

## V OORWOORD

Zo rond de jaarwisseling is het een periode van terugkijken en vooruitzien.

In de voor u liggende CBVXpress wordt teruggekeken op de invoering van de euro. Inmiddels is men – zowel zakelijk als privé – “over” op de euro, maar daar is wel een periode van overleg en gewenning aan vooraf gegaan.

Het Concilium Chirurgicum hanteert een verplichtend voorschrift voor het opgeven van operatieve verrichtingen door heekkundige opleidingsklinieken ten behoeve van de visitatiecommissie. Over het centraal beheer van (de koppeling tussen de verrichtingcode en) de “Lijst van Operaties Heelkunde” treft u in deze uitgave een artikel aan.

Een van de projecten waarin het CBV zich wel móet verdiepen is de invoering van de DBC's. Per 1 januari 2003 zal deze nieuwe systematiek voor bekostiging van ziekenhuis en medisch specialist worden ingevoerd. In deze CBVXpress leest u op welke manier het CBV een bijdrage kan leveren aan de invoering van de DBC's en de consequenties hiervan voor de CBV-producten.

Tijdens het jubileum-symposium is de strategie voor de toekomst van de Stichting CBV besproken; het CBV heeft dus niet alleen goede voornemens voor het nieuwe jaar, maar de goede voornemens voor de periode 2002 – 2006 staan zelfs al vast. Ik verwijs u hiervoor naar de website van de Stichting CBV: [www.cbv.nl](http://www.cbv.nl).

Via deze CBVXpress wens ik u een geweldig 2002!

### INHOUD

Conversie naar de euro .....	2
DBC 2003 .....	6
Lijst van Operaties Heelkunde .....	4
Tarieven per 1 januari 2002 .....	8

# Conversie naar de euro

*Els van Veen*

## Inleiding

Voor de zorgsector is vastgesteld dat alle declaraties met een notadatum vanaf 1 januari 2002 in euro's moeten luiden, ongeacht de behandeldatum of periode. Dit betekent dat de tarieven die gelden tót 1 januari 2002 en uitgedrukt werden in gulden, omgezet zouden moeten worden naar euro's.

## Keuze van omrekenmethodiek

Voor de conversie van de tarieven naar euro's waren twee scenario's mogelijk:

methode 1: Omrekening van het eindbedrag

basisbedrag x toeslagpercentage = specialisme afhankelijk tarief x eurofactor

$f 310,00 \times 1.298 = f 402,38 \rightarrow f 402,00 \times 0.45378 = \text{€ } 182,42$

methode 2: Omrekening van het door het CTG vastgestelde basisbedrag

basisbedrag X eurofactor = basisbedrag in euro X toeslagpercentage

$f 310,00 \times 0.45378 = \text{€ } 140,67 \times 1.298 = \text{€ } 182,59$

## Voordelen van methode 1

Naar mening van het CBV is methode 1 het meest correct, omdat de exacte euro-tegenwaarde van het rechtsgeldige gulden-tarief (wel of niet door een bepaalde berekening en afronding tot stand gekomen) wordt weergegeven. Bovendien is deze methode conform de verordening van het CTG waarin staat dat omrekenen naar de euro de laatste stap dient te zijn.

De systematiek van methode 1 is voorspelbaar, het tarief is eenvoudig van euro's naar gulden terug te rekenen en is voor zowel het CBV als de ziekenhuizen het meest eenvoudig te verwerken.

## Nadelen van methode 2

Methode 2 vraagt voor zowel het CBV als voor de ziekenhuizen extreem veel werk. Na omzetting van het basisbedrag naar euro's dient voor elke specialisme-afhankelijke tariefsoort opnieuw het toeslagpercentage berekend te worden. Bovendien dient dit voor alle verschillende basisbedragen uit het verleden (tot hoe lang gaan we terug?) te geschieden.

Naast deze "reguliere" berekeningen die deels geautomatiseerd uitgevoerd kunnen worden zal rekening gehouden moeten worden met de uitzonderingen: specialismen met een eigen beschikking waarvoor het toeslagpercentage niet van toepassing is (kaarten, inlichtingen en consulten), "losse codes" zoals voor cytodiagnostisch onderzoek waarvoor het toeslagpercentage niet van toepassing is, radiodiagnostische verrichtingen door niet röntgenoloog waarvoor 90% van het basisbedrag als uitgangspunt genomen dient te worden om het toeslagpercentage over te berekenen, klinische neurofysiologie, consult aan huis waarvoor een toeslag "buiten het ziekenhuis" van toepassing is, etc.

