

Aan de besturen van de

- algemene ziekenhuizen (010)
- categorale ziekenhuizen (011)
- academische ziekenhuizen (020)
- zelfstandige behandelcentra (291)
- radiotherapeutische centra (090)
- dialysecentra (060)

en de zorgverzekeraars

Utrecht, 5 december 2005  
Uw brief van:  
Uw kenmerk:  
Ons kenmerk: EGES/jprn/CI/05/55c  
Behandeld door:  
Doorkiesnr: 030 29 68 111  
Afdelingsfax:  
E-mail: kamer1@ctg-zaio.nl  
Onderwerp: wijzigingen DBC-systematiek per 1 januari 2006

---

Korte inhoud: **In zijn vergadering van 21 november heeft CTG/ZAio op verzoek van het Ministerie van VWS en mede op basis van een uitwerking door Stichting DBC Onderhoud, beleidsregels en nadere regels vastgesteld gericht op het doorvoeren van een aantal wijzigingen in de DBC-systematiek per 1 januari 2006. De wijzigingen omvatten de introductie van het DBC-consult, het vereenvoudigen van de DBC-facturen en het beperken van de ongelijke positie tussen ziekenhuizen en ZBC's voor zorg, waarop geen aanspraak bestaat (de derde compartimentszorg). Verder treden er wijzigingen op, die voortvloeien uit landelijke afspraken over rechtmatigheid van betaling van DBC-facturen door verzekeraars, alsmede een aantal autonome technische wijzigingen die met de jaarovergang samenhangen.**

---

Geachte heer/mevrouw,

CTG/ZAio heeft in zijn vergadering van 21 november 2005 op verzoek van het Ministerie van VWS en op basis van een uitwerking door Stichting DBC Onderhoud, beleidsregels en nadere regels vastgesteld gericht op het doorvoeren van een aantal wijzigingen in de DBC-systematiek per 1 januari 2006. Deze circulaire geeft een overzicht van de wijzigingen per 1 januari 2006 en beschrijft de wijze, waarop deze in beleidsregels en nadere regels zijn verwerkt.

De wijzigingen (1) Invoering DBC consult, (2) Vereenvoudiging facturen en (3) Afschaffen verreken tarief derde compartimentszorg, hebben alleen betrekking op DBC's die vanaf 1 januari 2006 worden geopend. Hiervoor geldt dat een DBC die in 2005 wordt geopend en in 2006 wordt gedeclareerd, conform de systematiek uit 2005 wordt gedeclareerd.

#### **INVOERING DBC-CONSULT**

Voor alle specialismen, exclusief klinische geriatrie, psychiatrie en kaakchirurgie, wordt per 1 januari 2006 een nieuw type DBC, het DBC-consult, toegevoegd. Het gaat hierbij om een DBC, waarbij slechts één polikliniekbezoek en één of meerdere verrichtingen van maximaal € 100,- (per verrichting) zijn meegenomen. Per specialisme is slechts één productgroep met DBC's-consult opgenomen.

De tarieven van de oorspronkelijke productgroepen zijn nog niet herrekend en blijven per 1 januari 2006 ongewijzigd. De wijzigingen in deze tarieven worden voorzien per 1 mei 2006.

In de beleidsregel Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CI-884) is voor de declaratie van het DBC-consult opgenomen, dat deze alleen kunnen worden gedeclareerd indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- er kunnen alleen DBC's consult voorkomen in het A-segment;
- maximaal twee DBC's-consult per 365 dagen per patiënt per DBC-diagnose per poortspecialisme per instelling;
- niet in combinatie met ICC (intercollegiaal consult) tijdens opname bij een ander specialisme;
- niet gebruiken voor diagnostiek of verrichtingen op verzoek van eerste lijn of derden in geval van onderlinge dienstverlening, dus niet in plaats van een O(V)P (ondersteunende en overige producten);
- er is geen sprake van een DBC-consult, indien er, direct voortkomend uit het betreffende consult, op initiatief van de behandelend specialist een vervolgspraak wordt gemaakt met het betreffende specialisme;
- voor het specialisme anesthesie alleen bij pijnbestrijding;
- niet in geval er sprake is van een pre-operatieve screening.

CTG/ZAio heeft deze declaratiebepalingen vastgesteld omdat hiermee het risico wordt beperkt dat patiënten met ongewenste financiële gevolgen worden geconfronteerd (bijvoorbeeld als gevolg van een reeks aan DBC's-consult, reguliere vervolg DBC's na het DBC-consult en dergelijke). Met deze bepalingen kan een door de burger als onredelijk ervaren neveneffect van invoering van het DBC-consult voorkomen worden.

