

Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg - NR/REG-2021

Versie 1

Dit document is gepubliceerd door NZa op het publicatie platform voor uitvoering (PUC). Dit document is een afdruk van de originele versie die is te vinden op: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_283628_22. Controleer altijd of u de actuele versie in handen hebt.

Geldig vanaf: 01-01-2020 tot en met [nog niet bekend].

Documentgegevens

Dit document is een afdruk van een originele publicatie op PUC Open Data.

Originele versie:

Citeertitel: Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg - NR/REG-2021

Permalink: http://puc.overheid.nl/doc/PUC_283628_22

Soort document:

Type: Beleid en regels - Nadere regel

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit

Versie en datums:

Versie: 1

Geldend vanaf: 01-01-2020 tot en met [nog niet bekend]

Laatste wijziging: 01-08-2019

Publicatiegegevens:

Uitgever: Nederlandse Zorgautoriteit

Kanaal: NZa

Vorm: origineel PUC document

Referentienummer: PUC_283628_22

Toegankelijkheid: Intern

Publicatiedatum: 01-08-2019

Taal: nl

Verrijking gepubliceerd bij document:

Thema's:

- Gespecialiseerde ggz
- Geestelijke gezondheidszorg

Inhoudsopgave

[onderdeel].....	5
1. Begripsbepalingen.....	6
2. Doel van de regeling.....	11
3. Reikwijdte.....	12
3.1 Opbouw nadere regel.....	12
4. Algemene bepalingen.....	13
4.1 Afbakening.....	13
4.2 Bekostigingsonderscheid dbc versus zzp-ggz.....	13
4.3 Samenloop dbc, zzp-ggz en ozp binnen Zvw.....	14
4.4 Regiebehandelaarschap.....	14
5. Diagnose-behandelcombinaties (dbc's).....	17
5.1 Registratieproces.....	17
5.2 Validatiebepalingen dbc's.....	27
5.3 Declaratiebepalingen dbc's.....	27
5.4 Informatiebepalingen dbc's.....	28
5.5 Uitzonderingen in geval van privacybezwaren.....	31
6. Zzp's ggz.....	33
6.1 Algemene registratiebepalingen.....	33
6.2 Declaratiebepalingen.....	34
6.3 Informatiebepalingen.....	34
7. Overige zorgproducten (ozp's).....	36
8. Intrekking oude regeling.....	37
9. Overgangsbepaling.....	38
10. Inwerkingtreding en citeerregel.....	39
Toelichting op de nadere regel.....	40
Algemene toelichting.....	40
Artikelsgewijze toelichting.....	40
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg - NR/REG-2021

Leeswijzer

In Hoofdstuk 5 van deze regeling zijn de regels met betrekking tot de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) weergegeven.

Meer uitgebreide informatie over het hele dbc-registratieproces (registreren-valideren-afleiden) en voorbeelden, nadere toelichting en stroomschema's staan vermeld in Toelichting op de regeling.

Sinds 2017 wordt voor nieuwe zorgtrajecten de diagnose geclassificeerd in DSM-5. De DSM-5 diagnose wordt geconverteerd naar een bijbehorende DSM-IV diagnose. De registratie en bekostiging vinden nog conform DSM-IV plaats.

De bijlagen maken integraal deel uit van deze regeling.

[onderdeel]

Gelet op artikel 27, 36, 37 en 38 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz).

1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

a. Acute psychiatrische hulpverlening:

hulpverlening die deel uitmaakt van de gespecialiseerde ggz en welke gericht is op personen in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. De zorg wordt geleverd conform de generieke module acute psychiatrie.

b. afwezigheidsdagen:

dagen waarop een patiënt, die op basis van dbc of zzp-ggz verblijft bij een instelling, afwezig is;

c. AGB-code:

unieke code die aan een zorgaanbieder is toegekend. Met deze code kan de zorgaanbieder en de praktijk of de instelling worden geïdentificeerd;

d. algemeen indirecte tijd:

patiëntgebonden tijd, niet zijnde 24-uurscontinuïteitszorg, en niet zijnde direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd of indirect patiëntgebonden reistijd. Algemeen indirecte tijd wordt geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject;

e. audit-trail:

zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens, door de medisch adviseur kan worden gevolgd en gecontroleerd;

f. basispakket:

de zorg behorend tot het verplicht verzekerd pakket op grond van de Zvw;

g. behandelaar dbc:

behandelaar die op de dbc-beroepentabel voorkomt en activiteiten, verrichtingen en deelprestaties verblijft kan registreren. Een behandelaar kan tevens een regiebehandelaar zijn;

h. crisis-dbc buiten budget:

deze dbc mag in het geval van acute psychiatrische hulpverlening, conform de begripsbepaling, waarvoor geen budget is vastgesteld, worden geopend. Bij een crisis-dbc's buiten budget moet 1 van de volgende 3 zorgtypes worden geregistreerd: 304 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – vervolg binnen budget), 305 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – zorgaanbieder geen onderdeel regioplan), 306 (Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – geen regioplan). Zie bijlage 1: Zorgtypen;

i. dagbesteding:

Er kunnen vijf vormen van dagbesteding geregistreerd worden in de gespecialiseerde ggz. Doel is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt. Dagbesteding vindt altijd plaats in het kader van de (psychiatrische) behandeling en is terug te vinden in het behandelplan van de patiënt;

j. dbc:

diagnose-behandelcombinatie: een dbc omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De dbc vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;

k. dbc-dataset:

de gegevens die verzameld en aangeleverd moeten worden conform de nadere regel 'Verplichte aanlevering minimale dataset gespecialiseerde ggz';

l. dbc-tarief:

het bedrag dat per dbc in rekening wordt gebracht conform de algemene tariefbeschikking dbc ggz;

m. dbc-traject:

de gehele periode waarin alle activiteiten (openen/typeren/registreren/sluiten van één dbc) in het kader van de behandeling van een patiënt worden uitgevoerd;

n. direct patiëntgebonden tijd:

de tijd waarin een behandelaar, in het kader van diagnostiek en/of activiteiten uit het behandelplan en niet zijnde 24-uurscontinuïteitszorg, contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt;

o. generieke module acute psychiatrie:

module waarvan de inhoud en organisatie van de hulpverlening wordt beschreven voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is, waarvan de eerste versie in maart 2017 is vastgesteld door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz;

p. hoofdgroepen: DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in hoofdgroepen. Er zijn in totaal 14 hoofdgroepen;

q. indirect patiëntgebonden reistijd:

de tijd die de behandelaar, in het kader van diagnostiek en/of activiteiten uit het behandelplan en niet zijnde 24-uurscontinuïteitszorg, besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt;

r. indirect patiëntgebonden tijd:

de tijd die de behandelaar, in het kader van diagnostiek en/of activiteiten uit het behandelplan en niet zijnde 24-uurscontinuïteitszorg, besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd in het kader van de diagnostiek of behandeling), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Onder indirect patiëntgebonden tijd valt bijvoorbeeld: het voorbereiden van een activiteit, verslaglegging in het kader van een activiteit of hersteltijd na een intensieve behandelsessie. Puur administratieve taken (zoals het maken van een afspraak) vallen niet onder indirect patiëntgebonden tijd;

s. initiële dbc:

een dbc die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële dbc is altijd de eerste dbc in een zorgtraject;

t. lekenomschrijving:

voor patiënten in niet-medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte dbc-tarief;

u. minimale dataset (mds):

via de minimale dataset leveren zorgaanbieders gegevens uit de basisregistratie aan, die inzicht geven in de geleverde en gedeclareerde zorg. In de mds staan data die verplicht moeten worden aangeleverd. De mds wordt vastgesteld door de NZa;

v. nevendiagnose:

als overige stoornissen zorgverzwarend werken, kunnen deze worden geregistreerd als nevendiagnosen;

w. niet-patiëntgebonden activiteiten:

activiteiten zoals scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur;

x. onderlinge dienstverlening:

een (deel)prestatie die een zorgaanbieder levert als onderdeel van door een andere zorgaanbieder te verlenen zorg als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder b van de Wmg op het gebied van gespecialiseerde ggz. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder';

y. opeenvolgende zorgtrajecten: er is sprake van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is. Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevendiagnoses in een opeenvolgend zorgtraject;

z. overige deelprestatie:

een deelprestatie binnen de dbc-systematiek, niet zijnde een deelprestatie verblijf. Een overige deelprestatie is niet hetzelfde als een overig product;

aa. overig zorgproduct (ozp):

vormen van zorg die onder de reikwijdte van de Wmg vallen, maar die zich (nog) niet lenen voor onderbrenging in de reguliere dbc-productstructuur of de zzp's ggz. Een overig zorgproduct is niet hetzelfde als een overige deelprestatie. Zie voor een overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren bijlage 4 van de nadere regel medisch specialistische zorg (msz): overige zorgproducten per segment;

bb. parallelle dbc-zorgtrajecten:

hiervan is sprake als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang, waarbij de regiebehandelaar(s) substantieel verschillende behandelingen in moet zetten. Als het geen parallelle dbc-zorgtraject is, betreft het een regulier zorgtraject;

cc. patiëntgebonden activiteiten: activiteiten die een behandelaar uitvoert in het kader van de diagnostiek en behandeling van een patiënt;

dd. prestatiebeschrijving:

een gedetailleerde beschrijving van de prestatie die geleverd wordt. De prestatiebeschrijvingen van de dbc's, zzp's ggz en ozp's zijn opgenomen in de bijlage van de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde ggz';

ee. primaire diagnose:

de regiebehandelaar geeft per zorgtraject aan welke van de geregistreerde stoornissen op as I en/of as II de reden voor behandeling is. Dit wordt de primaire diagnose genoemd;

ff. regiebehandelaar:

de regiebehandelaars in de gespecialiseerde ggz zijn BIG-geregistreerd en hebben een ggz-specifieke opleiding gevolgd. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen vrijgevestigden en instellingen.

Vrijgevestigden

De volgende beroepen kunnen als vrijgevestigde voorkomen als regiebehandelaar:

- psychiater

- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut

Instellingen

De volgende beroepen kunnen binnen een instelling voorkomen als regiebehandelaar:

- psychiater
- klinisch psycholoog
- klinisch neuropsycholoog
- psychotherapeut
- specialist ouderengeneeskunde
- verslavingsarts in profielregister KNMG
- gz-psycholoog
- klinisch geriater
- verpleegkundig specialist ggz

Deze beroepen zijn aangewezen als regiebehandelaar in het model-kwaliteitsstatuut ggz. Het model-kwaliteitsstatuut ggz is een veldnorm die ingeschreven is als professionele standaard in het register van het Zorginstituut Nederland (ZIN) en is in werking getreden per 1 januari 2017.

gg. toeslagen:

een toeslag die in combinatie met een zzp-ggz afgesproken kan worden, dan wel een toeslag voor de tolk gebarentaal/communicatiespecialist, dan wel een toeslag voor oorlogsgerelateerd psychotrauma;

hh. verblijfsdag dbc:

hierbij gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van de verblijfsprestatie is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling;

ii. vervolg-dbc:

een dbc die volgt op een initiële dbc of een voorgaande vervolg-dbc. Een vervolg-dbc heeft altijd dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële dbc of vervolg-dbc;

jj. Wtzi-zorgaanbieder:

zorgaanbieder die op basis van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) een toelating heeft om zorg te leveren binnen de Zvw;

kk. zorgtraject:

een zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. Een initiële dbc, met eventueel één of meerdere vervolg-dbc's, vormen het zorgtraject;

ll. zorgtype:

het zorgtype beschrijft de reden van het (eerste) contact tussen de zorgaanbieder en de patiënt;

mm. zorgvraagzwaarte (dbc):

de patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten;

nn. zorgvraagzwaarte-indicator (dbc):

indicator van de zorgvraagzwaarte van een patiënt. Deze indicator bestaat uit zeven items van 001 tot en met 007. Daarbij is 000 de code als er geen zorgvraagzwaarte afgeleid kan worden, bijvoorbeeld wanneer de diagnose niet is ingevuld. De laagste zorgvraagzwaarte wordt aangegeven met code 001.

oo. zzp:

zorgzwaartepakket;

pp. zzp-ggz:

e en zzp-ggz is een volledig pakket van intramurale geestelijke gezondheidszorg met behandeling dat aansluit op de kenmerken van de patiënt en de soort zorg die de patiënt nodig heeft. Een zzp-ggz bestaat uit een beschrijving van het type patiënt (een patiëntprofiel), het aantal uren zorg dat bij dit patiëntprofiel beschikbaar wordt gesteld en een beschrijving van die zorg. Het betreft de volgende prestaties: zzp's ggz b3 t/m b7 inclusief en exclusief dagbesteding, zzp-ggz b vmr inclusief dagbesteding, zzp-ggz b vmr exclusief dagbesteding en zzp-ggz klinische intensieve behandeling (kib);

qq. tijd die niet afleidt naar een dbc: direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden reistijd, indirect patiëntgebonden tijd of algemeen indirecte tijd, die geschreven wordt door beroepen die in de beroepentabel staan, waarvan conform de kolom 'tijd leidt af' de geschreven tijd niet afleidt naar een prestatie;

rr. behandelplan:

een plan waarin een beschrijving en het doel van de behandeling staan;

ss. 24-uurscontinuïteitszorg:

de 24-uurscontinuïteitszorg is de basiszorg die op klinische afdelingen van een instelling 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is;

tt. vov-personeel:

verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel.

2. Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften voor de gespecialiseerde ggz op het gebied van registratie, declaratie, informatie en validatie, die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van dbc's, zzp's ggz en ozp's.

3. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis-ggz, hierna verder aangeduid als gespecialiseerde ggz.

Voorzover geen sprake is van zorg als omschreven in de vorige zin, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen¹ of werkzaamheden² op het terrein van de gespecialiseerde ggz, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) of door personen als bedoeld in artikel 34 van de Wet BIG.

3.1 Opbouw nadere regel

Er bestaan vier typen zorgprestaties in de gespecialiseerde ggz:

diagnose-behandelcombinaties (dbc's), zorgzwaartepakketten ggz (zzp's ggz), overige zorgproducten (ozp's) en onderlinge dienstverlening (odv).

Deze regeling beschrijft per type zorgprestatie welke voorschriften gelden. In hoofdstuk 4: Algemene bepalingen wordt beschreven hoe de samenloop en afbakening tussen de verschillende typen prestaties is. Verder staan hier alle voorschriften die voor alle zorgprestaties gelden. In de daarop volgende hoofdstukken staan per type zorgproduct specifieke voorschriften.

1 Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, eerste lid, sub b, nr. 2o, van de Wmg.

2 Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

4. Algemene bepalingen

4.1 Afbakening

Gespecialiseerde ggz omvat geneeskundige ggz als omschreven bij of krachtens de Zvw, behalve de generalistische basis-ggz. Dit omvat behandeling al dan niet gepaard met verblijf.

De gespecialiseerde ggz die geleverd wordt en valt binnen de kaders van het basispakket wordt in beginsel bekostigd door een dbc of zzp-ggz. In enkele specifieke gevallen, en op het moment dat ggz wordt geleverd die niet binnen het basispakket valt, moet een ozp voor de geleverde zorg in rekening worden gebracht.

Overgang Zvw naar Wlz

Verblijf gericht op behandeling valt onder de Zvw totdat sprake is van in totaal 1095 dagen aaneengesloten verblijf met behandeling.²⁹ Voor de berekening of sprake is van 1095 dagen gaat het zowel om verblijf gericht op ggz (onder de Zvw)³ als om verblijf in het kader van een somatische behandeling.

Na deze 1095 dagen intramurale behandeling met verblijf wordt de zorg niet verder bekostigd onder het regime van de Zvw.

Bij de telling van aaneengesloten verblijf wordt een onderbreking van ten hoogste 30 dagen niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 1095 dagen. In afwijking van het voorgaande geldt dat onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel mee tellen voor de berekening van de 1095 dagen. Voor enkele specifieke bepalingen over de telling, in het bijzonder ten aanzien van het registreren en in rekening brengen van deze dagen, wordt verwezen naar artikel 6.1 Algemene registratiebepalingen en artikel 6.2 Declaratiebepalingen zzp's ggz van deze regeling.

Samenloop Zvw en Wlz

Als een patiënt zorg ontvangt op basis een Wlz-indicatie en hiervoor in een Wlz-instelling verblijft, is het mogelijk dat daarnaast zorg geleverd en betaald wordt vanuit de Zvw. Als de psychische stoornis van de patiënt niet samenhangt met de beperking waarvoor de Wlz-indicatie is afgegeven en integrale behandeling niet nodig is, wordt de zorg voor de psychische stoornis geleverd en betaald uit de Zvw.

Samenloop gespecialiseerde ggz en forensische zorg

Het is mogelijk om een dbc voor de gespecialiseerde ggz te declareren naast een dbbc voor forensische zorg. Voorwaarde is dat aan de afzonderlijke regelgeving voor dbc- en dbbc-registratie wordt voldaan. Geestelijke gezondheidszorg die geen onderdeel uitmaakt van het door de rechter opgelegde vonnis, komt ten laste van de Zvw als de patiënt op de openingsdatum van de dbc een geldige zorgverzekering heeft.

4.2 Bekostigingsonderscheid dbc versus zzp-ggz

Op het moment dat een patiënt wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde ggz en hier in behandeling wordt genomen, wordt een dbc ggz geopend. Op het moment dat er sprake is van 365 aaneengesloten

²⁹ Voor de telling van de 1095 dagen telt het aantal zzp-ggz b vmr dagen niet mee.

³ Voor de telling van de 1095 dagen telt het aantal dagen verblijf gericht op behandeling die onder andere bekostigingsregimes zijn ontvangen, niet mee.

dagen verblijf gericht op behandeling, wordt vanaf de 366e dag tot en met de 1095e dag de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz bekostigd met een zzp-ggz.

4.3 Samenloop dbc, zzp-ggz en ozp binnen Zvw

Intramurale patiënt (verblijf)

Voor een individuele patiënt mag niet over eenzelfde dag een zzp-ggz b en een dbc ggz worden geregistreerd.

Na 365 dagen aaneengesloten verblijf met behandeling wordt de intramurale dbc ggz afgesloten. Daarnaast moeten alle eventuele ambulante dbc's ggz afgesloten worden. Het is wel mogelijk voor een zorgaanbieder om een ggz dbc of een zzp-ggz b geopend te hebben naast een dbc in het kader van medisch specialistische zorg.

Extramurale patiënt (ambulant)

Alle ozp's die binnen de gespecialiseerde ggz te declareren zijn, mogen naast een extramurale dbc ggz worden gedeclareerd. Het overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren zijn kunt u vinden in het overzicht overige zorgproducten per segment. Het betreft hier bijlage 4 van de nadere regel voor de medisch-specialistische zorg (msz).

Vanaf 1 januari 2020 zijn de ozp's eerstelijnsdiagnostiek opgenomen in de tarieven en niet meer apart declareerbaar voor de gespecialiseerde ggz.