Nadat de tarieven lokaal m.b.v. Eureka zijn geconverteerd naar euro's dient alsnog een mutatie-tape van het CBV te worden verwerkt om lokaal de tarieven van vóór 1 januari 2002 conform methode 2 te importeren.

Indien men tarieven "terug in de tijd" wil importeren dienen alle tarieven voor de betreffende tariefsoort geïmporteerd te worden. Indien er lokaal tarieven zijn ingevoerd zijn deze door Eureka conform methode 1 omgerekend naar euro's en worden bij de import niet aangepast of vervangen. Deze tarieven dienen lokaal handmatig te worden aangepast, wat voor de ziekenhuizen extra werk met zich meebrengt.

## **Eureka en Tolic**

Hiscom heeft voor de ziekenhuizen conversieprogrammatuur beschikbaar gesteld: Eureka. Hiermee worden alle gulden-tarieven in TOREN recht-toe-recht-aan omgerekend naar euro's. Voor de verpleegdagen is een speciaal programma gemaakt: Tolic.

Na de conversie met behulp van Eureka hoeven zowel het CBV als de ziekenhuizen geen extra aanpassingen of importaties te ondernemen.

## **Aanpassingen in het centrale bestand**

Het CBV heeft begin december m.b.v. Eureka alle bedragen geconverteerd. Daarna zijn de nieuwe tarieven per 1 januari 2002 (in euro's) ingevoerd, waarna een totale export-tape met deze nieuwe tarieven naar de ziekenhuizen is verstuurd. Deze (euro-) tape kan echter alleen ingelezen worden wanneer de tarieven in het ziekenhuis geconverteerd zijn naar euro's.

### Aanpassingen in het lokale bestand

Vanaf 28 december 2001 heeft er met behulp van het programma Eureka in de Hiscom-ziekenhuizen een conversieslag plaatsgevonden. Nadat de tarieven zijn omgezet naar euro's, kan de totale exporttape met de nieuwe tarieven per 1 januari 2002 worden ingelezen.

Bij het aanmaken van de exporttape is in de exportbestanden een indicatie betreffende de valuta meegenomen. Het zal dan ook niet mogelijk zijn een tape met tarieven in euro's te laden in een verrichtingenbestand waar de tarieven nog in guldens staan en omgekeerd.

### Afronding

De invoering van de euro heeft er toe geleid dat er door het CTG nieuwe afrondingsregels voor de te declareren tarieven zijn vastgesteld. Bij de berekening van de te declareren tarieven wordt het verkregen *eindbedrag* per prestatie volgens onderstaande regels afgerond:

€ 0,00	tot	€ 2,00	afronden op het meest nabij gelegen veelvoud van	€ 0,05
€ 2,00	tot	€ 50,00	afronden op het meest nabij gelegen veelvoud van	€ 0,10
€ 50,00	tot	€ 100,00	afronden op het meest nabij gelegen veelvoud van	€ 0,20
€ 100,00	en hoger		afronden op het meest nabij gelegen veelvoud van	€ 0,50

In de berekening van de toeslagen, met uitzondering van de toeslag per specialisme, is in verband met de invoering van de euro per 1 januari 2002 een wijziging doorgevoerd. De toeslag per specialisme wordt berekend over de tarieven zoals vermeld in de vigerende tarievenlijsten. Dit is conform de systematiek zoals die ook tot 1 januari 2002 geldt. Alle andere toeslagen (nacht-, weekend, meer dan één verrichting in één zitting etc.) worden berekend over het *onaferonde* tarief inclusief de toeslag per specialisme. Het eindbedrag per verrichting (inclusief alle eventuele toeslagen) wordt vervolgens afgerond volgens de afrondingsregels onder punt 4 van de Inleidende Bepalingen.

Het verschil met de systematiek zoals die tot 1 januari 2002 geldt, is dat de betreffende toeslagpercentages *niet* meer over het *afgeronde* tarief, inclusief de toeslag per specialisme, wordt berekend, maar over het *onaferonde* tarief, inclusief de toeslag per specialisme. De tussentijdse afronding bij de berekening van de toeslagen vervalt dus voor verrichtingen die worden uitgevoerd vanaf 1 januari 2002. Verrichtingen die zijn uitgevoerd vóór deze datum, dienen volgens de oude systematiek (in guldens) berekend (en omgezet in euro's) te worden.

