

REGELING NR/CU-508

Declaratiebepalingen DBC GGZ



Gelet op artikelen 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vastgesteld:

Kenmerk
NR/CU-508
11D0017863

Artikel 1. Algemeen

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg, zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, leveren.

Artikel 2. Begripsbepalingen

In het vervolg van deze regeling wordt verstaan onder:

2.1 Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 van deze regeling, voor zover deze ingevolge een beschikking van de NZa dient te declareren in DBC's.

Waar in deze regeling wordt gesproken van zorgaanbieder wordt ingevolge artikel 62, eerste lid, Wmg, tevens bedoeld op degene die een administratie voert als bedoeld in artikel 44, van de Wmg.

Waar in deze regeling wordt gesproken van zorgaanbieder wordt ingevolge artikel 62, tweede lid, Wmg, tevens bedoeld op degene die ten behoeve van de zorgaanbieder gegevens verzamelt, bewaart en bewerkt, alsmede op de groep in de zin van artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, indien zorgaanbieders daartoe behoren.

2.2 DBC

Diagnose behandeling combinatie (DBC) typeert het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert.

2.3 DBC-traject

Een DBC duurt maximaal 365 dagen. Wanneer het zorgtraject van een DBC langer dan 365 dagen duurt, wordt dit vervolgtraject getypeerd met een zogenoemde vervolg-DBC. Voor klinische DBC's geldt dat de bekostiging na 365 opnamedagen ten laste van de AWBZ komt. 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.

2.4 DBC-dataset

De dataset bevat de gegevens waarmee een DBC getypeerd kan worden. De onderdelen van de DBC-dataset zijn: startdatum, medisch inhoudelijke informatie (zorgtype, diagnoseclassificatie en productgroep-codes voor verblijf en behandeling) en einddatum. Aan een DBC-dataset is de hoeveelheid ingezette activiteiten en verrichtingen gekoppeld op basis waarvan door de validatiemodule de productgroep(code) wordt bepaald. Vanuit de productgroepcode wordt de bijbehorende prestatiecode afgeleid, waaraan een declaratiecode wordt toegevoegd.

2.5 DBC-prestatiecode

De twaalfcijferige code, die het afgesloten en gevalideerde DBC-traject beschrijft. De code bestaat uit het samenstelsel van de codes van het zorgtype, de diagnoseclassificatie en de productgroepen voor verblijf en behandeling.

Kenmerk
NR/CU-508
11D0017863

Pagina
2 van 8

2.6 DBC Validatie

Zorgaanbieders zijn ten behoeve van de registratie en declaratie van DBC's gehouden in hun registratie en declaratiesoftware een validatiemodule op te nemen. Deze dient als instrument om de betrouwbaarheid van DBC's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren.

2.7 Productstructuur en productgroepen verblijf en behandeling

De productstructuur bestaat uit productgroepen voor verblijf en productgroepen voor behandeling. Aan de productgroepen zijn bedragen en codes (3 posities) gekoppeld.

2.8 DBC-tarief

Het DBC-tarief bestaat uit de combinatie van het bedrag dat is gekoppeld aan de productgroep voor behandeling en het bedrag dat is gekoppeld aan de productgroep voor verblijf volgens de productstructuur DBC GGZ. Indien geen sprake is van verblijf, bestaat het DBC-tarief uitsluitend uit het bedrag dat is gekoppeld aan de productgroep voor behandeling. Het tarief is gebaseerd op de volledige kostprijs van de verleende zorg, inclusief kapitaalslasten.

2.9 Declaratiecode

De zescijferige code waaraan het bedrag van het DBC-tarief is gekoppeld.

2.10 AGB-code

Algemeen GegevensBeheer-Zorverleners is een database waarin gegevens van zorgverleners in Nederland zijn geregistreerd. Het bestand bevat ook gegevens die van belang zijn voor het communicatie- en declaratieproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar.

2.11 Lekenomschrijving

Een voor cliënten in niet medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte DBC-tarief.

2.12 Overige producten

Prestaties geleverd door aanbieders van curatieve GGZ als bedoeld in de Zorgverzekeringswet die betrekking hebben op het uitvoeren van onderzoeken en het opstellen van rapportages ter vaststelling van de geestelijke gezondheidstoestand, alsmede prestaties die geen onderdeel zijn van de geldende DBC-productstructuur doch waarvoor op grond van een besluit of aanwijzing van de Minister een tarief in rekening mag worden gebracht. Het beleid met betrekking tot de overige producten is vastgelegd in de beleidsregel Overige producten GGZ Zvw.

