

Regeling CI/NR-100.068

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

Gelet op artikel 37 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vast.

Artikel 1. Algemeen

a. Deze regeling is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw en wordt geleverd door:

- instellingen voor medisch specialistische zorg¹ (met uitzondering van sanatoria, epilepsie-inrichtingen, abortusklinieken, instellingen voor revalidatie),
- instelling - niet zijnde een ziekenhuis - voor medisch specialistische zorg,
- audiologische centra,
- centra voor erfelijkheidsonderzoek en zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden te onderscheiden naar categorieën van specialismen overeenkomstig het onderscheid zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zoals dat register luidt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving door de Nederlandse Zorgautoriteit voor het desbetreffende specialisme.

Artikel 2. Verplichtingen

De verplichtingen die uit deze regeling voortvloeien treden in werking op 15 juli 2007. Indien deze regeling, waaruit de verplichtingen voortvloeien, eerder in de Staatscourant wordt geplaatst, treden de verplichtingen in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de regeling wordt geplaatst. Met de inwerkingtreding van regeling CI/NR-100.068 wordt de regeling CI/NR-100.064 beëindigd.

Artikel 3. Definities en begrippen

3.1 Diagnosebehandelingcombinatie

De diagnosebehandelingcombinatie (DBC) typeert het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist², voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.

3.2 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.

3.3 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.

3.4 DBC-declaratiecode

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

3.5 DBC-prestatiecode

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

3.6 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).

3.7 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).

Artikel 4. DBC-bedragen

4.1 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-declaratiecodes³;
- 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. 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.nza.nl). Alleen DBC's die volgens de vigerende typeringsinstructies zijn getypeerd en die zijn gevalideerd volgens de vigerende validatiemodule kunnen worden gedeclareerd.

4.2 Declaratiebepalingen

4.2.1. Moment van declaratie

Declaratie vindt plaats 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 definitieve 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 bij-

lage 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.

4.2.2 DBC's die gedeclareerd kunnen worden

Het volledige DBC-tarief⁴ 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 ten behoeve van declaraties door aanbieders. Uitgangspunt voor declaratie is het DBC-tarief dat gold op het moment van openen van de DBC⁵.

4.2.3 Aan wie wordt de DBC gedeclareerd?

Het DBC-tarief wordt 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.

4.2.4 Gegevens op de nota

De gegevens die op de factuur dienen te worden vermeld zijn opgenomen in de 'regeling informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling'.

4.3 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).

4.4 Specifieke bepalingen

DBC's die vallen onder een wettelijke regeling DBC's die vallen onder een wettelijke regeling worden alleen 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.

4.5 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) worden alleen 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.
- Indien er sprake is van dubbelzijdige behandeling tijdens één en hetzelfde consult wordt er slechts één DBC consult in rekening gebracht.
- 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.

Artikel 5. Overige bedragen

5.1 Overige trajecten en verrichtingen

De hier opgenomen trajecten en verrichtingen zijn niet opgenomen in de DBC-systematiek. 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 binnen een zorgtraject. De overige trajecten en verrichtingen maken onderdeel uit van het A-segment met landelijke bedragen.

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.

5.2 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.

5.3 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 eerste lijns verrichtingen en de verplichte kapitaallastenopslag van de DBC's uit het B-segment anderzijds geldt een verrekeningsmethode.

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.

Voor DBC's in het A-segment vallend onder de 'niet in het basispakket verzekerde zorg' en geopend vanaf 1 februari 2006 geldt geen verrekenpercentage. 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.nza.nl.

5.4 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.

Artikel 6. Overige bepalingen

Bepalingen gelden per patiënt per instelling

Combinatie DBC spoedeisende hulp met reguliere dbc's

6.1a. Een DBC spoedeisende hulp staat minimaal één kalenderdag en maximaal twee (aansluitende) kalenderdagen open. Zowel het openen als het sluiten van de DBC spoedeisende hulp gebeurt dus in deze tijdsperiode.