## **VEREENVOUDIGING FACTUREN**

CTG/ZAio heeft besloten tot de volgende vereenvoudigingen van de facturen:

### **1. Weergeven van volledige diagnose-informatie**

Op de facturen van DBC's die geopend zijn vanaf 1 januari 2006 moet de volledige diagnosecode worden vermeld. Deze wijziging is verwerkt in de nadere regel Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CI/NR 100.024); de passage over privacymarkering is uit deze nadere regel verwijderd.

### **2. Lekenomschrijving**

Voor alle DBC's, die geopend zijn vanaf 1 januari 2006, wordt de lekenvertaling verplicht naast de prestatiecode opgenomen op de factuur aan de patiënt. Optioneel kan voor DBC's die in 2004 en 2005 zijn geopend de lekenomschrijving worden gebruikt. Voor "privacy DBC's" uit deze jaren geldt een aangepaste lekenomschrijving. Deze wijzigingen zijn verwerkt in de nadere regel Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CI/NR 100.024)

### **3. Samenvoegen honorariumbedragen en de fiscale positie medisch specialisten**

Voor DBC's, geopend na 1 januari 2006, worden de honoraria van alle specialismen op de factuur opgeteld en als één bedrag gepresenteerd. Deze wijziging is verwerkt in de nadere regel Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CI/NR 100.024).

Door het comprimeren van de honorariumbedragen wijzigt ook het format van de standaardprijslijst, dat gehanteerd wordt voor de aanlevering aan CTG/ZAio.

De nadere regel standaardprijslijst (CU/NR-100.027) is hierop aangepast

De beleidsregels en nadere regels inzake de declaratie van DBC's zullen per 1 januari 2006 zodanig worden aangepast dat de medisch specialist (nog steeds) als zelfstandig ondernemer kan worden aangemerkt. Dit naar aanleiding van een afspraak tussen de Ministeries van VWS en Financiën en CTG/ZAio over het fiscaal kunnen aanmerken van medisch specialisten als ondernemer in het DBC-tijdperk.

Voor het fiscaal ondernemerschap is bepalend wat er in de Medisch Toelatingsovereenkomst (MTO, een afspraak tussen medisch specialist en ziekenhuis) wordt afgesproken over de verdeling van de gelden en de risico's. Onderdeel van de afspraak is ook dat de DBC-nota maar één bedrag zou mogen omvatten mits in de beleidsregels maar helder is hoe dit bedrag wordt verdeeld en dat de medisch specialist via het ziekenhuis declareert.

### **AFSCHAFFEN VERREKENTARIEF DERDE COMPARTIMENTSZORG**

Voor de derde compartimentszorg geldt met ingang van 1 januari 2006 geen verrekenpercentage. Deze maatregel om het verrekenpercentage af te schaffen voor zorg waarop geen aanspraak bestaat is zowel gericht op patiënten als op ziekenhuizen. Patiënten worden hierdoor niet meer geconfronteerd met extra en per ziekenhuis verschillende kosten bovenop het landelijk vastgestelde tarief. Voor algemene ziekenhuizen en universitaire centra wordt zo de ongelijke concurrentiepositie onderling en ten opzichte van zelfstandige behandel centra beperkt. Voor de zogenaamde 'oranje' DBC's (waarvoor geldt dat de aanspraak afhankelijk is van de indicatie) komen twee aparte declaratiecodes. Deze wijziging is verwerkt in de beleidsregel Declaratiebepalingen DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling (CI-884)

### **IC-TARIEVEN**

Er worden met ingang van 1 januari 2006 21 nieuwe IC-tarieven geïntroduceerd, waarbij het tarief voor beademingstoeslag als relevante verrichting voor de budgetparameter wordt aangemerkt. U zal per separate circulaire worden geïnformeerd over de aanpassingen van de parameterwaarde per beademingsdag in het kader van het (beperkte) onderhoud van de FB-systematiek.

CTG/ZAio zal in de komende maanden de IC-tarieven beoordelen en per 1 mei 2006 zo nodig met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 bijstellen.

De nieuwe IC-tarieven zijn toegevoegd aan de lijst "overige trajecten en verrichtingen".

### **RECHTMATIGHEID**

Ter waarborging van de betrouwbaarheid van het DBC-systeem zijn bij de invoering minimale eisen gesteld aan de administratieve organisatie en interne controle bij de zorgaanbieders. Deze minimale eisen zijn opgenomen in de Kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC-registratie en facturering ('Kaderregeling AO/IC').