Onderlinge dienstverlening

Als een zorgaanbieder een deel van de zorg uitbesteedt voor een patiënt met een lopend zorgtraject, blijft de opdrachtgevende zorgaanbieder verantwoordelijk voor de verlening van deze zorg. Dit is ook van toepassing op zorg die valt onder overige zorgproducten (ozp). De uitvoerende zorgaanbieder kan de ozp in rekening brengen bij de ggz-instelling die hier opdracht voor heeft gegeven. Daarnaast is het voor een ozp toegestaan dat een uitvoerende zorgaanbieder een ozp zelfstandig in rekening brengt bij de patiënt/zorgverzekeraar.

4.4 Regiebehandelaarschap

Zoals vermeld in de begripsbepalingen wordt voor het regiebehandelaarschap (conform de wens van partijen zoals vastgelegd in het model-kwaliteitsstatuut ggz) onderscheid gemaakt tussen 'instellingen' en 'vrijgevestigden'.

Instelling: De zorgaanbieder die declareert met één van onderstaande AGB-classificatiecodes. Andere zorgaanbieders worden gelijkgesteld met een vrijgevestigde.

Classificatiecode	Omschrijving
06	Groep 06 Ziekenhuizen

06-29	Groep 06-29 Psychiatrisch Ziekenhuis
19	Audiologische Centra
22	Zelfstandige Behandelcentra Extramurale praktijken medisch specialisten
25	Inrichting voor Psychiatrische Deeltijdbehandeling
30	Instelling voor Verstandelijk Gehandicapten
35	Instelling voor Visueel Gehandicapten
45	Verpleeginrichtingen
47	Verpleeginrichtingen
53	Diverse samenwerkingsverbanden
54	GGZ instellingen (puk/paaz)
60	Instellingen voor Dagverpleging voor Ouderen
70	Kinderdagverblijven
72	RIBW
73	Wlz Gecombineerd
75	Thuiszorginstellingen
79	RIAGG

Ontheffingsregeling regiebehandelaarschap bij overgang vanuit Jeugdwet

Er geldt een ontheffing op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap voor patiënten die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken (zorgtype 147). In dit geval mogen, in afwijking op wat hierboven is weergegeven, ook de onderstaande beroepen voorkomen als regiebehandelaar:

- kinder- en jeugdpsycholoog⁴
- orthopedagoog generalist⁵
- gz-psycholoog⁶

Deze ontheffing geldt uitsluitend voor de behandeling die afgerond moet worden zodra een patiënt de 18 jarige leeftijd heeft bereikt. Deze wordt als initiële dbc onder de Zvw geregistreerd (zorgtype 147). Bij vervolg-dbc's geldt deze uitzondering niet.

-
- 4 Onder de kinder- en jeugdpsycholoog worden zowel de kinder- en jeugdpsycholoog NIP als de kinder- en jeugdpsycholoog SKJ gerekend.
- 5 Onder de orthopedagoog generalist worden zowel de NVO orthopedagoog generalist als de postmaster orthopedagoog SKJ gerekend.
- 6 Deze uitzondering betreft de situatie van een gz-psycholoog werkend in het jeugddomein als vrijgevestigde.

Ontheffingsregeling regiebehandelaarschap bij toegekende experimenteerruimte

Er geldt een ontheffing op de lijst met beroepen voor het regiebehandelaarschap als een zoals in het model-kwaliteitsstatuut benoemde derde (onafhankelijke) partij een tweezijdig verzoek ontvangt tot uitbreiding van het regiebehandelaarschap en goedkeurt.

Het betreffende initiatief kan gebruik maken van een keuzemogelijkheid op dbc-niveau, die mogelijk maakt andere beroepen te selecteren dan genoemd in 1. begripsbepalingen onder dd.

Alleen BIG-geregistreerde beroepen kunnen in aanmerking komen voor deze ontheffingsmogelijkheid.

5. Diagnose-behandelcombinaties (dbc's)

5.1 Registratieproces

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de algemene registratiebepalingen, het openen van een dbc, het typen van een dbc, het registreren op een dbc en het sluiten van een dbc besproken. Meer uitgebreide informatie over het hele proces (registreren-valideren-afleiden) en voorbeelden, nadere toelichting en stroomschema's staan vermeld in Toelichting op de nadere regel.

5.1.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de geleverde zorg in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het vastleggen van de daadwerkelijk verleende zorg in de door de NZa vastgestelde activiteiten en voor de juistheid van het gehele dbc-traject.
3. Voordat er een dbc geregistreerd kan worden moet er eerst een zorgtraject geopend worden. De registratie van het zorgtraject start op het moment dat een patiënt zich (met een nieuwe zorgvraag) aanmeldt. Het zorgtraject bestaat altijd uit één initiële dbc, en mogelijke vervolg-dbc's. Zie ook artikel 5.1.2

4. Onder voorwaarden kunnen bij één zorgaanbieder (instelling of vrijgevestigde) maximaal *drie* reguliere zorgtrajecten per patiënt open staan. Dit kan als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. Zie ook artikel 5.1.3

Typen van dbc's.

Daarnaast is het mogelijk om een vierde parallel zorgtraject te openen, wanneer dit acute psychiatrische hulpverlening betreft.

5.1.2 Openen dbc's

1. Het openen van een dbc is een administratieve handeling. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar kan een dbc openen.
2. De openingsdatum van een initiële dbc is gelijk aan de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie, door de behandelaar plaatsvindt. De openingsdatum van een vervolg-dbc is gelijk aan de dag na sluiting van de voorgaande dbc. Uitzondering hierop is een vervolg-dbc met zorgtype exacebatie/recidive (zorgtype 204). De openingsdatum van een vervolg-dbc met zorgtype 204 is gelijk aan de datum dat de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie, door de behandelaar plaatsvindt.

3. Openen initiële dbc

De regiebehandelaar moet een initiële dbc openen als:

- een nieuwe patiënt zich aanmeldt;
- een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt;

- een bekende patiënt zich aanmeldt met dezelfde primaire diagnose, maar 365 dagen verstreken zijn sinds het sluiten van de vorige dbc;
- bekostiging van de zorg vanuit een andere bekostigingssystematiek overgaat naar de Zvw.

In artikel 5.1.2 Openen dbc's in staat een verdere uitwerking van de situaties waarin een initiële dbc geopend moet worden.

4. Heropenen (initiële of vervolg) dbc

Als de patiënt binnen 35 dagen na het afsluiten van de dbc terugkomt in zorg voor dezelfde diagnose, tenzij de doorlooptijd van de dbc meer dan 365 dagen wordt, moet de voorafgaande dbc heropend worden.

5. Openen vervolg-dbc

De regiebehandelaar opent een vervolg-dbc als:

- een (initiële of vervolg-)dbc 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is;
- een patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose binnen 365 dagen na afsluiting van de voorgaande dbc. Echter, als een patiënt binnen 35 dagen terug komt met dezelfde diagnose móet, tenzij de doorlooptijd van de dbc meer dan 365 dagen wordt, de voorgaande dbc heropend worden;
- als een zorgaanbieder de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder, nadat deze behandelaar een second opinion heeft uitgevoerd.

In het artikel 5.1.2 Openen dbc's in de toelichting staat een meer uitgebreid overzicht van de situaties waarin een vervolg-dbc geopend moet worden.

6. Er wordt géén vervolg-dbc geopend als de patiënt in aanmerking komt voor de generalistische basis-ggz, en voldoet aan één van de patiëntprofielen daarvan. In dat geval wordt de patiënt verwezen naar de generalistische basis-ggz.

5.1.3 Typeren van dbc's

Het gaat hier om vastleggen van de identificatiegegevens van de patiënt, het zorgtype en het vastleggen van de classificatie van de (primaire) diagnose van de patiënt.

1. Alleen de regiebehandelaar mag typeren. De dbc moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn.

Onderdeel I - Vastleggen identificatiegegevens van de patiënt

2. Welke gegevens de zorgaanbieder (bij een initiële dbc) in ieder geval moet invullen bij de identificatiegegevens van een patiënt, is gebaseerd op de mds. Dit zijn de volgende gegevens:

- naam patiënt
- geboortedatum
- geslacht
- postcode (wijkcode)

- burgerservicenummer (BSN)
- unieke identificatie zorgverzekeraar⁸ (conform het UZOVI-register)

Onderdeel II - Vastleggen van het zorgtype

3. De regiebehandelaar noteert het zorgtype van een initiële of een vervolg-dbc dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft. Zie het artikel 5.1.3.3 Vastleggen zorgtype in de toelichting voor meer informatie, en Bijlage 1: Zorgtypen voor een overzicht van alle zorgtypen.

Onderdeel III – Classificeren en vastleggen van de diagnose van de patiënt

4. De regiebehandelaar voert de diagnoseclassificatie uit conform DSM-5. Voor de registratie en bekostiging moet de DSM-5 diagnose vertaald worden naar een DSM-IV-TR diagnose. De regiebehandelaar registreert de geclassificeerde DSM-5 diagnose en de diagnose van de patiënt conform DSM-IV-TR. De diagnose moet geregistreerd worden op vijf assen. Zie voor uitgebreide toelichting het artikel 5.1.3.4 Vastleggen diagnose.

Registreren primaire diagnose

5. Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd kan de regiebehandelaar aangeven wat de primaire diagnose is die hoort bij het zorgtraject. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor behandeling, en kan alleen uit een diagnose op As 1 of As 2 worden geselecteerd. Niet alle diagnoses op die assen kunnen gekozen worden als primaire diagnose:

- De primaire diagnose kan niet een van de volgende codes zijn: '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' of 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'.
- Als er bij een diagnose op As 2 'Trekken van.' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose;
- De code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).

Zie ook het artikel 5.1.3.5 Registreren primaire diagnose in de toelichting.

Meerdere (primaire) diagnoses

Er kan sprake zijn van meerdere primaire diagnoses. Dit kan leiden tot:

6. a. Parallelle zorgtrajecten – een aanbieder mag parallelle zorgtrajecten open hebben staan als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

1. De verschillende diagnoses moeten apart benoemd zijn in de tabel (in de toelichting op dit artikel) met mogelijke parallelle diagnoses (hierop zijn drie uitzonderingen die hieronder worden benoemd);
2. Er dient sprake te zijn van substantieel verschillende behandelingen. Dit moet de regiebehandelaar kunnen verantwoorden;
3. Een patiënt kan maximaal 3 openstaande zorgtrajecten hebben. Daarnaast is het mogelijk om een vierde parallel zorgtraject te openen, wanneer dit acute psychiatrische hulpverlening betreft. Er kunnen geen twee crisis-dbc's buiten budget parallel lopen.

⁸ Unieke ZorgVerzekeraars Identificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.

Een patiënt kan maximaal 3 openstaande zorgtrajecten hebben. Een vierde zorgtraject kan worden geopend in gevallen als genoemd in 5.1.6 Crisis-dbc buiten budget.

Voor parallelle zorgtrajecten gelden dezelfde verplichtingen als voor de reguliere zorgtrajecten.

Er zijn 3 uitzonderingen waarbij paralleliteit met dezelfde diagnosehoofdgroep (zoals opgenomen in tabel 7) tussen instellingen wel is toegestaan:

1. *Behandeling bij ECT*
2. *Behandeling bij farmacotherapie*
3. *Behandeling bij tijdelijk verblijf.*

Bij deze uitzonderingen registreert de aanbieder die het parallelle zorgtraject uitvoert het zorgtype 'Uitzondering paralleliteit ECT', respectievelijk het zorgtype 'Uitzondering paralleliteit farmacotherapie', respectievelijk het zorgtype 'Uitzondering paralleliteit tijdelijk verblijf'

Specifiek is bij behandeling bij tijdelijk verblijf nog de voorwaarde van toepassing dat het niet is toegestaan een vervolg DBC te openen

6. b. Seriële zorgtrajecten

- De primaire diagnoses van de opeenvolgende zorgtrajecten moeten van elkaar verschillen.

5.1.4 Registreren

Zodra een dbc geopend is kunnen activiteiten en verrichtingen op verschillende categorieën geregistreerd worden: diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf en verrichtingen. De codelijst die hiervoor gebruikt moet worden is te vinden in Bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen. Daarin zijn ook de meer uitgebreide definities van de activiteiten en verrichtingen beschreven.

1. Alleen behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel (Bijlage 3: Dbc-beroepentabel) mogen tijd registreren. Alleen van beroepen die in deze tabel onder 'Tijd leidt af' een 'ja' hebben staan, leidt de tijd af naar een prestatie.
2. Tijd die niet direct samenhangt met activiteiten uit het behandelplan en/of niet voldoet aan artikel 1.c, 1.m, 1.o en 1.p van deze regeling, mag niet worden geschreven.
3. Een initiële dbc moet directe tijd van een regiebehandelaar bevatten. Daarop zijn enkele uitzonderingen, zie Bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen.
4. Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan. Bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten moet

worden aangegeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de codelijst in Bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.

5. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd, in het kader van de diagnostiek of behandeling, registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit. Niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals scholing, het lezen van vakliteratuur, algemene vergaderingen en intervisiebijeenkomsten, mag de (regie)behandelaar niet op een dbc registreren.

6. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Als de patiënt niet verschijnt (no-show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren. De tijd van het ingepland contact mag in geval van een no-show niet worden geregistreerd. Er mag géén reistijd geregistreerd worden als er gereisd moet worden naar een andere locatie binnen de eigen organisatie (Wtzi instelling).

7. Wanneer de behandelaar in het kader van diagnostiek of behandeling van de patiënt tijd besteedt aan het 'systeem van de patiënt' (familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten), moet hij deze tijd registreren op de dbc van de betreffende patiënt.

8. De behandelaar verdeelt, in geval van meerdere behandelvormen tijdens één sessie met een patiënt, de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.

9. Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij meerdere mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers. Het maakt daarbij niet uit op grond van welke bekostiging (forensische zorg (fz), Zvw, Wet langdurige zorg (Wlz), Jeugdwet etc.) de behandelingen van die patiënten gefinancierd worden.

10. In het geval van een open inloopspreekuur verdeelt de behandelaar de tijd die hij in totaal besteedt aan de patiënten evenredig over het aantal patiënten dat hij tijdens het spreekuur heeft gezien.

11. Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. Het is ook toegestaan om standaardtijden of normtijden⁹ per activiteit vast te stellen.

12. In het geval van onderlinge dienstverlening registreert de opdrachtgevende zorgaanbieder de activiteiten die de uitvoerende zorgaanbieder heeft uitgevoerd als onderdeel van de prestatie van de opdrachtgever, op de bestaande dbc. De registratievereisten uit deze regeling zijn voor de opdrachtgevende zorgaanbieder onverkort van toepassing op activiteiten in het kader van onderlinge dienst-verlening. Deze bepaling geldt niet voor crisis-dbc's binnen budget, voor zover gedeclareerd wordt namens een gedbudgetteerde aanbieder als bedoeld in Regeling Informatieverstrekking budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening.

Categorie I - Diagnostiek en behandeling

13. Alleen behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel, mogen op de dbc diagnostiek en behandeling registreren.

⁹ De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken/updates hiervan.

14. In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster 'somatische beroepen' vallen (Bijlage 3: Dbc-beroepentabel), hun tijd ook verantwoorden via activiteiten die het best passen bij de behandelingen die opgenomen zijn in Bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen.

15. Als behandelaren nog bezig zijn met een vervolgopleiding, registreren zij onder het beroep van de opleiding die zij op het moment van behandelen hebben afgerond (als dat beroep voorkomt in de dbc-beroepentabel). Er mag niet geregistreerd worden op het beroep waarvoor iemand nog in opleiding is.

16. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd tijdens het verblijf van een patiënt niet, omdat deze tijd is verwerkt in het tarief voor verblijf.

Categorie II – Dagbesteding

17. Iedereen, onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar, kan binnen de dbc dagbesteding registreren.

18. Er zijn vijf vormen van dagbesteding te onderscheiden. Deze staan beschreven in artikel 5.1.4.18 Vormen van dagbesteding in de toelichting. Zie voor de te gebruiken codes Bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen.

19. Er geldt een aantal voorwaarden voor het registreren van dagbesteding:

- Dagbesteding is in het kader van de (psychiatrische) behandeling.
- Dagbesteding is terug te vinden in het behandelplan opgesteld door de behandelaar.
- De patiënt is daadwerkelijk aanwezig.

20. Tijdens dagbesteding kan de behandelaar géén direct patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren.

21. Dagbesteding mag niet geregistreerd worden met verblijf zónder overnachting.

Categorie III – Verblijf

Bij de registratie van verblijf wordt onderscheid gemaakt tussen verblijf met overnachting en verblijf zonder overnachting. Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid door middel van deelprestaties verblijf. Daarnaast bestaan er deelprestaties verblijf fz in beveiligde setting, waarbij sprake is van beveiligingsniveau 2 of 3. De codes die bij registratie gebruikt moeten worden staan in Bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen, een uitgebreide beschrijving van de verschillende verblijfs categorieën staat in onderdeel Bijlage 4: Deelprestaties verblijf.

22. Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag verblijfsdagen registreren.

Verblijf met medische noodzaak

23. De aanbieder moet in het behandeldossier vastleggen welke keuzes er gemaakt zijn rondom het inschalen van de patiënt op één van de prestaties van verblijf, rondom het herbeoordelen van de patiënt bij een gewijzigde zorgvraag en rondom het al dan niet beëindigen van het verblijf van de patiënt. Het herbeoordelen van de patiënt gaat over het mogelijk op- en afschalen van de zorg voor de patiënt, wijzigen van afspraken over verlof en wijzigen van afspraken over beveiliging.

24. Voor de keuze van de deelprestatie verblijf is de zorgvraag van de patiënt leidend. Hiervoor geldt dat op basis van de initiële zorgvraag van de patiënt één van de acht prestaties van verblijf van toepassing is welke het meest overeenkomt met de beschreven verblijfszorg.

25. Voor verblijf in een beveiligde setting worden deelprestaties verblijf met beveiligingsniveau 2 of beveiligingsniveau 3 geregistreerd. Deze beveiligingsniveaus komen overeen met de beveiligingsniveaus uit de forensische zorg. De voorwaarde voor registratie van deze toeslag is dat de beveiligde zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die een gesloten gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg exploiteert en zorg levert aan het ministerie van Justitie en Veiligheid.

Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR)

26. Voor verblijf zonder medische noodzaak, waarvoor er wel een rechtvaardigingsgrond conform de duiding¹⁰ van Zorginstituut Nederland bestaat, is de prestatie VMR (Verblijf met rechtvaardigingsgrond) van toepassing.

Verblijfsdag met overnachting

27. Een verblijfsdag met overnachting mag alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de patiënt 'ontslagen' wordt – en dus niet 's nachts in de kliniek verblijft – geldt niet als verblijfsdag. De kapitaallasten bij verblijf (nhc) zijn integraal onderdeel van de deelprestaties verblijf.

