
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, 29, 29a, 29b, 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 de datum dat de WTG, zoals gewijzigd door de WTG-ExPres, in werking treedt 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. Beleidsregel I-750 wordt beëindigd per de datum dat de WTG, zoals gewijzigd door de WTG ExPres, in werking treedt.
- 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 vervolgentraject 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: begin datum, 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.

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.

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 een DBC-declaratiecode;
- Voor het B-segment zijn alleen de prestatieomschrijvingen en de honorariumbedragen voor elk bij het DBC-traject betrokken medisch specialisme opgenomen. 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 kunnen dus niet meer zelfstandig honoraria aan zorgverzekeraars of patiënten in rekening brengen, maar declareren de honorariumbedragen aan 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 typeringsinstructies zijn getypeerd en die zijn gevalideerd volgens de validatiemodule kunnen worden gedeclareerd.

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 vijf 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. Voor deze chronische DBC's gelden deelbedragen.

Chronische DBC's

Indien een patiënt met een chronische aandoening², verbonden aan instelling x tijdelijk naar instelling y wordt overgeplaatst (bijvoorbeeld omdat de patiënt daar voor een andere aandoening moet worden behandeld) en daar (ook) voor de chronische aandoening wordt behandeld, wordt de chronische DBC die geopend is door instelling x niet afgesloten. Instelling x declareert derhalve de chronische DBC aan de patiënt c.q. de zorgverzekeraar, ook voor de periode waarin de patiënt in instelling y voor de chronische aandoening is behandeld. Instelling y, die tijdelijk de chronische behandeling uitvoert voor instelling x, kan een evenredig deel (naar rato van de behandelingsperiode) van het kostenbedrag en de honorariumbedragen van de chronische DBC bij instelling x in rekening brengen.

Indien de DBC-systematiek niet geldt voor instelling x, declareert instelling x de van toepassing zijnde verrichtingentarieven volgens de Tarieflijst Instellingen aan de patiënt c.q. zorgverzekeraar voor de periode dat de patiënt in instelling y voor de chronische aandoening wordt behandeld. Instelling y kan conform de hierboven beschreven systematiek een evenredig deel van het kostenbedrag en de honorariumbedragen van de chronische DBC bij instelling x in rekening brengen.

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 januari 2005 en die intern zijn gevalideerd door de zorginstelling via de validatiemodule. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat het ordernummer vanaf 1 januari 2006 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 gedeclareerd.

Voor de experiment-DBC's die zijn geopend vóór 1 januari 2005 en worden afgesloten ná 1 januari 2005, geldt voor de gebudgetteerde instellingen dat ook de afgesproken toeslag niet meer kan worden gedeclareerd. De toeslagen en onderliggende verrichtingen uitgevoerd ná 1 januari 2005 kunnen wel in het budget worden opgenomen, waarna verrekening plaatsvindt via het verrekenpercentage (zie 4.3).

Voor ZBC's geldt de uitzondering dat ook na 1 januari 2005 de afgesproken prijs kan worden gedeclareerd voor experiment-DBC's die voor 1 januari 2005 zijn geopend, ongeacht of de DBC na die datum behoort tot segment A of segment B.

Declaratie overlopende DBC's

Voor de DBC's die geopend zijn vóór 1 januari 2005 en worden afgesloten ná 1 januari 2005 bepaalt de validatiemodule de behandel-as voor de volledige DBC-periode en de behandel-as voor de periode tot 1 januari 2005. Het saldo van het DBC-tarief voor de volledige periode en het tarief in DBC-termen dat betrekking heeft op het DBC-traject dat vóór 1 januari 2005 geleverd is, wordt gedeclareerd. Voor zowel het DBC-tarief voor de volledige periode als het tarief in DBC-termen dat in mindering wordt gebracht, wordt uitgegaan van de vaste landelijke DBC-bedragen die gelden per 1 januari 2005 (dit geldt voor zowel het A-segment als het B-segment). Indien saldering op onderdelen leidt tot een negatief bedrag, wordt voor de betreffende onderdelen nul gehanteerd.

De opbrengsten van overlopende DBC's in zowel het A-segment als het B-segment dienen ter dekking van het budget respectievelijk de lumpsum te worden aangewend.

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.

² Waarvoor een DBC loopt die is opgenomen op de limitatieve lijst van chronische DBC's (zie bijlage 1)

³ Het DBC-tarief voor een DBC uit segment A is het totaal van het DBC-kostenbedrag, inclusief 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.

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.ctg-zaio.nl).

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 2](#).

4. OVERIGE BEDRAGEN

4.1 Overige trajecten en verrichtingen

De hier opgenomen trajecten en verrichtingen zijn niet opgenomen in de DBC-systematiek en moeten daarom afzonderlijk gedeclareerd kunnen worden. Onder overige trajecten wordt verstaan: verkeerde bed, gezonde zuigeling, gezonde moeder, klassenverpleging, beademing IC voor volwassenen, neonatale IC, pediatrie IC, post IC high care en brandwondenzorg. 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 landelijk vaste bedragen, met uitzondering van klassenverpleging. Dit traject kan zowel onder het A- als het B-segment vallen, afhankelijk van het segment waaronder de DBC in het kader waarvan de klassenverpleging plaatsvindt, valt. Indien klassenverpleging plaatsvindt in het kader van een DBC uit het B-segment is het bedrag voor klassenverpleging lokaal onderhandelbaar (vrij tarief). In het B-segment kan geen klassenverpleging worden gedeclareerd indien sprake is van niet-gecontracteerde zorg.

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 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 worden afzonderlijk gedeclareerd. Hiervoor gelden de landelijk vaste 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 opbrengstverschillen (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 (per instelling variërende) procentuele opslag of aftrek (verrekenpercentage) op de kostenbedragen van de DBC's uit het A-segment.

4.4 Specifieke bepalingen overige bedragen

Voor de specifieke declaratiebepalingen voor overige trajecten en verrichtingen wordt verwezen naar [bijlage 3](#). 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 4](#).

Bijlagen: 4

jpm/7 januari 2005
w:\seck1\beleid\i-792.doc