### Wat betekent dit voor centrale en lokale bestand

De specialisme-afhankelijke tarieven (basisbedrag X toeslagpercentage) dienen onafgerond in het centrale bestand opgenomen te worden. Voor de ziekenhuizen is het dan mogelijk om over deze bedragen eventueel de andere toeslagen berekenen.

Bij het berekenen van de tarieven wordt er in TOREN voor bepaalde tariefgroepen en tariefcomponenten altijd afgerond volgens de CTG-afronding op veelvoud van 5/10/20/50 euro-cent (of nu nog op gulden-cent).

Wanneer er geen andere toeslagen van toepassing zijn, zal het afrondingsmechanisme van TOREN in werking treden. Bedragen van vóór 1 januari 2002 waren door het CBV al afgerond; het CTG-afrondingsmechanisme van TOREN komt wel in werking, maar er valt niets af te ronden.

### Bijvoorbeeld

Verrichting X (TS4200)	€ 365,78
Tarief X incl. toeslag (TS4203)	€ 474,78

Als er zonder toeslagen wordt gewerkt, wordt bij het bepalen van het tarief € 474,78 afgerond naar € 475,00; dit bedrag komt op de nota.

Tarief X incl. toeslag (TS4203)	€ 474,78
Weekend toeslag (50%):	€ 237,39
Assistentie (25%):	€ 118,70

Totaal	€ 830,87
Afgerond:	€ 831,00

Aan het eind van de berekening wordt € 830,87 afgerond op € 831,00; dit bedrag komt op de nota.

# De bijdrage van het CBV in het DBC 2003 project En de consequenties van DBC's voor de CBV-producten

*Inge Wiedijk*  
*Directeur CBV*

## ***Nieuwe bekostigingssystematiek***

Per 1 januari 2003 zal een nieuwe systematiek voor de bekostiging van ziekenhuis en medisch specialist ('geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf'(GMSB)) worden ingevoerd. In de periode van 2003 tot 2006 zal het huidige budgetsysteem van ziekenhuizen en de lumpsumfinanciering van medisch specialisten geleidelijk worden vervangen door een systeem op basis van de zogenaamde Diagnose Behandeling Combinatie (DBC).

De basis voor het nieuwe bekostigingsstelsel is een landelijk uniform stelsel waarin de zorgproducten eenduidig zijn gedefinieerd in de vorm van medisch herkenbare en kostenhomogene DBC's. De DBC vertegenwoordigt het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de medisch specialist in het ziekenhuis consulteert, het zgn. zorgprofiel. De definitie van de DBC is uniform; de inhoud (het zorgprofiel) en de prijs per DBC kan per ziekenhuis variëren.

Op basis van DBC's moet duidelijk worden welk product het ziekenhuis en de medisch specialist leveren aan een patiënt met een bepaalde zorgvraag en welke kosten hiermee gepaard gaan. Deze zorgproducten vormen het uitgangspunt voor bilaterale onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en ziekenhuis/GMSB. In een contractenstelsels met volledige contracteervrijheid kunnen zorgverzekeraar en ziekenhuis/GMSB afspraken met elkaar maken over het af te nemen volume, de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorgproducten. Door dit transparante systeem kan het zorgaanbod beter op de zorgvraag worden afgestemd (vraaggestuurde zorg) en ontstaat een gereguleerde marktwerking met de nodige efficiencyprikkels. Tevens biedt het systeem informatie dat binnen het ziekenhuis/GMSB kan worden gebruikt voor doelmatigheids- en kwaliteitsverbetering.

De DBC's dienen gekoppeld te worden aan de medische activiteiten en verrichtingen die met de zorgvraag samenhangen. Hiermee wordt het middelenbeslag van het ziekenhuis en de werklust van medisch specialisten aan het zorgproduct gekoppeld. Door de kostprijzen van de verschillende activiteiten en het (voorlopig) uniforme uurtarief voor de medisch specialist maal de normtijd per DBC bij elkaar op te tellen, kan het ziekenhuis/GMSB een kostprijs per DBC vaststellen. Er is dus sprake van een ziekenhuisafhankelijke prijs per DBC, waarin zowel het ziekenhuisdeel als het honorariumdeel van de medisch specialist zijn begrepen. Hiermee wordt een gelijkgerichte bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten gerealiseerd. Voor de verdeling tussen ziekenhuis en medisch specialist vrije beroepsbeoefenaren worden interne afspraken gemaakt.

