

# REGELING NR/CU-524

## Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ



Ingevolge artikel 27, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels over de wijze waarop declaratie van DBC's in de curatieve GGZ dient plaats te vinden.

Kenmerk  
NR/CU-524

### 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die tweedelijns<sup>1</sup> curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ), als bedoeld in artikel 3, onder b, leveren en die op grond van een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de wet de door hen geleverde zorgprestaties dienen te declareren door middel van DBC's.

### 2. Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is regels<sup>2</sup> te stellen die in acht moeten worden genomen bij het declareren van DBC's en bijbehorende tarieven. Daartoe behoren ook regels die voorschrijven welke gegevens de factuur met betrekking tot de geleverde zorg minimaal moet bevatten. Om rechtmatig te kunnen declareren, dient een zorgaanbieder daarnaast aan een aantal eisen op het gebied van registratie en validatie te voldoen. Vandaar dat het stellen van regels ten aanzien van het registreren en valideren van DBC's een ander doel van deze regeling is.

### 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *wet*: de Wet marktordening gezondheidszorg;
- b. *curatieve geestelijke gezondheidszorg*: geneeskundige (op genezing gerichte) geestelijke gezondheidszorg;
- c. *geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*: zorg als bedoeld in de wet van 2 november 2006 tot wijziging van het tijdstip waarop die zorg deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Stb. 2006, 630, Artikel III)
- d. *zorgaanbieder*: natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg verleent;
- e. *zorgverlener*: natuurlijke persoon als bedoeld onder d;
- f. *cliënt*: iemand die zorg afneemt, respectievelijk krijgt geleverd, van een zorgaanbieder als bedoeld onder d;
- g. *hoofdbehandelaar*: zorgverlener, al dan niet in dienst van een rechtspersoon als bedoeld onder d, die, in reactie op de zorgvraag van een cliënt, bij die cliënt de diagnose stelt en onder wiens verantwoordelijkheid het DBC-traject van die cliënt wordt doorlopen. Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om cliënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt.

---

<sup>1</sup> De term 'tweedelijns' is hier bewust gekozen ter onderscheiding van de eerstelijns psychologische zorg, waarvoor vrije tarieven gelden als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel a, van de Wmg. Op laatstgenoemde categorie zorg is deze beleidsregel derhalve niet van toepassing. Waar in deze beleidsregel wordt gesproken van curatieve GGZ wordt steeds bedoeld op tweedelijns curatieve GGZ.

<sup>2</sup> Deze regels komen tot uitdrukking in voorwaarden, voorschriften en beperkingen.

- h. *DBC*: Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC typeert het geheel van prestaties voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieder consulteert.
- i. *DBC-traject*: de gehele periode waarin acties (openen / typeren / registreren / sluiten van DBC's) in het kader van de behandeling van een cliënt worden uitgevoerd, zoals bedoeld in het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ'.
- j. *DBC-registratie*: het geheel van handelingen en activiteiten, dat het openen, typeren, registreren en sluiten zoals bedoeld in bijlage 6 van het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013'<sup>3</sup> omvat.
- k. *DBC-dataset*: de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de Regeling Minimale Dataset.
- l. *DBC-prestatiecode*: code die bestaat uit twaalf karakters, die het afgesloten en gevalideerde DBC-traject beschrijft.
- m. *DBC-tarief*: het bedrag dat per DBC in rekening wordt gebracht, conform de algemene tariefbeschikking DBC GGZ 2013.
- n. *declaratiecode*: code die bestaat uit zes karakters en gekoppeld is aan de productgroepen voor behandeling en deelprestaties.
- o. *AGB-code*: unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd.
- p. *lekenomschrijving*: ten behoeve van cliënten in niet-medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte DBC-tarief.
- q. *audit-trail*: zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf door een externe accountant kan worden gevolgd en gecontroleerd.
- r. *basispakket*: conform het besluit Zorgverzekering<sup>4</sup> tot de noodzakelijke zorg behorende zorg.
- s. *deze regeling*: de voorliggende regeling 'Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ'

**Kenmerk**  
11D0047234

**Pagina**  
2 van 12

#### 4. Algemene declaratiebepalingen

1. Deze regeling stelt voorschriften, voorwaarden of beperkingen met betrekking tot het declaratieproces in de curatieve GGZ.
2. Het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013' bevat regels voor het openen, typeren, registreren en sluiten van DBC's. Dit document maakt integraal deel uit van deze regeling.
3. Het document 'Validatieregels GGZ 2013'<sup>5</sup> bevat de specificaties waaraan de validatiemodule, zoals bedoeld in artikel 6 van deze regeling, moet voldoen. Dit document maakt integraal deel uit van deze regeling.
4. Voor het leveren van zorg aan een cliënt kan de zorgaanbieder een bij deze zorg behorend DBC-tarief declareren indien voldaan is aan de volgende voorwaarden:
  - a. het gehele DBC-traject is afgesloten overeenkomstig het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013';
  - b. de stappen die het DBC-traject omvatten, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren, zijn volledig doorlopen;
  - c. de onder b genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.