Toeslag op nhc voor verblijf

Voor de PMU geldt een specifieke nhc. Declaratie van deze bijzondere nhc is alleen mogelijk op basis van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Verblijfsdag zonder overnachting

28. Voorwaarden voor registratie van vzo

- Vzo wordt maximaal 1 keer per dag als deelprestatie binnen een dbc gedeclareerd;
- Er zijn niet meer dan vier uren aan direct patiëntgebonden activiteiten¹¹ op deze dag uitgevoerd;

10 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/07/rapport-medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz>

11 Het gaat hier om daadwerkelijke behandelingen van een patiënt; het gaat dus niet om de geregistreerde patiëntgebonden tijd. Voorbeeld: wanneer een patiënt vier uur groepsbehandeling ontvangt (groepsomvang van 6 personen), worden er voor die patiënt 40 minuten tijd geregistreerd (4 x 10 minuten). Voor het registreren van vzo gaat het echter niet om de tijd die geregistreerd wordt, maar om de daadwerkelijke behandeltijd; namelijk in dit voorbeeld 4 uur.

- Voor de betreffende patiënt is minimaal 1 uur vov personeel op de betreffende dag ingezet
- Er is geen sprake van uitsluitend aaneengeschakelde behandeling van de patiënt;
- Voor de betreffende patiënt vinden op de betreffende dag minimaal twee direct patiëntgebonden activiteiten (diagnostiek en/of behandelingen/of een verrichting ect) plaats;
- Het is niet toegestaan Vzo te registreren in onderstaande combinaties:
 - Vzo in combinatie met een crisis-dbc (zorgtype 301 en 302);
 - Vzo in combinatie met dagbesteding;
 - Vzo in combinatie met begeleiding;
 - Vzo in combinatie met verpleging;
 - Vzo in combinatie met verblijf met overnachting (vmo).

Categorie IV - Verrichtingen(overige deelprestaties)

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen electroconvulsietherapie (ect), ambulante methadonverstrekking (amv), de toeslag tolk gebarentaal / communicatiespecialist en de toeslag oorlogsgelateerd psychotrauma.

29. Verrichtingen mogen alleen geregistreerd worden door behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel.

30. Bij ect moet de behandelaar de tijd én het aantal behandelingen ect registreren. Zie artikel 5.1.4.29 Electroconvulsietherapie in de toelichting.

31. Bij de verstrekking van methadon aan ambulante patiënten moet de behandelaar de tijd én het aantal verstrekkingen van methadon per kalendermaand registreren. Zie artikel 5.1.4.30 Ambulante verstrekking van methadon in de toelichting.

32. Voor de registratie van de toeslag tolk gebarentaal / communicatiespecialist geldt als vereiste dat deze toeslag alleen mag worden gedeclareerd als er zorg geleverd wordt aan patiënten met een auditieve beperking en waarvoor de inzet van een tolk gebarentaal / communicatiespecialist noodzakelijk is. De verrichting mag maar één keer per dbc geregistreerd worden. Het gaat hierbij om vroegdoven, plots- en laatdoven, slechthorenden, doofblinden en patiënten met een gehoorstoornis tinnitus, hypoacusis, ménière of auditieve verwerkingsproblemen. Deze toeslag wordt altijd in combinatie met een dbc-zorgproduct voor behandeling in rekening gebracht.

33. Voor de registratie van de toeslag oorlogsgelateerd psychotrauma geldt als vereiste dat deze toeslag alleen mag worden geregistreerd als er zorg geleverd wordt aan patiënten met een ernstige verstoring in het psychiatrisch ziektebeeld, veroorzaakt door oorlog of oorlogsgelateerde vervolging of oorlogsgelateerd geweld, waarvoor bovengemiddeld weekendverlof voor het succesvol afronden van de behandeling noodzakelijk is. Deze toeslag wordt altijd in combinatie met een verblijfsprestatie D gedeclareerd.

5.1.5 Sluiten

1. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het sluiten van de dbc. De regiebehandelaar (of degene die onder zijn of haar verantwoordelijkheid valt) controleert daarbij de volgende punten:

- de dbc is ingevuld conform deze regeling;
- de dbc bevat de juiste informatie;
- de typering is juist en volledig ingevuld;
- de diagnose is juist ingevuld¹²;
- de GAF-score is ingevuld.

2. Als één van de onderdelen onder punt 1. niet, of niet juist is ingevoerd, mag de dbc niet afgesloten worden.

3. Bij het sluiten van een dbc moet één van de hieronder vermelde redenen voor afsluiten worden geregistreerd.

Sluitredenen	
Code	Beschrijving
1	Reden voor afsluiten bij patiënt / niet bij behandelaar
2	Reden voor afsluiten bij behandelaar / om inhoudelijke redenen
3	In onderling overleg beëindigd zorgtraject / patiënt uitbehandeld
5	Afsluiting na alleen pre-intake / intake / diagnostiek / crisisopvang
9	Afsluiten vanwege openen vervolg-dbc
10	Afsluiten vanwege overgang naar andere bekostiging
19	Afsluiten vanwege overgang naar zzp-systematiek (binnen de Zvw)

5.1.6 Crisis-dbc buiten budget

Openen

12 Als er op een dbc alleen pré-intake/intake/diagnostiek en/of crisisopvang is geregistreerd, kan de dbc gesloten worden zonder weergave van een diagnoseclassificatie.

1. In het geval van acute psychiatrische hulpverlening, conform de begripsbepaling, waarvoor geen budget is vastgesteld, mag een crisis-dbc buiten budget worden geopend.
2. Een patient kan per zorgaanbieder maximaal 3 openstaande zorgtrajecten hebben. Daarnaast is het mogelijk om een vierde parallel zorgtraject te openen, wanneer dit acute psychiatrische hulpverlening betreft.
3. Er mogen, naast de crisis-dbc buiten budget, geen crisis-dbc binnen budget¹³ of andere crisis-dbc buiten budget voor dezelfde patient binnen dezelfde zorgaanbieder parallel lopen.

Typeren

4. In het geval van acute psychiatrische hulpverlening, waarvoor geen budget is vastgesteld, dient de zorgaanbieder het zorgtype 304 'acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – vervolg binnen budget', 305 'acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – zorgaanbieder geen onderdeel regioplan', of 306 'acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – geen regioplan' te typeren. Zie bijlage 1: typeren.

Registreren

5. Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel mogen op de dbc crisisactiviteiten registreren. Zie bijlage 3: Dbc-beroepentabel.
6. Het is niet verplicht om bij een crisis-dbc buiten budget een diagnose te registreren.
7. Er mogen alleen activiteiten geregistreerd worden op een 'crisis-dbc buiten budget' die in verband staan met acute psychiatrische hulpverlening. Dit zijn activiteiten met activiteitcodes act_6.1-act_6.7 en act_7.1-act_7.7. Zie bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen.
8. De deelprestaties voor verblijf mogen geregistreerd worden bij de 'crisis-dbc buiten budget met zorgtype 304 en 306'. De deelprestaties voor verblijf mogen niet geregistreerd worden bij de 'crisis-dbc buiten budget met zorgtype 305'. Andere deelprestaties en overige zorgproducten mogen niet geregistreerd worden.
9. Er moet op een 'crisis-dbc buiten budget' altijd directe tijd worden geregistreerd.
10. Directe tijd van een regiebehandelaar is bij een crisis-dbc buiten budget zonder verblijf niet vereist. Directe tijd van een regiebehandelaar is bij een crisis-dbc buiten budget met verblijf wel vereist.
11. Als er sprake is van parallelle zorgtrajecten, moet de behandelaar de geboden zorg registreren op de dbc waarop deze betrekking heeft. Het is toegestaan dat de reguliere dbc en de 'crisis-dbc buiten budget' tegelijk open staan, en dat op dezelfde kalenderdag een activiteit wordt geregistreerd op zowel de 'crisis-dbc buiten budget' als de reguliere dbc.

Sluiten

12. Een 'crisis-dbc buiten budget met zorgtype 304' heeft een maximale duur van 25 kalenderdagen. Een 'crisis-dbc buiten budget met zorgtype 305' heeft een maximale duur van 1 kalenderdag. Een 'crisis-dbc buiten budget met zorgtype 306' heeft een maximale duur van 28 kalenderdagen.

13 Een crisis-dbc binnen budget kan enkel op basis van een individuele tariefbeschikking gedeclareerd worden, indien er een budget is vastgesteld. Zie de Beleidsregel budgetbesteding acute psychiatrische hulpverlening en Nadere regel informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening.

13. Wanneer een 'crisis-dbc buiten budget met zorgtype 304' de maximale looptijd van 25 kalenderdagen heeft bereikt, moet deze worden gesloten. Eventueel kan een vervolg 'crisis-dbc buiten budget' of reguliere dbc worden geopend. Wanneer een 'crisis-dbc buiten budget met zorgtype 305' de maximale looptijd van 1 kalenderdag heeft bereikt, moet deze worden gesloten. Er kan geen vervolg 'crisis-dbc buiten budget' worden geopend, wel een reguliere dbc. Wanneer een 'crisis-dbc buiten budget met zorgtype 306' de maximale looptijd van 28 kalenderdagen heeft bereikt, moet deze worden gesloten. Eventueel kan een vervolg 'crisis-dbc buiten budget' of reguliere dbc worden geopend.

14. Als de zorg niet meer voldoet aan de definitie van acute psychiatrische hulpverlening of als de patiënt stabiel is, dan moet de 'crisis-dbc buiten budget' worden gesloten.

5.2 Validatiebepalingen dbc's

1. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om de dbc-registratie op juistheid te controleren.

2. De zorgaanbieder neemt voor de dbc-registratie en declaratie van dbc's in hun registratie- en declaratiesoftware een validatiemodule op. Het document 'Toelichting validatieregels ggz', dat integraal onderdeel uitmaakt van deze regeling, bevat de specificaties waaraan de validatiemodule moet voldoen. Dit document is te downloaden van de website van de NZa (www.nza.nl). De validatiemodule moet zodanig zijn ingericht dat uitsluitend dbc's in rekening kunnen worden gebracht die niet strijdig zijn met de inhoud van deze regeling.

3. De zorgaanbieder hanteert de validatiemodule als hulpmiddel om de betrouwbaarheid van dbc's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. Verificatie gebeurt op basis van gegevens in bronbestanden.

5.3 Declaratiebepalingen dbc's

Deze regeling stelt voorschriften, voorwaarden of beperkingen met betrekking tot het declaratieproces in de gespecialiseerde ggz.

Te declareren dbc-tarief

1. Voor het leveren van zorg aan een patiënt kan de zorgaanbieder een bij deze zorg behorend dbc-tarief declareren als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- Het gehele dbc-traject is afgesloten overeenkomstig deze regeling.
- De stappen die het dbc-traject omvat, te weten: openen, typeren, registreren, sluiten en valideren, zijn volledig doorlopen.
- De hierboven genoemde stappen, met uitzondering van valideren, vinden plaats door of onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar.
- De regiebehandelaar heeft direct patiëntgebonden tijd die afleidt naar een prestatie besteed aan de patiënt voor wie wordt gedeclareerd. Als er sprake is van een vervolg-dbc, of van een patiënt afkomstig uit de Jeugdwet (zorgtype 147) of wanneer er sprake is van VMR dan geldt de eis van verplichte directe tijd die afleidt naar een prestatie van de regiebehandelaar niet. Voor crisis-dbc's buiten budget zonder verblijf geldt een uitzondering op deze bepaling: de directe tijd die afleidt naar een prestatie hoeft niet door de regiebehandelaar besteed te zijn.
- Er zijn geen verblijfsdagen in rekening gebracht voor dagen waarop de patiënt afwezig was.

- Het aantal geregistreerde minuten direct patiëntgebonden tijd dat heeft afgeleid naar een prestatie is zodanig geregistreerd dat effectieve controle door de zorgverzekeraar en de NZa mogelijk is.

2. De zorgaanbieder 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.

3. Het dbc-tarief wordt gedeclareerd aan de patiënt of aan de zorgverzekeraar. Als de patiënt gedurende het dbc-traject is veranderd van zorgverzekeraar, moet het dbc-tarief worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar bij wie de patiënt verzekerd was op de datum van het openen van de dbc.

Onderlinge dienstverlening

4. Als er sprake is van onderlinge dienstverlening, kan de uitvoerende zorgaanbieder de vergoeding daarvoor uitsluitend in rekening brengen aan de zorgaanbieder die de prestatie bij de uitvoerder heeft aangevraagd. Er mag door de uitvoerende zorgaanbieder geen dbc gedeclareerd worden.

Transparantie

5. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders'.

5.4 Informatiebepalingen dbc's

Dbc-traject startdatum

1. Bij initiële dbc's is dit de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie, plaatsvindt.

Dbc-traject einddatum

2. De dbc wordt afgesloten zodra de laatste activiteit (direct of indirect patiëntgebonden) voor een patiënt is geleverd¹³.

Declaratiecode

3. Dit is de zescijferige code die op basis van de prestatiecode kan worden afgeleid. De declaratiecode is gekoppeld aan de prestatiecode. Meerdere prestatiecodes kunnen afleiden op dezelfde declaratiecode. Aan elke declaratiecode is ook een tarief gekoppeld.

Gedeclareerde tarief

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

AGB-code

¹³ In enkele gevallen hoeft de laatste activiteit niet de einddatum van de DBC te zijn. Dit is bijvoorbeeld wanneer de patiënt overlijdt. In dat geval moet de overlijdensdatum de einddatum van het DBC-traject zijn.

5. Voor zelfstandig gevestigde zorgaanbieders: de AGB-zorgverlenerscode en – als dat van toepassing is- de AGB-praktijkcode.

Voor instellingen: de AGB-instellingscode en – als dat van toepassing is- de AGB-zorgverlenerscode.

De AGB-code en het beroep van de regiebehandelaar

6. Naast bovenstaande AGB-code moet ook de AGB-code en het beroep van de regiebehandelaar op de factuur vermeld worden. Als de regiebehandelaar in de fase van behandeling een andere regiebehandelaar is dan in de fase van de diagnose, dan moet ook de AGB-code van de tweede regiebehandelaar en diens beroep op de factuur vermeld worden.

Directe en indirecte tijd

7. Op de factuur moet ook de volgende informatie met betrekking tot de bestede tijd, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie vermeld worden:

1. directe en indirecte tijd van de regiebehandelaar(s) voorzover deze tijd afleidt naar een prestatie;
2. directe en indirecte tijd van iedere medebehandelaar voorzover deze tijd afleidt naar een prestatie. Van deze medebehandelaardient ook diens beroep vermeld te worden;
3. de totaal bestede directe en indirecte tijd van de gehele dbc (optelsom van 1 en 2).

Het type verwijzer

8. Op de declaratie moet het type verwijzer vermeld te worden naar onderstaande classificatie:

1. verwezen patiënt vanuit de eerste lijn (o.a. huisarts, bedrijfsarts);
2. verwezen patiënt vanuit een (andere) ggz-instelling, instelling voor medisch specialistische zorg of ggz-praktijk;
3. verwezen patiënt vanuit de crisiszorg of spoedeisende hulp;
4. eigen patiënt (bijvoorbeeld in geval van een vervolg-dbc);
5. verwezen patiënt, maar verwijzer heeft geen AGB-code (bijvoorbeeld in geval van een verwijzing naar de crisiszorg, buitenlandse zorgaanbieder);
6. zelfverwijzer;
7. bemoeizorg.

AGB-code van de verwijzer

9. Als er sprake is van type verwijzer genoemd onder 5.4.8.1 tot en met 5.4.8.4 (hierboven) moet op de factuur de AGB-code van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon) vermeld worden. Dit moet de AGB-code op persoonsniveau zijn.

Dagbesteding

10. Op de factuur moet de activiteitencode waarmee dagbesteding bij de aanbieder wordt geregistreerd en het aantal uren dagbesteding per dbc worden vermeld.

Dbc-prestatiecode

11. 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:

- zorgtype
- diagnoseclassificatie
- zorgvraagzwaarte
- productgroep voor behandeling van de dbc-dataset

De diagnose-informatie op de factuur moet zich beperken tot de 14 diagnosehoofdgroepen in uitsluitend de langdurende of intensieve behandelgroepen overeenkomstig de productstructuur. Voor de behandelgroepen 'diagnostiek', 'crisis' en 'kortdurend' is vermelding van diagnose-informatie en de zorgvraagzwaarte 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.

Zorgvraagzwaarte-indicator

12. Hiervoor geldt het volgende:

- Indien kosten door tussenkomst van VECOZO B.V. in rekening worden gebracht bij een zorgverzekeraar, neemt de zorgaanbieder de zorgvraagzwaarte in de dbc-prestatiecode op. De zorgaanbieder, bedoeld in de vorige zin, verstrekt de gegevens die op grond van artikel 5.4 van deze regeling moeten worden vermeld op de declaratie, op digitale wijze aan de zorgverzekeraar door tussenkomst van VECOZO B.V. met inachtneming van het bepaalde in de artikelen 7.2a en 7.2b van de Regeling zorgverzekering. Verdere verwerking van de zorgvraagzwaarte geschiedt conform het bepaalde bij de Regeling zorgverzekering.¹⁴
- Indien de kosten op andere wijze dan door tussenkomst van VECOZO B.V. in rekening worden gebracht dan geldt dat de component 'zorgvraagzwaarte' op de factuur dient te worden aangeduid met '000'.
- Indien de patiënt en de zorgaanbieder een privacy verklaring als bedoeld in artikel 5.5.1 hebben ondertekend dan geldt dat de component 'zorgvraagzwaarte' dient te worden aangeduid met '999'. Dit geldt zowel voor als er door tussenkomst VECOZO B.V. kosten in rekening worden gebracht als indien er op andere wijze dan door tussenkomst van VECOZO B.V. kosten in rekening worden gebracht.

Deelprestaties

13. De volgende deelprestaties worden onderscheiden:

- verblijf met overnachting (vmo): in totaal worden acht deelprestaties verblijf onderscheiden (deelprestatie verblijf A t/m H en VMR). Deze deelprestaties worden per dag geregistreerd;
- verblijf zonder overnachting (vzo);
- electroconvulsietherapie (ect);
- ambulante methadon verstrekking (amv);
- toeslag tolk gebarentaal / communicatiespecialist (ttgc);
- toeslag oorlogsgerelateerd psychotrauma (togp).

14 Staatscourant d.d. 20-11-2015

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.

Lekenomschrijving

14. Als een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege, als de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

5.5 Uitzonderingen in geval van privacybezwaren

Privacyverklaring

1. De artikelen 5.4.3, 5.4.11, 5.4.12 en 5.4.14, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig Bijlage 5: Privacyverklaring.

Inzenden verklaring

2. De verklaring bedoeld in artikel 5.5.1 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 patiënt.

Bewaren afschrift

3. De zorgaanbieder houdt in zijn administratie een afschrift van de in artikel 5.5.1 bedoelde verklaring.

Aanpassen tarief

4. In aanvulling op de uitzonderingsbepaling van artikel 5.5.1 en zo nodig in afwijking van artikel 5.4.4 zijn patiënt 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 patiënt, 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.

Controle door medisch adviseur

5. Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van facturen, die op grond van artikel 5.5.1 door een zorgaanbieder, dan wel een patiënt, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

Uitzondering voor zelfbetalers

6. De artikelen 5.4.3, 5.4.11, 5.4.12 en 5.4.14, voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens, blijven buiten toepassing indien een patiënt 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.

