiënt in afwachting van terugkeer naar de thuissituatie nog in het verpleeghuis verblijft, bestaat geen Zvw-aanspraak meer voor dit verblijf ('verkeerd bed' problematiek). Deze (verkeerd bed) dagen maken geen deel uit van de grz DBC-zorg en worden niet in het kader van de DBC-systematiek vastgelegd.

Triage

De triage is geen onderdeel van het DBC-zorgproduct voor de grz. De behandelend medisch specialist is verantwoordelijk voor de doorverwijzing van de patiënt, waardoor de triage onder het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg valt. Dit geldt ook voor de transfer van de patiënt van het ziekenhuis naar het verpleeghuis; deze is onderdeel van de verwijzing en valt onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en hiermee onder het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg. Indien de SO / het verpleeghuis op verzoek van het ziekenhuis hieraan een bijdrage levert, valt dit onder onderlinge dienstverlening en worden de kosten onderling verrekend op basis van de hierover gemaakte afspraken met het ziekenhuis (voor de toelichting op de onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar hoofdstuk 8).

Patiënt die niet in aanmerking komt voor grz, maar vanwege zijn thuissituatie niet direct vanuit ziekenhuis terug naar huis kan

Deze zorg valt niet onder het DBC-zorgproduct voor de grz. Als er noodzaak is voor verpleging of verzorging, dient hiervoor een indicatie voor de Wlz aangevraagd te worden.

2.4 Geriatrische en medische-specialistische revalidatie


De geriatrische revalidatie en de medisch specialistische revalidatie richten zich ieder op eigen doelgroepen met een andere zorginhoud waardoor in de praktijk weinig sprake is van overlap. De geriatrische revalidatie richt zich op de (veelal) oudere patiënt en diens zorgsysteem. De revalidant wordt gekenmerkt door kwetsbaarheid, complexe multi-morbiditeit en verminderde leer- en trainbaarheid. Dit alles betekent een andere complexiteit van de behandel/hersteluitgangssituatie van de patiënt. Mede als gevolg hiervan is sprake van een ander behandeldoel. Het doel van de grz-behandeling is het dusdanig verminderen van de beperkingen dat terugkeer naar de thuissituatie mogelijk is.

De behandelmethodiek binnen de geriatrische en medisch specialistische revalidatie komt wel grotendeels overeen.

2.5 Ziekenhuisverplaatste zorg

Soms worden grz-patiënten die medisch specialistisch nog niet zijn uitbehandeld overgeplaatst naar het verpleeghuis om aan te sterken. Deze herstellzorg maakt geen deel uit van het DBC-zorgproduct voor de grz.

Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt totdat er geen indicatie meer is voor verblijf in verband met de medisch specialistische zorg en de overdracht heeft plaatsgevonden. Deze



zorg valt onder het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg. Als deze zorg op verzoek van het ziekenhuis plaatsvindt in het verpleeghuis, is er sprake van onderlinge dienstverlening conform de NZa-regelgeving voor de medisch specialistische zorg. Voor de registratie van onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar hoofdstuk 8.

3 De DBC-systematiek voor de grz

3.1 Het kader: de DBC-systematiek

Een DBC-zorgproduct in de grz kent twee componenten:

1. de typering van de zorgvraag en
2. de behandeling die wordt ingezet.

De zorgvraag wordt door de specialist ouderengeneeskunde getypeerd met behulp van de zogenaamde typeringslijst en betreft het zorgtype en de diagnose.

De behandeling van de patiënt wordt vastgelegd in de vorm van uitgevoerde zorgactiviteiten. Dit zijn zorgactiviteiten voor de behandelsetting (verpleegdag, ambulante behandel dag en huisbezoek) en voor de patiëntgebonden tijd per behandel discipline.

Het DBC-zorgproduct wordt afgeleid uit de combinatie van de diagnose en de geregistreerde zorgactiviteiten. Na beëindiging van de behandeling wordt het subtraject afgesloten op basis van de geldende afsluitregels en wordt het subtraject aangeboden aan een grouper. De grouper leidt op basis van de beslisregels voor de productstructuur het bijbehorende zorgproduct af. Dit zorgproduct wordt voorzien van een tarief gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Hiernaast wordt deze informatie aangeleverd aan het landelijke DBC Informatie Systeem (DIS).

Meer informatie over het DBC-model (RSAD-model) en de bijbehorende ICT-specificaties voor de DBC-systematiek kunt u vinden op de website van DBC-Onderhoud.

3.2 Positie grz binnen zorgketen

De grz maakt onderdeel uit van een zorgketen die is onder te verdelen in een viertal fasen:

1. voorbereidende fase
2. acute/operatiefase
3. revalidatiefase
4. behandeling, zorg en ondersteuning thuis

Binnen deze zorgketen is sprake van ziekenhuiszorg, grz en eerstelijnszorg/extramurale thuiszorg die ieder apart bekostigd worden. De DBC-zorg in het kader van de grz betreft de navolgende activiteiten.

Fase	Onderdelen	Waarvan grz DBC-activiteiten
1. Voorbereidende fase		
2. Acute / operatiefase	<ul style="list-style-type: none"> • Behandeling ziekenhuis • Triage/doorverwijzing 	
3. Revalidatiefase	<ul style="list-style-type: none"> • Revalidatie behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Assessment / opstellen behandelplan • Intramurale behandeling • Aansluitende vervolg ambulante behandeling
4. Behandeling, zorg en ondersteuning thuis	<ul style="list-style-type: none"> • Thuiszorg • 1e lijnszorg 	

De voorbereidende fase valt niet onder de grz-aanspraak. Deze zorg vindt plaats vanuit de eerste lijn onder verantwoordelijkheid van de huisarts (eerstelijnszorg) of de behandelend medisch specialist van het ziekenhuis (DBC ziekenhuis).

De medisch specialist opent voor de ziekenhuisbehandeling een DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg. De behandelend medisch specialist is tevens verantwoordelijk voor triage en doorverwijzing van de patiënt; dit is onderdeel van het DBC-zorgproduct van de betreffende medisch specialist.

Indien sprake is van een grz-aanspraak voor de patiënt, opent de specialist ouderengeneeskunde bij de eerste activiteit in het kader van de grz-behandeling een DBC-zorgtraject voor de patiënt. Binnen dit DBC-zorgtraject worden alle zorgactiviteiten vastgelegd die onder verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde in het kader van de grz-behandeling worden verricht. Dit betreft onder meer het assessment, het opstellen van het behandelplan, het voorbereiden van het ontslag van de patiënt naar de thuissituatie, de intramurale revalidatiebehandeling en indien van toepassing de hierop volgende ambulante revalidatiebehandeling.

De eventueel hierop volgende monodisciplinaire behandeling / thuiszorg vindt plaats vanuit de eerste lijn onder verantwoordelijkheid van de huisarts of in het kader van de WMO.

3.3 Soorten prestaties voor de grz

3.3.1 Algemeen

De DBC-systematiek voor de ziekenhuiszorg kent DBC-zorgproducten en overige zorgproducten.

De overige zorgproducten zijn onderverdeeld in vier groepen:

- supplementaire producten
- eerstelijnsdiagnostiek (ELD)
- paramedische behandeling en onderzoek en
- overige verrichtingen

3.3.2 Specifiek voor de grz

Voor de grz zijn met name de DBC-zorgproducten relevant die als prestatie in het kader van de specialistische zorg die onder de Zvw vallen. Dit betreft de DBC-zorgproducten conform de vastgestelde productstructuur voor de grz in zorgproductgroep 998415 voor de geriatrische revalidatie.

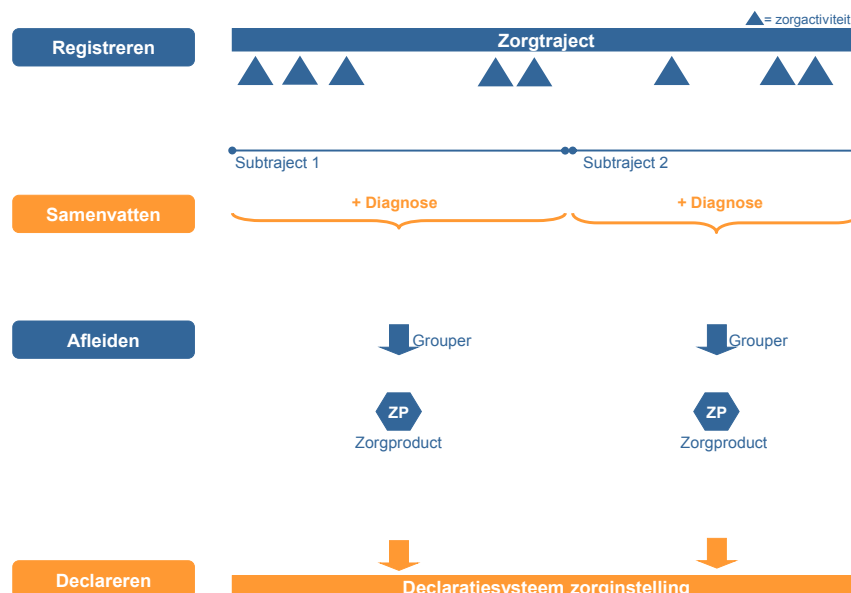
Hiernaast zijn voor de grz voor wat betreft de overige zorgproducten de add-on geneesmiddelen van toepassing. De add-onregeling voor geneesmiddelen (waarbij de betreffende geneesmiddelen apart gedeclareerd mogen worden) geldt echter alleen voor bepaalde door de NZa vastgestelde geneesmiddelen en bijbehorende indicaties (add-onlijst). Alle overige geneesmiddelen in de medisch specialistische zorg maken integraal deel uit van het DBC-zorgproduct. In paragraaf 4.2 wordt nader ingegaan op de bekostiging van de geneesmiddelen.

Prestaties die niet van toepassing zijn voor de grz

- Indien een specialist ouderengeneeskunde een consult op verzoek van de huisarts verricht, valt dit onder de hiervoor beschikbare Wlz-prestatie. Deze is te vinden in de NZa-beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg.
- In het kader van de Zvw is binnen de grz geen sprake van een verkeerd-beddag. Indien voor de grz-patiënt de revalidatiebehandeling is beëindigd, stopt de zorgaanspraak in het kader van de Zvw.

3.4 Te registreren gegevens in kader van DBC-systematiek

Met de invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2013 dienen per patiënt de navolgende gegevens vastgelegd te worden. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar zorgtraject, subtraject en de zorgactiviteiten. Een zorgtraject bevat een of meer subtrajecten. Aan de subtrajecten worden de zorgactiviteiten gekoppeld. In onderstaand schema brengt de relatie tussen de begrippen zorgtraject, subtraject en zorgproduct en het DBC-proces in beeld.




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

Voor de nadere toelichting wordt verwezen naar het document Registratieregels zoals te vinden is op de website van DBC-Onderhoud.

