
Beleidsregel declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummers 1, 2, 6, 9, 29, 29a, 32 en 33 en artikel 1 onder B, nummer 5 en artikel 4 van het Besluit werkingssfeer WTG 1992.
- b. De beleidsregel treedt in werking op 1 september 2006 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de nederlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
- c. De termijn waarvoor deze beleidsregel geldt: onbepaald.
- d. De termijn waarvoor de goedgekeurde beleidsregel CI-914 met betrekking tot dit onderwerp geldt, wordt hiermee gewijzigd van 'onbepaald' in 'tot 1 september 2006'.
- e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als "Beleidsregel declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling".

2. DEFINITIES EN BEGRIPPEN**2.1 Diagnosebehandelingcombinatie**

De diagnosebehandelingcombinatie (DBC) typeert het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist¹, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.

2.2 DBC-traject

Een DBC duurt maximaal 365 dagen. Wanneer het zorgtraject langer dan 365 dagen duurt of een andere fase of status in de behandeling aanbreekt (bijvoorbeeld langdurige periodieke controle), wordt dit vervolgetraject getypeerd met een zogenoemde vervolg-DBC. Derhalve is een DBC altijd gerelateerd aan een bepaalde periode binnen een zorgtraject, het zogenoemde DBC-traject. Binnen deze periode wordt de DBC-dataset opgebouwd die gebruikt wordt voor de typering van de DBC als declarabel product.

2.3 DBC-dataset

De dataset die de gegevens bevat waarmee een DBC getypeerd kan worden. De onderdelen van de DBC-dataset zijn: begindatum, medisch inhoudelijke informatie (zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling) en einddatum. Aan een DBC-dataset is een profiel van activiteiten gekoppeld, die in die periode voor die DBC zijn ingezet.

2.4 DBC-declaratiecode

De zescijferige code, waaraan de DBC-bedragen worden gekoppeld (segment A op productgroepniveau en segment B op DBC-niveau).

¹ Hieronder wordt ook de extramuraal werkende medisch specialist verstaan.

2.5 DBC-prestatiecode

De code, die het afgesloten en gevalideerde DBC-traject beschrijft. De code bestaat uit het samenstel van de codes van het zorgtype, de zorgvraag, de typerende diagnose en de behandeling.

2.6 Overig product (OVP)

Verrichtingen geleverd door een poortspecialisme

- aan een ander poortspecialisme als onderdeel van een DBC (maakt deel uit van het DBC-zorgprofiel), dan wel
- op verzoek van de eerstelijns, dan wel
- in het kader van onderlinge dienstverlening, dan wel
- aan een ander specialisme, werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (zoals kaakchirurgie en revalidatiegeneeskunde).

2.7 Ondersteunend product (OP)

Verrichtingen geleverd door een niet-poortspecialisme

- aan een poortspecialisme als onderdeel van een DBC (maakt deel uit van het DBC-zorgprofiel), dan wel
- op verzoek van de eerstelijns, dan wel
- in het kader van onderlinge dienstverlening, dan wel
- aan een ander specialisme, werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (zoals kaakchirurgie en revalidatiegeneeskunde)

3. DBC-BEDRAGEN

3.1 Algemene toelichting

In de Lijst DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling is een onderscheid gemaakt in een A-segment en een B-segment:

- Voor het A-segment gelden prestatieomschrijvingen met landelijke DBC-bedragen, uitgesplitst in een kostenbedrag voor de zorginstelling en afzonderlijke honorariumbedragen voor elk bij het DBC-traject betrokken medisch specialisme. De DBC's zijn geclusterd in productgroepen, elk voorzien van één of twee DBC-declaratiecodes;²
- Voor het B-segment zijn alleen de prestatieomschrijvingen en de honorariumbedragen voor de poortspecialist (hoofdbehandelaar) en de anesthesioloog opgenomen. Voor de overige ondersteunende specialismen is alleen het honorariumbedrag per verrichting vastgesteld. Deze bedragen zijn opgenomen in de Beleidsregel 'Honorariumbedragen DBC's in segment B'. De kostenbedragen en het volume aan ondersteunende producten per DBC, met uitzondering van anesthesiologie, zijn vrij onderhandelbaar.

De zorginstelling declareert het totale DBC-tarief, inclusief het honorarium voor de in de instelling werkzame specialisten. Intramurale specialisten declareren de honorariumbedragen aan of via de zorginstelling.

Voor een algemene toelichting op DBC-typering wordt verwezen naar de vigerende DBC-typeringsinstructies (zie www.ctg-zaio.nl). Alleen DBC's die volgens de vigerende typeringsinstructies zijn getypeerd en die zijn gevalideerd volgens de vigerende validatiemodule kunnen worden gedeclareerd.

