



## Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ

Vastgesteld op 21 augustus 2012  
NR/CU-521

Ingevolge de artikelen 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheids-zorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Ingevolge artikel 27 van de Wmg is de NZa onder meer bevoegd tot het stellen van regels met betrekking tot de controle door zorgverzekeraars.

### Artikel 1. Reikwijdte

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 Cliënt

Iemand die zorg afneemt, respectievelijk krijgt geleverd, van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 2.1.

#### 2.3 DBC

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

#### 2.4 DBC-traject

Een DBC duurt maximaal 365 dagen. Wanneer het zorgtraject van een DBC langer dan 365 dagen duurt, 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.

#### 2.5 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 behandeling), de deelprestaties verblijf en einddatum. Aan een DBC-dataset is de hoeveelheid ingezette activiteiten en verrichtingen gekoppeld op basis waarvan door de validatiemodule de productgroep(code) voor behandeling en de deelprestaties verblijf worden bepaald. Vanuit de productgroepcode voor behandeling wordt de bijbehorende prestatiecode afgeleid, waaraan een declaratiecode wordt toegevoegd. Aan de deelprestaties verblijf wordt direct een tarief gekoppeld.

#### 2.6 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, de productgroep voor behandeling en de deelprestaties verblijf. Op de posities waar voorheen de verblijfsgroepen waren opgenomen, worden deze posities nu altijd gevuld met een 0 (in totaal dus 000).

#### 2.7 DBC Validatie

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

#### 2.8 Productstructuur en productgroepen voor behandeling en deelprestaties verblijf



De productstructuur bestaat uit productgroepen voor behandeling en daarnaast worden er 7 deelprestaties verblijf onderscheiden. Aan de productgroepen zijn bedragen en codes (3 posities) gekoppeld. Aan de deelprestaties verblijf zijn bedragen gekoppeld.

#### 2.9 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 deelprestaties voor verblijf (en het aantal dagen per deelprestaties 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.

#### 2.10 Declaratiecode

De zescijferige codes die gekoppeld zijn aan de productgroepen voor behandeling. Aan een declaratiecode is een tarief gekoppeld.

#### 2.11 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.

#### 2.12 Lekenomschrijving

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

#### 2.13 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.

#### 2.14 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'.

#### 2.15 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 deze 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 DBCs 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 ziektekosten-verzekeraar. 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'.

#### 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. 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.

#### 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. verblijf (altijd 000 omdat de deelprestaties verblijf apart vermeld worden);
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 Deelprestaties verblijf**

In totaal worden zeven deelprestaties verblijf onderscheiden (deelprestatie verblijf A t/m G). De deelprestaties verblijf worden per dag afgerekend en altijd in combinatie met een productgroep voor behandeling in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke deelprestaties verblijf geleverd zijn met daarbij de datum waarop de deelprestaties verblijf hebben plaatsgevonden.

#### **6.8 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. Uitzondering in geval van privacybezwaren**

#### **Algemeen**

- 7.1 De artikelen 6.3, 6.6 en 6.8, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien de cliënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig bijlage 1.
- 7.2 De verklaring bedoeld in artikel 7.1 dient vóór, doch uiterlijk op het moment van indiening van de factuur bij de zorgverzekeraar in het bezit te worden gesteld van de zorgverzekeraar van de cliënt.
- 7.3 De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 7.1 bedoelde verklaring.
- 7.4 In aanvulling op de uitzonderingsbepaling van artikel 7.1 en zonodig in afwijking van artikel 6.4, zijn cliënt en zorgaanbieder gerechtigd om een tarief, niet hoger dan het geldende maximumtarief, te declareren zodanig dat dit afwijkende tarief niet herleidbaar is naar de diagnose. De zorgaanbieder, al dan niet in gezamenlijkheid met de cliënt, dient in dit geval in overleg met de zorgverzekeraar tot een afwijkende, doch voor beide partijen aanvaardbare betalingsprocedure te komen. De zorgverzekeraar is gehouden om binnen redelijke grenzen medewerking te verlenen aan de totstandkoming van zo'n betalingsprocedure.
- 7.5 Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van facturen die op grond van dit artikel door een zorgaanbieder, dan wel een cliënt, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