3.4.1 Zorgtraject


Bij een zorgtraject dienen de volgende gegevens te worden vastgelegd:

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

- 
4. *Zorgtrajectnummer*
Een uniek nummer waarmee het zorgtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
 5. *Verwijsgegevens*
Gegevens over de verwijzing van de patiënt naar het specialisme dat het zorgtraject opent.
 6. *Behandelend specialisme*
AGB-specialismecode van het specialisme dat het zorgtraject opent.
 7. *Begindatum*
De begindatum waarop de eerste zorgactiviteit plaatsvindt naar aanleiding van de zorgvraag van de patiënt. Dit kan de datum van de opname of het eerste onderzoek/activiteit zijn.
 8. *Einddatum*
Dit is de datum waarop het zorgtraject wordt afgesloten. In de meeste gevallen kan het ICT-systeem de einddatum automatisch invullen op basis van de vaste afsluitregels.

3.4.2 Subtraject

Het subtraject is het resultaat van een geautomatiseerd samenvattingsproces binnen de zorginstelling. Dit proces levert de volgende gegevens op:

1. *Subtrajectnummer*
Een uniek nummer waarmee het subtraject binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
 2. *Begindatum*
De begindatum van een subtraject is:
 - de datum waarop de eerste zorgactiviteit plaatsvindt bij het openen van het zorgtraject. Bij een subtraject met zorgtype 11 kan dit de datum van de opname of het eerste onderzoek/de eerste activiteit zijn;
 - bij een subtraject zorgtype 21 de dag na het afsluiten van het vorige subtraject.
 3. *Einddatum*
Dit is de datum waarop het subtraject wordt afgesloten. In voorkomende gevallen kan het ICT-systeem op basis van de afsluitregels de einddatum automatisch invullen.
 4. *Zorgtype*
De code van het zorgtype.
 5. *Specialismecode*
AGB-code van het specialisme dat deze behandeling uitvoert.
 6. *(typerende) Zorgvraag*
Nog niet van toepassing voor de grz. De vastlegging van dit veld is afhankelijk van de nog te ontwikkelen zorgvraagzwaarteclassificatie.
 7. *(typerende) Diagnose*
De typerende diagnose is de diagnose waarmee de geleverde zorg over de te declareren periode (= het subtraject) het best kan worden getypeerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de DBC-diagnosecode uit de typeringslijst.
 8. *Afsluitreden subtraject*
De afsluitreden wordt gecodeerd vastgelegd.
De lokale instellingsapplicaties kunnen de afsluitredenen volledig automatisch afleiden.
- 

3.4.3 Zorgactiviteiten

Zorgactiviteiten dienen gekoppeld te worden aan een zorgtraject. Het koppelen kan gebeuren:

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

Bij de zorgactiviteiten dienen de volgende gegevens vastgelegd te worden.

1. *Zorgactiviteitsnummer*
Een uniek nummer waarmee de zorgactiviteit binnen de instelling wordt geïdentificeerd. Dit nummer kan automatisch worden gegenereerd door het registratiesysteem.
2. *Zorgactiviteit*
De code van de zorgactiviteit uit de Zorgactiviteitentabel. Het is toegestaan om bij registratie gebruik te maken van een eigen codestelsel. Bij het versturen van de zorgactiviteiten naar de grouper, het DIS of voor facturatie dienen deze codes echter wel te worden omgezet naar de bijbehorende codes uit de Zorgactiviteitentabel.
3. *Datum van uitvoering zorgactiviteit*
Datum dat de zorgactiviteit is uitgevoerd.
4. *Specialisme aanvrager*
AGB-code van het specialisme dat de zorgactiviteit heeft aangevraagd.
5. *Specialisme uitvoerder*
AGB-code van het specialisme dat de zorgactiviteit heeft uitgevoerd.
6. *Uitvoerende instelling*
Dit is de AGB-code van de instelling waar de zorgactiviteit is uitgevoerd in geval van uitbestede activiteiten (WDS).
7. *Aantal*
Het aantal uitgevoerde zorgactiviteiten. Bij de geriatrische revalidatie is het mogelijk om bij het gebruik van zorgactiviteiten die een aantal minuten vertegenwoordigen een waarde tussen 1 en 999 op te geven.

3.5 Toekomstige aanpassingen DBC-registratiegegevens

In het kader van de verdere doorontwikkeling van de grz-productstructuur worden de volgende wijzigingen / aanpassingen onderzocht.

3.5.1 Pilot registratie zorgvraagzwaarte

Met ingang van 1 juni 2014 registreert een groep pilotinstellingen de verschillende factoren die naar verwachting bepalend zijn voor de zorgvraagzwaarte. Voor de inhoudelijke uitwerking van de zorgvraagzwaarte wordt verwezen naar de hiervoor beschikbare documenten op de website van DBC-Onderhoud. Op basis van de aangeleverde data wordt in 2015 onderzocht in hoeverre de verschillende factoren voorspellend zijn voor de in te zetten behandeling en als basis kunnen dienen voor de verdere uitwerking van een zorgvraagzwaarteclassificatie.

3.5.2 Verwijsgegevens zorgtraject verwijzend specialisme

Om inzicht te krijgen in de zorgketen is het wenselijk om naast de verwijzende instelling en het verwijzende specialisme ook het DBC-zorgtrajectnummer van het verwijzende specialisme vast te leggen. In afwachting van de landelijke ontwikkelingen op dit gebied is dit in 2015 nog niet verplicht.



3.5.3 Nevendiagnosen

Binnen de grz is veelvuldig sprake van multimorbiditeit die van invloed is op het behandelproces. Daarom wordt bekeken in hoeverre het wenselijk is om in de toekomst ook nevendiagnosen vast te leggen. Dit is mede afhankelijk van de uitwerking van de zorgvraagzwaarteclassificatie waarin mogelijk nevendiagnosen een rol spelen en de ontwikkelingen met betrekking tot de ICD-10. In het huidige DBC-registratiemodel kunnen maximaal zeven nevendiagnosen worden vastgelegd.

4 De grz-productstructuur

Per 1 januari 2013 is de geriatrische revalidatiezorg (grz) overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de zorgverzekeringswet (ZVW) en vindt de declaratie plaats op basis van DBC-zorgproducten. Met ingang van 1 januari 2014 is het transitie-model vervallen en dient de DBC-productstructuur, naast de declaratie, ook ter bekostiging van de grz.

De productstructuur voor 2013 betrof een overgangsstructuur die in de komende jaren nog verder doorontwikkeld wordt. Naast de beoogde meer fundamentele doorontwikkeling richting het eindmodel heeft voor 2014 een herijking van de productstructuur 2013 plaats gevonden. De belangrijkste reden was dat de grz-productstructuur voor 2013 was gebaseerd op aangeleverde DBC-gegevens van voorloperinstellingen over 2011, waarin de ambulante behandeling nog nagenoeg niet was verdisconteerd. Om de verdere inhoudelijke invulling en innovatie van de ambulante grz-vervolgzaam mogelijk te maken, zijn voor 2014 nieuwe zorgproducten aan de grz-productstructuur toegevoegd.

Voor 2015 is sprake van één grote wijziging, namelijk de doorlooptijdverkorting. De maximale doorlooptijd van subtrajecten is verkort van 365 dagen naar 120 dagen. De doorlooptijdverkorting heeft voor de grz, naast de aanpassing van de registratieregels, ook geresulteerd in aanpassing van de productstructuur.

In het kader van de doorontwikkeling van de productstructuur op lange termijn is een groep pilotinstellingen medio 2014 gestart met de registratie van zorgvraagzwaarte. Afhankelijk van de resultaten van deze pilotfase wordt in 2015 bepaald wat de vervolgstappen zijn.

4.1 Aanpassingen doorlooptijdverkorting

4.1.1 Achtergrond

Het ministerie van VWS wil eerder inzicht hebben in de kosten van de ziekenhuizen over een bepaald jaar (schadelast medisch specialistische zorg). Om dit te bereiken heeft het ministerie een aantal besluiten genomen. Eén van deze besluiten is het verkorten van de maximale doorlooptijd van subtrajecten van 365 naar maximaal 120 dagen. Het primaire doel van verkorting van de doorlooptijd is het versnellen van de informatievoorziening. Een bijkomend voordeel voor de instellingen is dat zij hierdoor sneller hun zorg kunnen declareren.

De doorlooptijdverkorting is integraal doorgevoerd en is daarmee ook van toepassing voor de grz.

Meer informatie over de achtergrond en aanleiding van deze beleidswijziging vindt u in het advies Verkorting doorlooptijden DBC-zorgproducten uit juni 2013 (www.nza.nl).

4.1.2 Aanpassing registratieregels

Subtrajecten worden automatisch afgesloten op basis van de registratieregels waarbij sprake is van algemene regels en een aantal specialismespecifieke uitzonderingen. Voor de grz geldt een uitzonderingsregel, namelijk dat een subtraject 42 dagen na de laatste grz-zorgactiviteit mag worden afgesloten.

De verkorting van de doorlooptijd van de subtrajecten wordt bereikt door de algemene afsluitregel van maximaal 365 dagen te verkorten naar maximaal 120 dagen. De uitzonderingsregel voor de grz blijft in principe bestaan, waardoor met ingang van 2015 voor de grz de volgende afsluitregel geldt:

Een subtraject wordt afgesloten op de 42e dag na de datum waarop de laatste geriatrie revalidatiezorgactiviteit heeft plaatsgevonden, mits de maximale doorlooptijd van 120 dagen hiermee niet wordt overschreden.

Concreet betekent dit dat een subtraject standaard wordt afgesloten op de 120e dag na opening tenzij een traject eerder mag worden afgesloten op basis van de 42-dagenregel (alleen relevant indien de laatste zorgactiviteit op dag 77 of eerder plaats vindt). De openingsdatum is hierbij de 1e teldag.

Uitgaande van de aanspraakformulering bedraagt de maximale duur van een grz behandeling zes maanden, waardoor dit na de invoering van de verkorting doorlooptijd zal leiden tot twee subtrajecten (initieel traject van 120 dagen plus een vervolgtraject) en daarmee twee zorgproducten.

4.1.3 Wijzigingen productstructuur

Door invoering van de doorlooptijdverkorting worden de langere grz-trajecten (met doorlooptijd van meer dan 120 dagen) opgeknipt. Uitgaande van de in 2014 geldende productstructuur wordt hierdoor een aantal zorgproducten obsoleet. Ook leiden de ambulante vervolg-subtrajecten, waarbij de klinische opname onderdeel is van het initiële subtraject, tot uitval. Daarom zijn de volgende noodzakelijke aanpassingen in de productstructuur voor 2015 doorgevoerd.

De zorgproducten met meer dan 120 verpleegdagen (klin > 134) zijn verwijderd en de bovengrens van de klinische zorgproducten (klin 92-133) is aangepast naar maximaal 120 dagen. Hiernaast zijn de langere klinische trajecten met een ambulant vervolg (klin 92-133 met ambulant vervolg en klin 57-91 met ambulant vervolg lang) die tezamen de 120 dagen overschrijden, verwijderd.

Voor de ambulante vervolgtrajecten (zorgtype 21) waarvan de klinische opname in het initiële subtraject valt, zijn zes nieuwe zorgproducten aangemaakt:

- 998418075 Diagnosen CVA | >32 behandeluren ambulant
- 998418076 Diagnosen CVA | 6 tot maximaal 31 behandeluren ambulant
- 998418077 Diagnosen CVA | Maximaal 5 behandeluren ambulant
- 998418079 Overige diagnosen | >23 behandeluren ambulant
- 998418080 Overige diagnosen | 5 tot maximaal 23 behandeluren ambulant
- 998418081 Overige diagnosen | Maximaal 4 behandeluren ambulant

Op basis van de doorgevoerde wijzigingen zijn de tarieven aangepast

4.1.4 Overzicht zorgproducten

In verband met de doorlooptijdverkorting is in de productstructuur 2015 een aantal producten verwijderd. Dit betreft de volgende zorgproducten.

