

Declaratiebepalingen DBC GGZ

Bijlage 3 bij circulaire Care/
AWBZ/07/21c

REGELING GG/NR-100.066

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

Artikel 1. Algemeen

Deze regeling is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw en wordt geleverd door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden (voor zover het psychiaters betreft), zorgaanbieders die zorg leveren zoals psychotherapeuten die bieden, ziekenhuizen en academische ziekenhuizen (voor zover het de psychiatrische afdelingen betreft), zorgaanbieders die zijn toegelaten voor zorg aan verzekerden met een psychiatrische aandoening of zorgaanbieders van wie de zorgverlening is gericht op verzekerden met een psychiatrische aandoening.

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.

2.2 DBC

Diagnose behandeling combinatie: 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 of een andere fase of status in de behandeling aanbreekt (bijvoorbeeld langdurige periodieke controle), wordt dit vervolgetraject 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 productgroepcodes 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 samenstel van de codes van het zorgtype, de diagnoseclassificatie en de productgroepen voor verblijf en behandeling.

2.6 DBC Validatie

Zorgaanbieders zijn ten behoeve van de registratie en declaratie van DBC's gehouden in hun software 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 (50) en productgroepen voor behandeling (130). 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, zoals vastgesteld door de Projectgroep.DBC GGZ.

2.12 Overige producten

Dit zijn door zorgaanbieders geleverde zorgproducten die op zich zelf staan en geen onderdeel uitmaken van zorgverlening in het DBC-traject van een cliënt.

2.13 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.

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 Productstructuur DBC GGZ. 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 DBC's die zijn afgesloten vanaf 1 januari 2008 en zijn gevalideerd door de zorgaanbieder door middel van de validatiemodule.

Er is sprake van een overloop DBC als een DBC is geopend in 2007 en wordt afgesloten in 2008. In dat geval wordt de declaratie van het DBC-tarief gesaldeerd met het creditbedrag voor de zorg die in de periode vanaf de opening van de DBC in 2007 tot en met 31 december 2007 is geleverd en is/wordt betaald op grond van AWBZ aanspraken. Ingeval de saldering resulteert in een negatief declaratiebedrag wordt het saldo op nihil (0) gesteld.

Het DBC-tarief dat wordt gedeclareerd is het tarief dat van toepassing was op het moment van openen van de DBC. In afwijking hiervan geldt voor DBC's die zijn geopend in 2007 en worden afgesloten in 2008 het DBC-tarief per 1 januari 2008.

4.2.3 Berekening creditbedrag bij overloop DBC's

Ten behoeve van de creditbedragen bij overloop DBC's stellen zorgaanbieders na afloop van 2007 een overzicht op. In dit overzicht wordt door zorginstellingen op persoonsniveau voor cliënten, die op 31 december 2007 in behandeling zijn, aangegeven welke zorgprestaties volgens de Regeling bepalingen GGZ prestaties 2007 gedurende het DBC traject in 2007 zijn geleverd. Op basis van de daarbij behorende tarieven volgens voornoemde regeling wordt per cliënt een totaalbedrag berekend. Zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, die niet zijn verbonden aan een instelling, berekenen de creditbedragen op basis van de prestaties en de daarbij behorende tarieven, die in 2007 daadwerkelijk in rekening zijn gebracht en die bij het DBC traject horen. Het totale creditbedrag per cliënt wordt, nadat de DBC is afgesloten en gevalideerd, in de factuur verwerkt, zoals genoemd onder 4.2.2. Voor zorginstellingen wordt de berekening per 31 december 2007 van

het te verrekenen onderhanden werk door de accountant voorzien van een juistheidsverklaring.

4.2.4 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. In geval de declaratie wordt gericht aan de zorgverzekeraar worden in afwijking van het voorgaande bij overloop-DBC's de DBC-tarieven gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar bij wie de cliënt verzekerd was op 1 januari 2008. Bij deze ziektekostenverzekeraar wordt eveneens de creditering voor in 2007 verleende zorg verrekend.

4.2.5 Onderlinge dienstverlening

Indien sprake is van onderlinge dienstverlening mag er alleen door de zorgaanbieder waar de cliënt als eigen cliënt onder behandeling is een DBC in rekening worden gebracht. De dienstverlennende zorgaanbieder mag noch een DBC noch een overig of ondersteunend product behorend bij het DBC traject bij de cliënt of verzekeraar in rekening brengen.

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 parallele 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.