<sup>3</sup> Uitgegeven door DBC-Onderhoud en vastgesteld door de NZa. Bijlage 6 bevat een samenvatting van het gehele document.

<sup>4</sup> Uitgegeven door het CVZ, vastgesteld door de rijksoverheid en te downloaden via <http://www.cvz.nl/zorgpakket>

<sup>5</sup> Uitgegeven door DBC-Onderhoud en vastgesteld door de NZa.

- d. de hoofdbehandelaar, als bedoeld in artikel 3, g, heeft voor het stellen van een diagnose, direct cliëntgebonden tijd, zoals genoemd in bijlage 6 van het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013', besteed aan de cliënt waarvoor wordt gedeclareerd.
- e. het aantal geleverde minuten direct cliëntgebonden tijd, als bedoeld onder d, is geregistreerd op een dusdanige manier dat effectieve controle door de zorgverzekeraar mogelijk is.

**Kenmerk**  
11D0047234

**Pagina**  
3 van 12

## **5. Bepalingen DBC-registratie**

1. De zorgaanbieder voert een DBC-registratie voor aan een cliënt geleverde zorg waarop de DBC-systematiek van toepassing is. De stappen die volgens het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013' onder dit DBC-registratieproces vallen, zijn achtereenvolgens: openen, typeren, registreren en sluiten. Het gehele registratieproces dient te voldoen aan de regels die in dit document zijn opgenomen. Dit document is te downloaden van de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)). Voorts ligt het document ter inzage ten kantore van de NZa en kan het op verzoek worden toegezonden (in beginsel niet kosteloos) aan belanghebbenden.
2. De administratieve organisatie dient zodanig ingericht te zijn dat een audit-trail mogelijk is. De zorgautoriteit en de zorgverzekeraar moeten te allen tijde de mogelijkheid hebben om DBC-registratie op juistheid te controleren.

## **6. Bepalingen validatie DBC's**

1. De zorgaanbieder neemt ten behoeve van de DBC-registratie en declaratie van DBC's in hun registratie- en declaratiesoftware een validatiemodule op. De validatiemodule dient zodanig te zijn ingericht dat uitsluitend DBC's in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van deze regeling en de onderliggende 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013'.
2. De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als instrument om de betrouwbaarheid van DBC's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie geschiedt op basis van gegevens in bronbestanden.
3. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat diens accountant tijdens zijn controle van de juistheid en volledigheid van de gerealiseerde productie via het formulier 'Nacalculatieformulier DBC GGZ Zvw 2013', als bedoeld in de Nadere regel 'Informatieverstrekking gebudgetteerde zorgaanbieders curatieve GGZ', verifieert of de validatiemodule volgens de door de NZa vastgestelde specificaties is gebouwd en naar behoren is toegepast.
4. De hierboven genoemde handelwijze voor de validatiemodule zijn uitgewerkt in het document 'Validatieregels GGZ 2013' en de toelichting hierop. Deze documenten zijn te downloaden van de website van de NZa ([www.nza.nl](http://www.nza.nl)).

## 7. Bijzondere declaratiebepalingen

### 7.1 *Moment van declaratie*

Declaratie van een DBC-tarief vindt plaats wanneer de DBC is geregistreerd en gevalideerd volgens de bepalingen zoals opgenomen in de artikelen 4 en 5 van deze regeling. In dit artikel wordt de procedure beschreven waaraan moet worden voldaan om een DBC-tarief te kunnen declareren.

### 7.2 *Te declareren DBC-tarief*

De zorgaanbieder als bedoeld in artikel 3 van deze regeling kan het DBC-tarief in rekening brengen voor alle afgesloten DBC's die zijn gevalideerd door middel van de validatiemodule. Het DBC-tarief dat wordt gedeclareerd is het tarief dat van toepassing was op de datum van openen van de DBC.

Het basispakket wordt vastgesteld door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Door middel van de declaratiecode wordt kenbaar gemaakt of een DBC tot het basispakket behoort. Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket behoort, te declareren als zorg die tot het basispakket behoort.

### 7.3 *Aan wie wordt het DBC-tarief gedeclareerd?*

Het DBC-tarief wordt gedeclareerd aan de cliënt of aan de zorgverzekeraar. Wanneer de cliënt gedurende het DBC-traject is veranderd van zorgverzekeraar, dient het DBC-tarief te worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar bij wie de cliënt verzekerd was op de datum van het openen van de DBC.