Overzicht verwijderde zorgproducten per 01-01-2015

Nummer	Omschrijving
998418037	Diagnosen CVA Klin >=134 Geriatrische revalidatiezorg
998418038	Diagnosen CVA Klin 92-133 >110 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418039	Diagnosen CVA Klin 92-133 Maximaal 110 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg
998418040	Uitval klin 92-133 Diagnosen CVA Geriatrische revalidatiezorg
998418041	Diagnosen CVA Klin 57-91 >107 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418042	Diagnosen CVA Klin 57-91 Tussen 75 en 107 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418054	Overige diagnosen Klin >=134 Geriatrische revalidatiezorg
998418055	Overige diagnosen Klin 92-133 >76 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418056	Overige diagnosen Klin 92-133 Maximaal 76 behandeluren Geriatrische revalidatiezorg
998418057	Uitval klin 92-133 Overige diagnosen Geriatrische revalidatiezorg
998418058	Overige diagnosen Klin 57-91 >75 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418059	Overige diagnosen Klin 57-91 Tussen 52 en 75 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg

Voor 2015 zijn vervolgens de volgende nieuwe zorgproducten toegevoegd.

Overzicht nieuwe zorgproducten per 01-01-2015

Nummer	Omschrijving
998418071	Diagnosen CVA Klin >=92 Geriatrische revalidatiezorg
998418072	Diagnosen CVA Klin 57-91 >75 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418073	Overige diagnosen Klin >=92 Geriatrische revalidatiezorg
998418074	Overige diagnosen Klin 57-91 >52 behandeluren klin/ ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418075	Diagnosen CVA >32 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418076	Diagnosen CVA 6 tot maximaal 32 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418077	Diagnosen CVA Maximaal 5 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418078	Uitval geen behandeluren Diagnosen CVA Geriatrische revalidatiezorg
998418079	Overige diagnosen >23 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418080	Overige diagnosen 5 tot maximaal 23 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418081	Overige diagnosen Maximaal 4 behandeluren ambulant Geriatrische revalidatiezorg
998418082	Uitval geen behandeluren Geriatrische revalidatiezorg

4.1.5 Toelichting tariefberekening

De berekening van de productprijzen voor 2015 vindt plaats conform de voor de grz vastgestelde standaard tariefberekening. Voor de nieuwe zorgproducten en producten met onvoldoende vulling en/of onvoldoende bruikbare profielen is echter een experttarief berekend.

Standaard grz-tariefberekening 2015

Bij het berekenen van de RZ15a-tarieven voor de geriatrische revalidatiezorg zijn de vastgestelde RZ14c-tarieven (exclusief opslagen)⁵ als uitgangspunt genomen. Op dit RZ14c-tarief is het prijsmutatiepercentage toegepast. Voor ieder DBC-zorgproduct is een afzonderlijk prijsmutatiepercentage berekend. Dit percentage heeft betrekking op een verandering van de profielwaarde van het DBC-zorgproduct. Als gevolg van de doorlooptijdverkorting verandert in veel gevallen namelijk de samenstelling van het profiel. Zo vallen bijvoorbeeld de zorgactiviteiten die voorheen na 120 dagen plaatsvonden in het traject, na doorlooptijdverkorting buiten het betreffende DBC-zorgproduct. Om ervoor te zorgen dat omzetneutraliteit (omzet RZ14c = omzet RZ15a) gewaarborgd blijft, heeft daarnaast ook een uitlijning plaatsgevonden. Voor grz is het uitlijnpercentage 1,003. Het bedrag dat overblijft na toepassing van het prijsmutatiepercentage en het uitlijnpercentage is het RZ15a tarief (exclusief opslagen).

Voorbeeld

Voor DBC-zorgproduct 998418046 is een RZ14c tarief (exclusief opslagen) van € 14.394,- vastgesteld. Het prijsmutatiepercentage van dit DBC-zorgproduct is 0,8. Dit heeft met name te maken met een afname van het aantal dagbehandelingen dat binnen dit DBC-zorgproduct valt na doorlooptijdverkorting. Zoals eerder vermeld, betreft het uitlijnpercentage voor grz 1,003. De uitgelijnde prijsmutatie komt dus neer op: $0,8/1,003$. Als we de uitkomst hiervan vermenigvuldigen met het eerder genoemde tarief, blijft een RZ15a-tarief (exclusief opslagen) van € 11.479,- over.

Zoals beschreven in de NZa beleidsregel (BR/CU-2125) is in de tarieven voor grz een gedifferentieerde opslag voor kapitaallasten⁶ opgenomen. Deze opslag is verwerkt in de kostprijzen voor dagbehandeling, verpleegdag, afwezigheidsdag en polikliniekbezoek. De kapitaallastenopslag voor de verpleegdag en afwezigheidsdag geldt als de zogenaamde normatieve huisvestingscomponent (NHC) die jaarlijks met 2,5% wordt geïndexeerd. Voor de kapitaallastenopslag voor de dagbehandeling en het polikliniekbezoek geldt de reguliere indexatie 2015.

Tot en met 2014 zijn de bovenbudgettaire hulpmiddelen (BBH) ten laste van de AWBZ gebracht. Vanaf 1 januari 2015 worden de BBH kosten betreffende geneeskundige zorg overgeheveld naar de ZVW en maken dan deel uit van het DBC-zorgproduct. Om de BBH-kosten in de DBC-zorgproducten te verwerken per 2015 wordt een tariefopslag verwerkt in RZ15a. De BBH wordt geheel aan de verpleegdagen van de DBC-zorgproducten toegerekend. Daartoe zijn de totale BBH kosten over boekjaar 2013 verdeeld over het totale aantal verpleegdagen 2013, hetgeen een opslag BBH 2013 oplevert van 1,902%. Deze opslag⁷ is toegepast op de kostprijs van de verpleegdag exclusief kapitaallasten.

De kapitaallasten en BBH-kosten zijn toegerekend aan de hand van het aantal verpleegdagen, afwezigheidsdagen, polikliniekbezoeken en dagbehandelingen per DBC-zorgproduct. Het aantal zorgactiviteiten per DBC-zorgproduct in de DOT-dataset 2013 is daarvoor bepalend geweest. Door deze aantallen te vermenigvuldigen met de betreffende kapitaallastencomponent en opslag BBH kosten zijn de RZ15a tarieven inclusief opslagen berekend.

⁵ Opslagen betreffen kapitaallasten en boven budgettaire hulpmiddelen (BBH)

⁶ Deze opslag bedraagt € 37,03 voor verpleegdagen en afwezigheidsdagen, € 4,75 voor polikliniekbezoeken en € 9,49 voor dagbehandeling

⁷ De opslag BBH bedraagt € 3,66

Voorbeeld

In ons eerste voorbeeld (DBC-zorgproduct 998418046) bleef een RZ15a tarief (exclusief opslagen) van € 11.479,- over. Uit de DOT-dataset 2013 bleek dat er binnen dit DBC-zorgproduct 2.615 verpleegdagen aanwezig waren, 45 afwezigheidsdagen, 3 polikliniekbezoeken, 1.828 dagbehandelingen en 2.615 bovenbudgettaire hulpmiddelen:

$$2.615 * € 37,03 = € 96.834$$

$$45 * € 37,03 = € 1.666$$

$$3 * € 4,75 = € 14$$

$$1.828 * € 9,49 = € 17.355$$

$$2.615 * € 3,66 = € 9.572$$

$$\text{Totaal} = € 125.442$$

Het DBC-zorgproduct kwam 59 keer voor in de DOT-dataset 2013:

$$€ 125.442 / 59 = € 2.126$$

$$\text{Totaal RZ15a tarief inclusief opslagen} = € 13.605$$

Tot slot zijn de tarieven geïndexeerd met 1,15%. Voor het DBC-zorgproduct uit ons voorbeeld resulteert dat dus in een uiteindelijk RZ15a-tarief van € 13.766,05.

Experttarieven

Voor zes nieuwe en twee bestaande grz-zorgproducten levert de DOT-dataset (2013) onvoldoende bruikbare profielen op, zodat voor deze zorgproducten een experttarief is bepaald.

Voor de zorgproducten 998418048 en 998418051 komt het ambulante gedeelte in de DOT-profielen niet goed naar voren. Wanneer het eerdere ambulante expertproduct (RZ14b) hierbij wordt toegepast, grenst dit aan het vastgestelde tarief RZ14c. Dit RZ14c tarief is dan ook voor deze zorgproducten voor 2015 toegepast.

Voor de zes nieuwe ambulante zorgproducten (998418075, 998418076, 998418077, 998418079, 998418080 en 998418081) is voor de productprijsberekening een expertprofiel gehanteerd gebaseerd op de expertprofielen voor de ambulante expertproducten in de RZ14-productstructuur. Op basis van deze expertprofielen is voor zowel CVA als voor de Overige diagnoses een gemiddeld behandeluurtarief bepaald. Op basis van het gemiddeld aantal behandelingen is daarmee een expertprijs berekend voor het desbetreffende zorgproduct.

Als basis voor de berekening van de kapitaallasten van de expertproducten is uitgegaan van het aantal verrichtingparameters in de expertprofielen. Voor zorgproduct 998418048 en 998418051 hanteren we de verrichtingparameters vanuit de expertprofielen RZ14a.

Voor de nieuwe ambulante zorgproducten is gekeken naar het gemiddelde aantal weken per zorgproduct voor de bepaling van de ambulante behandeldagen. Elk van de genoemde ambulante zorgproducten bevat standaard drie ambulante behandeldagen per week. Uit deze vermenigvuldiging volgt het aantal ambulante behandeldagen per zorgproduct. Deze ambulante behandeldagen zijn gebruikt voor de verrichtingparameter 'Dagbehandeling' omdat deze zorgactiviteit eenzelfde waardering (kostprijs en kapitaallasten) heeft als de ambulante behandeldag.

4.1.6 Informatieproducten

De NZa en DBC-Onderhoud hebben informatieproducten beschikbaar gesteld die de wijzigingen als gevolg van de doorlooptijdverkorting in kaart brengen. Voor de grz betreft dit een tweetal officiële producten te weten de grz zorgprofielentabel en de prijsmutatietabel RZ14-RZ15.

Disclaimer informatieproducten

Alle informatieproducten zijn gebaseerd op landelijk gemiddelde gegevens. De landelijke verdeling van productiewaarde en productievolume over zorgproducten, of zorgproductgroepen, kan significant afwijken van de verdeling op individueel instellingsniveau. Dit impliceert dat toepassing van de informatieproducten op instellingsniveau kan leiden tot een onjuiste prognose in 2015. Aan prognoses die met behulp van deze informatieproducten zijn of worden verkregen, kunnen dan ook geen rechten worden ontleend. De NZa noch DBC-Onderhoud kan enige aansprakelijkheid aanvaarden voor het gebruik, dan wel de uitkomsten of gevolgen van het gebruik van deze informatieproducten.