5.2 Verrekenpercentage /bedrag

Voor de verrekening van opbrengstverschillen met betrekking tot oude jaren en verschillen in het lopende jaar tussen budget en opbrengsten van de DBC-tarieven (A-segment) geldt een per zorgaanbieder (instelling) variërende procentuele opslag of aftrek (verrekenpercentage) op de DBC-tarieven. Per zorgaanbieder wordt onderscheid gemaakt in verrekenpercentages voor DBC-tarieven inclusief verblijf en exclusief verblijf. Zorgaanbieders die zowel klinische als ambulante zorg verlenen passen het verrekenpercentage uitsluitend toe op de klinische DBC-tarieven.

Als verrekenpercentage wordt toegepast het percentage dat gold op de dag waarop de DBC werd geopend. In afwijking hiervan geldt voor overloop-DBC's die worden afgesloten in 2008 als verrekenpercentage het percentage dat geldt op 1 januari 2008.

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 vervolgd 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 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.

6.4 Kostenbedrag

Op de factuur wordt voor DBC's die zijn geopend vanaf 2 januari 2007 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

De AGB-code wordt weergegeven conform de AGB subberoepsgroep indeling (de AGB-code van het specialisme is hierbij leidend) en bestaat uit 4 posities.

6.6 DBC-prestatiencode

De specificatie van het geleverde zorgproduct. De DBC-prestatiencode wordt afgeleid van de gevalideerde DBC-dataset. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens de DBC-componenten: zorgtype, diagnoseclassificatie, productgroep voor verblijf en productgroep voor behandeling van de DBC-dataset (in deze volgorde). 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, crisisopvang en kortdurend is vermelding van diagnoseinformatie 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

Op de factuur van de zorgaanbieder aan de cliënt wordt aan het DBC-tarief de lekenomschrijving van de geleverde zorg toegevoegd.

Het in dit artikel bepaalde is op grond van artikel 44 Wmg mede van toepassing ten aanzien van degene die voor een zorgaanbieder, als bedoeld in artikel 1 van deze regeling, een administratie voert alsmede ten aanzien van degene die een administratie voert ten behoeve van of in verband met het aanbieden, overeenkomen, leveren, in rekening brengen, betalen of vergoeden aan derden van een prestatie of een tarief of het ontvangen van een betaling.

Artikel 7. Slotbepaling

De regeling kan worden aangehaald als 'Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ'.

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en is van toepassing op de declaraties vanaf 1 januari 2008. Met de inwerkingtreding van deze Regeling wordt de Regeling GG/NR-100.049 beëindigd.

TOELICHTING

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 factureringvoorschriften. 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.

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 in de ggz te kunnen introduceren. Dit is per 2008 nog niet te verwachten en ook voor 2009 zijn hierover nog geen beslissingen genomen.

Overloop DBC's

DBC tarieven die in 2008 in rekening worden gebracht kunnen in 2007 zijn gestart. In dat geval is sprake van een overloop DBC. Dit leidt na afsluiting van de dbc tot het rekening brengen van het volledige tarief. Bij de declaratie aan de zorgverzekeraar van het DBC-tarief wordt per cliënt het totaalbedrag, voor de zorgprestaties die in 2007 met betrekking tot de dbc al zijn geleverd en betaald door de AWBZ, verrekend. Op deze wijze wordt bereikt dat er geen dubbele betalingen plaatsvinden. Zorgaanbieders dienen per ultimo 2007 een door de accountant gewaarmerkte opstelling te maken van openstaande dbc's op cliëntniveau met de aan de cliënt in 2007 geleverde zorgprestaties in aantallen en geld. Voor de waardering in geld wordt daarbij door instellingen uitgegaan van de tarieven genoemd in de Regeling bepalingen ggz prestaties 2007. Zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, die niet zijn verbonden aan een instelling, maken

deze berekeningen op basis van de prestaties en de daarbij behorende tarieven, die in 2007 daadwerkelijk in rekening zijn gebracht.

Privacyaspecten

Conform de regeling wordt op de factuur de DBC-prestatiecode vermeld. 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 d.d. 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

Ingangsdatum

Deze regeling is gekoppeld aan het moment waarop DBC tarieven aan zorgverzekeraars in rekening gaan worden gebracht. Dit is voorzien vanaf 1 januari 2008. De regeling is nu al vastgesteld en gepubliceerd met het oog op de voorbereidingen die moeten worden getroffen om invoering per 1 januari 2008 mogelijk te maken.

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.