

Beleidsregel tariefstelling DBC's algemene, categorale, academische ziekenhuizen en dialysecentra

1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1, onder A, nummer 1, 2, 6, 32 en 33 en onder B nummer 5 (medisch specialisten) van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 (Stb. 1991, 732), laatstelijk gewijzigd bij Besluit van 25 oktober 2002 (Stb.2002, 527) en bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549). De werkingssfeer van de beleidsregel geldt voor de onder A 32, A 33 en B 5 genoemde organen voorzover zij werkzaam zijn in de onder A nr 1, 2 en 6 genoemde organen voor gezondheidszorg.
 - b. De beleidsregel treedt in werking op 1 juli 2004 en werkt terug tot die datum indien de bekendmaking van de neerlegging van de beleidsregel in de Staatscourant na deze datum plaatsvindt.
 - c. De termijn waarvoor de beleidsregel geldt is: 1 juli 2004 tot 1 januari 2005.
 - d. De termijn waarvoor de goedgekeurde beleidsregel I-672 met betrekking tot dit onderwerp en voor de onder 1a genoemde organen voor gezondheidszorg geldt, wordt hiermee gewijzigd van "onbepaald" in "tot 1 juli 2004".
 - e. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als "Beleidsregel tariefstelling DBC's algemene, categorale, academische ziekenhuizen en dialysecentra".
-

2. DEFINITIE EN TOEPASSELIJKHEID

2.1 Onder diagnose-behandeling combinatie (DBC) wordt verstaan: het geheel van prestaties van ziekenhuis en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in het ziekenhuis consulteert.

2.2 Deze beleidsregel is van toepassing op de DBC's, genoemd in de bijlage, die van deze beleidsregel onderdeel vormt.

3. TARIEFPROCEDURE

3.1 Een verzoek tot goedkeuring van tarieven voor DBC's als omschreven in de bijlage bij deze beleidsregel wordt ingewilligd indien het verzoek voldoet aan de onder 4 omschreven criteria.

3.2 Als een tarief als bedoeld onder 3.1 is goedgekeurd, geldt dit tarief voor alle DBC's gedurende de periode waarvoor het tarief is overeengekomen.

3.3 In geval van goedkeuring stelt het CTG een tarief vast, gelijk aan het goedgekeurde tarief, dat geldt in alle gevallen waarin het in rekening wordt gebracht aan iemand die voor de prestatie waarop het tarief van toepassing is, niet is verzekerd bij een ziektekostenverzekeraar. Indien niet een daartoe strekkend verzoek is gedaan, stelt het CTG dit tarief ambtshalve vast.

3.4 Als een tarief als bedoeld onder 3.1 is goedgekeurd, zijn voor de organen voor gezondheidszorg genoemd onder A nr 32 en 33, en onder B nr 5 (medisch specialisten) de collectieve maximumtarieven niet van toepassing voorzover zij voor verrichtingen die vallen onder de DBC waarvoor het tarief is goedgekeurd bedragen in rekening brengen aan de instelling waaraan het DBC tarief is afgegeven.

3.5 DBC-tarieven kunnen niet met terugwerkende kracht worden afgegeven. De datum waarop de overeenkomst bij het CTG binnenkomt is hierbij maatgevend.

4. CRITERIA

4.1 Het verzoek wordt ingediend door de betrokken instelling voor gezondheidszorg, en door of namens alle ziektekostenverzekeraars.

4.2 Het verzoek vermeldt:

- a. voor welke van de DBC's als genoemd in de bijlage de overeengekomen tarieven moet(en) gelden
- b. welke tarieven partijen voor die DBC's zijn overeengekomen
- c. voor welke periode partijen die tarieven zijn overeengekomen
- d. welk deel van elk tarief dient ter dekking van de kosten van het ziekenhuis en welk deel ter dekking van de kosten van de in dat ziekenhuis werkzame medisch specialisten. Het specialistenaandeel in de DBC-prijs moet per specialisme worden vermeld. In geval van loondienst moet de looncomponent per specialisme worden opgegeven.

4.3 Het goedgekeurde DBC-tarief is het verschil tussen de door partijen overeengekomen prijs voor de DBC-prestatie en de overeengekomen budget- en lumpsumcorrectie. Naast het goedgekeurde tarief voor de DBC-prestatie dient de instelling voor alle verrichtingen die als onderdeel van de DBC prestatie worden geleverd, de tarieven volgens de tarieflijst instellingen alsmede de honorarium tarieven volgen het tarievenboek medisch specialisten, te declareren.

4.4 Het verzoek vermeldt met welk bedrag de aanvaardbare kosten van de instelling, in verband met het in rekening brengen van tarieven als bedoeld onder 4.2, moet worden verminderd. In geval van lumpsumafspraken dient ook de overeengekomen vermindering van de lumpsum per specialisme te worden vermeld.

5. AANPASSING AANVAARDBARE KOSTEN

5.1 De aanvaardbare kosten worden verlaagd met het bedrag bedoeld onder 4.4.

5.2 De aanvaardbare kosten worden verhoogd met de opbrengst van de in rekening gebrachte tarieven voor DBC's.

5.3 Het CTG stelt ambtshalve of op verzoek van partijen nieuwe tarieven vast met het oog op de onder 5.1 bedoelde vermindering van de aanvaardbare kosten.

6. MONITORING DOOR HET CTG

De onder 1.a van deze beleidsregel genoemde organen voor gezondheidszorg en de betrokken ziektekostenverzekeraars zijn met toepassing van artikel 30 WTG verplicht om op verzoek van het CTG alle met het overeengekomen DBC-tarief verband houdende gegevens aan het CTG te verstrekken, daaronder begrepen alle gegevens verband houdende met de door partijen overeengekomen budgetcorrectie. Het CTG kan ten behoeve van een dergelijke gegevensverstrekking een of meer formulieren vaststellen en voorschrijven.

Bijlage(n)