Zorgprofielen

De zorgprofielen geven per DBC-zorgproduct inzicht in welke zorgactiviteiten in de trajecten voorkomen en, indien ze voorkomen, hoe vaak gemiddeld. Voor grz zijn deze zorgprofielen weergegeven in de tabel 'RZ15-profielen per grz-zorgproduct', te vinden op de website van DBC-Onderhoud.

Hoe moet u deze tabel lezen?

In de linker kolom (C) ziet u de code van het DBC-zorgproduct. Vrijwel alle DBC-zorgproducten komen meerdere keren voor in deze kolom. Iedere regel staat namelijk voor een andere zorgactiviteit binnen dit DBC-zorgproduct. De code van de betreffende zorgactiviteit kunt u vinden in kolom E en de bijbehorende beschrijving in kolom F. In kolom I staat hoe vaak het DBC-zorgproduct voorkomt in de landelijke dataset. Daarnaast staan in de kolommen J, K, L en M respectievelijk hoe vaak de zorgactiviteit binnen het betreffende DBC-zorgproduct voorkomt (%) en de gemiddelde frequentie weergegeven in de productstructuur 2014 en 2015.

Voorbeeld

Binnen DBC-zorgproduct 998418046 kunnen 25 verschillende zorgactiviteiten voorkomen. In kolom I zien we dat verpleegdagen, fysiotherapie, ergotherapie en behandeling door de specialist ouderengeneeskunde binnen dit DBC-zorgproduct altijd voorkomen (percentage 1 = 100%). Daarnaast zien we in kolom J dat dagbehandelingen en verpleegdagen de meest voorkomende zorgactiviteiten zijn binnen dit DBC-zorgproduct.

Prijsmutatietabel

De prijsmutatietabel specifiek voor de grz is te vinden op de website van DBC-Onderhoud onder de naam 'Tariefmutatie Tabel RZ14c – RZ15a'. Aan de hand van deze tabel krijgt u inzicht in de landelijk gemiddelde integrale prijsmutatie per DBC-zorgproduct.

Hoe moet u deze tabel lezen?

In de linker kolom (A) ziet u de code van de zorgproductgroep. In de kolom ernaast (B) vindt u de beschrijving van deze zorgproductgroep. Door te filteren op 'Geriatrische revalidatiezorg' in deze kolom verschijnen alle DBC-zorgproducten behorende bij de grz. De codes van deze DBC-zorgproducten kunt u vinden in kolom C. In kolom G kunt u de integrale prijsmutatie per DBC-zorgproduct vinden. Het prijsmutatiepercentage heeft betrekking op de profielwaarde van het DBC-

zorgproduct, zoals eerder beschreven bij de tariefberekening. Een prijsmutatie lager dan 100 geeft aan dat de profielwaarde van het DBC-zorgproduct lager is geworden. Andersom geldt dat wanneer de prijsmutatie hoger is dan 100, de profielwaarde ook hoger is geworden.

Voorbeeld

In de tabel kunnen we zien dat DBC-zorgproduct 998418046 een prijsmutatiepercentage van 84 heeft. Dit betekent dat de profielwaarde van het DBC-zorgproduct lager is geworden. Er zullen dus minder, of minder dure, zorgactiviteiten voorkomen binnen dit zorgproduct. Dit komt overeen met wat we eerder zagen in het zorgprofiel van dit DBC-zorgproduct: het aantal dagbehandelingen is gedaald met 65%. Zoals we eerder lieten zien in het voorbeeld van de tariefberekening is het tarief van dit DBC-zorgproduct dan ook lager geworden

Conversietabel

Het doel van de conversietabel als informatieproduct is het geven van inzicht in de effecten van de doorlooptijdverkorting op lokaal niveau.

Omdat voor de meeste DBC-zorgproducten binnen grz onvoldoende data beschikbaar is van meerdere instellingen, komt de trefzekerheid van de productie- en omzetraming op lokaal niveau bij gebruik van een conversietabel onder druk te staan. De NZa ziet het informatieproduct als niet representatief voor het doel waarvoor deze opgesteld is. Om deze reden is de grz niet meegenomen in de gepubliceerde en vastgestelde conversietabel.

4.2 Vergoeding geneesmiddelen, hulpmiddelen en vervoer

4.2.1 Geneesmiddelen

Voor de toelichting en uitleg met betrekking tot de geneesmiddelen wordt verwezen naar de NZa. Op dit moment is de NZa bezig met het opstellen van een brief met nadere informatie over dit onderwerp.

4.2.2 Hulpmiddelen

Ten aanzien van de hulpmiddelen geldt een onderscheid tussen outillagehulpmiddelen en individuele hulpmiddelen.

De outillage-hulpmiddelen vallen onder de Zvw en zijn onderdeel van de grz DBC-zorgproducten. Dit betreft onder meer hoog-laagbedden, looprekjes, rolstoelen en loopbanden die tijdens de grz-opname worden gebruikt.

De kosten van individuele hulpmiddelen kunnen vallen onder de Zvw of de Wmo. Individueel aangepaste rolstoelen die na ontslag permanent gebruikt worden, vallen net als aanpassingen in de eigen woning onder de Wmo.

De bekostiging van individuele hulpmiddelen die vallen onder de Zvw vindt plaats op grond van:

- De te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' zoals medisch-specialisten die bieden', of

- De te verzekeren prestatie ‘hulpmiddelenzorg’⁸.

Dit geldt ook voor de grz. Bij geneeskundige zorg komen de kosten van het hulpmiddel ten laste van het verpleeghuis en maken deze deel uit van het DBC-zorgproduct voor de grz.

Overheveling bekostiging bovenbudgettaire hulpmiddelen naar Zvw

De individueel aangepaste hulpmiddelen, waaronder de rolstoelen die worden geleverd via depots, waren t/m 2014 niet meegenomen in de tarieven van de DBC-zorgproducten. Met ingang van 1 januari 2015 wordt het bedrag voor de bovenbudgettaire hulpmiddelen overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw en vindt de bekostiging op basis van de DBC-zorgproducten plaats. Door middel van een opslag per verpleegdag zijn de tarieven 2015 hiervoor aangepast.

4.2.3 Vervoer

In de Zvw geldt de regeling zittend ziekenvervoer. De doelgroep die binnen de Zvw voor vergoeding in aanmerking komt is beperkt tot die mensen die geregeld gebruik maken van zorgvoorzieningen en die geen alternatief voor taxivervoer hebben. Aanspraak bestaat alleen voor de volgende doelgroepen:

- Mensen die een nierdialyse moeten ondergaan.
- Mensen die radiotherapie of chemotherapie ondergaan.
- Mensen die slechtziend of blind zijn en niet met regulier openbaar vervoer kunnen reizen.
- Mensen die rolstoelafhankelijk zijn.

Voor mensen die niet tot deze categorie behoren is er een hardheidsclausule. Op basis van de Zvw-regelgeving kunnen ambulante grz-patiënten alleen aanspraak maken op vergoeding van vervoer bij rolstoelafhankelijkheid en op grond van de hardheidsclausule.

Op basis van de Zvw-regeling Zittend ziekenvervoer is de aanspraak op vervoer voor grz-cliënten beperkter dan de aanspraak op vervoer in 2012 onder de AWBZ. Het Zorginstituut Nederland heeft hierover in 2014 een advies uitgebracht. Voor 2015 is nog geen officieel standpunt ingenomen over de aanspraak op vervoer, waardoor voor 2015 de huidige situatie wordt voortgezet⁹. Dit betekent concreet dat de verzekeraars in 2015 net als in 2013 en 2014 de kosten vergoeden van vervoer van grz-patiënten. Organisaties die het vervoer zelf willen blijven verzorgen, kunnen hierover afspraken maken met zorgverzekeraars in de inkoop.

⁸ Het is in de praktijk niet altijd duidelijk of de kosten van een hulpmiddel ten laste komen van het verpleeghuis of de zorgverzekeraar. Hiervoor heeft het Zorginstituut Nederland een checklist opgesteld (zie website Zorginstituut Nederland).

⁹ Het Zvw-kader is uitgebreid met het bedrag dat voor vervoer binnen de AWBZ beschikbaar was.

5 Openen en sluiten van zorg- en subtrajecten

5.1 Overzicht zorgtypen

5.1.1 Algemeen

De regels voor het openen en sluiten van een zorgtraject zijn afhankelijk van het zorgtype van het subtraject. Het zorgtype is de component binnen de DBC-registratie waarmee op het niveau van het subtraject de geleverde zorg wordt getypeerd. In de algemene regels voor de ziekenhuiszorg wordt onderscheid gemaakt naar de volgende zorgtypen:

- Zorgtype 11: het eerste (initiële) subtraject bij de diagnostiek en reguliere behandeling van een zorgvraag
- Zorgtype 21: de volgende subtrajecten bij de reguliere of controle behandeling van een zorgvraag
- Zorgtype 13: het subtraject bij een intercollegiaal consult (ICC)
- Zorgtype 41: het subtraject bij levering van een overig zorgproduct door een poortspecialisme op verzoek van de eerste lijn, of een specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, bv. kaakchirurgie
- Zorgtype 51/52: het subtraject voor opname op de IC
- Zorgtype 51; het subtraject voor ondersteuning aan de hoofdbehandelaar door de anesthesist als ondersteuner of door een poortspecialist in de rol van ondersteuner

5.1.2 Specifieke toelichting voor de grz

Voor de grz zijn in principe alleen de zorgtypen 11 en 21 van toepassing.

Binnen de grz is geen sprake van opname op de IC of overige zorgproducten, zodat de zorgtypen 41, 51 en 52 niet voorkomen.

Zorgtype 13 is eveneens niet van toepassing, ervan uitgaande dat binnen een ziekenhuis alle benodigde expertise voor de behandeling van een patiënt aanwezig is. Indien een specialist ouderengeneeskunde een consult verricht op verzoek van een medisch specialist, maakt dit consult deel uit van de ziekenhuis-DBC en dienen de kosten van het consult op basis van onderlinge dienstverlening verrekend te worden.

Als een medisch specialist op verzoek van de specialist ouderengeneeskunde bij een grz-patiënt een consult verricht, betreft dit meestal een bekende patiënt waarvoor de desbetreffende medisch specialist al een zorgtraject heeft geopend. Dit consult valt ofwel binnen de lopende ziekenhuis-DBC van de medisch specialist, of de medisch specialist van het ziekenhuis (revalidatie-instelling) kan hiervoor een eigen ICC vastleggen en declareren (mits wordt voldaan aan de door de NZa gestelde voorwaarden voor het ICC).

5.2 Openen van een DBC-zorgtraject

5.2.1 Algemene regels

Openen zorgtraject met subtraject zorgtype 11

De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert opent een zorgtraject met subtraject ZT11 indien de patiënt van buiten de instelling (extern) of vanuit de eigen instelling (intern) bij een poortspecialisme (ook op de SEH) komt met een reguliere of spoedeisende zorgvraag waarvoor nog geen zorgtraject is geopend, of waarvan de behandeling en diagnostiek¹⁰ niet past binnen de context van een bestaand zorgtraject.