## ***De DBC-registratie***

De medisch specialist is verantwoordelijk voor het vastleggen van de DBC. De medisch specialist moet bij elke nieuwe zorgvraag van een patiënt een DBC openen, een DBC-code vastleggen en, indien de patiënt is uitbehandeld, de DBC sluiten. De DBC-code dient vastgelegd te worden in een geautomatiseerd systeem. Het verdient de voorkeur dat de DBC-registratie tevens wordt geïntegreerd in het Ziekenhuis InformatieSysteem.

De registratie van DBC's is vooralsnog een registratie naast de bestaande registraties binnen het ziekenhuis.

Vanaf 1 januari 2001 worden in een groep koploperziekenhuizen door alle specialismen DBC's geregistreerd. Per 1 april 2002 zal een verbreding plaatsvinden naar alle specialismen in alle ziekenhuizen.

### **De typeringslijsten**

De DBC bestaat uit een aantal elementen, te weten: zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling. Elk specialisme heeft zijn eigen DBC-typeringslijst, welke is opgesteld door de wetenschappelijke vereniging. Op dit moment tellen deze lijsten doorgaans enkele honderden DBC's per specialisme. Het is de bedoeling dat deze vele DBC's op basis van medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit worden gegroepeerd tot enkele honderden 'clusters' voor alle specialismen. In het najaar van 2001 zal mede op basis van de resultaten van de registratie in de koploperziekenhuizen door de wetenschappelijke verenigingen een grondige evaluatie c.q. validering van de typeringslijsten worden uitgevoerd.

Gezien de grote verschillen voor wat betreft de opgenomen elementen, mate van detaillering, eenduidigheid van de gehanteerde begrippen en de opbouw van de code is een verdere stroomlijning gewenst om de volledigheid en de kwaliteit van de vastgelegde gegevens te bevorderen en vergelijkingen en tellingen over de grenzen van specialismen heen mogelijk te maken.

Binnen de projectorganisatie DBC 2003 is de Werkgroep Codering ingesteld, waarin naast vertegenwoordigers van DBC 2003, de VAZ, de koploperziekenhuizen, Prismant en de Orde van medisch specialisten ook het CBV participeert. De werkgroep heeft zich onder andere beziggehouden met het koppelen van de diagnosecomponent uit de verschillende lijsten aan een gemeenschappelijk geaccepteerde classificatie. Op deze manier kan elk specialisme zijn eigen invulling aan de typering van zorgproducten geven en kunnen de gegevens worden afgebeeld op een gemeenschappelijke codering.

Daarnaast heeft de werkgroep een uniforme codeersystematiek ontwikkeld. Binnen deze codeersystematiek krijgt elk afzonderlijk element een vast aantal posities en een vaste plaats binnen de DBC-code. Hiermee wordt het mogelijk vergelijkingen en tellingen over de grenzen van specialismen uit te voeren voor de elementen waarvoor een gemeenschappelijke lijst geldt. De voorstellen en aanbevelingen van de Werkgroep Codering zijn teruggekoppeld naar de Wetenschappelijke Verenigingen, die verantwoordelijk zijn voor de inhoud van typeringslijsten ('intellectuele eigendom').

De instellingen leveren gegevens over geleverde DBC's, zorgprofielen en kostprijzen aan een centraal datawarehouse (gegevenspakhuis). Deze gegevens worden dan geanonimiseerd en geanalyseerd t.b.v. het onderhoud van de DBC-systematiek. Het onderhoud van de DBC-systematiek zelf, dat is bedoeld als dynamisch systeem, zal worden ondergebracht bij een bestaande of nieuw op te richten beheersorganisatie.

### **De DBC's en het CBV-bestand**

In de overgangperiode wordt het huidige budgetsysteem van ziekenhuizen en de lumpsumfinanciering van medisch specialisten geleidelijk vervangen door een bekostiging via afspraken tussen afnemer (zorgverzekeraar) en aanbieder (ziekenhuis/GMSB) over volume, prijs en kwaliteit van producten (DBC's). De DBC-systematiek zal in de Wet Tarieven Gezondheidszorg worden verankerd en krijgt een bindend karakter als eenheid voor tariefstelling. Er wordt naar gestreefd om in 2004 het declaratieverkeer tussen ziekenhuis/GMSB en zorgverzekeraar via DBC's en niet op basis van het stelsel van verrichtingentarieven te laten plaatsvinden. Dit betekent dat de huidige CTG-codering met kostenbedragen en specialistentarieven niet meer gebruikt zal worden in het declaratieverkeer. Daarvoor in de plaats zal waarschijnlijk een officiële DBC-lijst met landelijk geldende normtijden worden uitgegeven die vervolgens door het CBV ten behoeve van haar participanten geschikt wordt gemaakt voor gebruik in geautomatiseerde systemen.