Naar aanleiding van het feit dat veel zorgaanbieders nog onvoldoende voldoen aan de eisen, die worden gesteld in de Kaderregeling AO/IC, zijn VWS en de toezichthouders CTZ en SUO overeengekomen dat de toezichthouders in 2005 coullance betrachten ten aanzien van bestuursverklaringen over 2005, waarin wordt aangegeven dat niet is voldaan aan de Kaderregeling AO/IC. De overeengekomen coullanceregeling voor 2005 betekent voor de ziekenhuizen en UMC's dat, voor de periode dat het ziekenhuis/UMC de werking van de AO/IC nog niet op orde heeft, aanvullende eisen worden gesteld.

Deze zijn erop gericht dat zorgaanbieders aanvullende maatregelen treffen en inzichtelijk maken hoe zij het administratieve proces rond de DBC's beheersen. Op deze wijze wordt getracht het risico op onrechtmatige facturering te verkleinen en tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen.

Het gaat om de volgende eisen:

- Ter verificatie dient het ziekenhuis/UMC in het najaar 2005 en het voorjaar 2006 extra steekproeven uit te voeren op gedeclareerde DBC's, waarbij een groter materieel risico bestaat. De steekproeven richten zich op de periode vóór de volledige invoering van de kaderregeling AO/IC;
- Het ziekenhuis/UMC dient te beschrijven op welke wijze uitval uit de validatiemodule is opgelost;
- Het ziekenhuis/UMC dient te beschrijven op welke wijze de afwikkeling van overloop DBC's is opgelost;
- Het ziekenhuis/UMC maakt zichtbaar hoe het onderhanden werk wordt bepaald;
- Het ziekenhuis/UMC dient bij de bestuursverklaring een verbeterplan toe te voegen;
- Het ziekenhuis/UMC dient aan te geven, wanneer het ziekenhuis/UMC verwacht volledig aan de kaderregeling AO/IC te voldoen.

Deze wijzigingen zijn verwerkt in de nadere regel AO/IC (NR 100.028).

#### **WBMV ZORG**

In de beleidsregel Declaratiebepalingen (CI-884) wordt in bijlage 3 verwezen naar de lijst van CVZ, die op de website van Stichting DBC Onderhoud gepubliceerd wordt. In deze lijst is op DBC-niveau gespecificeerd welke DBC's als WBMV te betitelen zijn.

#### **NIEUWE CODE DAGVERPLEGING KAAKCHIRURGIE ZBC'S**

Met ingang van 1 januari 2006 bestaat een nieuwe verrichtingscode voor dagverpleging die alleen door de ZBC kaakchirurgie mag worden gebruikt. Deze code wordt opgenomen in de lijst "overige trajecten en verrichtingen". De bestaande codes voor dagverpleging kunnen dan alleen nog maar voor de registratie en de bepaling van het FB-budget gebruikt worden.

#### **VERLENGEN BELEIDSREGEL HEFFINGSRENTE**

De beleidsregel heffingsrente heeft als doel om te stimuleren dat er afspraken worden gemaakt over het betalen van voorschotten om op deze wijze liquiditeitsproblemen dan wel hoge rentekosten bij de aanbieders te voorkomen. Evaluatie van de beleidsregel heffingsrente heeft uitgewezen dat verlenging gewenst is en daarom is besloten dat de termijn, waarvoor deze beleidsregel geldt, moet worden omgezet van einddatum 1 januari 2006 naar onbepaald. Het betreft de beleidsregel CI-876.

#### **INDEXERING DBC TARIEVEN A-SEGMENT**

De kostenbedragen van de DBC's in het A-segment, zoals genoemd in beleidsregel 'Kostenbedragen lijst DBC-bedragen en overige tarieven medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling' (CI-880), worden jaarlijks trendmatig aangepast met een gewogen gemiddelde index voor loon- en materiële kosten. De honorariumbedragen in het B-segment worden per 1 januari 2006 niet geïndexeerd. De voorgeschreven wijze van berekenen staat in de beleidsregel Trendmatige aanpassing (CI-883). De trendmatige aanpassing voor honorariumbedragen (A-segment) bedraagt 5,5% en voor kostenbedragen van de DBC's 1,69% voor het jaar 2006. De kostenbedragen van de overige trajecten en

verrichtingen en O(V)P's worden geïndexeerd met 2,1%. Het verschil in de indices voor de kostenbedragen betreft de correctie voor de incidentele ombuigingsbijdrage.