Parallelliteit

Een parallel zorgtraject (met bijbehorende subtrajecten) bij eenzelfde specialisme mag alleen worden geregistreerd indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van een andere zorgvraag dan waarvoor de patiënt al wordt behandeld en voor deze nieuwe zorgvraag een separaat zorgtraject¹¹ (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is. Daarbij geldt tevens dat aan beide onderstaande voorwaarden moet worden voldaan:

- het subtraject van het parallelle zorgtraject¹² dient een zorgprofiel te hebben met eigen zorgactiviteiten waarvan:
 - minimaal één zorgactiviteit uit de groep operatieve verrichtingen¹³ komt en/of,
 - minimaal één uit zorgprofielklasse 1, 2 of 3^{14*} komt

*in uitzondering hierop geldt dat ook in de volgende situaties aan deze voorwaarde wordt voldaan:

 - minimaal één zorgactiviteit uit één van de groepen chronische dialyse of chronische thuisbeademing¹⁵ en/of,
 - minimaal één zorgactiviteit uit de groep van verstrekking van oncologische medicatie per infuus of per injectie en/of,
 - minimaal één zorgactiviteit voor gespecialiseerde technieken voor fertiliteitsbehandelingen en/of,
 - minimaal één specifieke audiologie zorgactiviteit (190702 t/m 190781)¹⁶
- de combinatie van de (typerende) diagnosen van beide parallelle subtrajecten komen niet voor in de Diagnose Combinatie tabel¹⁷

¹⁰ Op de voorwaarde behandeling én diagnostiek geldt een uitzondering indien de patiënt na diagnosestelling definitief wordt doorverwezen naar een andere hoofdbehandelaar van een ander specialisme, zonder dat de patiënt behandeld is door de eerste hoofdbehandelaar. In dit geval kunnen beide specialismen een zorgtraject openen.

¹¹ Indien er bij een specialisme (bijvoorbeeld kindergeneeskunde) sprake is van één zorgvraag waarbij verschillende subspecialismen zijn betrokken, mag er één zorgtraject worden geregistreerd.

¹² Parallelle subtrajecten waarvoor de extra profieisen gelden zijn de subtrajecten die niet binnen het eerst geopende zorgtraject vallen. Hierbij is dus niet de openingsdatum van het subtraject bepalend, maar de openingsdatum van het zorgtraject.

¹³ Als groep operatieve verrichtingen worden de zorgactiviteiten van het tabblad '42-dagenregel zorgactiviteiten' van het Registratie addendum beschouwd

¹⁴ Zorgprofielklasse 1= polikliniek- en eerste hulpbezoek, zorgprofielklasse 2=dagverpleging, zorgprofielklasse 3=kliniek

¹⁵ De groepen zorgactiviteiten voor chronische dialyse en thuisbeademing zijn opgenomen in het Registratieaddendum

¹⁶ Hierbij dient sprake te zijn van een nieuwe, separate zorgvraag en substantiële meerkosten.

¹⁷ De Diagnose Combinatie tabel bevat een lijst van combinaties van diagnoses die niet als parallelle subtrajecten bij één patiënt mogen voorkomen, voor dubbelzijdige aandoeningen waarvoor slechts één zorgtraject voor geopend mag worden zijn combinaties van identieke combinaties opgenomen. De combinaties van diagnosen worden op subtraject niveau beoordeeld.

5.2.2 Specifieke toelichting voor de grz

Een nieuw zorgtraject wordt geopend als een nieuwe patiënt van buiten de instelling op basis van een verwijzing vanuit het ziekenhuis (of eventueel revalidatiecentrum) wordt verwezen naar de specialist ouderengeneeskunde met een zorgvraag op het gebied van de geriatrische revalidatiezorg. Binnen de grz is sprake van externe verwijzingen vanuit met name het ziekenhuis (of eventueel revalidatiecentrum). Ten gevolge van de doorgevoerde wijziging van de aanspraak wordt verwijzing vanuit de klinisch geriater / internist ouderengeneeskunde via een spoed consult of eerste hulp (SEH) ook mogelijk.

Bij het openen van een zorgtraject gelden de volgende regels:

- Het DBC-zorgproduct wordt geopend op de datum waarop het eerste patiëntgebonden contact plaatsvindt in het kader van de opname, observatie en onderzoek of de behandeling.
- Het is niet mogelijk om voor een geriatrische revalidatiepatiënt een parallel DBC-subtraject te openen. Dit betekent dat niet gelijktijdig twee of meer subtrajecten kunnen openstaan.

Verduidelijking paralleliteit

Voor het specialisme ouderengeneeskunde is het niet toegestaan om een parallel subtraject te openen. Om dit te borgen, zijn alle mogelijke grz-diagnosecombinaties opgenomen in de Diagnose Combinatie Tabel. Deze tabel bevat alle combinaties van diagnoses die niet als parallelle subtrajecten bij één patiënt mogen voorkomen voor hetzelfde specialisme.

Uitzondering voor nieuwe zorgvraag bij lopend grz-zorgtraject

Tijdens een lopend grz-zorgtraject van een patiënt kan door een nieuw incident een nieuwe zorgvraag ontstaan waarvoor grz-behandeling geïndiceerd is, zodat in principe de 6-maandentermijn wordt overschreden. Indien wordt voldaan aan bepaalde voorwaarden, is het toegestaan om voor deze nieuwe zorgvraag een nieuw DBC-zorgtraject en -subtraject te openen, waarbij de 6-maandentermijn opnieuw gaat lopen. Om dit technisch mogelijk te maken, dient het subtraject bij de oorspronkelijke zorgvraag eerst handmatig afgesloten te worden (waardoor geen sprake meer is van een parallel subtraject), waarna een nieuw zorgtraject en subtraject geopend kunnen worden. Zie hiervoor paragraaf 5.4 over het sluiten van een subtraject.

Overplaatsing patiënt

Binnen de Zvw dient de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis in principe direct opgenomen te worden in een grz-instelling voor de geïndiceerde revalidatiebehandeling. Medisch inhoudelijk en vanuit doelmatigheidsoogpunt is het niet wenselijk om een patiënt tijdens de behandeling over te plaatsen naar een andere instelling.

5.3 Openen van een subtraject

Een subtraject kan uitgaande van de algemene regels geopend worden op de volgende momenten:

- Bij het openen van een zorgtraject.
- Als een regulier of controletraject na het afsluiten van een subtraject met ZT11 of ZT21 **wordt vervolgd**.

Als na het afsluiten van een subtraject geen zorgactiviteiten meer plaatsvinden in het kader van de zorgvraag van het zorgtraject, hoeft geen vervolgsbtraject geopend te worden. Als de patiënt binnen

een periode van 360 dagen na afsluiting van het laatste subtraject (onverwachts) terugkomt voor dezelfde zorgvraag, moet alsnog een ZT21-subtraject geopend worden dat aansluit op het voorgaande subtraject.

Door het in deze situatie niet meer standaard openen van een vervolgsbtraject, is het ICT-technisch mogelijk om bij een nieuwe zorgvraag (nieuwe diagnose) een nieuw zorgtraject en subtraject te openen zonder dat er sprake is van een parallel subtraject. Er kunnen op dat moment dus wel gelijktijdig twee zorgtrajecten voor dezelfde patiënt openstaan!

Stel dat een patiënt is uitbehandeld voor een CVA en dit subtraject 42 dagen na de laatste activiteit is afgesloten. Als deze patiënt hierna een nieuwe heup krijgt en revalidatie nodig heeft, kunnen een nieuw zorgtraject en subtraject (met ZT 11) geopend worden.

5.4 Sluiten van een subtraject

5.4.1 Algemene regels

Binnen een zorgtraject zijn momenten gedefinieerd waarop de geleverde zorg kan worden gedeclareerd. Dit zijn de momenten waarop een subtraject binnen het zorgtraject wordt afgesloten. Hiervoor zijn binnen de DBC-systematiek algemene regels geformuleerd.

De maximale doorlooptijd van een subtraject bedraagt met ingang van 2015 120 dagen. Subtrajecten in het kader van een grz-zorgtraject vallen onder de uitzonderingsregels en mogen eerder, namelijk op de 42ste dag na de laatste grz-zorgactiviteit, afgesloten worden mits de maximale doorlooptijd van 120 dagen hiermee niet wordt overschreden.

5.4.2 Specifieke toelichting voor de grz

In de praktijk betekent dit dat de subtrajecten standaard worden afgesloten op de 120^e dag. Alleen bij die subtrajecten waarbij de laatste activiteit wordt verricht op dag 77 of vroeger is de 42-dagenregel relevant waardoor het subtraject eerder wordt afgesloten.


Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar behandelvorm; de ambulante behandeling die binnen 42 dagen volgt op de intramurale behandeling maakt deel uit van een en hetzelfde subtraject. Indien tijdens deze periode van 42 dagen toch nog een activiteit plaats vindt, dan gaat de termijn van 42 dagen vanaf dat moment opnieuw lopen. Indien de patiënt binnen 360 dagen na sluiting van het subtraject opnieuw wordt opgenomen of behandeld voor dezelfde zorgvraag, dan wordt een vervolgsbtraject (zorgtype 21 binnen het lopende zorgtraject) geopend.

Uitzondering op afsluitregel bij 2e zorgvraag

In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar toestaan dat er langer dan zes maanden grz wordt geleverd. Deze situatie kan zich voordoen wanneer er sprake is van een nieuwe zorgvraag die ontstaat tijdens een lopend grz-zorgtraject.

Indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan, mag (vanwege niet toegestane paralleliteit) het lopende subtraject voor de oorspronkelijke zorgvraag (handmatig) afgesloten worden:

- de zorgverzekeraar heeft schriftelijk toestemming gegeven voor het openen van een nieuw zorgtraject voor de nieuwe zorgvraag én;

- 
- het nieuwe zorgtraject wordt voorafgegaan door een noodzakelijk ziekenhuisverblijf in verband met de nieuwe zorgvraag.

5.5 Sluiten van een zorgtraject

Een zorgtraject met één of meer subtrajecten met zorgtype 11 of 21 wordt afgesloten als:

- de patiënt is overleden;
- gedurende een periode van 360 dagen (3 maal 120) na afsluiten van een subtraject geen zorgactiviteiten meer zijn geregistreerd of gepland. In deze situatie wordt het zorgtraject afgesloten

6 De vast te leggen zorgtypering

6.1 Algemeen

Als de patiënt is geïndiceerd voor geriatrische revalidatiezorg, opent de specialist ouderengeneeskunde een DBC-zorgtraject. Binnen dit zorgtraject wordt de typerende diagnose vastgelegd aan de hand van de DBC-diagnosetyperingslijst. Deze typerende diagnose kan indien nodig tijdens het diagnose- en behandeltraject worden aangepast.

Met ingang van 2015 dient naast de DBC-diagnose ook de ICD-10 diagnose vastgelegd te worden.

In 2015 worden (nog) geen nevendiaagnosen vastgelegd.

6.2 DBC-diagnosetypering

De geriatrische revalidatie kent vijf hoofdgroepen van patiënten (diagnosehoofdgroepen). Binnen deze vijf patiëntengroepen wordt de volgende onderverdeling naar DBC-diagnose gehanteerd, gebaseerd op verschillen in behandeling.

