

Aan de besturen en medische staven van de:

- algemene ziekenhuizen (010)
- academische ziekenhuizen (020)
- zelfstandige behandelcentra (291)

en aan de zorgverzekeraars

Utrecht, 26 april 2006
Uw brief van:
Uw kenmerk:
Ons kenmerk: JMAN/jprn/CI/06/26c
Behandeld door: drs. J.W. van Manen
Doorkiesnr: 030 296 81 65
Afdelingsfax: 030 296 82 97
E-mail: kamer1@ctg-zaio.nl
Onderwerp: declaratiebepalingen DBC-consult

Korte inhoud: **De declaratiebepalingen voor het DBC consult, zoals die in november 2005 zijn vastgesteld, blijven ongewijzigd. In zijn vergadering van 24 april 2006 heeft CTG/ZAio een verzoek van de aanbieders om de declaratiebepalingen aan te passen, afgewezen.**

Geachte heer/mevrouw,

Op 1 februari van dit jaar is het korte DBC consult ingevoerd in de tarifiering. In november 2005 zijn door CTG/ZAio declaratiebepalingen vastgesteld voor het in rekening brengen van het DBC-consult.

De aanbieders (Orde, NVZ, NFU en ZKN) hebben verzocht om de declaratiebepalingen aan te passen en hebben daarvoor uitvoeringstechnische en inhoudelijke bezwaren aangevoerd. Het ging daarbij vooral om het feit dat de geplande vervolgspraak, die niet als DBC consult mag worden gedeclareerd, in de software niet automatisch als zodanig herkend wordt. Het inhoudelijke aspect betreft de mogelijkheid om bij meerdere ziektegevallen per patiënt bij een en hetzelfde specialisme per jaar meer dan twee DBC-consulten in rekening te mogen brengen. Om die reden willen de aanbieders de beperking op meer dan twee consult DBC's per patiënt per specialisme per jaar laten vervallen.

CTG/ZAio heeft het voorstel van de aanbieders afgewezen.

Er is geen maat of getal te hangen aan de volumina voor DBCconsulten, met andere woorden: het is niet duidelijk of er een groot probleem ontstaat bij de aanbieders. De registratie van de DBC-consulten zal daar dit jaar een antwoord op moeten geven. De situatie van meerdere ziektegevallen van één patiënt bij één specialisme leidt op grond van de huidige bepalingen pas bij drie of meer ziektegevallen tot een beperking in de declaratiemogelijkheden. CTG/ZAio is bovendien van mening dat de declaratiebepalingen een nieuw consult bij een nieuwe diagnose **niet** uitsluiten en daarmee wordt het inhoudelijk bezwaar van de aanbieders naar zijn mening grotendeels ondervangen. Voor het ziekenhuisbudget en de lumpsummutatie blijft overigens alleen het eerste polibezzoek gelden, zodat het materiële effect beperkt is tot de niet gebudgetteerde aanbieders en niet-lumpsumdeelnemers.

Teneinde de declaratiebepalingen op dit punt te kunnen evalueren heeft CTG/ZAio het volgende besloten. De aanbieders worden geacht de consulten te registreren en inzichtelijk te maken hoe vaak sprake is van meerdere consulten van één patiënt bij hetzelfde specialisme binnen één jaar, anders dan als onderdeel van een reguliere DBC.

Circulairnummer: JMAN/jprn/CI/06/26c

Dat vergt een aanvullende administratieve handeling maar de validatie/registratiemodule hoeft niet te worden aangepast. Verzekeraars mogen conform de declaratiebepalingen weigeren declaraties voor meer dan twee consulten per patiënt per specialisme te betalen en zullen de declaraties per patiënt blijven controleren. Na een jaar of zoveel eerder als mogelijk is, vindt op basis van de verzamelde data een evaluatie plaats. Indien dan blijkt dat de invoering van het DBC-consult niet leidt tot ongewenste effecten, kunnen de declaratiebepalingen worden versoepeld.

Voor vragen naar aanleiding van de inhoud van deze circulaire kunt u contact opnemen met uw vaste contactpersoon bij CTG/ZAio.

Hoogachtend,

College tarieven gezondheidszorg/
Zorgautoriteit i.o.

drs. H. de Wit,
adjunct-directeur Cure