
Declaratiestructuur

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op de organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummer 10 (én toegelaten voor behandeling en verblijf voor verzekerden met een psychiatrische aandoening en toegelaten voor verblijf voor verzekerden met een psychosociaal probleem) van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (Stb. 1991, 732), dat laatstelijk gewijzigd is bij Besluit van 25 oktober 2002 (Stb. 2002, 527) en bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549).
 - b. De beleidsregel treedt in werking op 1 juli 2004 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 is: onbepaald.
 - d. De termijn waarvoor de goedgekeurde beleidsregel III-237 met betrekking tot onderstaande onderwerpen en de onder 1.a aangeduide categorieën van organen van gezondheidszorg geldt, wordt gewijzigd van 'onbepaald' in 'tot en met 30 juni 2004'.
 - e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'Beleidsregel declaratiestructuur'.
-

2. DECLARATIESTRUCTUUR

In de beleidsregel wordt de declaratiestructuur geregeld voor psychiatrische ziekenhuizen, dit zijn instellingen die zijn toegelaten voor behandeling en verblijf voor verzekerden met een psychiatrische aandoening en toegelaten voor verblijf voor verzekerden met een psychosociaal probleem.

A. Tarieven

Het door een psychiatrisch ziekenhuis aan een cliënt of diens ziektekostenverzekeraar in rekening te brengen rechtsgeldige tarief voor een (gezondheidszorg) prestatie of geheel van prestaties betreft uitsluitend de prestatie of geheel van prestaties voor een eigen cliënt van de instelling voor gezondheidszorg.

Onder het begrip "eigen cliënt" wordt verstaan de cliënt die zich voor het verlenen van medische hulp heeft gewend tot de instelling voor gezondheidszorg. Bij de toepassing van dit begrip in het kader van deze richtlijn geldt: "het eigen cliënt zijn van een instelling voor gezondheidszorg" wordt eerst beëindigd wanneer er sprake is van een overdracht van de medische hulpverlening aan deze cliënt naar een andere instelling voor gezondheidszorg respectievelijk een andere medische specialist.

Onder "een eigen cliënt" wordt tevens verstaan:

- 1. De cliënt ten behoeve van wie laboratoriumverrichtingen in opdracht van een huisarts worden uitgevoerd. Hiervoor gelden de betreffende neventarieven (B200 t/m B215, B290, B291, B292, B302, B307 en B511).
- 2. De cliënt ten behoeve van wie het verlenen van een prestatie of geheel van prestaties geschiedt in opdracht van een medische specialist tot wie de cliënt zich voor het verlenen van medische hulp heeft gewend en waarbij het verlenen van die medische hulp door deze medische specialist op dat moment niet plaatsvindt in het kader van zijn praktijkuitoefening in enig ziekenhuis.

B. Aanvullende inkomsten

Indien een instelling voor gezondheidszorg een prestatie op aanvraag van een andere instelling voor gezondheidszorg uitvoert, kunnen de aan deze onderlinge dienstverlening verbonden kosten uitsluitend in rekening worden gebracht bij de aanvragende instelling. Dit geldt uitsluitend voor prestaties die vallen onder de aanspraak van de cliënt, waarvoor hij zorg ontvangt bij de aanvragende instelling