### **WIJZIGING TARIEVEN EN INTRODUCTIE NIEUWE TARIEVEN ALS GEVOLG VAN (BEPERKT) ONDERHOUD VAN DE FB-SYSTEMATIEK**

In de beleidsregel DBC-bedragen en overige bedragen A-segment (CI-893) zijn wijzigingen opgenomen, waarover u reeds geïnformeerd bent of separaat geïnformeerd wordt (zoals aanpassing wegblijftarief, extramurale dieetadvisering en tarieven die volgen uit besluiten ten aanzien van het onderhoud van de FB-systematiek en afschaffing van een aantal subsidieregelingen).

### **WIJZIGINGEN DIE VERBAND HOUDEN MET DE DBC-INVIERING BIJ CATEGORALE INSTELLINGEN**

Als gevolg van de DBC-invoering bij categorale instellingen zijn enkele wijzigingen opgetreden in de DBC-systematiek zoals die voor de ziekenhuizen geldt. De categorale instellingen zijn per separate circulaire (met kenmerk CI/05/54c van 2 december 2006) over de invoering van de DBC-systematiek geïnformeerd. De belangrijkste wijzigingen die gevolgen hebben voor de ziekenhuizen en ZBC's worden hieronder genoemd.

- Met ingang van 1 januari 2006 wijzigen de chronische 30-dagen DBC's voor de dialyse, zoals die tot op heden door ziekenhuizen werden gehanteerd, in week-DBC's (7 dagen). Een chronische DBC voor de dialyse, die op de limitatieve lijst van chronische DBC's is opgenomen (bijlage 2 bij CI-884), dient 7 dagen na opening te worden afgesloten en gedeclareerd. Daarna vindt opening van een nieuwe DBC plaats en declaratie elke keer na 7 dagen. Deze wijziging is verwerkt in de beleidsregel Declaratiebepalingen (CI-884).

- Voor ZBC's is voor wat betreft de Nadere regel AO/IC aansluiting gezocht bij de nadere regel AO/IC, zoals die voor DBC-declarerende categorale instellingen is opgesteld. Dat betekent dat ZBC's uit de werkingssfeer van de bestaande nadere regel AO/IC, zoals die voor de ziekenhuizen geldt, is verwijderd en toegevoegd aan de nieuwe nadere regel AO/IC inzake DBC-registratie en facturering voor categorale instellingen en ZBC's (NR 100.023). In afwijking van de kaderregeling voor de ziekenhuizen is geen controleprotocol voor de accountant toegevoegd.

### **AFSCHAFFEN KLASSENTARIEF VOOR VERPLEGING IN ZIEKENHUIZEN**

Per 1 januari 2006 komt de klassentoeslag (voorheen de klassentarieven voor verpleegdagen) te vervallen. Dit betekent dat de klassentoeslag van de lijst "overige trajecten en verrichtingen" is verwijderd.

Naast genoemde wijzigingen zijn diverse beleidsregels en nadere regels ook op andere onderdelen aangepast in verband met de DBC-invoering bij categorale instellingen. Omdat deze wijzigingen de ziekenhuissystematiek niet raken, worden deze wijzigingen hier niet verder toegelicht.

Voor de volledigheid treft u op de volgende pagina een overzicht aan van de aangepaste beleidsregels en nadere regels als gevolg van de wijzigingen in de DBC-systematiek per 1 januari 2006. U kunt deze terugvinden op onze website [www.ctg-zaio.nl](http://www.ctg-zaio.nl) onder 'DBC-dossier'. Vooralnog geldt ten aanzien van de beleidsregels het voorbehoud dat de Minister van VWS goedkeuring hieraan verleent.

Circulairnummer: EGES/jprn/CI/05/54c

**Beleidsregels:**

- Heffingsrente (CI-876);
- Aanvullende inkomsten zorginstellingen (CI-877);
- DBC bedragen en overige bedragen B-segment (CI-878);
- DBC bedragen en overige bedragen A-segment (CI-879);
- Beleidsregel kostenbedragen (CI-880);
- Honorariumbedragen A-segment (CI-881);
- Uurtarief (CI-882);
- Trendmatige aanpassing en afronding (CI-883);
- Declaratiebepalingen (CI-884);
- Honorariumbedragen DBC's in segment B (CI-885);
- Normtijden (CI-886);
- Verrichtingenlijst (CI-887);
- Beleidsregel DBC bedragen en overige bedragen A-segment (CI-893);
- DBC bedragen en overige bedragen B-segment (CI-894).

**Nadere regels:**

- Declaratiebepalingen (NR 100.024);
- Standaard prijslijst (NR 100.027);
- AO/IC (NR 100.028);
- AO/IC inzake DBC-registratie en facturering voor categorale instellingen en ZBC's (NR 100.023);

Voor vragen naar aanleiding 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