Diagnosehoofdgroep	Te onderscheiden DBC-diagnosen
CVA	CVA
Electieve orthopedie	Heup nieuwe prothese Heup revisie Knie nieuwe prothese Knie revisie Overig electieve orthopedie
Trauma	Trauma bovenste extremiteit Trauma onderste extremiteit (exclusief heupfractuur) Heupfractuur Traumatisch wervelfractuur Intracranieel trauma Overig trauma
Amputaties	Amputaties bovenbeen (en hoger) Amputaties onderbeen en/of voet en/of tenen Amputaties bovenste extremiteit
Overige aandoeningen	Hartaandoeningen Bloedvaten Respiratoire aandoeningen Oncologische aandoeningen Overige orgaan aandoeningen Overige aandoeningen bovenste extremiteit Overige aandoeningen onderste extremiteit. Aandoening wervelkolom Reumatische aandoeningen

Diagnosehoofdgroep	Te onderscheiden DBC-diagnosen
	Overige aandoeningen bewegingsapparaat Overige hersenaandoeningen Neuromusculaire aandoeningen Overige neurologische aandoeningen

Voor de DBC-registratie leggen de zorginstellingen de diagnose op patiëntniveau vast aan de hand van de DBC-diagnosecodes in de diagnosetyperingslijst voor de grz.

In bijlage 1 is de voor 2015 geldende diagnosetyperingslijst opgenomen. Deze is ook te downloaden vanaf de website van DBC-Onderhoud.

6.3 Informatieverplichting ICD-10 diagnose

Met ingang van 1 januari 2015 zijn de instellingen voor medisch specialistische zorg verplicht om de ICD-10 diagnosecode te registreren en aan te leveren aan het DBC-informatiesysteem (DIS). Deze verplichting geldt ook voor de grz-instellingen.

De registratieverplichting is opgenomen in de nadere regel NR/CU-249 'medisch specialistische zorg' en de aanleververplichting aan het DIS is opgenomen in de nadere regel NR/CU-254 'minimale dataset medisch specialistisch (MDS)' van de NZa. Voor de nadere invulling van de ICD-10 informatieverplichting wordt verwezen naar de website van de NZa.

Op dit moment onderzoekt de NZa in hoeverre het mogelijk is om de aanleververplichting aan de zorgverzekeraar per 1 juli 2015 in werking te laten treden. De NZa zal de instellingen hierover uiterlijk 1 januari 2015 nader informeren.

In overleg met ActiZ, Verenso en de NZa is ter facilitering van de grz-instellingen bij het vervullen van de informatieverplichting door DBC-Onderhoud een DBC/ICD-10 koppelingstabel ontwikkeld. Met behulp van deze koppelingstabel kan de DBC-diagnose vertaald worden naar de bijbehorende ICD-10 diagnose(n). De DBC-ICD-10 koppelingstabel voor de grz is geautoriseerd door Verenso en via de website van Verenso beschikbaar. De grz-instellingen kunnen deze koppelingstabel implementeren binnen het eigen ICT-systeem.

7 De vast te leggen zorgactiviteiten

7.1 Algemeen

Naast de diagnosesypering worden de volgende patiëntgebonden zorgactiviteiten vastgelegd:

- De verpleegdagen, ambulante behandeldagen en huisbezoeken.
- De inzet van de verschillende behandelaars bestaande uit:
 - De direct (face-to-facecontact) en indirect patiëntgebondentijd van de specialist ouderengeneeskunde en de overige behandelaars (para-/perimedici). De niet patiëntgebondentijd (zoals werkoverleg, reistijd, opleiding e.d.) wordt niet geregistreerd.
 - Een zestal mogelijke specialistische verpleegkundige zorgactiviteiten. De overige activiteiten van de verpleging en verzorging worden niet apart geregistreerd. Deze worden verdisconteerd in de verpleegdag, dagbehandeling en het polikliniekbezoek;

Onder patiënt kan eveneens worden verstaan een persoon die de patiënt vertegenwoordigt, bijvoorbeeld een lid van het patiëntstelsel (partner, familie, etc.).

Bij de vastlegging geldt een onderscheid in twee soorten zorgactiviteiten:

- Zorgactiviteiten die bij plaatsvinden per keer worden vastgelegd. Dit geldt voor verpleegdagen, ambulante behandeldagen en huisbezoeken.
- Zorgactiviteiten die elk een tijdsbesteding van vijf minuten behandelinzet vertegenwoordigen. De door de behandelaar bestede tijd per patiënt wordt omgerekend naar het bijhorende aantal zorgactiviteiten en dit aantal wordt vastgelegd bij de desbetreffende zorgactiviteitcode.

Alle zorgactiviteiten dienen controleerbaar (valideerbaar) te zijn op datum, plaats en tijdsduur.

Het overzicht met de vast te leggen zorgactiviteiten voor de grz is als bijlage 2 opgenomen en is ook te downloaden via de website van DBC-Onderhoud.

7.2 Verpleegdagen, ambulante behandeldagen en huisbezoeken

7.2.1 Behandelvormen

Deze zorgactiviteiten zijn bedoeld om de behandelvorm (setting) vast te leggen en worden per keer vastgelegd. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar de volgende behandelvormen:

Intramurale behandeling

Bij opname van een patiënt wordt per dag dat de patiënt in de zorginstelling verblijft één zorgactiviteit 'verpleegdag' geregistreerd.

Ambulante behandeling

Bij ambulante behandeling van een patiënt wordt per dag waarop de patiënt een aantal uren durende vorm van behandeling krijgt één zorgactiviteit 'ambulante behandeldag' vastgelegd.

Huisbezoek

Als een huisbezoek van de specialist ouderengeneeskunde, ergotherapeut en/of fysiotherapeut noodzakelijk is, kan hiervoor per behandelaar per keer één zorgactiviteit 'huisbezoek' vastgelegd worden.

7.2.2 Te hanteren definities

Bij de vastlegging gelden de volgende definities en bepalingen.

Verpleegdag

Een verpleegdag is een te registreren kalenderdag die deel uitmaakt van een periode van verpleging (welke minimaal één overnachting omvat). Deze periode loopt vanaf de opname tot en met ontslag, waarbij de opname (mits deze heeft plaatsgevonden vóór 20.00 uur) en de dag van ontslag beide aangemerkt worden als een te registreren kalenderdag. Er is alleen sprake van een verpleegdag bij verpleging op een voor verpleging ingerichte afdeling niet zijnde een polikliniek of afdeling voor dagbehandeling.

Afwezigheidsdag

De dag, niet zijnde de ontslagdag, voorafgaand aan de nacht waarin de patiënt niet in de zorginstelling verblijft, wordt niet als verpleegdag maar als afwezigheidsdag aangemerkt. Het betreft een - veelal geplande - afwezigheid van ten hoogste drie dagen.

Indien geen terugkeer naar de zorginstelling plaatsvindt tijdens of na afwezigheidsdagen, vervalt de mogelijkheid om hiervoor een afwezigheidsdag te registreren.

Binnen de Zvw mogen uitsluitend afwezigheidsdagen geregistreerd worden bij proef-/weekendverlof. Per afwezigheidsperiode mogen maximaal drie afwezigheidsdagen geregistreerd worden. Met ingang van 2014 mogen geen afwezigheidsdagen meer worden vastgelegd bij heropname van de patiënt in het ziekenhuis.

Bij proef-/weekendverlof valt de eventuele behandeling van de patiënt thuis binnen het lopende DBC-zorgproduct voor de grz. Hierbij wordt binnen het DBC-zorgtraject naast de afwezigheidsdagen ook de patiëntgebonden tijd van de behandelaars vastgelegd aan de hand van de beschikbare zorgactiviteiten voor de desbetreffende behandeldisciplines.

Ambulante behandeldag

Een aantal uren durende vorm van (groeps-)behandeling in een grz-instelling, waarbij de patiënt eventueel gebruik maakt van verblijfsfaciliteiten (niet zijnde nachtzorg). De ambulante behandeling is gepland en noodzakelijk in verband met het plaatsvinden van een behandeling in het kader van het revalidatiebehandelplan van de specialist ouderengeneeskunde. De ambulante behandeling vindt plaats in aansluiting op een intramurale opname, waarbij de patiënt dusdanig is hersteld dat nachtzorg niet meer noodzakelijk is.

Voor de registratie van de zorgactiviteit ambulante behandeldag geldt:

- Deze zorgactiviteitcode mag alleen worden vastgelegd als op de betreffende dag behandeling plaats vindt door twee of meer verschillende behandeldisciplines.
- De registratie van deze nieuwe zorgactiviteitcode is per dag.
- Patiëntgebonden tijd moet naast deze zorgactiviteitcode worden vastgelegd.

- Eventuele dagbestedingsfaciliteiten waarvan gebruik wordt gemaakt tijdens de ambulante behandeling maken onderdeel uit van deze zorgactiviteitcode en worden niet apart vastgelegd.

Huisbezoek

Een huisbezoek kan plaatsvinden door de specialist ouderengeneeskunde en/of ergotherapeut. Ook de fysiotherapeut verricht vaak een huisbezoek in het kader van het behandelplan en mag dit huisbezoek daarom vastleggen. Naast het huisbezoek wordt de bestede patiëntgebonden behandeltijd van de specialist ouderengeneeskunde en/of ergotherapeut vastgelegd.

Een huisbezoek in het kader van de aanpassing van de woonomgeving valt hier niet onder; deze zorg dient plaats te vinden in het kader van de WMO.

7.3 Registratie patiëntgebonden behandeltijd

Naast de zorgactiviteit verpleegdag, ambulante behandeldag en huisbezoek die de behandelsetting weergeven wordt de bestede tijd per behandelaar geregistreerd. Bij de vastlegging van deze patiëntgebonden behandeltijd gelden de volgende algemene definities en regels:

- Gegeven de multidisciplinaire behandeling wordt naast de tijd van de specialist ouderengeneeskunde ook de bijdrage van de andere para-/perimedische behandeldisciplines vastgelegd. Uitsluitend de in de zorgactiviteitentabel genoemde disciplines verantwoorden de patiëntgebonden behandeltijd aan de hand van de vastgestelde zorgactiviteiten. Dit zijn de volgende disciplines:
 - specialist ouderengeneeskunde
 - fysiotherapeut
 - ergotherapeut
 - logopedist
 - maatschappelijk werker
 - psycholoog
 - activiteiten begeleider
 - bewegingsagoog/sportbegeleider
 - hydrotherapeut
 - diëtist
 - muziektherapeut
 - psychologisch medewerker
 - cognitief trainer
 - therapie-assistenten
 - geestelijke verzorging
 - transmurale begeleider
- De activiteiten van de verzorgende, verpleegkundige en overige begeleidende disciplines aan de behandeling worden niet apart vastgelegd; deze inzet is verdisconteerd in de DBC-component verpleegdag en ambulante behandeldag. Een uitzondering hierop vormen zes specifieke specialistische verpleegkundige activiteiten waarvan de direct patiëntgebonden tijd wel wordt vastgelegd.
- De stagiaires en professionals in opleiding registreren geen tijd daar zij (nog) niet formeel erkend en bevoegd zijn in de individuele behandeling van patiënten in het kader van de wet BIG.
- In de zorgactiviteitentabel is per behandeldiscipline een zorgactiviteit voor de patiëntgebonden behandeltijd opgenomen. Voor de directe en indirecte patiëntgebonden tijd wordt dezelfde

zorgactiviteit gehanteerd. Eén zorgactiviteit vertegenwoordigt vijf minuten behandeltijd. Bij de vastlegging van de zorgactiviteiten wordt de werkelijk bestede directe en/of indirecte patiëntgebonden behandeltijd als uitgangspunt genomen.