## 8. Declaratie 'overige producten' en verrekenpercentage

### 8.1 *Overige producten*

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

### 8.2 *Verrekenpercentage gebudgetteerde instellingen*

Voor DBC's die vanaf 1 januari 2013 worden geopend, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geen verrekenpercentage meer met elkaar overeenkomen. Verrekenpercentages die betrekking hebben op DBC's die vóór 1 januari 2013 zijn geopend, blijven ook na 1 januari 2013 doorlopen.

## 9. Gegevens op de factuur

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

### 9.1 *DBC-traject startdatum*

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

### 9.2 *DBC-traject einddatum*

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

### 9.3 Declaratiecode

De declaratiecode uit de NZa-tariefgroep begint met het getal 10 of 25 als sprake is van zorg die tot het basispakket behoort en met het getal 26 als sprake is van zorg die niet tot het basispakket behoort.

### 9.4 Kostenbedrag

Op de factuur wordt het DBC-tarief vermeld. Het te betalen bedrag wordt rekenkundig afgerond op twee decimalen.

### 9.5 AGB-code

Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders: de AGB-zorgverlenerscode en – indien van toepassing - de AGB-praktijkcode.

Voor instellingen: de AGB-instellingscode en - indien van toepassing - de AGB-zorgverlenerscode.

### 9.6 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 16 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.

### 9.7 Deelprestaties

De volgende deelprestaties worden onderscheiden:

- Verblijf: in totaal worden zeven deelprestaties verblijf onderscheiden (deelprestatie verblijf A t/m G). Deze deelprestaties worden per dag afgerekend.
- Electroconvulsietherapie (ECT)
- Ambulante methadon verstrekking (AMV)
- Beschikbaarheidscomponent crisis (BCC)
- Verblijf zonder overnachting (VZO)

Alle deelprestaties worden altijd in combinatie met een productgroep voor behandeling in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke deelprestaties op welke datum geleverd zijn.

### 9.8 Lekenomschrijving

Indien een zorgaanbieder aan de cliënt factureert, voegt hij op de factuur 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.

## 10. Uitzondering in geval van privacybezwaren

**Algemeen****10.1. Privacyverklaring**

Artikelen 9.3, 9.6 en 9.8, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijft buiten toepassing indien de cliënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig bijlage 1.

**10.2. Inzenden verklaring**

De verklaring bedoeld in artikel 10.1 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.

**10.3. Bewaren afschrift**

De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 10.1 bedoelde verklaring.

**10.4. Aanpassen tarief**

In aanvulling op de uitzonderingsbepaling van artikel 10.1 en zonodig in afwijking van artikel 9.4, 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.

**10.5. Controle door medisch adviseur**

Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van facturen die op grond van artikel 9 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****10.6. Uitzondering voor zelfbetalers**

Artikelen 9.3, 9.6 en 9.8, 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.

**10.7. Factuur alsnog ter betaling indienen**

Indien een cliënt bedoeld in artikel 10.6 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 10.1 te worden ingevuld en ondertekend. De artikelen 10.2 tot en met 10.5 zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.

**11. Intrekking oude regel(s)**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling Administratie Organisatie en interne controle registratie en facturering DBC's GGZ, met kenmerk NR/CU-504 ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling DBC GGZ Validatie, met kenmerk NR/CU-516 ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling Instructie DBC-registratie GGZ, met kenmerk NR/CU-517 ingetrokken.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ, met kenmerk NR/CU-521 ingetrokken. Bovengenoemde regelingen blijven van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die regeling en die betrekking hebben op de periode waarvoor die regeling gold.

**Kenmerk**  
11D0047234

**Pagina**  
7 van 12

## **12. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2013. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ'.

de Raad van Bestuur van de  
Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter

## TOELICHTING

### *Inleiding*

Met ingang van 1 januari 2013 zijn drie regelingen die in de daaraan voorafgaande jaren apart bestonden samengevoegd tot één nu voorliggende regeling, vanwege de natuurlijke samenhang hiertussen. Dit zijn de regelingen 'Instructie registratiebepalingen DBC GGZ', 'DBC GGZ Validatie' en 'Declaratiebepalingen DBC GGZ'. De regeling 'Administratie Organisatie en interne controle registratie en facturering DBC's GGZ' is met ingang van 1 januari 2013 komen te vervallen. Uit deze regeling is alleen de verplichting blijven bestaan om een audit-trail in te richten. Deze verplichting is opgenomen in deze voorliggende regeling.

DBC-registratie is één van de voorwaarden om DBC-tarieven te kunnen declareren. In het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013' is opgenomen aan welke voorwaarden de DBC-registratie moet voldoen. Deze regeling verwijst naar dit document. Het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013' is te downloaden van de website van de NZa: [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

Met ingang van 1 januari 2013 zijn nadere voorwaarden gesteld aan het declareren van DBC-tarieven naar aanleiding van enkele incidenten. In de artikelsgewijze is deze wijziging nader gespecificeerd.

### *Algemeen*

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.