Factuur alsnog ter betaling indienen

7. Indien een patiënt bedoeld in artikel 5.5.6 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 5.5.1 te worden ingevuld en ondertekend. De artikelen 5.5.2 tot en met 5.5.5 zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.

6. Zzp's ggz

In dit hoofdstuk worden de registratie-, declaratie- en informatiebepalingen van de prestaties en toeslagen in het kader van de langdurige ggz met behandeling beschreven.

Met prestaties wordt in dit hoofdstuk bedoeld:

- zzp-ggz b 3 t/m 7 inclusief dagbesteding
- zzp-ggz b 3 t/m 7 exclusief dagbesteding
- zzp-ggz b vmr inclusief dagbesteding
- zzp-ggz b vmr exclusief dagbesteding
- zzp-ggz Klinisch Intensieve Behandeling

Met toeslagen wordt in dit hoofdstuk bedoeld:

- toeslag niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie
- toeslag Vervoer dagbesteding
- toeslag Woonzorg jong volwassenen ggz

6.1 Algemene registratiebepalingen

1. De registratie van de prestaties en toeslagen in de administratie van de zorgaanbieder is volledig, juist en actueel.
2. De registratie van de prestaties en toeslagen start als de patiënt langer dan 365 aaneengesloten dagen behandeling inclusief verblijf heeft ontvangen. Voor patiënten met behandeling en verblijf wordt vanaf dag 366 een zzp-ggz geregistreerd in plaats van een dbc.
3. De registratie van de prestaties en toeslagen eindigt wanneer de patiënt niet langer verblijft in de instelling.
4. In uitzondering op artikel 6.1.3 geldt dat de zorgaanbieder, in verband met het beschikbaar houden van de verblijfsplaats, gedurende de tijdelijke afwezigheid van de patiënt de zzp-ggz mag blijven registreren die ook geregistreerd wordt bij aanwezigheid. Voor registratie bij tijdelijke afwezigheid geldt een maximum van veertien dagen afwezigheid per keer, tellend vanaf de eerste dag na vertrek van de instelling. Dit maximum geldt niet in het geval van ziekenhuisopname.

In aanvulling op het gestelde in de vorige alinea geldt het volgende:

Voor de registratie bij tijdelijke afwezigheid van patiënten die als leerling voor dagonderwijs staan ingeschreven en die dit onderwijs ook daadwerkelijk volgen, wordt per keer een maximum afwezigheid berekend. Deze loopt vanaf de eerste dag van afwezigheid van de patiënt tot de maximale wettelijke vakantieduur.

5. De uitzondering als bedoeld in artikel 6.1.4 is niet van toepassing op de toeslagen.
6. Er kunnen niet meerdere zzp's ggz voor één patiënt voor dezelfde datum worden geregistreerd.
7. De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om vastlegging van de uitgevoerde behandeltrajecten op juistheid te controleren.

6.2 Declaratiebepalingen

1. De zorgaanbieder declareert de prestatie met het profiel dat overeenkomt met het profiel van de patiënt (zie Bijlage 6: Profielen zorgzwaartepakketten ggz). De declaratie vindt plaats op patiëntniveau. De normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) maken integraal onderdeel uit van de zzp.
2. Er kunnen niet meerdere zzp's ggz voor één patiënt voor dezelfde datum worden gedeclareerd.
3. De toeslagen worden altijd in combinatie met een zzp-ggz in rekening gebracht.
4. De declaratieperiode voor de prestaties en toeslagen is een kalendermaand.
5. Als er een verandering in de zorgvraag van de patiënt optreedt, kan een andere (hoger of lager) zzp-ggz worden gedeclareerd. Wanneer er tijdens een zzp-ggz b vmr toch weer sprake wordt van medische noodzaak voor verblijf, registreert de zorgaanbieder de eerst volgende dag de zzp-ggz b die het best passend is bij de zorgvraag van de patiënt op dat moment. De zzp-ggz b vmr wordt dan niet langer geregistreerd.
6. De prestaties en toeslagen worden na afloop van de declaratieperiode in rekening gebracht.
7. De declaratie bestaat uit het aan de patiënt geleverde aantal zzp dagen en eventuele toeslagen binnen de declaratieperiode, met inbegrip van het gestelde in artikel 6.1.4.
8. Een zorgaanbieder heeft bepaalde verplichtingen als het gaat om transparantie richting de patiënt. Voor wat betreft deze verplichtingen verwijzen we naar de beleidsregel 'Transparantie zorgaanbieders'.

6.3 Informatiebepalingen

Elke factuur bevat in ieder geval de volgende gegevens:

Beindatum declaratieperiode

1. Het gaat hier om de datum van de eerste dag in de betreffende declaratieperiode.

Einddatum declaratieperiode

2. Het gaat hier om de datum van de laatste dag die onderdeel uitmaakt van de betreffende declaratieperiode.

Gedeclareerde prestatie(s)

3. Het gaat hier om de in rekening te brengen zzp's ggz. Het moet duidelijk zijn welke zzp's ggz gedeclareerd (prestatiecode) worden en in welk aantal.

Toeslagen

4. De volgende toeslagen worden onderscheiden:

- niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie
- vervoer dagbesteding
- woonzorg jong volwassenen ggz

Alle toeslagen worden altijd in combinatie met een zzp-ggz in rekening gebracht. Op de factuur wordt vermeld welke toeslagen op welke datum geleverd zijn en tegen welk tarief.

Gedeclareerde tarief

5. Het gaat hier om de tarieven die in rekening worden gebracht voor de zzp's ggz en toeslagen en het in totaal gedeclareerde bedrag (pxq).

AGB-code

6. De AGB-instellingscode en – als dat van toepassing is- de AGB-zorgverlenerscode.

Lekenomschrijving

7. Als een zorgaanbieder aan de patiënt factureert, voegt hij op de factuur een lekenomschrijving met betrekking tot de geleverde zorg toe. Vermelding van de lekenomschrijving blijft achterwege als de zorgaanbieder de factuur rechtstreeks aan de zorgverzekeraar zendt.

7. Overige zorgproducten (ozp's)

De categorie 'overige zorgproducten' (ozp's)¹⁵ heeft geen relatie met het dbc- of zzp-ggz-traject van een patiënt. De registratieprocessen voor de dbc's en zzp's ggz gelden dus ook niet voor de ozp's. De integrale tarieven voor de overige zorgproducten kunnen daarom afzonderlijk gedeclareerd worden aan de patiënt, zorgverzekeraar of aan de opdrachtgever. Voor meer informatie over overige zorgproducten wordt verwezen naar de beleidsregel 'Prestaties en tarieven gespecialiseerde ggz'.

Als er aan een patiënt zowel basispakketzorg als niet basispakketzorg wordt geleverd, dan declareert de zorgaanbieder zowel een dbc/zzp-ggz als een ozp.

Zorg die tot het basispakket behoort

1. Bij consultaties door een psychiater bij een euthanasieverzoek op grond van psychisch lijden kan het specifiek ozp in rekening worden gebracht. De werkzaamheden die met dit ozp in rekening kunnen worden gebracht betreffen het dossieronderzoek, gesprek met patiënt en naasten, verslaglegging en afsluiting. Hierbij geldt een maximum van 12 uur per patiënt.

Zorg die niet tot het basispakket behoort

1. Het is zorgaanbieders niet toegestaan om zorg die niet tot het basispakket behoort, in rekening te brengen als zorg die tot het basispakket behoort.
2. Voor het declareren van zorg die niet onder het basispakket valt, maar wel zorg is zoals omschreven in de Wmg, brengt de zorgaanbieder één van de voor deze zorg vastgestelde ozp's in rekening. Als er geen aparte prestatie bestaat voor de niet-basispakketzorg, dan kunnen de volgende algemene prestaties gebruikt worden:
 - ozp niet-basispakketzorg consult
 - ozp niet-basispakketzorg verblijf
3. Activiteiten en verrichtingen die niet onder de reikwijdte van het begrip 'zorg' als omschreven in artikel 1,, eerste lid, onder b, Wmg behoren, worden niet via prestaties of ozp's gedeclareerd.
4. Bij keuringen, rapporten en informatieverstrekkingen kunnen aanbieders bij levering van specifieke prestaties een prestatie ('toeslag') in rekening brengen voor additionele directe of indirecte tijd. De zorgverlener moet de patiënt vooraf informeren wanneer hij verwacht gebruik te maken van deze toeslag bovenop de standaardprestatie.

¹⁵ Zie voor een overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren zijn bijlage 4 van de nadere regel msz: overige zorgproducten per segment.

8. Intrekking oude regeling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de Nadere regel 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg', met kenmerk NR/REG-1927, ingetrokken.

9. Overgangsbepaling

De Nadere regel 'Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg' met kenmerk NR/REG-1927 blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen - en al dan niet beëindigd - in de periode dat die regeling gold. Dit betekent dat voor overlopende dbc's (dbc's gestart vóór 2020 en doorlopend in 2020) de op het moment van opening van de dbc geldende nadere regel van toepassing is.

10. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2020.

Deze regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Toelichting op de nadere regel

Algemene toelichting

Op grond van artikel 37 van de 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 van de 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 beschrijft de eisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen om de geleverde zorg te kunnen declareren. Deze eisen zijn erop gericht dat tarieven die worden gedeclareerd voor het leveren van zorg aan een bepaalde patiënt in overeenstemming zijn met de geleverde zorg aan diezelfde patiënt.

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 bestuurlijke boete.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 4 Algemene bepalingen

Per 2015 is voor patiënten vanaf 18 jaar de langdurige op behandeling gerichte intramurale geestelijke gezondheidszorg (iggz) voor de eerste 1095 dagen overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Deze termijn geldt niet voor de mensen die op 31 december 2014 al een zzp-ggz B hebben in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Deze patiënten gaan rechtstreeks over naar de Wet langdurige zorg.

Voor het registreren en declareren van verblijfsdagen gelden de dbc's ggz als prestatie tot en met 365 dagen. Na 365 dagen gelden de zzp's ggz als prestatie voor langdurig verblijf en mogen er géén verblijfsdagen geregistreerd worden op een dbc. Voor ambulante behandeling gelden altijd de dbc's als prestatie, ongeacht de behandelduur. Het aantal verblijfsdagen is gebaseerd en wordt berekend op basis van artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).

In het Besluit zorgverzekering (Bzv) artikel 2.12 staat het volgende opgenomen over de aanspraak op verblijf:

- Verblijf omvat verblijf gedurende een onafgebroken periode van ten hoogste 1.095 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of in verband met chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.
- Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de drie jaar.
- In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de drie jaar.

Voor de gespecialiseerde ggz betekent bovenstaand artikel dat verblijf in het kader van behandeling in een ggz-instelling tot en met 1.095 dagen vanuit de Zvw wordt gefinancierd. Vanaf 1.096 dagen

aaneengesloten verblijf eindigt de financiering voor deze zorg vanuit de Zvw en gaat dit over naar de Wlz. Als behandeling niet meer in combinatie met verblijf nodig is, zal de zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bekostigd worden.

Met de telling van aaneengesloten verblijf tot en met 1095 dagen

worden alle vormen van verblijf noodzakelijk¹⁶ in verband met geneeskundige zorg meegeteld. Het gaat hierbij om verblijf in een ggz-instelling, maar ook om verblijf in een ziekenhuis of andere instelling in verband met somatische problematiek.

In onderstaande tabel wordt de samenloop van dbc's, zzp's ggz en ozp's weergegeven.

Te declareren in combinatie met:				
	dbc ggz (Zvw)	dbc med spec zorg (Zvw)	Basis-ggz	ozp's
zzp-ggz (Zvw)	Nee. Na 365 dagen aaneengesloten verblijf is er sprake van langdurige ggz. Dit wordt bekostigd met de zzp's ggz. Vanuit het zzp-ggz wordt alle zorg in het kader van een ggz diagnose geleverd, ongeacht het type ggz diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja, mits sprake is van diagnose niet behorend tot de ggz, kan voor deze zorg een somatische dbc in rekening worden gebracht.	Nee, vanuit het zzp-ggz wordt alle zorg in het kader van een ggz diagnose geleverd, ongeacht het type ggz diagnose die hieraan ten grondslag ligt.	Ja

Tabel 1: Samenloop dbc's, zzp's en ozp's

4.4 Regiebehandelaarschap – experimenteerruimte

Hierbij is de eis aan de derde onafhankelijke partij dat zij objectief, gemotiveerd en zorgvuldig tot een oordeel komt over de ingediende aanvragen. Dit stelt eisen aan de governance, zoals de aanwezigheid van een aanvraag- en bezwaarprocedure, en het volgen van het protocol dat onderdeel uitmaakt van het model kwaliteitsstatuut. Tenslotte moet de looptijd van het experiment begrenst zijn door de derde partij.

¹⁶ Inclusief situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen, conform de duiding van het Zorginstituut: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/07/rapport-medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz>

Toegekende aanvragen leiden tot de mogelijkheid om per direct gebruik te maken van een keuzemogelijkheid op dbc-niveau, die mogelijk maakt andere beroepen te selecteren dan genoemd in 1. **Begripsbepalingen** onder dd. Als een ander beroep wil acteren als regiebehandelaar, kan hij dit aangeven met bovengenoemde keuze. Deze keuze maakt mogelijk om een ander beroep als regiebehandelaar te laten fungeren. Dit betekent dat verzoeken in beginsel lopende het jaar aangevraagd kunnen worden en –bij toekenning- direct leiden tot declaratiemogelijkheden. De controle hierop ligt bij de zorgverzekeraar.

Artikel 5 Diagnose-behandelcombinaties (dbc's)

Wat is een dbc

Dbc staat voor diagnose-behandelcombinatie. Een dbc omvat het traject tot maximaal 365 kalenderdagen dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-zorgaanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De dbc vormt de basis voor de declaratie van de geleverde zorg in het kader van deze diagnose bij de zorgverzekeraar van de patiënt.

Waaruit bestaat een dbc

Een dbc in de ggz is opgebouwd uit patiëntgerichte activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen. Afhankelijk van de set van activiteiten, verblijfsdagen, uren dagbesteding en verrichtingen en de tijd of aantallen die hieraan besteed zijn, wordt een aparte behandelprestatie, verblijfsprestatie en/of overige prestatie afgeleid. Aan de behandel- en verblijfsprestaties zijn tarieven verbonden. Deze tarieven worden jaarlijks door de NZa vastgesteld.

Welke ggz wordt níét geregistreerd met behulp van de dbc-systematiek:

- generalistische basis-ggz
- lang verblijf

Een verblijf in een ggz-instelling van een aaneengeschakelde periode tot en met 365 dagen valt onder de Zvw (artikel 2.10 Bzv)¹⁷ en wordt bekostigd via de dbc-systematiek. Duurt de opname langer dan 365 dagen, dan valt dit als het op behandeling gerichte ggz is nog steeds onder de Zvw, maar vindt bekostiging plaats op basis van zzp's en niet op basis van dbc's.

- forensische zorg

Voor de bekostiging van forensische zorg onder het strafrechtelijk kader (fz) gelden aparte registratieregels (dbbc-systematiek).

(Zorg die wordt opgelegd in het kader van Jeugdstrafrecht valt vanaf 1 januari 2015 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten).

- zorg na overlijden van de patiënt

Zorg die is geboden na de overlijdensdatum van de patiënt, bijvoorbeeld het afronden van een dossier, mag niet geregistreerd worden op een dbc. Deze activiteiten worden volgens de Zvw niet vergoed door de verzekeraar omdat ze niet bijdragen aan de genezing van de patiënt.

- openbare ggz

Zorg die is uitgevoerd in het kader van de openbare ggz, waarbij het gaat om preventie en zorg die niet voortkomt uit een individuele en vrijwillige zorgvraag, mag niet geregistreerd worden op een dbc.

¹⁷ Wanneer er tijdens de opnameperiode een onderbreking plaatsvindt van hoogstens 30 dagen, worden deze niet als onderbreking beschouwd, maar tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Voor nadere regelgeving, zie www.zorginstituutnederland.nl.

- collectieve preventie en dienstverlening

Zorg die is geboden in het kader van collectieve preventie en dienstverlening, zoals het voorlichten van jongeren over psychiatrische klachten, mag niet geregistreerd worden op een dbc.

Proces van dbc-registratie

De dbc-systematiek in de ggz werkt volgens een proces van registratie, validatie en afleiding.

- Registratie:

Het registratieproces start op het moment dat een patiënt die is verwezen naar een gespecialiseerde ggz-zorgaanbieder, zich bij de zorgaanbieder meldt met een zorgvraag. Op dat moment wordt meteen een zorgtraject en bij het eerste behandelcontact een dbc geopend. Een zorgtraject volgt het zorgproces voor één primaire diagnose en kan bestaan uit een initiële dbc waarin de primaire diagnose is gesteld en een onbeperkt aantal vervolg-dbc's.

- Validatie:

Als de dbc is afgesloten volgt de validatie. Tijdens de validatie wordt gecontroleerd of de dbc goed en technisch volledig is geregistreerd.

- Afleiding:

Na de validatie wordt via de afleiding bepaald in welke behandelprestatie/productgroep de dbc terechtkomt. Vervolgens wordt de dbc als onderdeel van de factuur naar de zorgverzekeraar van de patiënt gestuurd en worden daarnaast de dbc-gegevens aan het dbc-informatiesysteem (DIS) geleverd.



Figuur 1: Proces van registratie, validatie en afleiding

5.1.2 Openen dbc's

Binnen de dbc-systematiek wordt onderscheid gemaakt tussen de termen 'zorgtraject', 'initiële dbc' en 'vervolg-dbc'.

Zorgtraject

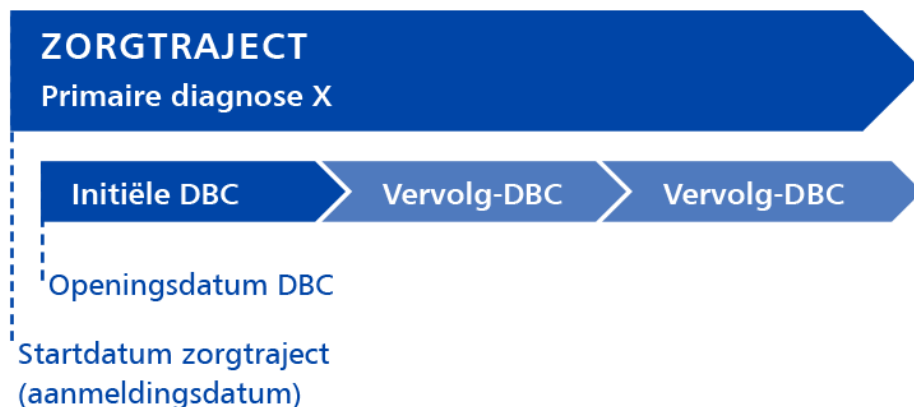
Voordat een dbc geopend kan worden moet eerst een zorgtraject zijn gestart. Dit zorgtraject omvat de totale zorg die wordt geleverd in het kader van de behandeling van één primaire diagnose. De aanmeldingsdatum van de patiënt bepaalt de startdatum van het zorgtraject. Een initiële dbc, met eventueel één of meerdere vervolg-dbc's, vormt het zorgtraject. Het vastleggen van de aanmeldingsdatum is verplicht volgens de [mds](#).