² DBC's die afhankelijk van de indicatie wel of niet onder de aanspraak vallen (de zogenaamde oranje DBC's), hebben met ingang van 1 februari 2006 twee declaratiecodes, één voor verzekerde zorg en één voor niet-verzekerde zorg. Hetzelfde geldt voor productgroepen, wanneer binnen een productgroep zowel DBC's zijn opgenomen die wel onder de aanspraak vallen als DBC's die niet onder de aanspraak vallen.

3.2 Declaratiebepalingen

3.2.1 Moment van declaratie

Ten algemene geldt dat de declaratie plaatsvindt wanneer een DBC is afgesloten. Een DBC kan op zeven manieren worden afgesloten:

1. Bij afsluiting van de behandeling;
2. Bij verandering van het zorgtype;
3. Bij beëindiging van de behandeling door overdracht van de patiënt naar een andere instelling;
4. 365 dagen na opening van een DBC;
5. 30 dagen na opening, ingeval het een chronische DBC betreft die in de in bijlage 1 opgenomen limitatieve lijst van chronische DBC's is opgenomen.
6. 7 dagen na opening, ingeval het een dialyse DBC betreft die in de in bijlage 2 opgenomen limitatieve lijst is opgenomen;
7. Bij overlijden van de patiënt.

3.2.2 DBC's die gedeclareerd kunnen worden

Algemeen

Het volledige DBC-tarief³ kan alleen in rekening worden gebracht voor DBC's die zijn geopend vanaf 1 februari 2005 en die intern zijn gevalideerd door de zorginstelling via de validatiemodule. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat het ordernummer vanaf 1 januari 2007 verplicht gehanteerd dient te worden

Uitgangspunt voor declaratie is het DBC-tarief dat gold op het moment van openen van de DBC. Voor verrichtingen ná 1 januari 2005 kunnen geen onderliggende CTG/ZAio-verrichtingencodes worden gedeclareerd⁴.

3.2.3 Aan wie wordt de DBC gedeclareerd?

Het DBC-tarief kan worden gedeclareerd aan de patiënt of aan de ziektekostenverzekeraar. Wanneer de patiënt gedurende de looptijd van een DBC is veranderd van ziektekostenverzekeraar, dient de DBC te worden gedeclareerd aan de ziektekostenverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was op het moment van opening van de te declareren DBC.

3.2.4 Gegevens op de nota

De gegevens die op de factuur dienen te worden vermeld zijn opgenomen in de "nadere regel declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling".

3.3 Parallele DBC's

Binnen één specialisme kunnen meerdere DBC's voor dezelfde patiënt voorkomen (parallele DBC's). Voor de wijze waarop dient te worden omgegaan met parallele DBC's, wordt verwezen naar de vigerende typeringsinstructies (zie www.dbconderhoud.nl).

³ Het DBC-tarief voor een DBC uit segment A is het totaal van het DBC-kostenbedrag, inclusief verrekenpercentage (voor DBC's in het A-segment vallend onder de 'niet in het basispakket verzekerde zorg' en geopend na 1 februari 2006 geldt geen verrekenpercentage), en de DBC-honorariumbedragen. Het DBC-tarief voor een DBC uit segment B is het totaal van het lokaal overeengekomen DBC-kostenbedrag en de DBC-honorariumbedragen dan wel het door de zorginstelling vastgestelde DBC-kostenbedrag en de DBC-honorariumbedragen. Ten aanzien van de honorariumbedragen in segment B geldt dat het volume aan ondersteunende en overige producten, met uitzondering van anesthesiologie, vrij onderhandelbaar c.q. vrij te bepalen is. De honorariumbedragen van het hoofdspecialisme en anesthesiologie zijn landelijk vaste bedragen.

⁴ De voorwaarde van validering door de zorginstelling via de validatiemodule geldt niet voor de zelfstandige radiotherapeutische instellingen en zelfstandige dialysecentra. Hier dienen wel alternatieve controlemaatregelen aanwezig te zijn met vergelijkbare betrouwbaarheidsgraad. Voor deze instellingen geldt tevens dat het volledige DBC-tarief in rekening kan worden gebracht voor DBC's die zijn geopend vanaf 1 februari 2006 en dat er voor verrichtingen na 1 februari 2006 geen onderliggende CTG/ZAio-verrichtingencodes meer kunnen worden gedeclareerd.

3.4 Specifieke bepalingen DBC's die vallen onder een wettelijke regeling

DBC's die vallen onder een wettelijke regeling mogen alleen worden gedeclareerd door instellingen voor gezondheidszorg die in het kader van de betreffende wettelijke regeling toestemming hebben de verrichtingen uit te voeren. Voor de specifieke declaratiebepalingen voor deze DBC's wordt verwezen naar [bijlage 3](#).