2.13 Onderlinge dienstverlening

Onder onderlinge dienstverlening wordt verstaan: de zorg als bedoeld in artikel 1, Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van de beschrijving van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van curatieve GGZ. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als "uitvoerende zorgaanbieder". De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de "opdrachtgevende zorgaanbieder".

2.14 A-segment, B-segment

Indien er sprake is van prijsregulering voor bepaalde DBC tarieven dan worden deze tarieven aangeduid als vallend onder het A-segment. Indien er geen sprake is van prijsregulering voor bepaalde DBC tarieven dan worden deze DBC tarieven aangeduid als vallend onder het B-segment.

Kenmerk
NR/CU-508
11D0017863

Pagina
3 van 8

Artikel 3. Doel

Het doel van de regeling is regels te stellen die in acht moeten worden genomen bij het declareren van DBC tarieven en verrekenbedragen. Ook wordt geregeld welke gegevens de factuur inzake de geleverde zorg minimaal moet bevatten.

Artikel 4. Declaratiebepalingen

4.1 Algemene toelichting

Voor de DBC-tarieven gelden prestatiebeschrijvingen met landelijke tarieven (A-segment) voorzien van een declaratiecode zoals vastgelegd in de Beleidsregel DBC-tarifiering behandeling en verblijf in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. De zorgaanbieder declareert het DBC-tarief of voorzover van toepassing het met de zorgverzekeraar overeengekomen DBC-tarief. Voor een algemene toelichting op de DBC-registratie wordt verwezen naar de Regeling instructie DBC-registratie GGZ, die van toepassing was op het moment van openen van de DBC. Alleen afgesloten DBC's die volgens deze regeling zijn getypeerd en zijn gevalideerd conform de Regeling DBC GGZ validatie kunnen worden gedeclareerd.

De zorginstelling declareert het totale DBC-tarief, inclusief het honorarium voor de in de instelling werkzame vrijgevestigde psychiaters. Intramurale vrijgevestigde psychiaters declareren, bij wijze van onderlinge dienstverlening, de honorariumbedragen aan of via de zorginstelling.

4.2.1 Moment van declaratie

Declaratie van een DBC tarief vindt plaats wanneer de DBC is afgesloten en gevalideerd. In de Regeling instructie DBC-registratie GGZ worden de voorwaarden genoemd om een DBC af te sluiten.

4.2.2 Te declareren DBC-tarief

Het DBC-tarief kan in rekening worden gebracht voor alle afgesloten DBC's en zijn gevalideerd door de zorgaanbieder door middel van de validatiemodule.

Het DBC-tarief dat wordt gedeclareerd is het tarief dat van toepassing was op het moment van openen van de DBC.

4.2.3 Aan wie wordt het DBC-tarief gedeclareerd?

Het DBC-tarief wordt gedeclareerd bij de cliënt of bij de ziektekostenverzekeraar. Wanneer de cliënt gedurende het DBC-traject is veranderd van ziektekostenverzekeraar, dient het DBC-tarief te worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was op de startdatum van de DBC.

4.2.4 Onderlinge dienstverlening

Onderlinge dienstverlening houdt in, dat de uitvoerende zorgaanbieder, d.w.z. de zorgaanbieder die de zorgprestatie levert, de kosten die met die zorgprestatie verband houden in rekening brengt bij de zorgaanbieder die om die zorgprestatie heeft verzocht, c.q. daartoe opdracht heeft verstrekt.

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening mag de uitvoerende zorgaanbieder geen DBC en ook geen overig of ondersteunend product, behorend bij het DBC-traject, bij de cliënt of bij de verzekeraar in rekening brengen. Voor meer informatie over onderlinge dienstverlening wordt verwezen naar de beleidsregel 'Tarifiering onderlinge dienstverlening GGZ Zvw'.

Kenmerk
NR/CU-508
11D0017863

Pagina
4 van 8

4.3 Parallele DBC's

Binnen de GGZ kunnen meerdere DBC's voor dezelfde cliënt voorkomen (maximaal 3). Voor de wijze waarop dient te worden omgegaan met parallelle DBC's, wordt verwezen naar de Regeling instructie DBC-registratie GGZ.

Artikel 5. Overige bedragen

5.1 Overige producten

De overige producten hebben geen relatie met het DBC-traject van een cliënt. De integrale tarieven voor de overige producten kunnen daarom afzonderlijk gedeclareerd worden aan de cliënt, ziektekostenverzekeraar of aan de opdrachtgever. Voor meer informatie over overige producten wordt verwezen naar de beleidsregel 'Overige producten GGZ Zvw'.