- Voor de vastlegging van de behandeltijd bedraagt de minimale aan de patiënt gekoppelde registratie-eenheid vijf minuten directe of indirecte behandeltijd (één zorgactiviteit). Als sprake is van een tijdsbesteding van minder dan vijf minuten, dan wordt hiervoor geen zorgactiviteit vastgelegd.
- De vastgelegde behandeltijd dient controleerbaar/valideerbaar te zijn op datum, plaats en tijdsduur.
- De indirecte behandeltijd betreft patiëntgerichte behandeltijd die voortvloeit uit het behandelplan waarbij de patiënt niet aanwezig is. De indirecte patiëntgebonden tijd bestaat uit:
 - Patiëntbespreking
 - Schriftelijke rapportage
 - Testen en analyse
- De niet-patiëntgebonden tijd wordt niet geregistreerd.

N.B. Voor alle behandeldisciplines geldt dat directe tijd niet wordt vastgelegd bij:

- Zelfstandig trainen zonder toezicht, dit omdat behandeling zonder toezichthouder(s) niet past in het behandelplan (geen direct contact!).
- 'No show', omdat in het behandelplan niet opgenomen staat dat de patiënt afwezig mag zijn (geen direct contact!).

Multi Disciplinair Overleg (MDO) / patiëntenbespreking

Dit betreft de tijdsbesteding van een behandelaar voor het voeren van overleg met collega-behandelaars (dus binnen de eigen instelling) over de hulpverlening aan patiënten ter voorbereiding of naar aanleiding van de uitvoering van een zorgactiviteit. Bij een interne patiëntbespreking / MDO is veelal sprake van een groepsgewijze bespreking van meerdere patiënten waarbij meerdere behandeldisciplines aanwezig zijn. Om de te registreren tijd per patiënt te bepalen, wordt per behandeldiscipline de totale bestede tijd (het aantal aanwezige behandelaars van het desbetreffende behandeldiscipline maal de duur van het MDO) gedeeld door het aantal besproken patiënten.

Voorbeeld:

Bij een overleg van één uur worden in het eerste half uur vier patiënten besproken. Daarbij zijn vier behandelaars (een SO, twee fysiotherapeuten en één logopedist) aanwezig. In het tweede halfuur passeren acht patiënten de revue, waarbij alleen de SO en de twee fysiotherapeuten aanwezig zijn.

Berekening tijdsbesteding SO: 1 uur / 12 patiënten = 5 minuten per patiënt (za SO met aantal 1).

Berekening tijdsbesteding fysiotherapie: (1 uur * 2 behandelaars) / 12 patiënten = 10 minuten per patiënt (za fysiotherapie met aantal 2).

Berekening tijdsbesteding logopedie: 30 minuten / 4 patiënten = 7,5 minuten per patiënt (za logopedie met aantal 2).

Groepsbehandeling

Naast individuele behandeling vindt ook groepsbehandeling plaats. Bij een groepsbehandeling kunnen meerdere behandelaren betrokken zijn. In dat geval dient de bestede tijd per soort behandelaar als volgt toegerekend te worden aan de betrokken patiënten: (aantal behandelaren betreffende discipline * duur groepsbehandeling) / aantal deelnemers groepsbehandeling.

Afrondingsregel

Per toegestane discipline zijn zorgactiviteiten gedefinieerd op basis van tijdseenheden van vijf minuten. De officiële afrondingsregel bij tijdsregistratie per vijf minuten is: minder dan de helft van het verschil tussen twee opeenvolgende stappen = naar beneden afronden, gelijk of meer dan de helft = naar boven afronden.

Voorbeeld:

6 en 7 minuten = 5 minuten registratie

8 en 9 minuten = 10 minuten registratie

7.4 Vast te leggen tijdsbesteding per behandelaar

7.4.1 Specialist ouderengeneeskunde

De specialist ouderengeneeskunde¹⁸ (incl. arts-assistenten) registreert directe patiëntgebonden tijd:

- bij alle (multidisciplinaire) patiëntbesprekingen die in het kader van het behandelplan worden uitgevoerd en waarbij de patiënt of het patiëntstelsel aanwezig is;
- bij alle overige (planbare) directe behandel tijd.

De specialist ouderengeneeskunde (incl. arts-assistenten) registreert indirecte patiëntgebonden tijd bij:

- schriftelijke rapportage t.b.v.:
 - verslaglegging
 - aanvragen van voorzieningen
 - patiëntbesprekingen/ teambesprekingen
 - O Overdracht
- testen, analyse en adaptatie:
 - het analyseren van testresultaten, klinimetri etc.
 - het maken van een adaptatie (waar de patiënt niet bij aanwezig is)
 - instellen en afstellen van een adaptatie
- patiëntbespreking:
 - patiëntbesprekingen waarbij de patiënt niet aanwezig is
 - met collega, met arts
 - met een externe persoon (bijv. i.v.m. overdracht)
 - met instanties

7.4.2 Klinische verpleegkundigen

Klinisch verpleegkundigen registreren alleen de directe patiëntgebonden tijd bij bepaalde specialistische verpleegkundige handelingen die niet vallen onder het normaal klinisch handelen. De registratie betreft de volgende specifieke specialistische verpleegkundige handelingen:

- decubitus wondverzorging
- mictie en defaecatieregulering
- ademhalingsondersteuning
- infusies verzorgen

¹⁸ Waar wordt gesproken over specialist ouderengeneeskunde wordt in het kader van de taakherschikking ook bedoeld de verpleegkundig specialist en physician assistant.

- voedingsondersteuning
- begeleiding gedragsproblematiek

In het algemeen geldt dat deze handelingen door of in opdracht van een arts door een bevoegd persoon moeten worden uitgevoerd (in praktijk veelal de verpleegkundige of verzorgende IG 3 die hiervoor bij voorkeur een bekwaamheidsverklaring heeft) en worden vastgelegd in het zorgleefplan. Hierbij dient men te werken aan de hand van protocollen en richtlijnen. De organisatie bepaalt welke beroepsbeoefenaren geschikt zijn voor het verantwoord uitvoeren van deze handelingen.

Als de SO een van deze zes specifieke specialistische verpleegkundige handelingen uitvoert, wordt dit niet onder deze zes specifieke codes vastgelegd, maar onder de code van de specialist ouderengeneeskunde. Deze activiteit hoort immers bij het reguliere patiëntgebonden handelen van de SO. Hetzelfde geldt voor de overige behandelaren als zij een van deze handelingen uitvoeren: dit wordt vastgelegd onder de code van de eigen behandeldiscipline.

Voor de specialistische verpleegkundige handelingen gelden de volgende definities:

Decubitus wondverzorging

Dit betreft specialistische wondverzorging waarbij bijvoorbeeld moet worden getamponneerd met gazen of wondtampons. Ook de VAC-therapie maakt hier deel van uit.

Naast decubitis zijn ook andere specifieke wonden die met verbandmateriaal verzorgd moeten worden:

- openbuikwonden
- operatieve wonden
- amputaties e.d.

Het gaat om specifieke wonden; het soort verbandmateriaal is verder niet bepalend.

Mictie en defaecatieregulering

Dit betreft intermitterend katheteriseren óf darmspoelen en manueel faeces verwijderen, als zodanig deel uitmakend van de regeling voorbehouden handelingen. De handeling blaasspoelen valt hier ook onder.

Hier valt niet onder:

- continentietraining
- stomazorg (het inregelen en begeleiding patiënt)
- verblijfs catheters tenzij met andere bijkomende handelingen zoals spoelen etc.

Ademhalingsondersteuning

Dit betreft zuurstof geven, airstacken (longen uitzuigen, tracheacanule verzorgen of tracheaal uitzuigen) deel uitmakend van de regeling voorbehouden handelingen.

Hier valt onder:

- alle handelingen rondom zuurstofvoorziening.

Hier valt niet onder:

- verneveling- en inhalatietechnieken.

Infusies verzorgen

Dit betreft perifeerinfuus en CVC (centraal veneuze katheter) als onderdeel van de regeling voorbehouden handelingen.

Hier valt ook onder:

- TPV (valt onder CVC).

Voedingsondersteuning

De vastlegging van activiteiten voor de voedingsondersteuning beperken zich tot de sondevoeding. Dit betreft het inbrengen, verzorgen, vervangen en verwijderen van de voedingssonde. De controle op de toegepaste voedingstherapie en de berekening van de snelheid waarmee de voeding door de sonde druppelt valt hier ook onder.

Hier valt ook onder:

- alle handelingen rondom sondes en sondevoeding geven.

Hier valt niet onder:

- observeren, meten en interpreteren van de voedingstoestand.
- observeren en begeleiden van slikproblemen e.d.
- toezien op maaltijd op verzoek van diëtist.

Begeleiding gedragsproblematiek

De begeleiding van gedragsproblematiek betreft de gedragsobservatie en analyse, het uitvoeren van de gedragsbegeleiding bij patiënten met gedrags- en/of psychische problematiek en de evaluatie hiervan op basis van het behandelplan.

Hier valt ook onder:

- observatie en begeleiding bij een benoemd gedragsprobleem waarbij verplegende rol is toebedeeld op basis van zorg/behandelplan

Hier valt niet onder:

- begeleiden acceptatie en verwerking na cva (onderdeel gewoon verpleegkundig handelen)

Klinisch verpleegkundigen registreren geen indirecte (patiëntgebonden) tijd.

7.4.3 Overige para(peri)medische behandeldisciplines

Alle in de zorgactiviteitentabel opgenomen para/peri medische behandeldisciplines registreren directe patiëntgebonden tijd bij:

- (multidisciplinaire) patiëntbesprekingen in het kader van het behandelplan en waarbij de patiënt of het patiëntstelsel aanwezig is
- alle overige (planbare) directe behandel tijd.

De para/peri medische behandeldisciplines registreren indirect patiëntgebonden behandel tijd bij:

- schriftelijke rapportage t.b.v.:
 - verslaglegging
 - aanvragen van voorzieningen

- patiëntbesprekingen/ teambesprekingen
- overdracht
- testen, analyse en adaptatie:
 - het analyseren van testresultaten, klinimetri etc.
 - het maken van een adaptatie (waar de patiënt niet bij aanwezig is)
 - instellen en afstellen van een adaptatie
- patiëntbespreking:
 - patiëntenbesprekingen waarbij de patiënt niet aanwezig is
 - met collega, met arts
 - met externe personen (bijv. i.v.m. overdracht)
 - met instanties

N.B.: De Cesar / Mensendieck oefentherapeut mag de bestede patiëntgebonden tijd registreren onder de code van de fysiotherapeut.