#### **Zelfbetalers**

- 7.6 De artikelen 6.3, 6.6 en 6.8, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien een cliënt aan de zorgaanbieder te kennen geeft de factuur, resp. facturen, met betrekking tot de door hem genoten behandeling(en) zelf te zullen betalen, althans niet ter betaling bij zijn zorgverzekeraar aan te bieden.
- 7.7 Indien een cliënt bedoeld in artikel 7.6 zich bedenkt en de factuur op een later moment alsnog ter betaling wil indienen bij zijn zorgverzekeraar, dan dient alsnog een verklaring als bedoeld in artikel 7.1 te worden ingevuld en ondertekend. De artikelen 7.2 tot en met 7.5 zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.

### **Artikel 8. Intrekking oude regel(s)**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regel wordt de 'Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ', kenmerk NR/CU-520, ingetrokken.



---

## Artikel 9. Inwerkingtreding en citeerregel

- 9.1 Deze regeling treedt in werking op PM<sup>1</sup>.  
Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden gepubliceerd<sup>2</sup>.
- 9.2 Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ'.

*Met vriendelijke groet,  
Nederlandse Zorgautoriteit,  
mr. drs. T.W. Langejan,  
voorzitter Raad van Bestuur.*

---

<sup>1</sup> De datum van inwerkingtreding is de dag na de publicatiedatum van deze regeling in de Staatscourant.

<sup>2</sup> Staatscourant d.d. **PM** nr. **PM**



---

## BIJLAGE 1

### PRIVACY VERKLARING

Ondergetekenden:

[cliënt]

en

[zorgaanbieder]

verklaren:

1. Dat tussen partijen een behandelrelatie is aangegaan, waarvoor de zorgaanbieder een tarief in rekening wenst te brengen overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg.

*Vermelding diagnose-informatie op factuur*

2. Dat de cliënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat gegevens die te herleiden zijn tot een door de zorgaanbieder met betrekking tot de cliënt gestelde diagnose, op de declaratie worden vermeld.
3. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 7 van de Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ, vermelding van de onder 2 vermelde gegevens achterwege zal laten.

*Aanlevering gegevens aan DIS*

4. Dat de cliënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft, dat MDS-gegevens als bedoeld in artikel 5 van de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset GGZ Zvw', aan DIS worden aangeleverd.
5. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset GGZ Zvw', de aanlevering van de onder 4 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

PLAATS: .....

DATUM: .....

Handtekening cliënt

Handtekening zorgaanbieder

.....

.....



## TOELICHTING

### 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.

#### 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

Op grond van deze regeling dient de zorgaanbieder de DBC-prestatiecode op de factuur te vermelden. In deze code komt onder meer de diagnoseclassificatie tot uitdrukking. Vanwege het privacygevoelige karakter van deze informatie is het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) hierover om advies gevraagd. Met 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: Rechterlijke machtiging (RM), Inbewaringstelling (IBS), Ondertoezichtstelling (OTS), Rechterlijke machtiging met voorwaarden en Jeugdstrafrecht. De hiervoor genoemde brief van het CBP is te downloaden van de website van het CBP: [www.cbpweb.nl](http://www.cbpweb.nl).

#### Uitzondering verplichte vermelding diagnose-informatie op de factuur (artikel 7)

Naar aanleiding van een uitspraak<sup>1</sup> van het College van Beroep voor het bedrijfsleven d.d. 8 maart 2012 heeft de NZa besloten een ontheffingsmogelijkheid te creëren van de algemeen geldende verplichting om diagnose-informatie, dan wel tot de diagnose te herleiden informatie, op de factuur te vermelden.

Hieraan is uitvoering gegeven middels een afzonderlijke uitzonderingsbepaling (artikel 7 van de regeling).

De ontheffingsmogelijkheid is vormgegeven door middel van een verklaring die door zowel zorgaanbieder als cliënt dient te worden ondertekend. De zorgaanbieder dient deze aan de zorgverzekeraar te sturen en een kopie van de verklaring in zijn administratie te bewaren. Het is overigens ook mogelijk dat de zorgaanbieder de verklaring in het bezit stelt van zijn cliënt en de cliënt vervolgens zelf, uiterlijk op het moment van indiening van de betreffende nota, de verklaring bij zijn zorgverzekeraar indient.