<b>VRAAG</b>	<b>ANTWOORD</b>
<i>Hebben de ziekenhuizen in de eindsituatie het CBV-bestand nog nodig om de uitgevoerde verrichtingen te factureren naar de zorgverzekeraar?</i>	<i>Nee, maar wel een officiële DBC-lijst met normtijden die het CBV voor haar participanten geschikt zal maken voor gebruik in geautomatiseerde systemen</i>

Om de prijs van een DBC te kunnen bepalen dient het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en medisch specialist voortvloeiend uit een bepaalde zorgvraag bekend te zijn. Verschuivingen in de kosten per DBC -door bijvoorbeeld ontwikkelingen in medische techniek- kunnen uitsluitend in kaart gebracht worden indien bekend is welke activiteiten met de betreffende DBC samenhangen. Daarnaast kunnen de verrichtingsprofielen gebruikt worden door de wetenschappelijke verenigingen voor evaluatie van de eigen typeringslijsten.

Aangezien het aantal DBC (codes of clusters) op basis waarvan met zorgverzekeraars wordt onderhandeld beperkt dient te zijn, zal de mate van detaillering van de afzonderlijke elementen laag zijn. Voor het element behandeling is dit bij het specialisme orthopedie bijvoorbeeld "OPERATIEF, KLINISCH". Om de prijs van een DBC te kunnen bepalen moet we ook bekend zijn welke activiteiten (laboratoriumonderzoeken, radiodiagnostische onderzoeken, operatieve ingrepen, verpleegdagen, etc.) bij deze DBC zijn uitgevoerd. De verschillende onderdelen van het behandelproces, de tussenproducten, worden in het centrale datawarehouse gepresenteerd als CTG-code. Deze CTG-codering zal in de eindsituatie niet meer van toepassing zijn binnen het declaratieverkeer en naar verwachting zal deze niet meer onderhouden worden. Bovendien ontbreekt een groot aantal activiteiten (gipskamerverrichtingen, paramedische activiteiten, etc.) in de CTG-codering of is er onvoldoende detailniveau waardoor het zorgprofiel te globaal of zelfs onvolledig is. Er blijft dus onverminderd behoefte bestaan aan een classificatie of codestelsel waarmee alle verrichtingen met behoud van zoveel mogelijk detail worden vastgelegd en het zorgproces volledig kan worden beschreven. Het CBV-bestand biedt deze mogelijkheden.

VRAAG	ANTWOORD
<i>Hebben de ziekenhuizen in de eindsituatie het CBV-bestand nog nodig om de uitgevoerde verrichtingen nauwkeurig te registreren?</i>	<i>Ja, zowel ten behoeve van de documentatie van het behandelproces als voor de verantwoording van de kostprijs per product door inzicht in het verrichtingsprofiel</i>

Vanuit het oogpunt van eenmalige vastlegging zou het de voorkeur verdienen om de basisregistraties (gedetailleerde verrichtingen- en diagnosenregistratie) te gebruiken om de DBC's uit af te leiden. Dit voorkomt een verhoging van de registratielast voor de medisch specialist.

### **Tot slot**

Alle betrokken partijen zijn het erover eens dat een verschuiving van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde zorg noodzakelijk is om in de toekomst een betere kwaliteit en een efficiënter gebruik van zorgvoorzieningen te kunnen garanderen en dat deze verschuiving bereikt dient te worden middels het DBC-systeem.

De registratie van DBC's is vooralsnog een registratie naast de bestaande registraties binnen het ziekenhuis en in de huidige vorm niet toereikend om bestaande registraties, die voor het ordenen en ontsluiten van gegevens voor diverse toepassingen worden gebruikt, te vervangen. Door het leggen van een relatie tussen de classificaties die binnen de bestaande registraties worden gebruikt en de diagnosecodering van de typeringslijsten kunnen de d.m.v. de classificaties vastgelegde gegevens worden gepresenteerd via de systematiek van de DBC-diagnosecodering.