Deze regeling verplicht zorgaanbieders om, teneinde geleverde zorg te kunnen declareren, aan bepaalde eisen te voldoen. Deze eisen zijn erop gericht dat DBC-tarieven die worden gedeclareerd voor het leveren van zorg aan een bepaalde cliënt in overeenstemming zijn met de geleverde zorg aan diezelfde cliënt. Zo dient voorafgaande aan de declaratie sprake te zijn van een DBC-registratie en validatie die voldoet aan de door de NZa gestelde eisen, zoals opgenomen het document 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013'.

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.

### *Artikelsgewijs*

#### **Artikel 1**

De regeling declaratiebepalingen DBC's in de curatieve 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**  
11D0047234

**Pagina**  
9 van 12

### **Artikel 3**

Bij begripsbepaling 3.g wordt geëxpliciteerd wat de NZa verstaat onder het begrip 'hoofdbehandelaar'. Uit de praktijk is gebleken dat dit begrip door verschillende instanties wordt gehanteerd waarbij verschillende betekenissen eraan worden gegeven, zowel binnen één instantie als tussen instanties. De NZa hanteert dit begrip in de voorliggende regeling en in het bijbehorende document 'Spelregels DBC-registratie GGZ', waarbij één begripsbepaling wordt gehanteerd, als bedoeld in artikel 3.g. De NZa stelt dat de natuurlijke persoon die aan genoemde kwaliteitseisen voldoet en die de diagnose van de cliënt stelt, de hoofdbehandelaar wordt genoemd. Het gaat hierbij om een natuurlijke persoon in tegenstelling tot een rechtspersoon, zoals een instelling.

### **Artikel 4**

Tot 1 januari 2013 waren de voorschriften ten aanzien van registreren, valideren en declareren in aparte regelingen opgenomen. Door samenvoeging van deze regelingen is nu geregeld dat het op de juiste manier registreren en valideren van DBC's voorwaarden zijn voor het kunnen declareren van deze DBC's. Wat de NZa verstaat onder juiste DBC-registratie en validatie is opgenomen in de documenten 'Spelregels DBC-registratie GGZ 2013' en 'Validatieregels GGZ 2013'.

In artikel 4.4.c en d. is bepaald wie de activiteit uitvoert of wie verantwoordelijk daarvoor is. In artikelen 4.3 en 4.4.b is bepaald dat validatie van de DBC-registratie een voorwaarde is voor declaratie. De NZa bepaalt niet wie de DBC-registratie valideert.

Met ingang van 1 januari 2013 zijn aanvullende voorwaarden gesteld aan het declareren van DBC-tarieven naar aanleiding van enkele incidenten. De hoofdbehandelaar dient voor het stellen van de diagnose direct cliëntgebonden tijd te besteden aan de cliënt waarvoor wordt gedeclareerd. Het aantal geleverde minuten direct cliëntgebonden tijd dient te worden geregistreerd.

### **Artikel 8.2**

Tot en met 2012 was het voor zorgaanbieders en representerende zorgverzekeraar(s) mogelijk om voor te openen DBC's een verrekenpercentage af te spreken. Dit verrekenpercentage was bedoeld om de financiering via DBC's aan te laten sluiten bij de bekostiging via de budgetsystematiek. Omdat vanaf 2013 wordt gefinancierd én bekostigd op basis van DBC's verliest (het afspreken van) een verrekenpercentage zijn betekenis. Voor reeds in 2012 (of eerder) geopende DBC's geldt echter dat het destijds afgesproken verrekenpercentage ook in 2013 door blijft lopen.

### **Artikel 10**

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 diagnose hoofdgroepen 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.

**Kenmerk**  
11D0047234

**Pagina**  
10 van 12

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.cbweb.nl](http://www.cbweb.nl).

*Uitzondering verplichte vermelding diagnose-informatie op de factuur*

Naar aanleiding van een uitspraak<sup>6</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 10 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 cliënt 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 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 10.4 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

---

<sup>6</sup> Uitspraak van het CBb d.d. 8 maart 2012 AWB 11/317, 11/358 en 11/372.

bieden om tot een dergelijke declaratie- en betalingsprocedure te komen.

**Kenmerk**  
11D0047234

**Pagina**  
11 van 12

**BIJLAGE 1**

**PRIVACY VERKLARING**

**Kenmerk**  
11D0047234

**Pagina**  
12 van 12

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 curatieve GGZ', aan DIS worden aangeleverd.
5. Dat de zorgaanbieder, in overeenstemming met artikel 6 van de Regeling 'Verplichte aanlevering minimale dataset curatieve GGZ', de aanlevering van de onder 4 bedoelde MDS-gegevens aan DIS achterwege zal laten.

PLAATS: .....

DATUM: .....

Handtekening cliënt

Handtekening zorgaanbieder

.....

.....