Wie opent een zorgtraject

Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het secretariaat, op het moment dat iemand een afspraak maakt.

Relatie tussen zorgtraject en dbc

De startdatum van het zorgtraject kan hetzelfde zijn als de openingsdatum van de initiële dbc, maar dit hoeft niet. De startdatum van de initiële dbc is gelijk aan de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie, door de behandelaar plaatsvindt. Als die later dan de aanmeldingsdag plaatsvindt, ligt de startdatum van het zorgtraject vóór de openingsdatum van de initiële dbc.



Figuur 2: Zorgtraject en dbc's

5.1.2.1 Wie opent een dbc

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar kan een dbc openen.

5.1.2.2 Openingsdatum dbc

Bij het openen van een dbc moet een openingsdatum vermeld worden. Dit is verplicht volgens de mds.

De openingsdatum van een initiële dbc is gelijk aan de datum waarop de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie, door de behandelaar plaatsvindt. De openingsdatum van een vervolg-dbc is gelijk aan de dag na sluiting van de voorgaande dbc. Uitzondering hierop is een vervolg-dbc met zorgtype exarcebatie/recidive (zorgtype 204).

De openingsdatum van een vervolg-dbc met zorgtype 204 is gelijk aan de datum dat de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie, door de behandelaar plaatsvindt.

5.1.2.3 Initiële dbc¹⁸

¹⁸ Zie ook figuur 3.

Een initiële dbc is de dbc die wordt geopend voor een eerste of nieuwe primaire zorgvraag van een patiënt. De initiële dbc is altijd de eerste dbc binnen een zorgtraject. De startdatum van de initiële dbc is gelijk aan de datum van de eerste (directe of indirecte) patiëntgebonden activiteit, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie.

Wanneer een initiële dbc openen?

- Als een nieuwe patiënt zich aanmeldt.

Als een zorgaanbieder over meerdere locaties beschikt en een patiënt alleen van locatie verandert, maar niet van primaire diagnose, dan is er in dat geval géén sprake van een nieuwe patiënt. De regiebehandelaar op de andere locatie mag dan geen initiële dbc openen. Alle geboden zorg op de andere locatie voor dezelfde primaire diagnose moet op de al geopende dbc worden geregistreerd.

- Als een bekende patiënt voor een andere primaire diagnose in zorg komt dan de diagnose waarvoor de patiënt al in behandeling is.

Let op

Er kan sprake zijn van parallelle of opeenvolgende zorgtrajecten. De voorwaarden daarvoor staan vermeld in artikel 5.1.3 Typeren van dbc's op pagina 12, en een nadere toelichting is te vinden in het artikel 5.1.3.6 Meerdere primaire diagnoses in de toelichting.

- Als een bekende patiënt voor dezelfde diagnose terug in zorg komt, waarbij er al meer dan 365 dagen zijn verstreken sinds het sluiten van de vorige dbc.

- Overgang naar andere bekostiging

Als een bekende patiënt in behandeling is waarbij deze behandeling wordt bekostigd vanuit een bekostigingsregime anders dan de Zvw, en de bekostiging overgaat naar de Zvw. De openingsdatum van een dbc is dan gelijk aan de datum waarop de eerst volgende directe of indirecte patiëntgebonden activiteit plaatsvindt.

Deze overgang is bijvoorbeeld aan de orde als een minderjarige patiënt tijdens de behandeling de 18 jarige leeftijd bereikt, en de bekostiging overgaat van de Jeugdwet naar de Zorgverzekeringswet. Voor die overgang is een apart zorgtype aangemaakt, zie Bijlage 1: Zorgtypen.

Een ander voorbeeld is als er sprake is van forensische zorg met strafrechtelijke titel waarbij de strafrechtelijke titel vervalt maar de behandeling wordt voortgezet onder de Zvw.

5.1.2.4 Heropenen dbc

Heropenen (initiële of vervolg) dbc

Als de patiënt binnen 35 dagen na het afsluiten van de dbc terugkomt in zorg voor dezelfde diagnose moet, tenzij de doorlooptijd van de dbc meer dan 365 dagen wordt de voorafgaande dbc heropend worden. Als de patiënt ongepland terug in zorg komt voor dezelfde primaire diagnose, maar de tussenliggende periode is meer dan 34 dagen, dan zijn er twee mogelijkheden: openen van een nieuwe (vervolg-)dbc of heropenen van de dbc. Deze laatste mogelijkheid zal in de praktijk vooral worden toegepast als de dbc nog niet is gefactureerd.

5.1.2.5 Vervolg-dbc

Als de behandeling na afsluiting van een dbc nog moet worden voortgezet, wordt een vervolg-dbc geopend. Een vervolg-dbc is een dbc die volgt op een voorgaande initiële dbc of vervolg-dbc. Een vervolg-dbc heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de eerder afgesloten initiële dbc of vervolg-dbc.

Openingsdatum vervolg-dbc

Een vervolg-dbc wordt geopend op de dag na sluiting van de voorgaande dbc. Hierbij geldt een uitzondering voor dbc's met het zorgtype recidive/exarcebatie (204): een vervolg-dbc met dit zorgtype wordt geopend op de dag van de eerste directe of indirecte patiëntgebonden activiteit, uitgevoerd door een beroep waarvan de tijd afleidt naar een prestatie.

N.B. Als het zorgtype van de dbc met zorgtype 204 moet worden gecorrigeerd naar zorgtype 206/211 (rechterlijke machtiging), zou dat in de overgangsfase van 2017 naar 2018 tot een probleem kunnen leiden als de openingsdatum van de dbc met zorgtype 206/211 wordt verschoven van 2018 naar 2017. Om die reden geldt voor 2018, dat – als aansluiting aan de eerdere dbc betekent dat de openingsdatum verschuift van 2018 naar 2017 – in deze situatie de openingsdatum van de dbc met zorgtype 206/211 (rechterlijke machtiging) gelijk blijft aan de openingsdatum van de dbc met zorgtype 204 (recidive). Zie voor uitleg onderstaande voorbeelden.

Wanneer een vervolg-dbc openen

Het gaat hier altijd om een bekende patiënt en precies dezelfde primaire diagnose. Een vervolg-dbc valt altijd onder hetzelfde zorgtraject waaronder de bijbehorende initiële dbc en eventuele eerdere vervolg-dbc's vallen.

- Als een (initiële of vervolg-)dbc 365 dagen openstaat en de behandeling nog niet afgerond is, moet een vervolg-dbc met één van de volgende zorgtypen worden geopend:

- (langdurig periodieke) controle (201)
- voortgezette behandeling (202)
- uitloop (203)

- Als een patiënt weer terug in zorg komt voor dezelfde diagnose binnen 35 dagen na afsluiting van de dbc moet, tenzij de doorlooptijd van de dbc meer dan 365 dagen wordt, de dbc heropend worden.

Let op

- Als een patiënt terug in zorg komt, maar er zijn al 365 dagen verstreken sinds de sluiting van de voorgaande dbc, dan opent de regiebehandelaar weer een initiële dbc.
 - Als in de voorgaande dbc geen diagnose is gesteld en de patiënt komt terug in zorg, moet de regiebehandelaar een initiële dbc openen.
- Als een zorgaanbieder *na second opinion* de behandeling van een patiënt overneemt van een andere zorgaanbieder. Deze behandelaar heeft een second opinion uitgevoerd en hiervoor een dbc met het zorgtype 'second opinion' (106) geopend en gesloten. In dat geval moet deze regiebehandelaar een vervolg-dbc openen volgend op deze second opinion dbc. Een voorwaarde hiervoor is wel dat de afgesloten

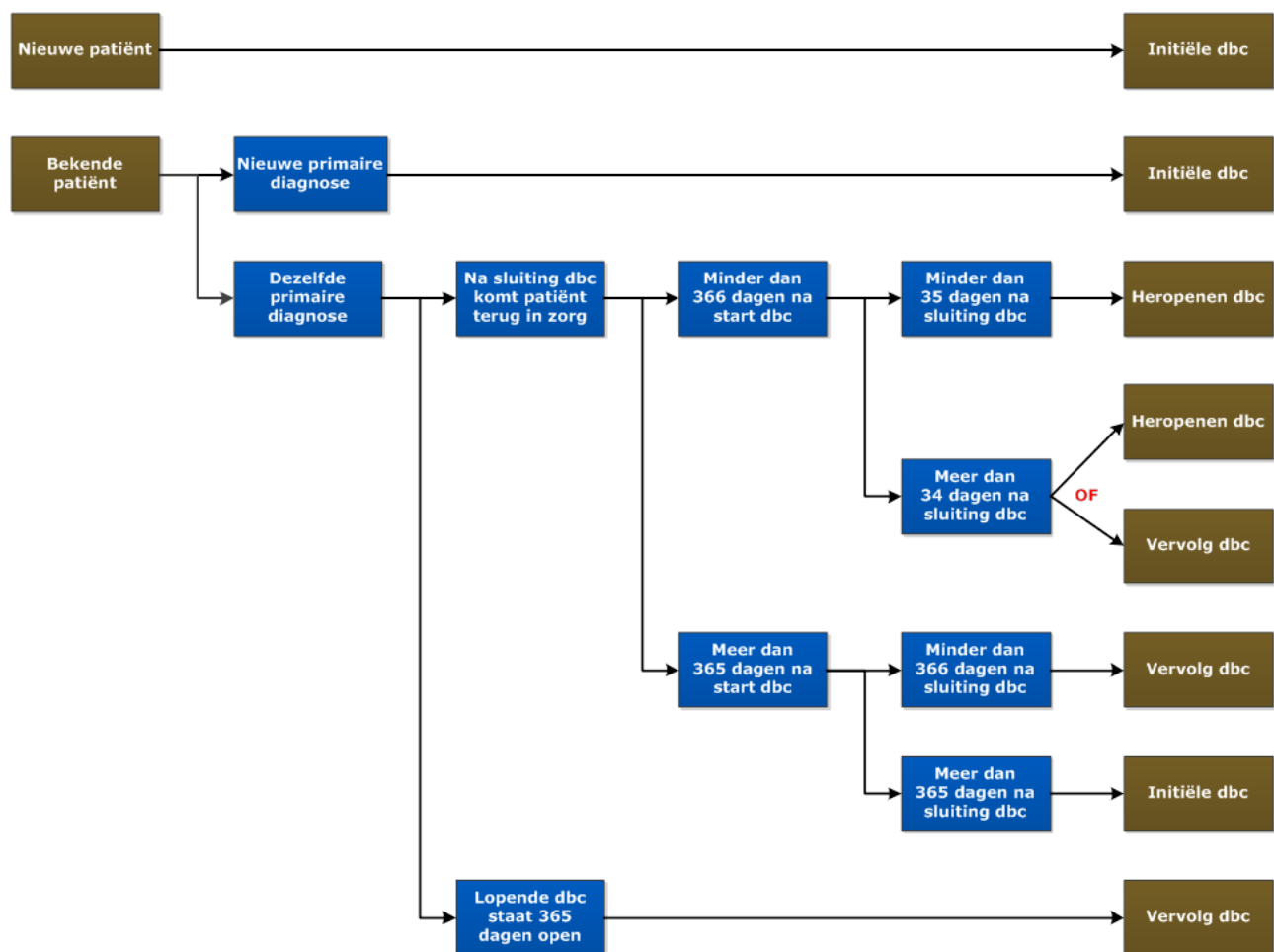
second opinion dbc dezelfde primaire diagnose bevat. Een vervolg-dbc met één van de volgende zorgtypen moet worden geopend:

- (langdurig periodieke) controle (201)
- voortgezette behandeling (202)
- uitloop (203)

Let op

Een initiële dbc met zorgtype 'second opinion'(106) hoeft niet 365 dagen open te hebben gestaan.

Samenvatting



Figuur 3: Overzicht openen/heropenen initiële of vervolg-dbc's

5.1.2.6 Verwijzing naar basis-ggz

Als een patiënt voor een vervolgbehandeling in aanmerking komt en voldoet aan één van de patiëntprofielen in de basis-ggz, dan wordt deze patiënt verwezen naar de basis-ggz. In deze situatie wordt geen vervolg-dbc geopend.

5.1.3 Typeren van dbc's

5.1.3.1 Wie typeert?

De dbc moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn. Bij voorkeur typeert de regiebehandelaar de dbc binnen een maand na opening.

De regiebehandelaar is eindverantwoordelijke voor het juist invullen van de volledige typering.

Wanneer typeren?

De dbc moet bij het sluiten volledig en juist getypeerd zijn. Bij voorkeur typeert de regiebehandelaar de dbc binnen een maand na opening.

5.1.3.2 Vastleggen identificatiegegevens

Welke gegevens de zorgaanbieder (bij een initiële dbc) in ieder geval moet invullen bij de identificatiegegevens van een patiënt, is gebaseerd op de [mds](#). Dit zijn de volgende gegevens:

- naam patiënt
- geboortedatum
- geslacht
- postcode (wijkcode)
- burgerservicenummer (BSN)
- unieke identificatie zorgverzekeraar (conform het UZOVI-register¹⁹)

5.1.3.3 Vastleggen zorgtype

Welk zorgtype gebruiken

Er zijn verschillende zorgtypen voor initiële en vervolg-dbc's.

In bijlage II is te zien uit welke zorgtypen de regiebehandelaar kan kiezen bij een initiële en een vervolg-dbc. Zijn er meerdere zorgtypen van toepassing? Selecteer dan het zorgtype dat het beste de aanleiding tot zorg beschrijft. Een meer uitgebreide beschrijving van de zorgtypen staat in Bijlage 1: Zorgtypen.

Gedurende de looptijd van de dbc mag het zorgtype gewijzigd worden. Het zorgtype moet echter bij het sluiten van de dbc volledig en juist geregistreerd zijn.

Let op

Is er sprake van Bemoeizorg, Crisismaatregel of een Zorgmachtiging op basis van de Wet verplichte ggz? Selecteer dan altijd dit zorgtype, ook al is er eerder een ander zorgtype geregistreerd.

Anonimisering van zorgtypen

¹⁹ Unieke ZorgVerzekeraarsIdentificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.

In verband met de privacy van de patiënt worden sommige zorgtypen die verband houden met een rechterlijke uitspraak niet op de declaratie aan de verzekeraars opgenomen. Voor de zorgtypen Zorgmachtiging en Bemoezorg geldt dat deze de pseudocode 199 bij een initiële dbc en 299 bij een vervolg-dbc krijgen. In het geval van het zorgtype Crisismaatregelkrijgt de dbc de pseudocode 199.

5.1.3.4 Vastleggen diagnose

De diagnoseclassificatie in de dbc-systematiek sluit aan bij de regels die gelden rondom het gebruik van de DSM-5. De registratie van de diagnose gebeurt met behulp van de diagnosetabel van de NZa die is gebaseerd op de DSM-IV-TR. De bijbehorende codes van As 1 en As 2 sluiten aan bij de ICD-9-CM

Registreren diagnose per as

De regiebehandelaar registreert de diagnose conform DSM-IV-TR. Hierbij moet de diagnose geregistreerd worden op alle vijf zogeheten assen, die hieronder worden besproken.

As 1: Klinische stoornissen

Op As 1 kan één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Tabel 2 laat zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

Let op

- Op As 1 is de diagnose 799.9 'Diagnose/aandoening uitgesteld' niet toegestaan.
- Registreer V71.09 'Geen diagnose of aandoening op As 1 aanwezig' als er geen As 1-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.

As 1 Klinische stoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Stoornissen in de kindertijd	Overige stoornissen in de kindertijd
	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
	Aandachtstekort stoornissen en gedragsstoornissen
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Restgroep diagnoses
Aan een middel gebonden stoornissen	Aan alcohol gebonden stoornissen
	Overige aan een middel gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Stemmingsstoornissen	Depressieve stoornissen

	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Angststoornissen	Angststoornissen
Somatoforme stoornis	Somatoforme stoornissen
Nagebootste stoornissen	Restgroep diagnoses
Dissociatieve stoornissen	Restgroep diagnoses
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Restgroep diagnoses
Eetstoornissen	Eetstoornissen
Slaapstoornissen	Restgroep diagnoses
Stoornissen in de impulsbeheersing	Restgroep diagnoses
Aanpassingsstoornissen	Aanpassingsstoornissen
Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

Tabel 2: As 1: klinische stoornissen

As 2: Persoonlijkheidsstoornissen

Op As 2 kunnen één of meerdere stoornissen worden geselecteerd volgens de diagnosetabel. Per stoornis moet worden aangegeven of de stoornis aanwezig is of dat er trekken van deze stoornis aanwezig zijn. Naast de registratie van de persoonlijkheidsstoornissen kan maximaal één code voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid worden geregistreerd. In Tabel 3 is te zien hoe de hoofdgroepen van de diagnosetabel volgen uit de hoofdgroepen van de DSM-IV-TR.

Let op

- Per persoonlijkheidsstoornis sluiten de antwoordmogelijkheden ‘aanwezig’ en ‘trekken van’ elkaar uit.
- Op As 2 kunt u wel kiezen voor de code 799.9 ‘Diagnose/aandoening uitgesteld’, maar deze kan nooit de primaire diagnose van de dbc zijn.
- Registreer V71.09 ‘Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig’ als er geen As 2-stoornis bij de betreffende patiënt aanwezig is.

As 2 Persoonlijkheidsstoornissen	
DSM IV-TR	Diagnosetabel
Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd)	Restgroep diagnoses
• Lichte zwakzinnigheid	
• Matige zwakzinnigheid	
• Ernstige zwakzinnigheid	
• Diepe zwakzinnigheid	

• Zwakzinnigheid, ernst niet gespecificeerd	
Persoonlijkheidsstoornissen • Paranoïde persoonlijkheidsstoornis • Schizoïde persoonlijkheidsstoornis • Schizotypische persoonlijkheidsstoornis • Antisociale persoonlijkheidsstoornis • Borderline persoonlijkheidsstoornis • Theatrale persoonlijkheidsstoornis • Narcistische persoonlijkheidsstoornis • Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis • Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis • Obsessieve - compulsieve persoonlijkheidsstoornis • Persoonlijkheidsstoornis NAO • Uitgesteld / geen persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkheids-stoornissen
Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)	Restgroep diagnoses

Tabel 3: As 2: Persoonlijkheidsstoornissen

As 3: Somatische aandoeningen

Registreer op As 3 alleen de somatische aandoening die een directe relatie heeft met de As 1- of As 2-stoornis (bijvoorbeeld: delirium door een somatische aandoening) en die van invloed is op de behandeling.

De registratie van somatische aandoeningen is in de dbc-systematiek beperkt tot drie niveaus:

- Geen of geen relevante diagnose op As 3

Als er geen somatische aandoening aanwezig is of als de somatische aandoening geen consequenties heeft voor de behandeling van de patiënt.