De DBC-registratie zal haar weg moeten vinden binnen het streven van het ziekenhuis/GMSB naar eenmalige en eenduidige vastlegging van zorginhoudelijke gegevens. Het CBV zal waar mogelijk dit proces faciliteren, ondersteunen en de benodigde classificaties en codestelsels en hun onderlinge relaties beheren en geschikt maken voor gebruik binnen geautomatiseerde systemen.

# Lijst van Operaties Heelkunde

*Els van Veen*

## Inleiding

Het Concilium Chirurgicum hanteert sinds 1988 een verplichtend voorschrift voor het opgeven van operatieve verrichtingen door heelkundige opleidingsklinieken ten behoeve van de visitatiecommissie. Hiertoe is een lijst met verrichtingen samengesteld: de "Lijst van Operaties Heelkunde".

## Voorgeschiedenis

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en zijn afgeleide organisaties verzamelen gegevens over verrichtingen in het kader van de visitatie van opleidings- en niet-opleidingsklinieken en complicaties in het kader van het kwaliteitsbeleid. Onderdeel van de visitatierapporten vormen de basisregistraties van verrichtingen die door de verschillende chirurgische groepen worden uitgevoerd en die vaak alleen met veel moeite herleidbaar zijn tot de bij de rapportage gehanteerde classificatiestelsel van verrichtingen.

De NVvH heeft het classificatiestelsel "Lijst van Operaties 1988-92" opgesteld. Omdat vele ingrepen ontbraken en de ordening niet meer overeenstemde met de toenmalige opvattingen en omdat elke formele koppeling met andere stelsels ontbrak is er veel inspanning geleverd om te komen tot een nieuwe lijst van operaties ten behoeve van het Concilium Chirurgicum. Door herindeling van groepen en klassen, wijziging van zwaarteklassen en toekennen van differentiatiecodes is een nieuwe "Lijst van Operaties 1999" ontstaan.

## De lijst van operaties Heelkunde 1999

In de lijst van het Concilium worden operaties vermeld en is per operatie de zwaarteklasse en het conciliumnummer aangegeven. De zwaarteklasse kan een waarde hebben van 1 t/m 7. De conciliumnummers, variërend van 1 t/m 1122 (conciliumnummers of SRC-codes), worden onderverdeeld in groepen en klassen. Het Concilium kent 11 groepen, in totaal onderverdeeld in 40 klassen. Bijvoorbeeld:

Groep C - longen, bronchi, pleura, borstwand, mediastinum en middenrif

klasse 6 - longen en bronchi

Concilium-nummer 81

Concilium-nummer 82

.....

klasse 7 - borstwand, pleura en mediastinum

Concilium-nummer .....

Concilium-nummer .....

etc.

## Centraal beheer van (de koppeling tussen de verrichtingcode en) de SRC-code

De SRC-codering is om twee redenen een item dat zeer geschikt is om centraal te worden beheerd. Ten eerste: de zwaarteklasse en klasse-indeling van het Concilium, op basis waarvan gerapporteerd wordt aan de visitatiecommissie, worden in de lijst van het Concilium per verrichting aangegeven. Door een relatie te leggen tussen de CBV-codes en de conciliumcodes waarbij de, in het kader van opleiding, relevante CBV-codes worden voorzien van de zwaarteklasse en klassennummer, kunnen door eenmalige vastlegging van de CBV-codes in het systeemdeel OPERA de rapporten t.b.v de visitatiecommissie verkregen worden.

Ten tweede: de lijst van het Concilium is landelijk geldend. Alleen landelijk erkende gegevens zijn, in het kader van de efficiency-doelstelling, zinvol om centraal te beheren (alleen ziekenhuis-onafhankelijke gegevens). Daarnaast wordt d.m.v. het centraal beheren gestreefd naar een landelijk uniforme benadering.

## Vastlegging binnen het ZIS

Aan alle *relevante* medische verrichtingen in het centrale verrichtingenbestand (de groepen 03 en 33) is een zwaarteklasse en een klassennummer toegekend. Met het programma OPTOGR (dat bij het systeemdeel OPERA hoort) kan men aan de verrichtingencode de zwaarteklasse en groepsindeling van het Concilium koppelen. Tevens kan men in OPTOGR aan de verrichtingencode de CvO-code (SMR-code) koppelen en opgeven voor welk specialisme het geldt. Ook wordt hier de versie van de conciliumcodering vastgelegd. De zwaarteklasse en klassennummers (en het specialisme) worden opgeslagen in TVR33 (en de CvO-code in TVR12) achter thesaurus 26.