6.1b. Met betrekking tot het declareren van DBC's spoedeisende hulp geldt als hoofdregel dat er slechts één DBC spoedeisende hulp per patiënt per specialisme gedeclareerd mag worden (binnen de één of twee kalenderdag(en)). Er zijn hierin vier situaties te onderscheiden:

1. Een patiënt presenteert zich op de spoedeisende hulp met één zorgvraag: er wordt één DBC spoedeisende hulp gedeclareerd.
2. Een patiënt presenteert zich op de spoedeisende hulp met meerdere zorg-

vragen bij één specialisme: er wordt één DBC spoedeisende hulp gedeclareerd. 3. Een patiënt presenteert zich op de spoedeisende hulp met één zorgvraag bij meerdere specialismen: er wordt één DBC spoedeisende hulp gedeclareerd per specialisme. Criterium voor de declaratie van een DBC door het tweede of volgende specialisme is dat sprake dient te zijn van substantiële meerkosten verbonden aan de inzet van het tweede of volgende specialisme. 4. Een patiënt presenteert zich op de spoedeisende hulp met meerdere zorgvraag bij meerdere specialismen: er wordt één DBC spoedeisende hulp gedeclareerd per specialisme. Criterium voor de declaratie van een DBC door het tweede of volgende specialisme is dat sprake dient te zijn van substantiële meerkosten verbonden aan de inzet van het tweede of volgende specialisme.

Meerdere spoedeisende hulp bezoeken

Een patiënt presenteert zich meer dan één keer op de spoedeisende hulp (binnen de één of twee kalenderdag(en)) met één zorgvraag bij één specialisme: er wordt één DBC spoedeisende hulp gedeclareerd. Hierbij is het begrip substantiële meerkosten, gerelateerd aan parallelle DBC's, niet van toepassing. 6.1c. Op de hoofdregel zoals genoemd bij 6.1b is slechts één uitzondering: een patiënt presenteert zich meer dan één keer bij één specialisme op de spoedeisende hulp (binnen de één of twee kalenderdag(en)), met per keer een andere zorgvraag (doorgaans leidend tot een andere diagnose). In dat geval kan er meer dan één DBC spoedeisende hulp worden gedeclareerd. Bij deze uitzondering zijn de regels omtrent het begrip substantiële meerkosten, gerelateerd aan parallelle DBC's, wel van toepassing. 6.1d. Er kan binnen de tijdsperiode dat een DBC spoedeisende hulp openstaat (één of twee kalenderdag(en)) niet tevens een andere (reguliere) dbc voor hetzelfde specialisme en voor dezelfde zorgvraag worden geopend en tevens gesloten, tenzij het een eendaagse klinische DBC betreft die aan de voorwaarden zoals genoemd bij artikel 6.2b t/m 6.2e voldoet.

Klinische eendaagse DBC's

6.2a. Klinische ééndaagse DBC's (waarbij ééndaagse slaat op een looptijd van één kalenderdag) kunnen niet worden gedeclareerd. Van klinische DBC's is sprake in geval van opname van de patiënt op de verpleegafdeling, IC, high/medium care. In andere gevallen is sprake van poliklinische of dagverpleging DBC's. 6.2b. De bepaling zoals genoemd bij 6.2a is niet van toepassing indien er sprake is van definitieve overname van de patiënt door een andere instelling, op de dag van opname op de verpleegafdeling, IC, high/medium care door de

initiële instelling. In dat geval kan er wel een klinische ééndaagse DBC worden gedeclareerd.

6.2c. De bepaling zoals genoemd bij 6.2a is niet van toepassing indien er sprake is van definitieve overname van de patiënt door een ander specialisme binnen dezelfde instelling op de dag van opname op de verpleegafdeling, IC, high/medium care door de initiële instelling. In dat geval kan er wel een klinische ééndaagse DBC worden gedeclareerd.

6.2d. De bepaling zoals genoemd bij 6.2a is niet van toepassing indien er sprake is van overlijden van de patiënt op de dag van opname op de verpleegafdeling, IC, high/medium care. In dat geval kan er wel een klinische ééndaagse DBC worden gedeclareerd.

6.2e. De bepaling zoals genoemd bij 6.2a is niet van toepassing indien er sprake is van observatie van een patiënt op de verpleegafdeling, IC, high/medium care en ontslag plaatsvindt op de dag van de opname. In dat geval kan er wel een klinische ééndaagse DBC worden gedeclareerd.

Aansluitende (seriële) DBC's

6.3a. Het is niet mogelijk om binnen 28 dagen voor hetzelfde specialisme een poliklinische DBC met hetzelfde zorgtype en diagnose te openen. Indien er abusievelijk binnen 28 dagen toch een tweede poliklinische DBC wordt geregistreerd, kan deze niet worden gedeclareerd.

6.3b. De bepaling zoals genoemd bij 6.3a is niet van toepassing indien er sprake is van het behandelen van dubbelzijdige organen. In dat geval gelden de desbetreffende regels.

6.3c. De bepaling zoals genoemd bij 6.3a is niet van toepassing op vervolg DBC's in het geval van exacerbatie/recidief en de hierdoor optredende verzwaren van de behandelsetting (poliklinisch/dagverpleging/opname) van de vervolg DBC.