De noodzaak tot ondertekening van de verklaring door de patiënt vloeit voort uit de kenbaarheid (o.a. voor de zorgverzekeraar) van zijn wens om geen diagnose-informatie, of tot de diagnose herleidbare informatie, op de factuur te willen hebben staan en aldus aangeeft gebruik te willen maken van de uitzonderingsbepaling van deze regeling. De reden dat ook de zorgaanbieder de verklaring moet

<sup>1</sup> Uitspraak van het CBb d.d. 8 maart 2012 AWB 11/317, 11/358 en 11/372.





ondertekenen, is gelegen in het feit dat verplichting tot vermelding van de prestatiecode (diagnose-informatie) op de factuur, alsmede alle overige verplichtingen die uit de Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ voortvloeien, gericht zijn aan de zorgaanbieder en niet aan de zorgvrager (cliënt). De reikwijdte (zie ook artikel 1) van de Regeling, inclusief de uitzonderingsbepaling, beperkt zich kortom tot zorgaanbieders. Door het ondertekenen van de verklaring geeft de zorgaanbieder te kennen dat hij van de uitzonderingsbepaling van de Regeling gebruik wenst te maken.

Met artikel 7.4 faciliteert de NZa dat de zorgaanbieder een (van het maximumtarief) afwijkend tarief in rekening kan brengen, zodanig dat dit niet herleidbaar is naar de diagnose. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar kunnen in onderling overleg afspreken op welke wijze dit wordt vormgegeven. De NZa schrijft niet voor hoe zo'n alternatieve betalingsprocedure er precies uit moet zien, aangezien er diverse varianten en subvarianten denkbaar zijn, die in de praktijk voor de ene zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder wel en voor de andere zorgverzekeraar en/of zorgaanbieder juist weer niet voldoet. Wel schrijft de NZa voor dat de zorgverzekeraar binnen redelijke grenzen is gehouden om medewerking te verlenen aan de wens van een zorgaanbieder om tot een alternatieve betalingsprocedure te komen. Ook de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven geeft een aantal niet volledig uitgewerkte oplossingsrichtingen weer, die aanknopingspunten kunnen bieden om tot een dergelijke declaratie- en betalingsprocedure te komen.

### **Wijzigingen t.o.v. de versie die gold vanaf 5 juni 2012**

#### ***Artikelen 7.1 en 7.6***

In deze artikelen zijn enkele technische onvolkomenheden hersteld. Het betreft het opnemen van artikel 6.3 (declaratiecode) en 6.8 (lekenomschrijving) naast artikel 6.6 (DBC-prestatiecode) als artikelen die buiten toepassing blijven in geval van privacybezwaren.

### **Wijzigingen t.o.v. de versie die gold tot 31 december 2011**

#### ***Artikelen 2.4, 2.5, 2.7, 2.8, 2.9 en 6.6***

Met ingang van 1 januari 2012 wordt een nieuwe wijze van afrekenen van verblijf ingevoerd, in plaats van productgroepen voor verblijf zijn er nu 7 deelprestaties voor verblijf. Dit is aangepast in deze artikelen.

#### ***Artikel 6.7 Deelprestaties verblijf***

Dit artikel is toegevoegd vanwege de per 1 januari 2012 geldende wijze van afrekenen van verblijf. De deelprestaties verblijf worden apart op de factuur vermeld, hierbij wordt tevens vermeld op welke datum het verblijf heeft plaatsgevonden. Het vermelden van de datum is noodzakelijk vanwege het innen van de eigen bijdrage voor verblijf. Het oude artikel 6.7 is vernummerd tot artikel 6.8.

#### ***Artikel 5.2***

Door de per 1 januari 2012 geldende wijze van afrekenen van verblijf is het onderscheid tussen klinische en niet-klinische zorg niet langer af te leiden uit de DBC prestatiecode. Er is sprake van klinische zorg indien er naast de productgroep voor behandeling ook nog één of meer deelprestaties verblijf in rekening worden gebracht. Zorgaanbieders die zowel klinische (intramurale) als ambulante (extramurale) zorg verlenen, dienen, op het moment dat er sprake is van klinische zorg, het van toepassing zijnde verrekenpercentage zowel op de productgroep voor behandeling als op in rekening gebrachte deelprestatie(s) verblijf toe te passen.

### **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.