5.2 Verrekenpercentage gebudgetteerde instellingen

Alle tarieven, inclusief een eventueel tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar overeengekomen verrekenpercentage, worden in rekening gebracht door declaratie van een DBC.

Indien sprake is van een overeengekomen verrekenpercentage, wordt per zorgaanbieder onderscheid gemaakt in verrekenpercentages voor DBC-tarieven inclusief verblijf en exclusief verblijf.

Zorgaanbieders die zowel klinische (intramurale) als ambulante (extramurale) zorg verlenen, passen het verrekenpercentage uitsluitend toe op de klinische DBC-tarieven.

Artikel 6. Gegevens op de factuur

Elke factuur dient naast de gebruikelijke informatie de volgende gegevens te bevatten:

6.1 DBC-traject startdatum

Bij initiële DBC's is dit de datum waarop het eerste patiëntgebonden contact plaatsvindt. Bij vervolg DBC's is dit de startdatum van het vervolg DBC-traject.

6.2 DBC-traject einddatum

De DBC wordt afgesloten zodra de laatste activiteit (direct of indirect cliëntgebonden) voor een cliënt is geleverd.

6.3 Declaratiecode

In het A-segment begint de 6 cijferige declaratiecode uit de NZa-tariefgroep met het getal 25 of 10 als sprake is van verzekerde zorg en met het getal 27 als sprake is van niet verzekerde zorg. In het B-segment begint de declaratiecode uit de NZa-tariefgroep met het getal

26 als sprake is van verzekerde zorg en met het getal 28 als sprake is van niet verzekerde zorg.

Kenmerk
NR/CU-508
11D0017863

Pagina
5 van 8

6.4 Kostenbedrag

Op de factuur wordt het DBC-tarief en het verrekenpercentage (bij papieren facturatie ook het bedrag) afzonderlijk vermeld. Het te betalen bedrag wordt rekenkundig afgerond op twee decimalen.

6.5 AGB-code

Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders: de AGB-zorgverlenerscode en - indien relevant - de AGB-praktijkcode.

Voor instellingen: de AGB-instellingscode en - indien relevant - de AGB-zorgverlenerscode.

6.6 DBC-prestatiecode

De specificatie van het geleverde zorgproduct. De DBC-prestatiecode wordt afgeleid van de gevalideerde DBC-dataset. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens vier 3-cijferige DBC-componenten en in onderstaande volgorde:

1. zorgtype;
2. diagnoseclassificatie;
3. productgroep voor verblijf;
4. productgroep voor behandeling van de DBC-dataset.

De diagnose-informatie op de factuur dient zich te beperken tot de 14 diagnose hoofdgroepen in uitsluitend de langdurende of intensieve behandelgroepen overeenkomstig de productstructuur. Voor de behandelgroepen 'indirecte tijd', 'diagnostiek', 'crisis' en 'kortdurend' is vermelding van diagnose-informatie op de factuur niet toegestaan. Evenmin is het toegestaan dat uit de factuur blijkt of er ten aanzien van het zorgtype sprake is van een rechterlijke uitspraak.

6.7 Lekenomschrijving

Indien een zorgaanbieder aan de cliënt factureert, voegt hij op de factuur aan het DBC-tarief de lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege, indien de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

Artikel 7. Slotbepalingen

1. Gelijkzeitig met de inwerkingtreding van deze regel wordt de 'Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ' met kenmerk NR/CU-505 , ingetrokken.
2. De regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ, met kenmerk NR/CU-505, blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die verwijzen naar, dan wel hun grondslag vinden in die regeling en die betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold.
3. Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub a, van de Wmg, wordt geplaatst.

4. Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling
declaratiebepalingen DBC GGZ'.

Kenmerk
NR/CU-508
11D0017863

Nederlandse Zorgautoriteit,

Pagina
6 van 8

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Zie toelichting

TOELICHTING**Wijziging ten opzichte van de voorgaande versie***Artikel 2.3*

Ten aanzien van de vorige versie is de tekst 'of een andere fase of status in de behandeling aanbreekt (bijvoorbeeld langdurige periodieke controle)' weggehaald. Deze tekst strookt niet met de DBC-spelregels.

Artikel 5.2

De tekst is aangevuld. Zorgaanbieders die zowel klinische als ambulante zorg verlenen passen het verrekenpercentage uitsluitend toe op de klinische DBC-tarieven.