•

- Diagnose op As 3 enkelvoudig

Als er sprake is van een somatische aandoening die beperkte consequenties heeft. Doe dit dus alleen als deze naar verwachting zorgverzwarend is voor de behandeling van de primaire diagnose.

- Diagnose op As 3 complex

Als er sprake is van een somatische aandoening die veel consequenties heeft dan wel zorgverzwarend werkt voor de behandeling van de As 1- of As 2-stoornis. Van complex is bijvoorbeeld sprake wanneer:

- een medisch specialistische behandeling door een andere medisch specialist dan de psychiater noodzakelijk is;

- aanvullende zorg gericht op de somatische aandoening of als gevolg van de somatische aandoening noodzakelijk is. Bijvoorbeeld in geval van doofheid;
- er een specifieke behandelafdeling (paaz, puk, pmu/gazp/gaaz) nodig is om zorg te kunnen bieden;
- er sprake is van bepaalde specifieke ziektebeelden, zoals ziekte van Alzheimer of Hypothyreoïdie.

As 3 Somatische aandoeningen	
Diagnosetabel	Bijzonderheden
Diagnose op As3, complex	Registreer alleen de somatische diagnoses die een directe relatie hebben met de As 1- of As 2-stoornis
Diagnose op As3 enkelvoudig	
Geen of geen relevante diagnose op As3	

Tabel 4: As 3: Somatische aandoeningen

As 4: Psychosociale factoren en omgevingsfactoren

Op As 4 worden de psychosociale factoren en omgevingsfactoren vastgelegd die een duidelijk zorgverzwarende factor vormen bij de behandeling van de primaire diagnose. Registreer 'diagnose of aandoening niet aanwezig' als er geen As 4-factor aanwezig is.

As 4 Psychosociale factoren en omgevingsfactoren	
Factoren	Bijzonderheden

Problemen binnen de primaire steungroep Problemen verbonden aan de sociale omgeving Studie/scholingsproblemen Werkproblemen Woonproblemen Financiële problemen Problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten Problemen met justitie/ politie of met de misdaad Andere psychosociale en omgevingsproblemen	Deze psychosociale factoren en omgevingsfactoren mogen alleen vastgesteld worden als ze duidelijk zorgverzwarend werken.
Geen diagnose/ factor op As 4 aanwezig	Als er geen psychosociale factoren aanwezig zijn of wanneer deze geen consequenties hebben voor de behandeling van de primaire diagnose, moet deze code geregistreerd worden.

Tabel 5: As 4: Psychosociale factoren

As 5: GAF-score

Tenslotte registreert de regiebehandelaar op As 5 de Global Assessment of Functioning-score (GAF-score) driemaal:

- Bij openen (tweemaal):
 - De hoogste GAF-score van de voorgaande 365 dagen. Is er geen eerdere GAF-score? Registreer dan de GAF-score bij het begin van de behandeling of maak een inschatting van de hoogste GAF-score van het afgelopen jaar.
 - De GAF-score op het moment van openen van de dbc.

- Bij sluiten:

de GAF-score op de einddatum van de dbc.

De verdeling van de GAF-scores zoals deze wordt gebruikt in de dbc-systematiek is weergegeven in onderstaande tabel.

As 5 GAF score
GAF score 1- 10
GAF score 11- 20

GAF score 21- 30
GAF score 31- 40
GAF score 41- 50
GAF score 51- 60
GAF score 61- 70
GAF score 71- 80
GAF score 81- 90
GAF score 91-100

Tabel 6: As 5: GAF score

5.1.3.5 Registreren primaire diagnose

Nadat de diagnose op alle assen is geregistreerd, kan worden aangegeven wat de primaire diagnose van het zorgtraject is. De primaire diagnose is de belangrijkste reden voor de behandeling. Alleen een diagnose op As 1 of As 2 kan worden geselecteerd als primaire diagnose van het zorgtraject.

Let op

- De primaire diagnose kan niet een van de volgende codes zijn: '799.9 Diagnose/aandoening uitgesteld' of 'V71.09 Geen diagnose of aandoening op As 2 aanwezig'.
- Als er bij een diagnose op As 2 'Trekken van..' wordt gescoord, kan deze wel dienen als primaire diagnose.
- De code op As 2 voor zwakzinnigheid of zwakbegaafdheid kan niet als primaire diagnose geregistreerd worden (hieronder vallen ook de codes voor stoornissen in de kindertijd op As 2).

Wijzigen diagnose bij lopende dbc

- Een vervolg-dbc heeft altijd precies dezelfde primaire diagnose als de voorgaande (initiële) dbc. Deze diagnose kan niet worden aangepast. Dit houdt ook in dat als de primaire diagnose in dezelfde hoofdgroep valt als bij de voorgaande dbc maar niet precies hetzelfde is, een initiële dbc geopend moet worden voor het behandelen van de nieuwe diagnose.
- Als de primaire diagnose van een openstaande initiële dbc wijzigt wordt de diagnose van die initiële dbc aangepast. Er wordt dus géén nieuwe initiële dbc (en geen nieuw zorgtraject) geopend. Dit geldt zowel bij wijzigen naar een diagnose binnen dezelfde hoofdgroep als naar een diagnose in een andere hoofdgroep. Een uitzondering geldt op dit punt bij stepped care. Als eerst één diagnose wordt behandeld en vervolgens de behandeling van een tweede diagnose wordt ingezet, mag voor de behandeling van de tweede diagnose een nieuwe initiële dbc worden geregistreerd.

5.1.3.6 Meerdere primaire diagnoses

Het is mogelijk dat bij een patiënt meerdere (primaire) diagnoses worden vastgesteld. Afhankelijk van hoe de diagnoses zich tot elkaar verhouden kan worden gekozen voor parallelle of seriële (opeenvolgende) zorgtrajecten.

Parallelle zorgtrajecten

Er is sprake van parallelle zorgtrajecten als de regiebehandelaar meerdere initiële dbc's en bijbehorende zorgtrajecten opent. Parallelle trajecten kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. De regiebehandelaar moet het openen van parallelle zorgtrajecten op dat punt ook kunnen verantwoorden.

Parallelle zorgtrajecten mogen niet in eenzelfde diagnosehoofdgroep vallen. Onder diagnosehoofdgroep verstaan we een combinatie tussen de hoofdgroepen zoals deze in de DSM-IV-TR worden aangeduid en de diagnosegroepen zoals opgenomen in de prestatiecode. In de onderstaande tabel wordt aangegeven welke hoofdgroepen ontstaan wanneer deze combinatie tussen DSM-IV-TR en de prestatiecode wordt gemaakt. In totaal zijn er voor de ggz 28 hoofdgroepen.

Parallelliteitscode ggz: hoofdgroepen	
001	Overige stoornissen in de kindertijd
002	Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
003	Aandachtstekortstoornissen en gedragsstoornissen
004	Psychische stoornissen door een somatische aandoening
005	Nagebootste stoornissen
006	Dissociatieve stoornissen
007	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen
008	Slaapstoornissen
009	Stoornissen in de impulsbeheersing
010	Bijkomende codes/ geen diagnose
012	Zwakzinnigheid (Stoornissen in de kindertijd)
013	Zwakbegaafdheid (Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn)
014	Bijkomende codes/ geen diagnose
016	Aanpassingsstoornissen
017	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn

018	Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen
019	Aan alcohol gebonden stoornis
020	Overige aan een middel gebonden stoornissen
021	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
022	Depressieve stoornissen
023	Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
024	Angststoornissen
025	Persoonlijkheidsstoornissen
026	Somatoforme stoornissen
027	Eetstoornissen

Tabel 7: Mogelijke parallelle diagnosehoofdgroepen²⁰

Toelichting van de uitzonderingen bij Parallelliteit

De hoofdregel is dat parallelle zorgtrajecten alleen kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. Er gelden drie uitzonderingen op deze regel voorzover het paralleliteit tussen instellingen betreft. De uitzonderingen zijn gemaakt om praktische beperkingen in het declareren weg te nemen. Door deze uitzonderingen is het mogelijk dat twee aanbieders tegelijkertijd twee dbcs's binnen twee zorgtrajecten met dezelfde primaire diagnose kunnen declareren. De dbc die in het parallelle zorgtraject wordt geopend moet als één van de zorgtypes 'Uitzondering paralleliteit ECT', 'Uitzondering paralleliteit farmacotherapie' of 'Uitzondering paralleliteit tijdelijk verblijf' worden geregistreerd. Op deze manier kunnen beiden aanbieders apart een dbc declareren. In plaats van paralleliteit kan ook gebruik gemaakt worden van onderlinge dienstverlening.

1. Behandeling bij ECT

Bij de behandeling van de patiënt is ECT nodig. De zorgaanbieder van het reguliere zorgtraject biedt geen ECT aan, daarom wordt deze behandeling uitgevoerd door een andere zorgaanbieder. In deze situatie kan de andere zorgaanbieder gelijktijdig een zorgtraject openen voor dezelfde primaire diagnose.

2. Behandeling bij Farmacotherapie

Bij de behandeling van een cliënt is farmacotherapie nodig. De behandeling van het reguliere zorgtraject wordt uitgevoerd door een beroep, anders dan een beroep dat bevoegd is medicatie voor te schrijven. In deze situatie kan de andere zorgaanbieder gelijktijdig een zorgtraject openen voor dezelfde primaire diagnose.

3. Behandeling bij Tijdelijk verblijf

Een cliënt moet in het kader van de behandeling óf door instabiliteit/ verergering van de problematiek tijdelijk verblijven binnen een (andere) instelling. De zorgaanbieder van het reguliere zorgtraject is niet

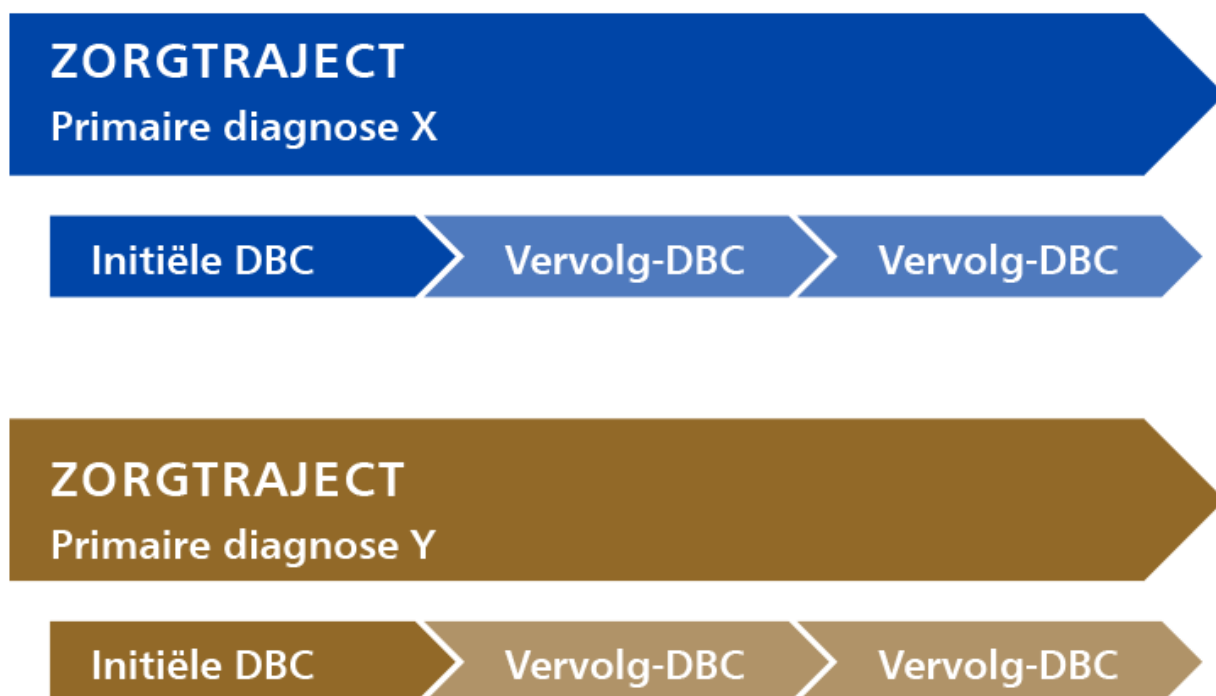
²⁰ Betreft niet altijd zorg die valt onder het verzekerd pakket, zie ook ZiNL.

in staat tijdelijk verblijf binnen de eigen instelling aan te bieden en moet hiervoor een andere aanbieder inschakelen. Het tijdelijk verblijf wordt dan door de aanbieder van het parallelle zorgtraject geleverd.

Om de tijdelijke aard van deze vorm van verblijf te borgen mag de andere aanbieder geen vervolg DBC openen. De parallel lopende initiële DBC zal dan na maximaal 365 dagen gesloten en gedeclareerd kunnen worden. Voor deze vorm kunnen dus nooit twee parallelle vervolg DBC's zijn.

Parallelle zorgtrajecten in het geval van crisis

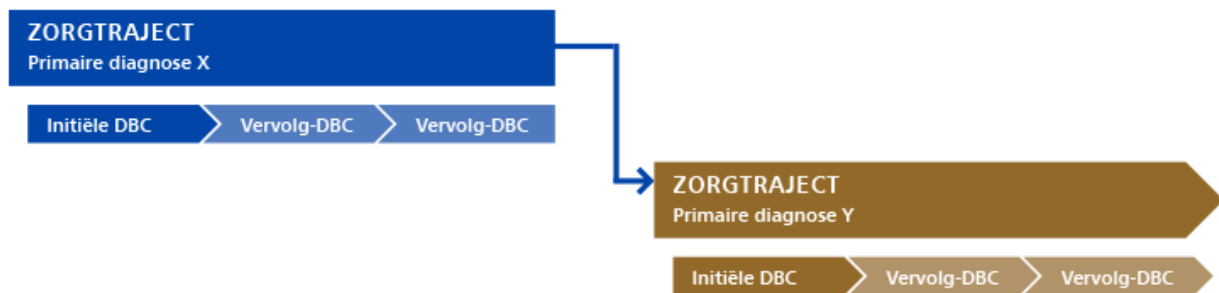
- Voor zorgaanbieders is het mogelijk om een vierde zorgtraject te openen, alleen wanneer dit acute psychiatrische hulpverlening betreft.
- Er kunnen geen twee crisis-dbc's buiten budget parallel lopen.



Figuur 4: Parallelle zorgtrajecten

Opeenvolgende (seriële) zorgtrajecten

Er kan sprake zijn van verschillende diagnoses waarvan één diagnose het meest dringend is (comorbiditeit). Er is dan sprake van één primaire diagnose en meerdere nevend diagnoses. In een dergelijke situatie opent de regiebehandelaar eerst een initiële dbc en een zorgtraject voor de primaire diagnose. Als de patiënt voor de primaire diagnose is uitbehandeld, sluit de regiebehandelaar het zorgtraject en opent een nieuwe initiële dbc en een nieuw zorgtraject, waarbij de eerdere nevend diagnose de nieuwe primaire diagnose wordt. We spreken dan van 'opeenvolgende zorgtrajecten'. Deze vorm van opeenvolgend behandelen heet ook wel de 'stepped care-systematiek'.



Figuur 5: Opeenvolgende zorgtrajecten

Let op

De voorwaarde voor opeenvolgende dbc's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de primaire diagnoses van elkaar verschillen.

Voorbeeld:

Een patiënt heeft een alcoholverslaving en een depressie. Is de alcoholverslaving de aandoening die het meest dringend moet worden behandeld, dan opent de regiebehandelaar daarvoor een initiële dbc en vinkt de alcoholverslaving als primaire diagnose aan. Als de patiënt voor de alcoholverslaving is uitbehandeld, opent hij een nieuw zorgtraject met een nieuwe initiële dbc met depressie als primaire diagnose.

Onverzekerde diagnoses

Van een onverzekerde diagnose is sprake als het Zorginstituut Nederland heeft bepaald dat een diagnose niet onder de aanspraak van het basispakket van de Zvw valt.

Deze diagnoses kunnen wel als primaire diagnose worden geregistreerd. Als echter andere activiteiten zijn geregistreerd dan pre-intake, diagnostiek en algemeen indirecte tijd valt de dbc uit bij validatie. In de ozp lijst²¹ zijn twee prestaties opgenomen voor onverzekerde zorg. Ten aanzien van de vraag wat onverzekerde zorg is, zijn de uitspraken van Zorginstituut Nederland altijd leidend.

5.1.4 Registreren

5.1.4.1 Wie mogen registreren?

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel (Bijlage 3: Dbc-beroepentabel) mogen op de dbc diagnostiek en behandeling registreren zoals beschreven in de Activiteitenlijst (Bijlage 2: Activiteiten en verrichtingen). Zie verder de toelichting vanaf 5.1.4.13.

5.1.4.2 – 5.1.4.11 Directe tijd, indirecte tijd en reistijd

21 Zie voor een overzicht van de ozp's die door de ggz te declareren zijn bijlage 4 van de nadere regel msz: overige zorgproducten per segment.

De behandelaar moet bij het registreren van patiëntgebonden activiteiten aangeven of het om directe of indirecte (reis)tijd gaat. In de activiteiten- en verrichtingenlijst staat per activiteit aangegeven welke vormen van tijd geregistreerd mogen worden.

Let op

Niet-patiëntgebonden activiteiten kan de behandelaar niet op een dbc registreren. Dit zijn activiteiten zoals: scholing, algemene vergaderingen, intervisies over het functioneren van collega's, productontwikkeling en het lezen van vakliteratuur.

Direct patiëntgebonden tijd

Dit is de tijd waarin een behandelaar, in het kader van de diagnostiek of behandeling²², contact heeft met de patiënt of met familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Direct patiëntgebonden tijd kan bestaan uit:

- face-to-face contact
- telefonisch contact
- schriftelijk/e-mail contact
- chat, Skype etc.(direct contact via internet)

N.B. Een initiële dbc moet altijd direct patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar bevatten.

Indirect patiëntgebonden tijd

Dit is tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd), maar waarbij de patiënt (of het systeem van de patiënt) zelf niet aanwezig is. Voorbeelden van indirect patiëntgebonden tijd zijn:

- het voorbereiden van een activiteit (bijvoorbeeld van een sessie psychotherapie);
- verslaglegging in het kader van de activiteit (bijvoorbeeld psychiatrisch onderzoek);
- hersteltijd na een intensieve behandelsessie.

Indirect patiëntgebonden reistijd

Dit betreft tijd die de behandelaar besteedt aan het reizen van en naar de patiënt die buiten de instelling behandeling, begeleiding of verpleging ontvangt. De behandelaar mag alleen reistijd registreren als de reistijd in het teken staat van direct patiëntgebonden activiteiten. Verschijnt de patiënt niet (no show), dan mag de behandelaar de reistijd alsnog registreren.