6.3d. De bepaling zoals genoemd bij 6.3a is niet van toepassing op DBC's waarvoor in deze nadere regel, in de prestatieomschrijving of in de instructies expliciet is opgenomen dat per verrichting of behandeling het declareren van een afzonderlijke DBC is toegestaan.

6.4. Het is niet mogelijk om aansluitend DBC's van hetzelfde zorgtype en dezelfde diagnose met een veranderende behandelmodaliteit te declareren. In het geval dat er sprake is van het verzwaren van de behandelmodaliteit wordt alleen de DBC met de zwaarste modaliteit in rekening gebracht. Met behandelmodaliteit is bedoeld elke behandelbaarheid in de behandelas. De uitzonderingen zoals genoemd onder 6.3b, 6.3c en 6.3d zijn ook hier van toepassing.

Onderlinge dienstverlening

6.5a. Indien er sprake is van onderlinge dienstverlening wordt alleen door de instelling waar de patiënt als eigen patiënt onder behandeling is een DBC in rekening gebracht. Door de de dienstverlenende instelling wordt noch een DBC noch een overig of ondersteunend product bij de patiënt of verzekeraar in rekening gebracht.

6.5b. De bepaling zoals genoemd bij 6.5a is niet van toepassing op WBMV DBC's. In dat geval mag er wel een DBC in rekening worden gebracht.

6.5c. Diagnostiek op verzoek van de eerste lijn valt niet onder onderlinge dienstverlening. In het geval van productie op verzoek van de eerste lijn wordt er een overig of ondersteunend product in rekening gebracht. Voor productie op verzoek van de eerste lijn kan nooit een DBC in rekening worden gebracht.

6.5d. Indien er sprake is van diagnostiek op verzoek van de eerste lijn, die direct leidt tot overname van de behandeling door de medisch specialist kan er geen overig of ondersteunend product worden gedeclareerd. In dat geval kan er alleen een DBC door de medisch specialist in rekening worden gebracht.

Overige en ondersteunende producten

6.6a. Een overig of ondersteunend product wordt alleen bij patiënt of verzekeraar in rekening gebracht indien (1) er sprake is van productie op verzoek van de eerste lijn en (2) productie aan een ander specialisme, werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (zoals kaakchirurgie en revalidatiegeneeskunde). 6.6b. Een overig of ondersteunend product wordt dus niet bij patiënt of verzekeraar in rekening gebracht als het overig of ondersteunend product onderdeel uitmaakt van een DBC.

Zorgtrajecten

6.7. Het zorgtraject 41 (per 1 januari 2007 ingevoerd als registratie-eenheid voor verrichtingen op verzoek van eerste lijn) kan niet worden gedeclareerd. Indien er een prestatieomschrijving is vastgesteld en er aan het eerstelijns criterium wordt voldaan kan er wel een overig of ondersteunend product in rekening worden gebracht. Ook kunnen er voor zorgtraject 41 geen parameters ten behoeve van FB budget en lumpsum worden geregistreerd.

Artikel 7. Inwerkingstreding regeling

De regeling kan worden aangehaald als 'Regeling declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling'.

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

Deze regelingen en eventueel bijbehorende bijlagen liggen tevens ter inzage bij de Nza en worden ook gepubliceerd op www.nza.nl

De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit, mr. F.H. de Grave, voorzitter, drs. A.L.M. Barendregt, portefeuillehouder Cure.

¹ Voorheen: instellingen voor niet-klinische hemodialyse, ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, radiotherapeutische centra, beademingscentra.

² Hieronder wordt ook de extramuraal werkende medisch specialist en de audioloog (klinisch fysisch) verstaan.

³ 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.

⁴ 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 zorg-instelling vastgestelde DBC-kostenbedrag en de DBC-honorariumbedragen. Ten aanzien van de DBC-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.

⁵ De voorwaarde van validering door de zorginstelling via de de validatiemodule geldt niet voor de zelfstandige radiotherapeutische instellingen, de zelfstandige dialysecentra en de audiologische centra. Hier dienen wel alternatieve controlemaatregelen aanwezig te zijn met vergelijkbare betrouwbaarheidsgraad. Voor de zelfstandige radiotherapeutische instellingen en de zelfstandige dialysecentra geldt 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 NZA-verrichtingencodes meer kunnen worden gedeclareerd. Voor de audiologische centra geldt dat het volledige DBC-tarief in rekening kan worden gebracht voor DBC's die zijn geopend vanaf 1 januari 2007 en dat er voor verrichtingen na 1 januari 2007 geen onderliggende NZA-verrichtingencodes meer kunnen worden gedeclareerd.