3.5 DBC consult

De DBC consult is een DBC waarbij in de berekening van het tarief slechts één polikliniekbezoek en één of meerdere verrichtingen van maximaal € 100 (per verrichting) zijn meegenomen. DBC's consult (productgroepcode 0137101, 0237101, 0337101, 0437101, 0537101, 0637101, 0737101, 0837101, 1037101, 1337101, 1637101, 1837101, 2037101, 2237101, 2437101, 2637101, 2837101, 3038101, 3038102, 6137101 en 8937101) mogen alleen worden gedeclareerd indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- alle DBC's consult maken onderdeel uit van het A-segment.
- maximaal twee DBC's consult per 365 dagen per patiënt per DBC-diagnose per poortspecialisme per instelling.
- niet in combinatie met ICC tijdens opname bij een ander specialisme.
- niet gebruiken voor diagnostiek of verrichtingen op verzoek van eerste lijn of derden in geval van onderlinge dienstverlening (dus niet in plaats van een O(V)P).
- er is geen sprake van een DBC consult indien er direct voortkomend uit het betreffende consult op initiatief van de specialist een vervolgspraak wordt gemaakt met het betreffende specialisme.
- voor het specialisme anesthesiologie alleen voor wat betreft pijnbestrijding DBC's.
- niet bij preoperatieve screening.

4. OVERIGE BEDRAGEN

4.1 Overige trajecten en verrichtingen

De hier opgenomen trajecten en verrichtingen zijn niet opgenomen in de DBC-systematiek en kunnen daarom afzonderlijk gedeclareerd worden. Overige trajecten zijn prestaties die een aaneengesloten traject betreffen, waarvoor de declaratie-eenheid een dag is, zoals beademing IC voor volwassenen, gezonde zuigelingen, verkeerde bed dagen. Deze overige trajecten kunnen naast een DBC lopen. De trajecten kunnen afzonderlijk van de DBC worden gedeclareerd. De verrichtingen staan los van de DBC's en kunnen zelfstandig worden gedeclareerd. De overige trajecten en verrichtingen maken onderdeel uit van het A-segment met landelijke bedragen.

Aan wie worden het overig traject of de verrichting gedeclareerd?

Overige trajecten worden gedeclareerd per dag. Een tarief voor een overig traject of een verrichting kan worden gedeclareerd aan de patiënt of aan de ziektekostenverzekeraar bij wie de patiënt op de betreffende dag (traject) of het moment waarop de verrichting wordt uitgevoerd is verzekerd.

4.2 Ondersteunende en overige producten op verzoek van de eerstelijns, op verzoek van een ander specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt en in het kader van onderlinge dienstverlening

Voor de definitie van O(V)P's wordt verwezen naar paragraaf 2.6 en 2.7. De O(V)P's op verzoek van de eerstelijns of op verzoek van een ander specialisme werkzaam binnen dezelfde instelling waarvoor de DBC-systematiek niet geldt, worden afzonderlijk gedeclareerd. Hiervoor gelden de landelijke kosten- en honorariumbedragen voor O(V)P's uit het A-segment.

Voor de declaratie van O(V)P's in het kader van onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar de beleidsregel Tarifiering onderlinge dienstverlening.

4.3 Verrekenpercentage

Voor de verrekening van opbrengstresultaten (zorginstelling en lumpsum) met betrekking tot oude jaren en verschillen in het lopende jaar tussen het budget/lumpsum enerzijds en de opbrengsten van de DBC's uit het A-segment, de opbrengsten van de trajecten en eerstelijns verrichtingen en de verplichte kapitaallastenopslag van de DBC's uit het B-segment anderzijds geldt een verrekeningsmethodiek.

Er zijn twee mogelijkheden voor de verrekeningsmethode:

- via een verrekenpercentage op DBC 's in het A-segment vallend onder de 'in het basispakket verzekerde zorg'
- en/of
- via een verrekening van een vast bedrag.

Zowel het verrekeningspercentage als het vaste bedrag kunnen variëren per instelling.

De verrekening via een vast bedrag staat beschreven in beleidsregel 'Verrekening Opbrengstresultaten 2005'

Voor DBC's in het A-segment vallend onder de 'niet in het basispakket verzekerde zorg' en geopend vanaf 1 februari 2006 geldt geen verrekening. DBC's uit het A-segment die vallen onder deze 'niet in het basispakket verzekerde zorg' zijn te herkennen aan de declaratiecode beginnend met '16'. Derde compartimentzorg betreft in alle gevallen de limitatieve lijst met 'rode DBC's' (geen aanspraak) en in specifieke gevallen de limitatieve lijst met 'oranje DBC's' (aanspraak afhankelijk van indicatie). De betreffende lijsten zijn te raadplegen op de website www.ctg-zaio.nl

4.4 Specifieke bepalingen overige bedragen

Voor de specifieke declaratiebepalingen voor overige trajecten en verrichtingen wordt verwezen naar [bijlage 4](#). Voor de specifieke declaratiebepalingen voor O(V)P's op verzoek van de eerstelijns en in het kader van onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar [bijlage 5](#).

Bijlagen: 5