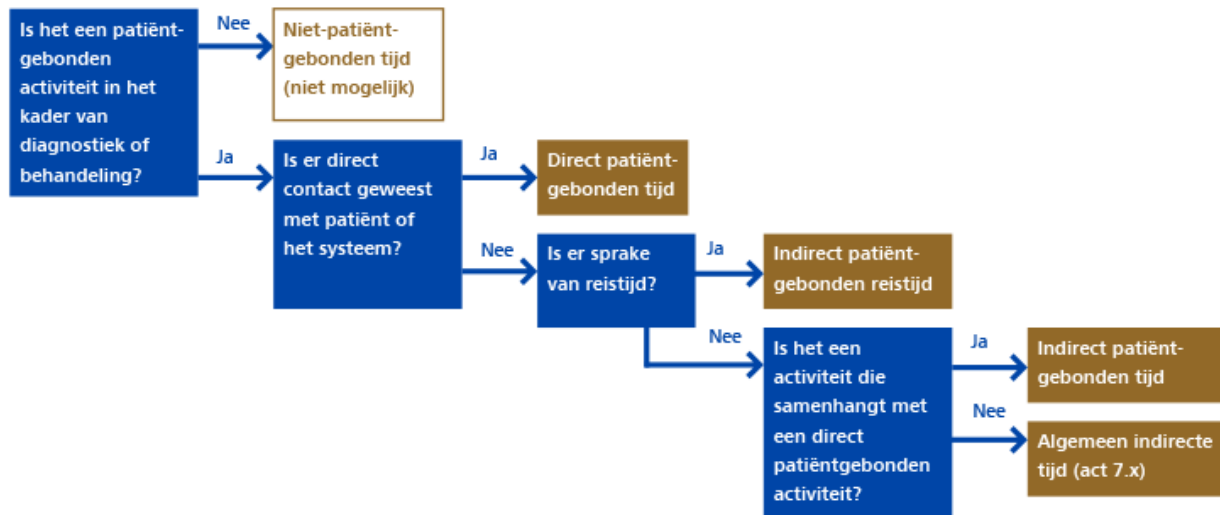
• Let op

Tijd om binnen de eigen organisatie (AGB-code) de patiënt te bereiken mag niet geregistreerd worden als reistijd. Ook niet als de zorginstelling over meerdere locaties beschikt.

22 Dit betekent dat er alleen directe tijd geregistreerd kan worden als het een behandel- of een diagnostiekcontact is in het kader van het behandelplan van de patiënt. Bijpraten, koffiedrinken of het maken van een afspraak met het systeem van de patiënt valt hier bijvoorbeeld niet onder.

Algemeen indirecte tijd

Deze tijd is wel patiëntgebonden, maar heeft geen betrekking op de uitvoering van een directe behandelactiviteit. Algemeen indirecte tijd wordt bijvoorbeeld geregistreerd bij een multidisciplinair overleg of bij de eindverslaglegging van een behandeltraject. Het betreft de activiteiten met code 7.x. Zie figuur 6 ter illustratie.



Figuur 6: Opeenvolgende zorgtrajecten

Let op: dbc's met alleen indirecte tijd

Het is niet mogelijk om dbc's met alleen indirecte tijd te declareren. Dit betekent dat er altijd directe tijd geleverd moet worden in een dbc. Dit geldt voor zowel de initiële dbc's als de vervolg-dbc's.

Daarnaast geldt dat er in een initiële dbc altijd directe tijd door een regiebehandelaar moet zijn geregistreerd. Daarop zijn enkele uitzonderingen, zie artikel 5.3 Declaratiebepalingen dbc's.

5.1.4.12 – 5.1.4.31 Registratie van activiteiten en verrichtingen op een dbc

Alle activiteiten die worden uitgevoerd in het kader van de zorg voor een patiënt moeten worden geregistreerd op een dbc. Er kan geregistreerd worden in de categorieën diagnostiek en behandeling, dagbesteding, verblijf, en verrichtingen. Per categorie wordt toegelicht wat kan worden geregistreerd, wie mag registreren en hoe dat moet gebeuren.

Tip: Het beste is om zo snel mogelijk na afloop van een activiteit of verrichting te registreren. Dit bevordert de betrouwbaarheid en juistheid van de geregistreeerde dagbesteding.



Figuur 7: Zorgcategorieën

5.1.4.4 Diagnostiek en behandeling registreren

Diagnostische activiteiten en behandelactiviteiten in het kader van het behandelplan worden geregistreerd op basis van tijdschrijven. Een behandelaar mag alleen de patiëntgebonden tijd registreren die hij daadwerkelijk heeft besteed aan die activiteit.

Binnen de categorie diagnostiek en behandeling registreert de behandelaar verschillende soorten activiteiten. Het gaat dan om activiteiten in het kader van pre-intake, diagnostiek, behandeling, begeleiding, verpleging en algemeen indirecte tijd. Hierop kunnen verschillende vormen van tijd worden geregistreerd: direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en indirect patiëntgebonden reistijd.

5.1.4.7 – 5.1.4.12 Bijzonderheden bij het registreren van diagnostiek en behandeling

Aan het registreren van diagnostiek en behandeling is een aantal bijzonderheden verbonden:

5.1.4.7 Behandeltijd aan het systeem van de patiënt

Tijdens een behandeling kan ook behandeltijd besteed worden aan het 'systeem' van de patiënt. Met het systeem worden de familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten van de patiënt bedoeld.

Registreer deze bestede (in)directe tijd, in het kader van de behandeling van de diagnose/aandoening van de patiënt, op de dbc van de betreffende patiënt. Tijdsbesteding aan het systeem kan zowel met als zonder aanwezigheid van de patiënt plaatsvinden. Ook kan het zowel individueel als in een groep plaatsvinden. Er zijn zes varianten mogelijk, in Tabel 8 zijn de verschillende varianten toegelicht.

Varianten in behandelactiviteiten	
Variant	Omschrijving
Patiënt individueel	Alleen de patiënt wordt behandeld
Patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt individueel	De patiënt wordt behandeld in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) met patiënt in groep	De patiënt wordt behandeld in een groep in bijzijn van het systeem
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt individueel	Er wordt tijd besteed aan het systeem zonder dat de patiënt aanwezig is
Systeem (gezin/paar/ouders) zonder patiënt in groep ²³	Er wordt tijd besteed aan een groep van meerdere systemen van meerdere patiënten zonder dat de patiënten aanwezig zijn

Tabel 8: Varianten in behandelactiviteiten

5.1.4.8 Meerdere behandelvormen tegelijkertijd

Het kan voorkomen dat de behandelaar tijdens één sessie met een patiënt meerdere behandelvormen toepast, bijvoorbeeld het toepassen van farmacotherapie en psychotherapie. De behandelaar verdeelt dan de bestede tijd naar verhouding over deze behandelvormen.

5.1.4.9 Groepstherapie

Wanneer een patiënt groepstherapie krijgt waarbij twee of meer mensen tegelijkertijd behandeld worden, deelt de behandelaar zijn bestede tijd door het aantal deelnemers in de groepstherapie. Het maakt daarbij niet uit volgens welke wet (bijvoorbeeld Zvw, AWBZ of WMO) de behandeling van die patiënten in de groepstherapie gefinancierd wordt. Dus bij een behandeling van 160 minuten waaraan acht patiënten deelnemen, registreert de behandelaar 20 minuten op de dbc van een patiënt die, volgens de Zvw, zorg ontvangt.

5.1.4.10 Open inloopsprekken

De behandelaar houdt een inloopsprekuren waarbij patiënten kunnen binnenlopen wanneer ze dat willen. In dat geval verdeelt de behandelaar de tijd die hij in totaal heeft besteed aan de patiënten evenredig over het aantal patiënten, dat hij tijdens het spreekuur heeft gezien. Dit betekent dat de tijd die de behandelaar niet aan de patiënten van het inloopsprekuren besteedt, ook niet op hun dbc mag registreren.

²³ Wanneer in een groep tijd aan het systeem wordt besteed gelden dezelfde registratieregels als bij groepstherapie.

5.1.4.12 Onderlinge dienstverlening

De regiebehandelaar (opdrachtgever) kan een behandelaar uit een andere zorginstelling of (zelfstandig gevestigde) praktijk inschakelen (opdrachtnemer) om (een deel) van de prestatie uit te voeren, bijvoorbeeld voor het uitvoeren van een psychodiagnostisch onderzoek. In dat geval opent de opdrachtnemer geen eigen dbc voor de patiënt, maar de opdrachtgever (regiebehandelaar) registreert de activiteiten die de opdrachtnemer heeft uitgevoerd op de openstaande dbc van de patiënt. De bestede tijd moet wel op naam van de opdrachtnemer op de dbc geregistreerd worden. De opdrachtgever betaalt vervolgens de opdrachtnemer buiten de dbc-systematiek om. De dbc wordt na sluiting gedeclareerd. De reden voor deze werkwijze is dat zo alle bestede Zvw-zorg voor de behandeling van een diagnose binnen één dbc geregistreerd wordt.

Let op

Onderlinge dienstverlening is anders dan een second opinion.

Het tarief voor prestaties in het kader van onderlinge dienstverlening is vrij en moet overeengekomen worden door de opdrachtnemende en opdrachtgevende zorgaanbieder.

5.1.4.14 Somatische beroepen

In het kader van een behandeling moeten beroepen die onder het beroepencluster 'somatische beroepen' vallen, hun tijd ook verantwoorden via activiteiten die opgenomen zijn in de activiteiten- en verrichtingenlijst. Er zijn namelijk geen aparte somatische activiteiten opgenomen. Registreer dus de activiteit die het beste past bij de behandeling. Een voorbeeld hiervan is een arts die bij een patiënt lichamelijk en screenend (laboratorium)onderzoek doet. Deze tijd kan geschreven worden in het kader van diagnostiek, onder de activiteiten 'lichamelijk onderzoek' en 'aanvullend onderzoek'.

5.1.4.15 Behandelaren die nog in een (vervolg)opleiding zijn

Deze groep registreert onder het beroep van de opleiding die ze op het moment van behandelen hebben afgerond.

Let op

Stagiairs en behandelaren die nog geen opleiding hebben afgerond die op de dbc-beroepentabel staat mogen niet registreren op het beroep waarvoor ze in opleiding zijn.

5.1.4.16 Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren

Het hangt van de situatie af of activiteiten in een klinische setting geregistreerd mogen worden. De kosten van de zorg van sommige beroepen zitten namelijk al in het tarief van verblijf versleuteld.

24-uurs continuïteitszorg is de basiszorg die op klinische afdelingen van een instelling 24 uur per dag voor de patiënt beschikbaar is. Beroepen die 24-uurscontinuïteitszorg leveren, registreren hun bestede tijd (in het kader van behandeling) tijdens het verblijf van een patiënt niet volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst. De inzet van deze beroepen is voor 100% verwerkt in het tarief van verblijf. Een instelling bepaalt zelf welke behandelaren deze zorg leveren en dus hun tijdsbesteding niet hoeven te registreren volgens de registratielijst.

Let op

- Wanneer medische, psychotherapeutische, agogische, psychologische, vaktherapeutische en somatische beroepen worden ingezet als (mede)behandelaar, is deze inzet niet versleuteld in het tarief van een verblijfsdag. Deze beroepen moeten wel hun bestede tijd registreren aan de hand van de activiteiten- en verrichtingenlijst.
- De kosten van aanwezigheid- en beschikbaarheidsdiensten van medische of andere beroepen zijn niet meegenomen in het tarief van verblijf. Zij moeten tijdens de diensten uitgevoerde activiteiten en verrichtingen ook met behulp van de activiteiten- en verrichtingenlijst registreren (bijvoorbeeld uitgevoerde activiteiten tijdens een inlooppreekuur).

5.1.4.17 – 5.1.4.21 Dagbesteding registreren

Het doel van dagbesteding is: 'het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt'. Binnen de (Zvw-gefinancierde) geneeskundige ggz is het van belang dat de dagbesteding:

- altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling;
- terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.

Als dagbesteding kan dus binnen een dbc niet geregistreerd worden:

- een reguliere dagstructurering die in een 24-uurs verblijfssituatie wordt geboden;
- een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.

5.1.4.17 Wie registreert

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar kan binnen de dbc dagbesteding registreren. Voorwaarden om dagbesteding te registreren:

- Dagbesteding is in het kader van de (psychiatrische) behandeling.
- Dagbesteding is terug te vinden in het behandelplan opgesteld door de behandelaar.
- De patiënt is daadwerkelijk aanwezig.

5.1.4.18 Vormen van dagbesteding

Dagbesteding sociaal (ontmoeting)

De meest basale functie van een dagactiviteitencentrum is de ontmoetingsfunctie. De inlooffunctie is de meest 'laagdrempelige' functie in het kader van dag- en arbeidsmatige activiteiten. Aan de deelnemers worden over het algemeen geen strenge eisen gesteld voor wat betreft de deelname aan de inloop.

Dagbesteding activering

Deze vorm gaat verder dan het ontmoeten van anderen en omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen wel minder vrijblijvend. Voorbeelden van dagbesteding in het kader van activering zijn: tekenen, voetballen en tuinieren.

Dagbesteding educatie

Educatieve dagbesteding heeft als doel om de patiënt iets te leren. Bij de educatieve activiteiten is er over het algemeen sprake van een vast weekprogramma en een groepsgewijs aanbod. Denk bijvoorbeeld aan een computercursus, cursus boekbinden en gitaarles.

Dagbesteding arbeidsmatig

Bij arbeidsmatige dagbesteding zijn activiteiten gericht op het begeleiden van patiënten die aan het werk willen in het reguliere arbeidsproces, zoals het opdoen van arbeidsvaardigheden en -ervaring. Het gaat hierbij om onbetaalde werkzaamheden, soms wordt een beperkte onkostenvergoeding verstrekt.

Dagbesteding overig

- Alle dagbesteding die niet onder sociale, activerende, educatieve of arbeidsmatige dagbesteding valt maar wel wordt ingezet in het kader van de behandeling van een patiënt met een bepaalde primaire diagnose, kan onder overige dagbesteding worden geregistreerd.

5.1.4.19 – 5.1.4.21 Wat te registreren bij dagbesteding

Er moet bij het registreren van dagbesteding gebruik worden gemaakt van de codes die op de registratiedatum in de activiteiten- en verrichtingenlijst staan.

Let op

Dagbesteding wordt geregistreerd in uren en dus niet zoals bij diagnostiek- en behandelactiviteiten in minuten. Per uur dagbesteding worden 10 minuten opgeteld bij de bestede tijd in de dbc.

Let op

- Tijdens dagbesteding kan de behandelaar géén directe patiëntgebonden behandelactiviteiten registreren. Tijdens de uren dagbesteding worden patiënten namelijk niet behandeld of verpleegd.
- Dagbesteding mag tegelijkertijd geregistreerd worden met verblijfsdagen *met* overnachting.
- Dagbesteding mag *niet* geregistreerd worden met verblijf *zónder* overnachting.

5.1.4.22 – 5.1.4.28 Verblijf registreren

Wat valt er onder een verblijfsdag

Bij de registratie van een verblijfsprestatie gaat het om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van een verblijfsprestatie zijn eten en drinken, verpleging en verzorging inbegrepen, maar de behandeling van een patiënt niet. De behandelactiviteiten tijdens een verblijfsdag moeten dus apart geregistreerd worden.

Wanneer verblijf registreren

Behandelaren moeten bij het registreren gebruik maken van de activiteitencodes die op de openingsdatum van de dbc in de activiteiten -en verrichtingenlijst staan. Verblijfsdagen (met of zonder overnachting) kunnen direct na de opnameperiode van de patiënt of op een later moment geregistreerd worden. Elke verblijfsdag moet een unieke registratiedatum hebben. Het is dus niet toegestaan om aan het einde van de looptijd van de dbc het totale aantal verblijfsdagen van meerdere opnameperiodes onder één code te registreren.

5.1.4.22 Wie registreert?

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel, mogen binnen de dbc verblijfsdagen registreren.

Wie registreert de deelprestatie verblijf met beveiligingsniveau 2 of 3

De beveiligde zorg wordt geleverd door een zorgaanbieder die een gesloten gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg exploiteert en beveiligde verblijfszorg levert aan het ministerie van Justitie en Veiligheid.

Als een zorgaanbieder niet over de benodigde voorziening beschikt, is het mogelijk om deze zorg via onderlinge dienstverlening te laten uitvoeren door een zorgaanbieder die wel een gesloten gespecialiseerde voorziening heeft. De opdrachtgevende zorgaanbieder declareert vervolgens de deelprestatie verblijf in beveiligde setting met beveiligingsniveau 2 of 3 op basis van onderlinge dienstverlening.

5.1.4.23 – 5.1.4.28 Onderscheid verblijf met/zonder overnachting

Bij de registratie van verblijf wordt verder onderscheid gemaakt tussen verblijf met een overnachting en verblijf zonder een overnachting. Verblijf wordt altijd geregistreerd op basis van dagen aanwezigheid²⁴. Dagen dat de patiënt afwezig is mogen niet worden geregistreerd als verblijfsprestatie.

5.1.4.23 – 5.1.4.27 Verblijf met overnachting (vmo)

Een verblijfsdag met overnachting kan alleen geregistreerd worden als de patiënt op zijn laatst om 20:00 uur is opgenomen (zowel bij eerste opname als heropname) en 's nachts in de instelling verblijft. De dag van opname en de daarop volgende nacht gelden als één verblijfsdag. De dag waarop de patiënt ontslagen wordt geldt niet als verblijfsdag.

Negen verschillende deelprestaties verblijf

Een verblijfsdag met overnachting wordt geregistreerd als deelprestatie. Naast de inzet van verzorgend opvoedkundig en verplegend (VOV-personeel) voorziet de productstructuur voor verblijf in beschrijving van de verblijfszorg. Voor de keuze van de deelprestatie van verblijf is de initiële zorgvraag van de patiënt leidend. Op basis van de zorgvraag van de patiënt wordt dié prestatie gekozen die het meest overeenkomt met de zorg die de patiënt nodig heeft.

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de deelprestaties verblijf Bijlage 4: Deelprestaties verblijf.