Artikel 6.6 en 6.7

Als gevolg van een uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) van 2 augustus 2010 waren vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten tot zes weken na een door de NZa nieuw te nemen besluit op bezwaar vrijgesteld van de in artikel 6.6 en artikel 6.7 neergelegde verplichting om diagnose-informatie en lekenomschrijving op de factuur te vermelden. Op 5 april 2011 heeft de NZa het hierboven genoemde nieuwe besluit op bezwaar genomen. Dit besluit is op 8 april 2011 bekend gemaakt. Uit het nieuwe besluit op bezwaar volgt dat de vrijstelling die het CBb had gecreëerd ten aanzien van de verplichte vermelding van diagnose-informatie en lekenomschrijving op de factuur, met ingang van 20 mei 2011 moet worden opgeheven. Vanaf laatstgenoemde datum zijn vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten weer gehouden te voldoen aan de in artikel 6.6 en artikel 6.7 neergelegde verplichting om de diagnose-informatie en de lekenomschrijving op de factuur te vermelden.

Ten aanzien van artikel 6.7 dient nog opgemerkt te worden dat de verplichting voor de zorgaanbieder om de lekenomschrijving op de factuur te vermelden uitsluitend geldt indien de zorgaanbieder aan de cliënt declareert. Bij rechtstreekse declaratie aan de zorgverzekeraar geldt die verplichting niet. Uit het hiervoor genoemde besluit op bezwaar van 5 april 2011 valt af te leiden, dat een cliënt, die van zijn zorgaanbieder een factuur heeft ontvangen waar een lekenomschrijving op staat vermeld, gerechtigd is om die lekenomschrijving te verwijderen, c.q. onleesbaar te maken, indien deze cliënt de betreffende factuur op een later moment alsnog ter betaling aan zijn zorgverzekeraar zou willen aanbieden. Het onherkenbaar, c.q. onleesbaar zijn van de lekenomschrijving kan met andere woorden geen reden voor een zorgverzekeraar zijn om de betreffende factuur niet te betalen.

Algemeen*Wettelijke grondslagen*

Op grond van artikel 37 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij, kortweg, om declaratie- en/of factureringsvoorschriften. Artikel 38 Wmg geeft de NZa onder meer de bevoegdheid regels te stellen met betrekking tot het door zorgaanbieders specificeren van rekeningen voor geleverde zorgprestaties.

Reikwijdte declaratiebepalingen

De regeling declaratiebepalingen DBC GGZ heeft betrekking op geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de zorgverzekeringswet. Uit dien hoofde geldt voor klinische DBC's dat bekostiging ten laste van de Zorgverzekeringswet ten hoogste 365

opnamedagen kan duren. Het aantal opnamedagen wordt berekend op basis van artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. De bekostiging van klinische opnamen na 365 opnamedagen komt ten laste van de AWBZ.

Kenmerk
NR/CU-508
11D0017863

Pagina
8 van 8

A-segment, B-segment

In de regeling wordt onderscheid gemaakt tussen DBC tarieven die vallen in het A-segment, waarvoor prijsregulering geldt, en DBC tarieven die vallen in het B-segment en waarop geen prijsregulering van toepassing is. Dit onderscheid is gemaakt om in de toekomst ook vrije prijzen te kunnen introduceren.

Privacyaspecten

Conform de regeling wordt op de factuur de DBC-prestatiecode vermeld¹. In deze code komt onder meer de diagnoseclassificatie tot uitdrukking. Vanwege het privacygevoelige karakter van deze informatie dient hierover overeenstemming te bestaan met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). In een brief van 6 december 2006 heeft het CBP aan de Minister van VWS medegedeeld dat de diagnose-informatie op de declaratie zich dient te beperken tot de 14 diagnosehoofdgroepen in uitsluitend de lang ambulante zorg. In de eerste onderhoudsversie van de productstructuur is dit gewijzigd in dezelfde 14 diagnose hoofdgroepen, maar dan voor alle langdurende of intensieve behandelgroepen.

Bovendien is het met betrekking tot het zorgtype niet toegestaan dat uit de declaratie blijkt dat er sprake is van een rechterlijke uitspraak zoals: rechtelijke machtiging, inbewaringstelling, terbeschikkingstelling, terbeschikkingstelling met voorwaarden, strafrechtelijke machtiging en ondertoezichtstelling. Hiervoor genoemde brief van het CBP is te downloaden van de website van het CBP WWW.CBPWEB.NL

Handhaving

De NZa is op grond van artikel 76, 82 en 85 van de Wmg ter handhaving van deze regeling bevoegd tot het geven van een aanwijzing, het toepassen van bestuursdwang en tot het opleggen van een boete.