7.4.4 Transmurale begeleiding

Binnen de grz-ketenzorg kan sprake zijn van transmurale begeleiding op twee momenten:

- De transfer vanuit het ziekenhuis naar het verpleeghuis.
- De transfer van het verpleeghuis naar de eerste lijn/thuissituatie.

De transfer vanuit het ziekenhuis valt onder de triage en plaatsing, is dus de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis en valt binnen het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg. In de praktijk kan op twee manieren transmurale begeleiding worden gestart:

- Vanuit het ziekenhuis, door een transferbureau dan wel transferverpleegkundige.
- Door een verpleegkundige uit het verpleeghuis. De kosten van het verpleeghuis worden op basis van onderlinge dienstverlening verrekend en vallen dus buiten het DBC-zorgproduct voor de grz.

De transfer vanuit het verpleeghuis naar huis (eerste lijn) valt onder de verantwoordelijkheid van het verpleeghuis en is onderdeel van het DBC-zorgproduct voor de grz. De werkzaamheden bij de transfer van de patiënt zijn primair verpleegkundig en de patiëntgebonden tijd wordt vastgelegd met zorgactiviteit 194832 'transmurale begeleiding'.

7.4.5 Inzet praktijkverpleegkundige

De inzet van de praktijkverpleegkundige wordt niet apart vastgelegd in de DBC-registratie, maar is toegerekend aan de verpleegdag / ambulante behandeldag, tenzij het een van de zes specifieke specialistische handelingen of transmurale begeleiding betreft.

8 Onderlinge dienstverlening

8.1 Definitie

Definitie onderlinge dienstverlening:

Overeenkomst tussen twee of meer zorgaanbieders die betrekking heeft op het leveren van zorg aan een patiënt tegen een onderling overeen te komen tarief, waarbij een van de zorgaanbieders optreedt als eigen zorgverlener voor de patiënt en uitsluitend deze eigen zorgverlener gerechtigd is om, voor de in het kader van die overeenkomst geleverde zorg als (onderdeel van een) prestatie, een tarief bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening te brengen.

Over onderlinge dienstverlening heeft de NZa de volgende regels vastgesteld.

- Er is sprake van onderlinge dienstverlening als geen sprake is van een 'eigen patiënt' volgens de definitie, maar de prestatie (op verzoek van de hoofdbehandelaar) door een andere instelling of een andere medisch specialist (niet zijnde de hoofdbehandelaar) wordt geleverd. Indien deze prestatie is uitgedrukt in zorgactiviteiten, behoren deze tot het zorgprofiel van de hoofdbehandelaar.
- Voor de kosten in het kader van onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.
- Een patiënt geldt voor een medisch specialist of instelling als 'eigen patiënt' als deze patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend tot de medisch specialist. Deze medische specialist is hoofdbehandelaar als deze voor het verlenen van die (medische) zorg op dat moment in de instelling zijn praktijk uitoefent.
- Bij onderlinge dienstverlening kan de dienstverlenende instelling geen DBC-zorgproduct of overig zorgproduct declareren. Dat kan alleen de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is.

8.2 Registratie en declaratie

Als activiteiten worden uitgevoerd voor een patiënt onder behandeling van een andere instelling, worden de activiteiten gekoppeld aan het zorg-/subtraject van die instelling. De instelling en specialist die verantwoordelijk zijn voor de patiënt zorgen voor een juiste registratie, koppeling aan het zorg/subtraject en declaratie van het afgeleide zorgproduct.

De instelling en specialist die op verzoek en onder verantwoordelijkheid van de aanvrager zorgactiviteiten uitvoeren, registreren deze als losse verrichtingen. Deze verrichtingen kunnen niet gekoppeld worden aan een eigen zorg/subtraject

De aanvrager koppelt alle uitgevoerde zorgactiviteiten, van zowel de eigen instelling als de uitbestede zorgactiviteiten, aan het subtraject van de patiënt en stuurt deze naar de grouper voor afleiding en vervolgens naar VECOZO ter declaratie.

De uitvoerder brengt in overleg met de aanvrager een bedrag in rekening voor het uitvoeren van de activiteiten. De uitvoerder registreert uitsluitend voor de eigen (financiële) administratie de uitgevoerde zorgactiviteiten. De zorgactiviteiten kunnen niet aan een zorg-/subtraject gekoppeld worden, omdat de patiënt niet onder zijn of haar verantwoordelijkheid valt. De uitvoerende instelling kan de uitgevoerde

zorgactiviteiten dus niet declareren bij de zorgverzekeraar en brengt deze in rekening bij de aanvrager.

Een grz-instelling kan pas een zorg/subtraject openen als de medisch specialist is uitbehandeld en de patiënt door die medisch specialist is overgedragen aan de specialist ouderengeneeskunde.

8.3 Toelichting registratie

Binnen de grz kan sprake zijn van onderlinge dienstverlening bij:

- triage
- ziekenhuisverplaatste zorg

Hiernaast zijn ook nog andere situaties denkbaar waarbij sprake kan zijn van onderlinge dienstverlening. Denk bijvoorbeeld aan de verstrekking in het verpleeghuis van de door de medisch specialist in het ziekenhuis voorgeschreven geneesmiddelen (niet zijnde add-ons) of hulpmiddelen (bijvoorbeeld de VAC-pomp).

8.3.1 Triage

In de zorgactiviteitentabel is een aparte zorgactiviteit opgenomen voor triage door de specialist ouderengeneeskunde: zorgactiviteit 194814 'Specialist ouderengeneeskunde - triage - geriatrische revalidatie'. De triage maakt deel uit van het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg. Door de vastlegging wordt de inspanning van de SO binnen het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg inzichtelijk. Ziekenhuizen en verpleeghuizen kunnen onderling afspraken maken over de invulling van de triage, waarbij de inzet van de specialist ouderengeneeskunde op basis van onderlinge dienstverlening verrekend wordt.

De grz-instelling kan bij onderlinge dienstverlening dezelfde zorgactiviteit vastleggen voor de eigen administratie. Deze mag echter niet gekoppeld worden aan een subtraject van de grz-instelling dat dient ter declaratie.

8.3.2 Ziekenhuisverplaatste zorg

Als binnen een grz-instelling de zorg van een patiënt plaatsvindt op verzoek van het ziekenhuis en de overdracht van de medisch specialist naar de SO nog niet heeft plaatsgevonden, valt deze zogenaamde herstellzorg onder de onderlinge dienstverlening. De medisch specialist uit het ziekenhuis registreert de uitgevoerde zorgactiviteiten binnen het eigen zorg/subtraject als zorgactiviteit 190089 - Verpleegdag met ziekenhuisindicatie binnen instelling geriatrische revalidatiezorg. Deze zorgactiviteit is bedoeld voor het inzichtelijk maken van de verpleegdagen waarbij de patiënt verblijft in een instelling voor geriatrische revalidatiezorg, maar de overdracht van de medisch specialist naar de SO nog niet heeft plaatsgevonden (er is nog sprake van een ziekenhuisindicatie). Het ziekenhuis legt deze zorgactiviteit vast binnen het DBC-zorgproduct voor de ziekenhuiszorg. De grz-instelling kan deze zorgactiviteit vastleggen voor de eigen administratie, maar mag deze niet koppelen aan een subtraject ter declaratie.



9 Overgang van 2014 naar 2015

9.1 Productstructuur, registratieregels en zorgactiviteiten

De nieuwe productstructuur, registratieregels en zorgactiviteiten worden met ingang van 1 januari 2015 van kracht.


Het moment van openen van het subtraject is bepalend voor de toe te passen versie van de productstructuur en registratieregels. Dit betekent dat de productstructuur 2015 van toepassing is op alle subtrajecten die op 1 januari 2015 of later geopend worden. Voor de al in 2014 geopende subtrajecten die doorlopen in 2015 blijft de 'oude' productstructuur 2014 van toepassing.

Ten aanzien van de vast te leggen zorgactiviteiten geldt dat niet het moment van openen van het subtraject maar de datum van uitvoering van de activiteit bepalend is voor de toe te passen versie van de zorgactiviteitentabel.

Bijlage 1: DBC-typeringslijst

AGB 8418 (Overige artsen; Verpleeghuisgeneeskunde) typeringslijst

Zorgtype	Diagnose
Initiële DBC	0 Traject
11 Reguliere zorg	000 Traject
13 <i>Intercollegiaal consult (nvt)</i>	
	1 CVA
Vervolg DBC	101 CVA
21 Vervolg	
	2 Electieve orthopedie
Traject	201 Heup nieuwe prothese
41 <i>Traject tbv ovp (nvt)</i>	202 Heup revisie
51 <i>Traject interne ondersteuning (nvt)</i>	203 Knie nieuwe prothese
	204 Knie revisie
	209 Overige electieve orthopedie
Zorgvraag	
n.v.t.	3 Trauma
	301 Trauma bovenste extremiteit
	302 Trauma onderste extremiteit (exclusief heupfractuur)
	303 Heupfractuur
	304 Traumatische wervelfractuur
	305 Intracranieel trauma
	309 Overig trauma
	4 Amputaties
	401 Amputaties bovenbeen (en hoger)
	402 Amputaties onderbeen en/of voet en/of tenen
	403 Amputaties bovenste extremiteit
	5 Overig
	501 Hartaandoening
	502 Bloedvaten
	503 Respiratoire aandoeningen
	513 Oncologische aandoeningen



Zorgtype	Diagnose
	504 Overige orgaan aandoeningen
	505 Overige aandoeningen bovenste extremiteit
	506 Overige aandoeningen onderste extremiteit
	507 Aandoening wervelkolom
	508 Reumatische aandoeningen
	509 Overige aandoeningen bewegingsapparaat
	510 Overige hersenaandoeningen
	511 Neuromusculaire aandoeningen
	512 Overige neurologische aandoeningen

Bijlage 2: Zorgactiviteiten grz

Zorgactiviteit _code	Zorgactiviteit_omschrijving	ZPK _code	ZPK _omschrijving	Spmnr _01	Spmnr _02
194801	Huisbezoek - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194805	Ambulante behandeldag - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194804	Verpleegdag - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194809	Afwezigheidsdag - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194815	Specialist ouderengeneeskunde - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194816	Fysiotherapie - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194817	Ergotherapie - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194818	Logopedie - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194819	Maatschappelijk werk - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194820	Psychologie - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194822	Activiteiten begeleiding - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194823	Bewegingsagoog/sportbegeleiding - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194825	Hydrotherapie - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194826	Diëtetiek - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194827	Muziektherapie - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194828	Psychologisch medewerker - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194829	Cognitief trainer - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194830	Therapie assistenten - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194831	Geestelijke verzorging - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194832	Transmurale begeleiding - patientgebonden handelen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194837	Klinische verpleging - decubitus wondverzorging - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194838	Klinische verpleging - mictie en defaecatie regulering - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194839	Klinische verpleging - ademhaling ondersteuning - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		

Zorgactiviteit _code	Zorgactiviteit_omschrijving	ZPK _code	ZPK _omschrijving	Spmenr _01	Spmenr _02
194840	Klinische verpleging - infusies verzorgen - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194841	Klinische verpleging - voedingsondersteuning - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		
194842	Klinische verpleging - begeleiding gedragsproblematiek - geriatrische revalidatie.	16	GERIATRISCHE REVALIDATIE		