Deelprestatie H (hic)

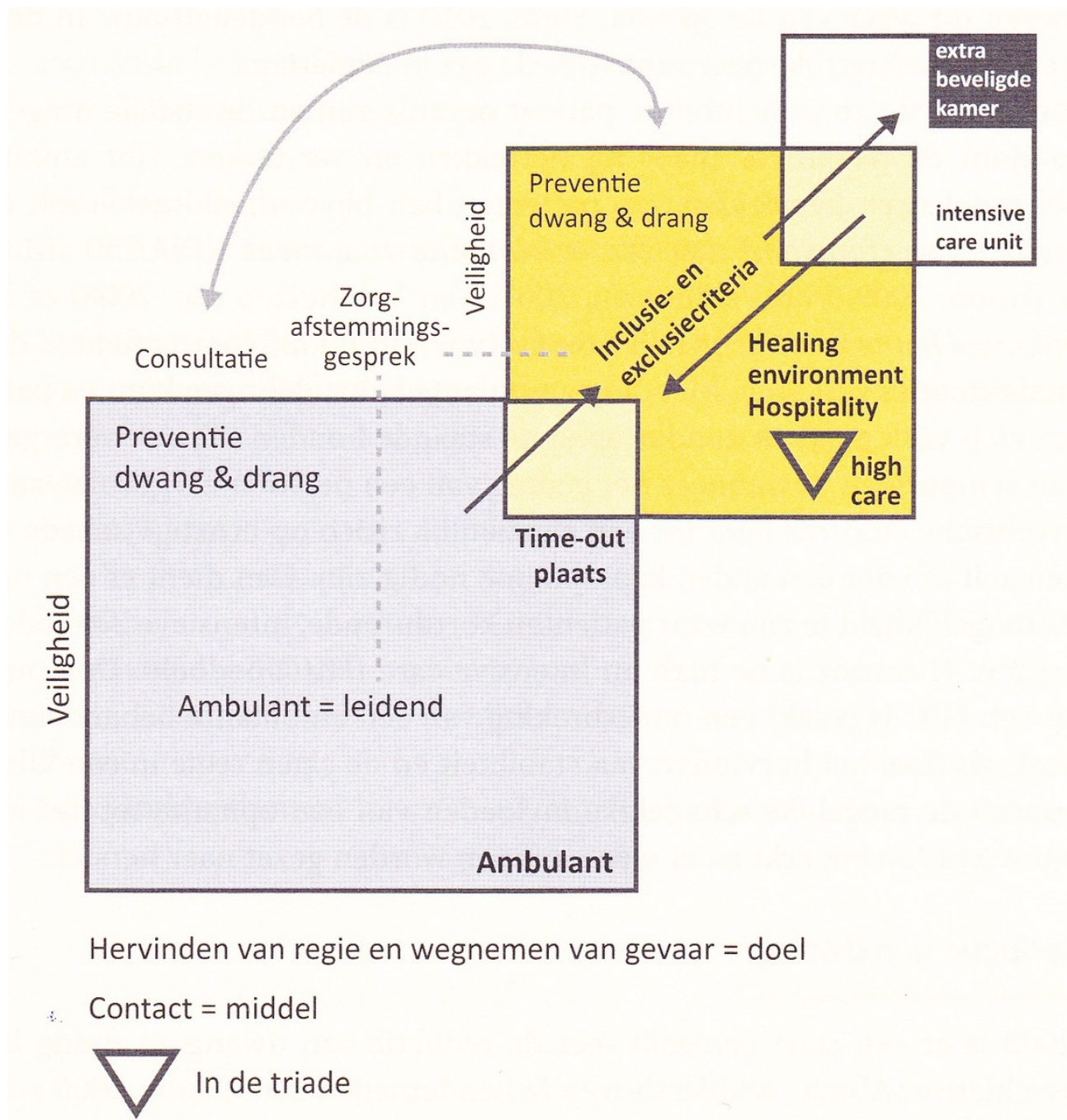
De hic is een acute opnameafdeling voor patiënten die een ernstige psychiatrische crisis doormaken en voor wie een gesloten opnamesetting nodig is. In een hic is de highcarefunctie (hc) en de intensivecarefunctie (ic) gecombineerd. Behandeling op een hic zal in veel gevallen een intermezzo zijn binnen een ambulant zorgtraject. Doel is het hervinden van stabiliteit en de eigen regie in een klimaat waarbij de mogelijke schadelijke invloeden van een opname tot het minimum worden beperkt en er weer stappen worden gezet naar herstel.

De patiënt verblijft in principe op een highcareafdeling. Wanneer de situatie daar om vraagt, kan er opgeschaald worden naar één-op-één begeleiding. Dit gebeurt in de ic-afdeling. Een-op-een begeleiding

24 Afwezigheidsdagen worden niet geregistreerd op de dbc van de betreffende patiënt.

wordt ingezet met als doel (verergering van) crisissituaties, agressie en dwang en drang te voorkomen. Bij verdere escalatie kan nog worden opgeschaald naar een prikkelarme intensieve begeleidingsruimte. Dit kan bijvoorbeeld een extra beveiligde ruimte (ebr) of een extra beveiligde kamer (ebk) zijn. Kenmerkend voor de ic en de prikkelarme intensieve begeleidingsafdeling is dat zij in beginsel niet bezet zijn, maar beschikbaar zijn voor het geval dat opschaling noodzakelijk is.

Zie figuur hieronder voor toelichting op de gebruikte terminologie.



Figuur 8: Hic

Deelprestatie VMR (verblijf met rechtvaardigingsgrond)

De deelprestatie VMR staat voor verblijf met rechtvaardigingsgrond. Het Zorginstituut heeft geïndiceerd²⁵ dat “er situaties denkbaar zijn waarin het medisch niet verantwoord is om een cliënt uit de instelling te ontslaan als de voor die cliënt noodzakelijke ambulante vervolgzorg, huisvesting of voorzieningen in het sociale domein niet beschikbaar zijn”. Dit zijn uitzonderlijke situaties waarbij het gerechtvaardigd is dat het verblijf voor een redelijke termijn wordt voortgezet ondanks dat dit verblijf niet meer “medisch noodzakelijk” is in verband met geneeskundige ggz. Het moet hier gaan om situaties waarbij ontslag uit de instelling medisch niet verantwoord is vanwege het ontbreken van de noodzakelijke ambulante zorg of vervolgvoorzieningen. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben wel geprobeerd de patiënt elders onder te brengen, maar zonder dat dit direct tot resultaat heeft geleid. De prestatie VMR moet voor deze patiënten een uitkomst bieden.

5.1.4.28 Verblijf zonder overnachting (vzo)

Een vzo-deelprestatie is bedoeld om zorg te registreren voor patiënten bij wie ondersteuning van vov-personeel nodig is voor een goed verloop van de diverse behandel- en/of diagnostiekactiviteiten. De vzo-deelprestatie is gebaseerd op een dagtarief, dat is bepaald op basis van de inzet van vov- personeel. De patiënt verblijft 's nachts niet in de instelling.

De op de dag uitgevoerde behandel- en/of diagnostiekactiviteiten maken geen onderdeel uit van vzo en moeten dus apart geregistreerd worden op de dbc.

Zie Bijlage 4: Deelprestaties verblijf voor een specifieke beschrijving van de deelprestatie vzo.

5.1.4.29 – 5.1.4.33 Verrichtingen

Binnen de zorgcategorie verrichtingen wordt een onderscheid gemaakt tussen electroconvulsietherapie (ect) en ambulante methadon verstrekking (amv).

5.1.4.29 Wie registreert verrichtingen

Alle behandelaren van wie het beroep op de openingsdatum van de dbc is opgenomen in de dbc-beroepentabel, mogen binnen de dbc verrichtingen registreren.

5.1.4.30 Electroconvulsietherapie

Bij electroconvulsietherapie (ect) moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij hieraan besteedt, maar ook het aantal behandelingen ect. De behandeling kan namelijk niet helemaal bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandel tijd. Aan de verrichting ect zijn de volgende kosten toegerekend: materiële kosten (zoals afschrijving, onderhoud van ect-apparatuur en overige materialen), loonkosten van betrokken behandelaren die niet op de dbc-beroepentabel staan (zoals de anesthesist, anesthesieverpleegkundige en verpleegkundige) en de tijd die een patiënt na de behandeling door brengt op de verpleegkamer.

Registratie ect

Als er sprake is van ect, dan bevat de dbc altijd twee zaken:

- Verrichting ect: het aantal behandelingen ect wordt geregistreerd volgens de activiteiten- en verrichtingenlijst.

25 Zorginstituut Nederland, 28 februari 2017: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/07/rapport-medisch-noodzakelijk-verblijf-in-de-geneeskundige-ggz>

- De activiteit electroconvulsietherapie: beroepen die voorkomen op de dbc-beroepentabel registreren de bestede tijd met behulp van de activiteitcode voor ect (Behandeling à Fysische therapie à electroconvulsietherapie).

Zijn niet beide zaken geregistreerd, dan valt de dbc uit in de validatie.

5.1.4.31 Ambulante verstrekking van methadon

Bij de verstrekking van methadon aan ambulante patiënten, moet de behandelaar niet alleen de tijd registreren die hij hieraan besteedt, maar ook het aantal verstrekkingen van methadon per kalendermaand. De behandeling kan namelijk niet geheel bekostigd worden met de vergoeding voor de geschreven behandeltime. Het tarief van de verrichting ‘ambulante methadon’ is vastgesteld op basis van de gemiddelde inkoopprijs voor het medicijngebruik en is een vergoeding voor de medicijnkosten van de stof methadon per maand.

Registratie bij de verstrekking van methadon

De dbc moet twee zaken bevatten:

- Verrichting ambulante methadon: de behandelaar moet het aantal verstrekkingen ambulante methadon registreren. Dit is één verrichting per maand ongeacht de hoeveelheid methadon en frequentie van de verstrekkingen.
- De activiteit Farmacotherapie: bij de ambulante verstrekking van methadon moet de behandelaar de bestede tijd registreren op de activiteit ‘farmacotherapie’.

Zijn niet beide zaken geregistreerd, dan valt de dbc uit in de validatie.

Let op

Klinische verstrekking van methadon kan niet worden gedeclareerd. De kosten van klinisch verstrekte methadon zijn versleuteld in het tarief van verblijfsdagen.

5.1.5 Sluiten

Iedereen onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar mag een dbc sluiten.

5.1.5.1 Taken regiebehandelaar bij sluiten dbc

Let op

Als de dbc wordt gesloten met sluitreden 5, kan de dbc zonder weergave van een diagnoseclassificatie afgesloten worden.

5.1.5.3 Afsluitredenen voor een dbc

Wanneer moet een dbc afgesloten worden, en met welke sluitreden

-*Sluitreden 1:*

als de patiënt:

- is overleden. In dit geval moet de dbc gesloten worden op de dag van overlijden. Het is niet toegestaan om nog patiëntgebonden activiteiten te registreren na de overlijdensdatum;
- is verhuisd en niet meer bereid is om te reizen voor de behandeling;
- langdurig niet meer op is komen dagen;
- 365 dagen geen zorg heeft ontvangen.

- *Sluitreden 2:*

als de patiënt voor de behandeling van de primaire diagnose wordt terug- of doorverwezen naar een andere instelling/praktijk.

- *Sluitreden 3:*

als de behandelaar en patiënt in overleg besluiten dat het behandeltraject voor de desbetreffende primaire diagnose is beëindigd.

- *Sluitreden 5:*

als de patiënt na de pré-intake, intake of diagnostiek niet in zorg terug komt of als de patiënt in crisis raakt en daarna in reguliere behandeling of uit zorg gaat.

- *Sluitreden 9:*

als de maximale looptijd van 365 dagen is bereikt (ongeacht of de patiënt gedurende die looptijd wel of niet zorg heeft ontvangen). Er moet een vervolg-dbc worden geopend met één van de volgende zorgtypen:

- (langdurige periodieke) Controle (201)
- voortgezette behandeling (202)
- uitloop (203)

Let op

Een uitzondering geldt voor het initiële zorgtype 'second opinion' (106). Deze dbc hoeft namelijk niet 365 dagen open te hebben gestaan wanneer een behandeling wordt overgenomen door een behandelaar na het uitvoeren van een second opinion. De initiële dbc met zorgtype 'second opinion' (106) wordt afgesloten, om te vervolgen met een dbc met één van bovenstaande zorgtypen.

- *Sluitreden 10:*

als de zorg voor een patiënt over gaat naar een andere vorm van bekostiging. Deze sluitreden wordt gebruikt wanneer de behandeling in de gespecialiseerde ggz stopt vanwege de overgang naar een andere bekostigingsgrondslag (bijvoorbeeld Wlz).

Daarbij is een *aanvullende voorwaarde* dat er wordt verwacht dat de behandeling niet (op een later tijdstip) wordt voortgezet in de gespecialiseerde ggz. Wordt voortzetting van de behandeling (op een later tijdstip) wel verwacht, dan blijft de dbc openstaan.

Voorbeeld: wanneer de patiënt overgaat vanuit de gespecialiseerde ggz naar een behandeling binnen de forensische zorg en er wordt verwacht dat de patiënt niet meer terugkomt bij de gespecialiseerde ggz-zorgaanbieder voor een behandeling, wordt de dbc met deze sluitreden gesloten.

Wanneer de patiënt overgaat vanuit de gespecialiseerde ggz naar een behandeling binnen de forensische zorg, maar het is duidelijk dat de patiënt na het aflopen van de strafrechtelijke titel weer terugkomt in de gespecialiseerde ggz-behandeling bij dezelfde zorgaanbieder, dan mag de dbc niet gesloten worden.

- *Sluitreden 19:*

Een dbc afsluiten vanwege overgang naar de zzp-systematiek (binnen de Zvw).

Dit is het geval na 365 dagen aaneengesloten verblijf. Wanneer de patiënt langer dan 365 dagen aaneengesloten verblijft, moet de dbc gesloten worden en gaat de zorg voor de patiënt over op bekostiging door middel van zzp's.

Een zorgtraject sluiten

Het zorgtraject moet gesloten worden wanneer een patiënt 365 dagen niet in zorg is geweest. Het zorgtraject moet dus 365 dagen na sluitingsdatum van de laatste dbc gesloten worden

5.1.6 Crisis-dbc buiten budget

Door de invoering van de budgetsystematiek voor de acute psychiatrische hulpverlening conform de generieke module, is er een 'crisis-dbc binnen budget' en 'crisis-dbc buiten budget' ingevoerd. De crisis-dbc binnen budget kan enkel worden gedeclareerd door of namens de budgethouder op grond van een individuele tariefbeschikking. Voor de 'crisis-dbc's binnen budget' is er één zorgtype, 303: Acute psychiatrische hulpverlening binnen budget. Zie voor meer informatie over de budgetsystematiek de beleidsregel Budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening en de nadere regel Informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening.

Bij een crisis-dbc buiten budget moet 1 van de volgende 3 zorgtypes worden geregistreerd:

304: Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – vervolg binnen budget

Dit zorgtype wordt geregistreerd als sprake is van acute psychiatrische hulpverlening, geleverd volgens de generieke module Acute psychiatrie.

Dit zorgtype geldt wanneer in een regio een regioplan is vastgesteld en er afspraken over de levering van acute psychiatrische hulpverlening zijn gemaakt en vastgelegd in een ingediende budgetaanvraag.

Dit zorgtype wordt gebruikt als de crisis-dbc's binnen budget moet worden gesloten maar er nog sprake is van een crisissituatie. De crisis-dbc's buiten budget met zorgtype 304 mogen alleen gedeclareerd worden door aanbieders die ook door of namens de gebudgetteerde zorgaanbieder de crisis-dbc's binnen budget mogen declareren.

305: Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – zorgaanbieder geen onderdeel regioplan

Dit zorgtype wordt geregistreerd als sprake is van acute psychiatrische hulpverlening, geleverd volgens de generieke module Acute psychiatrie.

Dit zorgtype geldt wanneer in een regio een regioplan is vastgesteld en er afspraken over de levering van acute psychiatrische hulpverlening zijn gemaakt en vastgelegd in een ingediende budgetaanvraag, maar de zorgaanbieder die acute psychiatrische hulpverlening levert is geen onderdeel van het regioplan en/of mag niet door of namens de gebudgetteerde zorgaanbieder declareren.

In principe dient alle acute psychiatrische hulpverlening te verlopen via de aanbieders die onderdeel zijn van het regioplan. Deze prestatie met zorgtype geeft zorgaanbieders die geen onderdeel zijn van het

regioplan en/of niet door of namens de gebudgetteerde zorgaanbieder mogen declareren de mogelijkheid acute psychiatrische hulpverlening te leveren als dat noodzakelijk is. Dit betreft een uitzonderlijke situatie.

Dat de crisis-dbc buiten budget met zorgtype 305 maximaal 1 kalenderdag mag openstaan, geeft de aanbieder de tijd de patient acute psychiatrische hulpverlening te bieden en te zorgen voor overdracht aan een zorgaanbieder die onderdeel is van het regioplan.

Een vervolg crisis-dbc buiten budget met dit zorgtype is dan ook niet mogelijk.

306: Acute psychiatrische hulpverlening buiten budget – geen regioplan

Dit zorgtype wordt geregistreerd als sprake is van acute psychiatrische hulpverlening.

Dit zorgtype geldt wanneer in een regio geen regioplan is vastgesteld en er geen afspraken over de levering van acute psychiatrische hulpverlening zijn gemaakt en vastgelegd in een ingediende budgetaanvraag.

Zorgvraagzwaarte

5.4.12 Zorgvraagzwaarte-indicator

De wijze van aanlevering bestaat uit een wijze waarbij de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar declareert door tussenkomst van VECOZO B.V., verder aangeduid als ‘digitale declaratie’, en een wijze van aanleveren die niet geschiedt door tussenkomst van VECOZO, verder aangeduid als ‘papieren declaratie’.

Door de digitale wijze van aanlevering via VECOZO – en de daarbij behorende maskering van de zvzi – beschikt de zorgverzekeraar niet over de tot de verzekerde patiënt herleidbare zvzi als de kosten van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg bij de zorgverzekeraar in rekening worden gebracht. Ten behoeve van de materiële controle krijgt de verzekeraar van Vektis C.V, verder te noemen Vektis, wel de beschikking over analyses op geaggregeerd niveau waarin de zorgvraagzwaarte indicatoren zijn verwerkt. VECOZO en Vektis treden bij de verwerkingen van de zorgvraagzwaarte indicatoren op als Trusted Third Party (TTP).

Deze wijze van aanlevering is voor advies voorgelegd aan het CBP. Het CBP heeft over de vormgeving van de aanlevering op 15 september 2015 positief geadviseerd.

De mogelijkheid voor de patiënt en de zorgaanbieder om een privacy verklaring als bedoeld in artikel 5.5.1 te ondertekenen blijft bij de component ‘zorgvraagzwaarte’ onverkort mogelijk. De zorgvraagzwaarte moet worden aangeduid met ‘999’.

Ook bij persoonlijkheidsstoornissen moet de zvzi worden aangeleverd. Dit aangezien er in het tweede rapport over zorgvraagzwaarte geen uitzondering meer wordt gemaakt voor de aanlevering van de zvzi bij persoonlijkheidsstoornissen.

Privacy

5.5. Uitzondering in geval van privacybezwaren

Naar aanleiding van een uitspraak²⁸ van het College van Beroep voor het

28 Uitspraak van het CBb d.d. 8 maart 2012 AWB 11/317, 11/358 en 11/372.

bedrijfsleven d.d. 8 maart 2012 is besloten een ontheffingsmogelijkheid te creëren van de algemeen geldende verplichting om diagnose-informatie, dan wel tot de diagnose te herleidbare informatie, op de dbc-factuur te vermelden. Hieraan is uitvoering gegeven middels een afzonderlijke uitzonderingsbepaling (artikel 5.5 van de nadere regel).

De ontheffingsmogelijkheid is vormgegeven door middel van een verklaring die door zowel zorgaanbieder als patiënt 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 patiënt en de patiënt 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. Hij geeft op deze manier aan 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 deze regeling voortvloeien, gericht zijn aan de zorgaanbieder en niet aan de zorgvrager (patiënt). De reikwijdte (zie ook artikel 1.1) van de nadere regel, 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 nadere regel gebruik wenst te maken.

Met artikel 3.5.4 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.