O P E R A - Koppeling TOREN-code - groepsnummer	
(TO) TOREN-code :	:
( 1) SMR -code :	:
( 2) Specialisme :	:
(10) Groepsnummer :	:
(11) Zwaarteklasse :	:
(12) Versie :	:

- (TO) TOREN-code  
De TOREN-code dient een in thesaurus 26 voorkomende verrichtingencode te zijn.
- ( 1) SMR-code  
Het item SMR-code is een facultatief (en inmiddels obsoleet) item.
- ( 2) Specialisme  
Het specialisme wordt vastgelegd als verwijzing naar thesaurus 5. In het veld specialisme kan ook een spatie worden ingevuld, hetgeen 'specialisme onbekend' betekent.
- (10) Groepsnummer  
De naam van dit item stamt nog uit de tijd van de ALijst van Operaties 1988-92". In dit item dient de huidige klasse ingevuld te worden: een getal tussen 1 en 40
- (11) Zwaarteklasse  
De zwaarteklasse is een getal tussen 1 en 7.
- (12) Versie  
Dit kan bijvoorbeeld nuttig zijn indien men voor eigen overzichten een andere indeling in zwaarteklassen hanteert dan voor het overzicht t.b.v. de rapportage aan het Concilium Chirurgicum.

De items 2, 10, 11 en 12 worden opgeslagen in TVR 33 achter thesaurus 26. Dit TVR is niet vanuit het TOREN 5-beeldje te benaderen.

## Wensen

### Wensen ten aanzien van de programmatuur

De aan de CBV-code gekoppelde zwaarteklasse en klasse, die aan het Concilium gerapporteerd dienen te worden, kunnen worden afgeleid van de conciliumcode. Zowel in het kader van het beheer als het gebruik is het wenselijk de relatie tussen CBV-code en conciliumcode vast te leggen. In het kader van het beheer (zowel centraal als lokaal) is het dan mogelijk de kwaliteit van de relatie te bewaken en de items zwaarteklasse en klasse af te leiden van de conciliumcode (efficiency bij beheer). Daarnaast wordt het voor de gebruikers mogelijk overzichten op een gedetailleerder niveau te produceren en krijgt men inzicht in van welke medisch-inhoudelijke relatie naar de conciliumlijst het CBV de zwaarteklasse en klasse heeft afgeleid.

### Wensen ten aanzien van de "Lijst van Operaties 1999"

Inmiddels is gebleken dat de "Lijst van Operaties 1999" aangepast dient te worden. De in de Lijst opgenomen relatie met CTG-codes zal verdwijnen en er zullen conciliumcodes toegevoegd worden voor onder andere de conservatieve behandeling van fracturen. Daarnaast dient er een formele overeenkomst opgesteld te worden tussen de NVvH en het CBV met betrekking tot het beheer en de verspreiding van de Lijst. Dit zal in de loop van 2002 gerealiseerd worden.

## Tarieven per 1 januari 2002

Het CTG heeft de maximumtarieven voor medisch specialisten met ingang van 1 januari 2002 vastgesteld en de Tarieflijst Instellingen 2002 uitgegeven, beide uiteraard uitgedrukt in euro's.

Nadat alle tarieven in het centrale bestand met behulp van Eureka naar euro's waren geconverteerd heeft het CBV de nieuwe tarieven en de wijzigingen conform de tariefbeschikkingen in het centrale bestand verwerkt.

De totale exporttape met de nieuwe tarieven (in euro's) is inmiddels naar de lokaal beheerders verstuurd. Deze totale exporttape kan uitsluitend geïmporteerd kan worden wanneer het lokale bestand m.b.v. Eureka is geconverteerd naar euro's.

Overigens was dit de laatste real-tape die de Stichting CBV kan verspreiden. Met ingang van 1 januari 2002 is het voor de participanten mogelijk om de mutatie-export- en totale exportbestanden te downloaden via de website van de Stichting CBV (<http://www.cbv.nl>). Het totale exportbestand van december (met daarop de tarieven per 1 januari 2002) is als testversie ook al via de website te downloaden.